



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018 - 2021



PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI
Rodrigo Neves Barreto

SECRETARIA DE SAÚDE
Secretário
Maria Célia Valladares Vasconcellos

SUBSECRETARIAS
Edília Salvatierra Telles
Marcelo Ribeiro A. de Faria

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
PRESIDÊNCIA
Maria Célia Valladares Vasconcellos

VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA,
AMBULATORIAL E DE FAMÍLIA
Juliana Santos Costa

VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR
E DE EMERGÊNCIA
Leila Rocha de Freitas

SUPERINTENDÊNCIA DE AÇÕES JURÍDICAS
Andrea Carla Cintra Araujo G. Barbosa

SUPERINTENDÊNCIA DE FINANÇAS
Fernando Antonio Schneider

SUPERINTENDÊNCIA ADMINISTRATIVA
Anderson Peixoto de Faria

COORDENADORIA DO OBSERVATÓRIO DE SAÚDE
Maria Clara Ferraz Gomes

COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
Eduardo Santos Knust

DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA
Omar Luis Rocha da Silva

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO
Fernanda Cantarino O'Dwyer

ASSESSORIA TÉCNICA
Denise Xerfan

ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO
Analice Silva Martins

GERÊNCIA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO
Ramatis Fonseca Viana

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
Maria Célia Valladares Vasconcellos

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021
Aprovado pelo CMS em reunião realizada no dia _____ e publicado na Resolução nº _____

ELABORAÇÃO E ORGANIZAÇÃO
Cândida Leite Pinto Medina
Francisco Alberto Diniz do Nascimento
Sônia Oliveira França

COLABORADORES
CMS
NÍVEL CENTRAL
VIPACAF
VIPAHE

REVISÃO
Analice Silva Martins

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASCOM – Assessoria de Comunicação
ASPLAN - Assessoria de Planejamento
ASTECA – Assessoria Técnica
ESF - Estratégia Saúde da Família
CAN – Coordenação de Alimentação e Nutrição
CAPS-AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CCZ – Centro de Controle de Zoonoses
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIB – Comissão Intergestora Bipartite
CIT – Comissão Intergestora Tripartite
COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COFAR – Coordenação de Farmácia
COOBS - Coordenação de Observatório de Saúde
COVIG - Coordenação de Vigilância em Saúde
CORHU - Coordenação de Recursos Humanos
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CPL – Comissão Permanente de Licitação
CREG – Central de Regulação Municipal
DASS – Departamento de Atenção à Saúde do Servidor
DECAU – Departamento de Controle e Avaliação
DEVIC – Departamento de Vigilância Sanitária e Controle de Zoonoses
DESUM – Departamento de Supervisão Técnico-Metodológica
FGA – Fundação Gabinete
FMS - Fundação Municipal de Saúde
FN – Ficha de Notificação
GT – Grupo de Trabalho
GTIC – Gerência de Tecnologia da Informação e Comunicação
HGUF – Hospital Getúlio Vargas Filho
HMCT- Hospital Municipal Carlos Tortelly
HOF- Hospital Orêncio de Freitas
HPJ- Hospital Psiquiátrico de Jurujuba
HUAP – Hospital Universitário Antônio Pedro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IGD – Índice de Gestão Descentralizada
LMV – Laboratório Miguelote Viana
LOA – Lei Orçamentária Anual
MIF – Mulher em Idade Fértil
MMARVF – Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira
MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPP – Núcleo de Educação do Permanente e Pesquisa
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPM – Órteses, Próteses e Materiais
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISCA – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PALMAD – Policlínica Almir Madeira
PAVS – Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PBF – Programa Bolsa Família
PCASP – Plano de Contas Aplicado ao Setor Público
PCT - Programa de Controle da Tuberculose
PICs – Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ – AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAT - Programa de Modernização da Administração Tributária e da Gestão dos Setores Sociais Básicos
PCT - Programa de Controle da Tuberculose
PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PMS - Plano Municipal de Saúde
POA – Plano Operativo Anual
PSE – Programa Saúde na Escola
PSF – Programa Saúde da Família
PVHA – Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
RAS - Redes de Atenção em Saúde
RCPD – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
REMUME - Relação Municipal de Medicamentos
RESNIT - Regulação em Saúde de Niterói
SAE – Serviço de Atendimento Especializado
SAJ – Superintendência de Ações Jurídicas
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPRA - Seção de Protocolo e Arquivo
SASA – Serviço de Atendimento à Saúde Auditiva
SASDH - Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos
SES – Secretaria de Estado de Saúde
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGFIS - Sistema Integrado de Gestão Fiscal
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SINAN - Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação
SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SPA – Serviço de Pronto Atendimento
SUAD – Superintendência Administrativa
SUFIN – Superintendência Financeira
UBS - Unidade Básica de Saúde
UCI – Unidade de Cuidados Intermediários
UMAM – Unidade Municipal de Urgência Mário Monteiro
USF - Unidade de Saúde da Família
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
VIPACAF – Vice Presidência de Atenção Coletiva Ambulatorial e da Família
VIPAHE – Vice Presidência de Atenção Hospitalar e Emergência
VISA – Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
INTRODUÇÃO	10
1- IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	16
Aspectos ambientais e demográficos.....	16
Aspectos demográficos.....	16
2- ANÁLISE SITUACIONAL.....	19
2.1- Condições de saúde da população	19
2.1.1. Dados Demográficos	19
Mortalidade	23
Natalidade	24
Peso ao Nascer:.....	25
Idade da Mãe:.....	26
Proporção de partos cesáreos:	27
2.1.2. Dados Socioeconômicos	29
2.1.3. Dados Epidemiológicos	31
Morbidade	31
Mortalidade	32
Mortalidade proporcional por causas mal definidas:.....	33
Óbitos infantis:.....	33
Óbitos maternos:.....	37
Óbitos em mulheres em idade fértil:	38
2.2. Atenção Básica	39
2.3 Atenção Especializada de Média e Alta Complexidade e Redes de Atenção à Saúde.....	52
Transporte Sanitário Eletivo	54
2.3.1 Programas Específicos e Ações Estratégicas	54
- Programa Saúde na Escola.....	54
- Programa de Doenças Crônicas não Transmissíveis	57
- Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher	59
- Programa de Atenção Integral a Saúde do Homem.....	68
- Programa de Saúde do Idoso	72
- Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, Adolescente e	
Aleitamento Materno (PAISCA).....	74
- Programa de Alimentação e Nutrição	78
- Programa de Saúde Bucal.....	82
- Programa Municipal de Controle do Tabagismo.....	86
- Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	91
2.3.2 Atenção Ambulatorial Especializada	95
- Atenção Fisioterapêutica.....	95
- Atenção Fonoaudiológica.....	98
- Atenção Terapêutica Ocupacional	99
Saúde da População Negra	101
AMBULATÓRIO DE DIVERSIDADE SEXUAL (POPULAÇÃO TRANS).....	104
2.3.3 Atenção Pré-Hospitalar, Hospitalar, Urgência e Emergência	107
Internações.....	109
Atenção Pré-Hospitalar, Urgência e Emergência	116

O SAMU DA REGIÃO METROPOLITANA II/RJ – Município pólo Niterói.....	124
2.3.4 Redes de Atenção à Saúde	128
Rede de Atenção Psicossocial	129
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	132
Rede de Atenção em Oftalmologia	135
Rede Cegonha	139
Rede de Alta Complexidade Cardiovascular.....	141
Rede de Atenção em Oncologia	144
2.4. Vigilância em Saúde.....	145
Imunização	145
Encerramento Oportuno dos Agravos de Notificação Compulsória	147
Hanseníase	148
IST/Aids e Hepatites Virais.....	152
Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita.....	154
HIV/ AIDS	158
Hepatites Virais	162
Tuberculose.....	169
Meningites	180
ARBOVIROSES	196
Dengue.....	196
Chikungunya	198
Zika	199
Febre Amarela.....	205
Leptospirose.....	207
Malária	208
Esquistossomose	209
Esporotricose	210
Doença de Creutzfeld-Jakob (DCJ).....	212
Vigilância do Óbito Materno, Mulher em Idade Fértil (MIF), Infantil e Fetal.....	213
Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências	215
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.....	228
Vigilância Sanitária e Controle de Zoonoses.....	228
2.5. Assistência Farmacêutica.....	232
2.6. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.....	233
2.7. Controle e Avaliação, Auditoria e Regulação	234
2.8. Gestão em Saúde	245
3. FORMULAÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS.....	260
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	276

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é uma importante ferramenta de gestão que torna possível o enfrentamento dos desafios impostos à Saúde municipal. O Plano Municipal norteia o Planejamento em Saúde do município, a partir das Diretrizes, Objetivos e Metas.

É importante destacar que a construção do PMS é orientada a partir das características epidemiológicas e da organização de serviços de saúde; da análise situacional do município; das especificidades locais a partir dos condicionantes e determinantes da saúde da população. O PMS deve também ser norteado pelas propostas da Conferência Municipal de Saúde, considerando as prioridades nacionais, pelas propostas do plano de governo e deve estar em consonância com os instrumentos de planejamento de governo, entre eles, o Plano Plurianual; a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.

Para o período de 2018 - 2021 a construção do PMS foi um processo participativo, ascendente, possibilitando a adesão e a responsabilização dos atores envolvidos no projeto de gestão em saúde do município, permitindo a escuta dos atores que vivenciam o cotidiano do SUS no município, num processo de discussão e construção de consensos sobre os problemas de saúde e a melhor maneira de enfrentá-los.

Desta forma, no dia 20 de junho de 2017 foi realizado um seminário de planejamento no auditório do hospital municipal Carlos Tortelly, onde foi convidada toda a Rede de atenção em saúde do município, assim como o Conselho Municipal de Saúde. Este seminário teve como desdobramento a realização de oficinas no período de 3 a 7 de julho de 2017, com o objetivo de auxiliar na construção do PMS 2018 - 2021. Estas oficinas foram realizadas de acordo com os seguintes eixos temáticos: Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão e Atenção Hospitalar.

O Plano Municipal de Saúde, assim como os demais instrumentos de planejamento no SUS, é submetido à apreciação e aprovação no Conselho Municipal de Saúde.

Conforme orienta a legislação do Planejamento no SUS, através da portaria nº 2135/2013, o PMS 2018 - 2021, será operacionalizado através das Programações Anuais em Saúde (PAS), que contemplam através das ações, os

meios para o alcance das metas propostas. Cabe ainda ressaltar a Lei nº 8.080, de 1990, que estabelece a vedação da transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

INTRODUÇÃO

Em Niterói desde a instituição da secretaria de saúde e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem se buscado o desenvolvimento de um modelo de atenção que equilibre as ações de promoção, prevenção e as ações de diagnóstico e tratamento. Tem se desenvolvido ao longo do tempo propostas que operacionalizem os princípios do SUS de Universalização, Equidade e Integralidade e os princípios organizativos de Regionalização e Hierarquização e Participação Popular buscando se contrapor a um modelo de caráter curativo, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, modelo este que o torna insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

Desta forma, aponta-se para a necessidade de uma organização de ações e serviços que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, e tenha por base o processo de territorialização e incorporação processual da regionalização como diretriz do SUS que tem por função a organização das Redes de Atenção nas regiões de Saúde em cada Estado, superando a visão municipalista.

Para assegurar universalidade, acessibilidade e equidade implantou-se em 1992 o Programa Médico de Família na perspectiva de expandir as ações de saúde as áreas de maior vulnerabilidade sanitária, econômica e epidemiológica da cidade. Vigente até o momento, neste quadriênio deverá passar por modificações no que tange a gestão do programa, mas, com um retorno a organização inicial no que tange ao desenvolvimento das ações.

Com este modelo de atenção, Niterói ratifica o papel da atenção primária em saúde (APS) como indutora do processo de organização da atenção a saúde. Reconhecendo que este é o primeiro nível da atenção, mas, não o exclusivo. Sendo necessário avançar na organização dos demais níveis de atenção especializada e também hospitalar e de urgência. Para esta organização a opção do quadriênio será a implantação/implementação gradual das Redes de Atenção em Saúde (RAS).

A organização da RAS tendo a atenção primária em saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; sendo estas mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

Para as diretrizes de hierarquização e regionalização a organização das ações e serviços da cidade evoluiu dos distritos sanitários para as regionais de saúde organizadas a partir das policlínicas regionais. Reconhecidas como unidade de maior complexidade pela oferta de ações de especialidade além de variada gama de categorias profissionais, as policlínicas assumem também o papel de responsabilidade sanitária do território. O papel e organização das policlínicas deverão ser revistos em razão das necessidades de saúde da população, da organização das RAS e da própria estrutura do sistema local de saúde.

A transição para o ideário da RAS e a sua concretização passa pelo fortalecimento do processo de regionalização numa perspectiva de superação da visão municipalista que ocorre através de um processo contínuo e perpassa o uso de estratégias de integração que permitam desenvolver sistematicamente o conjunto de atributos que caracteriza um sistema de saúde organizado em rede. Cabe ressaltar que a “regionalização busca a equidade, investindo numa atenção à saúde mais efetiva, organizada em rede, com serviços que se complementem e conduzidas por uma gestão solidária e colaborativa por parte dos municípios e estado” (SES-RJ, 2012).

Este processo contínuo deve refletir coerência e convergência entre o Pacto pela Saúde como diretriz institucional tripartite, as políticas vigentes (PNAB, Políticas específicas voltadas a grupos populacionais que vivem em situação de vulnerabilidade social, Política de Vigilância e Promoção a Saúde, Política de Urgência e Emergência, e outras) e a necessidade de responder de maneira eficaz aos atuais desafios sanitários.

Pode se afirmar, no bojo deste plano municipal, que esta será a situação vivenciada pela FMS/SMS - Niterói, de um período de transição. Sem abrir mão

do desenvolvimento de ações, objetiva-se estabelecer as bases teóricas, a organização físico-financeira e jurídica para que se implantem na cidade as redes de atenção a saúde em conformidade com a legislação e os princípios teóricos que regem este modelo de atenção desde sua proposição inicial por Dawson em 1920 e que tem assegurado a qualidade do sistema inglês de saúde. Modelo inspirativo do SUS.

A portaria 4279/2010 ratifica a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como uma estratégia capaz de superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Com base nisso, propõe-se diretrizes orientadoras e respectivas estratégias para o processo de implementação da RAS. Seleccionamos abaixo algumas diretrizes que deverão nortear o trabalho da FMS/SMS Niterói no período de 2018 a 2021:

I. Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção estratégicas.

Na gestão atual o desenvolvimento da atenção primária a saúde terá como ênfase o processo de consolidação e integração das ações desenvolvidas pelo PMF à rede de serviços estruturadas em cada uma das seis regionais de cidade. As ações deverão ser estruturadas a partir da organização de linhas de cuidado e das redes de atenção.

Considerando o tempo de execução de vigência deste plano aponta-se a necessidade de implantação/implementação das Redes temáticas de atenção à Saúde: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, Rede de Urgência e Emergência, a Rede de Doenças Crônicas com especial ênfase a hipertensão e diabetes, assim como as Redes de Média e Alta Complexidade como a Rede de Atenção em Oncologia, com ênfase cânceres femininos (colo de útero e mama) e masculino (próstata), Rede de Atenção em Cardiologia, Rede de Atenção em Oftalmologia e Terapia Renal Substitutiva (TRS).

Cabe ressaltar que as Rede de Urgência e Emergência e Rede Cegonha já tem sido incorporadas no planejamento das áreas técnicas e assistenciais

correspondentes a cada rede. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção em Oftalmologia tem sido incorporadas no planejamento das áreas técnicas e assistenciais de forma mais intensa face a implantação da Regulação das respectivas Redes pelo Município de Niterói.

II. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde

III. Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS

IV. Financiamento do Sistema na perspectiva da RAS

Para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, faz-se necessária a criação de mecanismos formais de regulação, controle e avaliação além da contratualização entre os entes reguladores/financiadores e os prestadores de serviço.

Quando estas ações abrangem todos os pontos de atenção da rede o Sistema passa a operar em modo de aprendizagem, ou seja, a busca contínua por uma gestão eficaz, eficiente e qualificada, de forma a proporcionar a democratização e a transparência ao SUS. A proposta de operacionalização destes mecanismos no quadriênio será por meio da implementação, ampliação e qualificação do Sistema de Regulação de Saúde de Niterói – RESNIT.

As ações de controle e avaliação terão como ação orientadora e condutora o monitoramento da Programação Pactuada Integrada (PPI). A PPI vincula-se diretamente as RAS e ao próprio sistema de regulação. Complementa o controle e a avaliação o monitoramento da produção e faturamento ambulatorial e hospitalar.

A contratualização (contratos de gestão) pode ser definida como o modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes. Esse processo deve resultar, ainda, na fixação de critérios

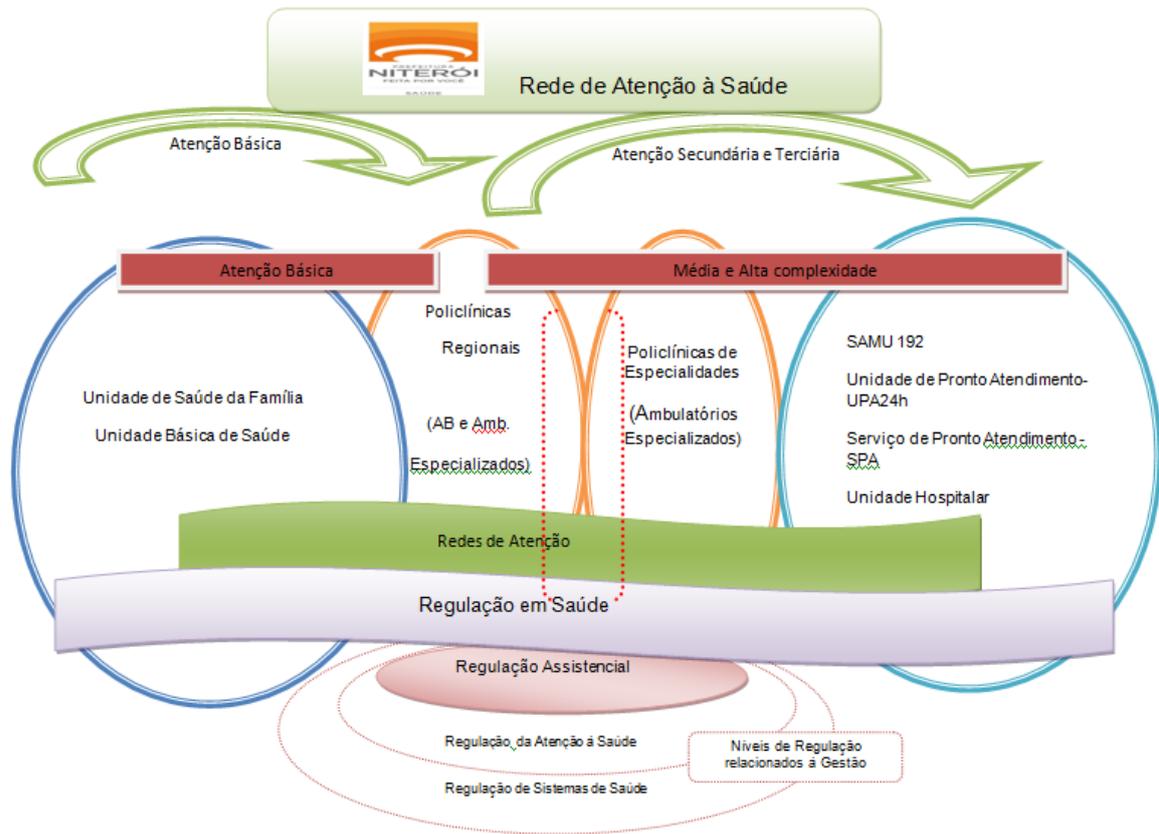
e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos. Para o quadriênio tem-se como diretriz que não haja nenhum prestador conveniado/contratado prestando serviço a FMS/SMS - Niterói sem ser contratualizado.

A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços. A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e o município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso

A Rede Assistencial é organizada segundo níveis de complexidade em Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, compostos por diversos pontos de Atenção. A conformação das Redes Temáticas e a Regulação em Saúde perpassam todos estes níveis de Atenção. A Regulação em Saúde é desdobrada em 3 eixos, a saber: Assistencial, Atenção à Saúde e Sistemas de Saúde. O acesso aos diferentes níveis de complexidade é realizado pela Regulação Assistencial (figura1).

Neste sentido, além de adequação/confirmação das regiões de saúde internas do município de Niterói deverá-se avançar nos limites intermunicipais na consolidação das RAS em conformidade com o plano regional de saúde da região Metropolitana II.

Figura 1



1- IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Aspectos ambientais e demográficos

Niterói faz parte da Região Metropolitana II, composta pelos municípios de Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, Silva Jardim, São Gonçalo e Tanguá. O município tem uma área total de 133,9 quilômetros quadrados, correspondentes a 4,93% da área da Região Metropolitana II. Em relação a sua posição geográfica, tem como dados de referência, altitude de 2,5 m; latitude sul de 22°53'37"; longitude W. Gr. de 43°07'15". Limita-se ao norte, com o município de São Gonçalo; a leste, com o de Maricá; ao sul e a oeste, com o Oceano Atlântico. (TCE, 2016)

Aspectos demográficos

Em 2010, Niterói tinha uma população de 487.562 habitantes com uma proporção de 86,3 homens para cada 100 mulheres. Já em 2016 a população de Niterói passou a ser de 497.883, segundo estimativa do IBGE enviada para o Tribunal de Contas da União (TCU). Niterói é o quinto em população do Estado e o segundo da região Metropolitana II, representando 24,57% da região (TCU). A densidade demográfica era de 3.640,8 habitantes por km². A taxa de urbanização correspondia a 100% da população. Em comparação com a década anterior, a população do município aumentou 6,1%, o 61º maior crescimento no estado.

Na Tabela 1 podemos observar que as maiores concentrações populacionais encontram-se nas Regiões Praias da Baía e Norte com 48,7% e 24,20% respectivamente. Na Região Praias da Baía o bairro com a maior concentração populacional é Icaraí, pertencente à área 15 e na Região Norte é o bairro Fonseca (Área 17).

TABELA 1 - CONCENTRAÇÃO POPULACIONAL POR ÁREAS E REGIÕES

CONCENTRAÇÃO POPULACIONAL	REGIÃO / ÁREA
48,70%	REGIÃO PRAIAS DA BAÍA
4,20%	Área 5 Charitas, Jurujuba, São Francisco
8,60%	Área 10 Santa Rosa, Vital Brazil, Cachoeira, Viradouro
4,00%	Área 11 Cubango, Pé Pequeno, Fátima
4,80%	Área 12 Centro, Morro do Estado
4,90%	Área 13 São Domingos, Ingá, Gragoatá, Boa Viagem
6,20%	Área 14 Ponta D'Areia, Santana, Ilha da Conceição, São Lourenço
16,00%	Área 15 Icaraí
24,20%	REGIÃO NORTE
5,10%	Área 7 Engenhoca, Tenente Jardim
4,60%	Área 8 Baldeador, Santa Barbara, Caramujo, Viçoso Jardim
3,70%	Área 16 Barreto
10,80%	Área 17 Fonseca
9,20%	REGIÃO PENDOTIBA
4,70%	Área 6 Badu, Sapê, Matapaca, Cantagalo
4,50%	Área 9 Maceió, Largo da Batalha, Ititioca
3,50%	REGIÃO LESTE
3,50%	Área 4 Muriqui, Rio do Ouro, V. Progresso, Várzea das Moças, Maria Paula
14,10%	REGIÃO OCEÂNICA
3,60%	Área 1 Itaipu, Itacoatiara, Maravista
3,00%	Área 2 Camboinhas, Cafubá, Santo Antônio, Jacaré
4,00%	Área 3 Engenho do Mato, Serra Grande
3,50%	Área 18 Piratininga, Jardim Imbuí

Fonte: IBGE

A cidade de Niterói é composta por cinquenta e dois bairros e dividida em cinco regiões administrativas (Tabela 2 e Mapa 1).

TABELA 2 - BAIRROS POR REGIÃO ADMINISTRATIVA DE NITERÓI

REGIÃO	BAIRROS
PRAIAS DA BAÍA	Charitas, Jurujuba, São Francisco, Santa Rosa, Vital Brasil, Cachoeira, Viradouro, Cubango, Pé Pequeno, Fátima, Centro, Morro Do Estado, São Domingos, Ingá, Gragoatá, Boa Viagem, Ponta D´Areia, Santana, Ilha da Conceição, São Lourenço, Icaraí
NORTE	Engenhoca, Tenente Jardim, Baldeador, Santa Barbara, Caramujo, Viçoso Jardim, Barreto, Fonseca
PENDOTIBA	Badu, Sapê, Matapaca, Cantagalo, Maceió, Largo Da Batalha, Ititoca
LESTE	Muriqui, Rio Do Ouro, Vila Progresso, Várzea Das Moças, Maria Paula
OCEÂNICA	Itaipu, Itacoatiara, Maravista, Camboinhas, Cafubá, Santo Antônio, Jacaré, Engenho Do Mato, Serra Grande, Piratininga, Jardim Imbuí

Fonte: Prefeitura de Niterói

MAPA 1– Bairros de Niterói segundo Região de Planejamento.



Fonte: Fundação Getúlio Vargas. Leitura Técnica da Revisão do Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Niterói: Caderno de Mapas, 2015.

2- ANÁLISE SITUACIONAL

2.1- Condições de saúde da população

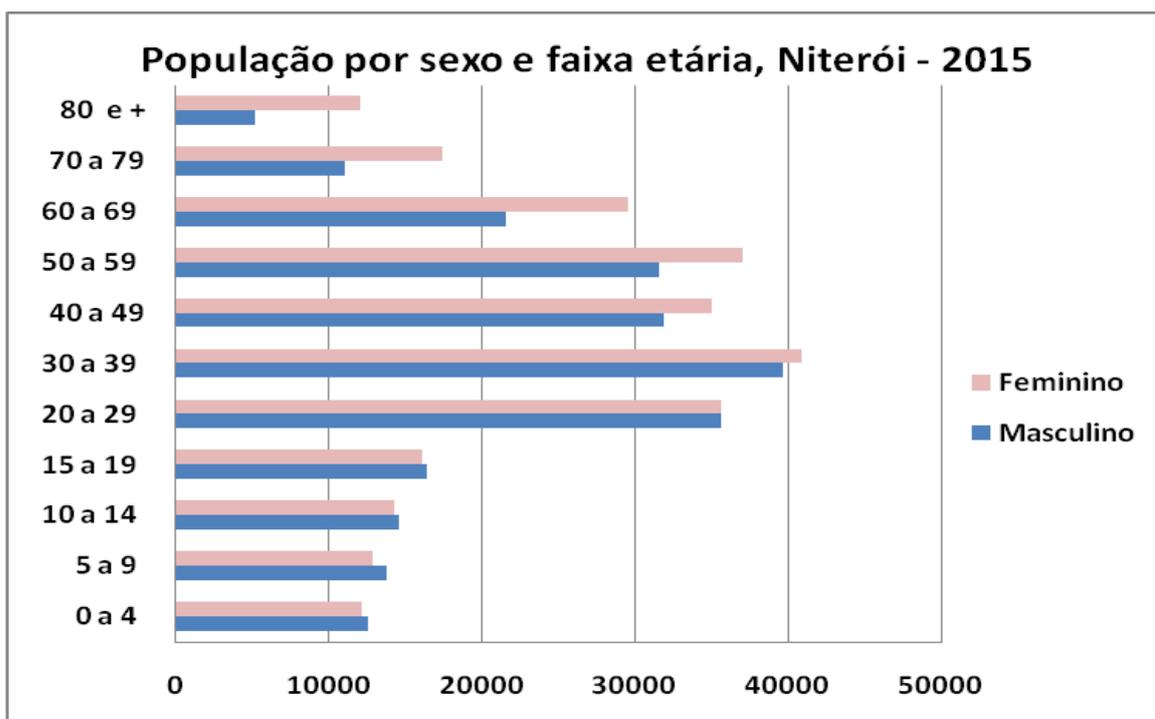
2.1.1. Dados Demográficos

As características da população de Niterói são semelhantes às da região sudeste. Alguns aspectos merecem destaque como o fato de 100% da população residir em área urbana. Para o Brasil, este índice é de 85% e para o sudeste é de

93% (Censo-2010). Em Niterói, a razão de sexos (número de homens para cada 100 mulheres) era, no ano 2000, de 87,2. Em 2015 este índice aumentou para 88,9. No Brasil e na região Sudeste essas razões em 2015 foram de 97,6 e 97,0 respectivamente. Essas projeções foram realizadas com base no comportamento demográfico da década 2000-2010.

Conforme demonstra o gráfico abaixo, não há uma diferença significativa das proporções entre os sexos até a faixa etária de 30 a 39 anos. A partir desta faixa observamos um aumento crescente na população feminina.

Gráfico 1



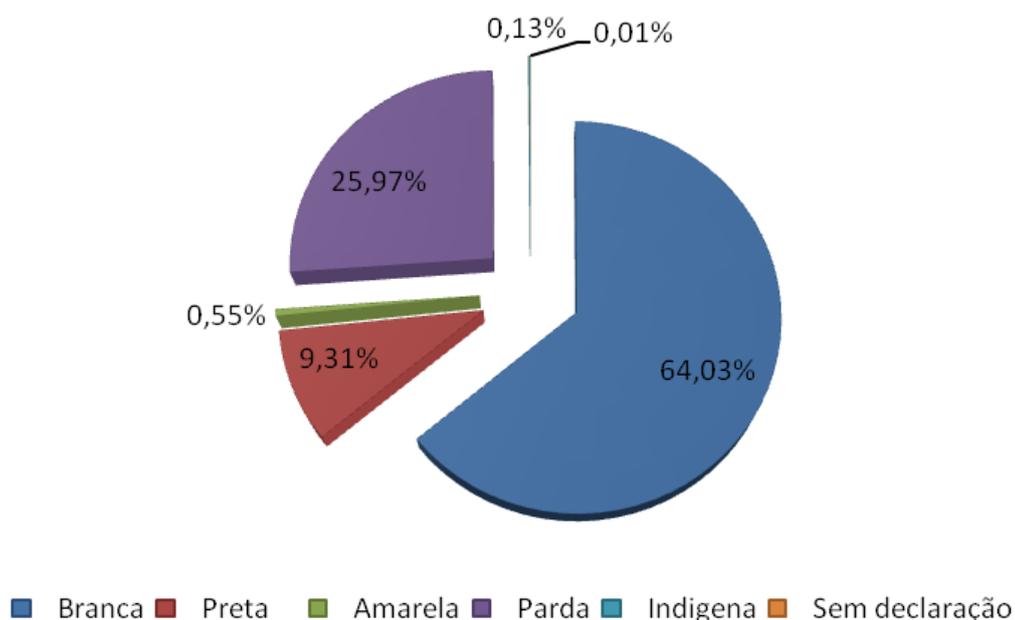
Fonte: DATASUS/MS

A série histórica dos censos mostra que a população de Niterói vem experimentando aumentos sucessivos, quase dobrando num período de cinco décadas (1960-2010), mas com variação na intensidade do ritmo de crescimento: 2,80% (década de 60); 2,05% (década de 70); 0,86% (década de 80), 0,64% (década de 90) e 0,43% (2000 a 2010). Nos últimos cinco anos, o aumento populacional foi de 1,87%, passando de 487.562 em 2010 para 496.695 em 2015 (estimativa populacional do DATASUS/MS). A esperança de vida ao nascer passou de 72,26 (ano 2000) para 76,23 em 2010 (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil).

Segundo o DATASUS/MS, a população de Niterói estimada para o ano de 2015, é de 496.695 habitantes, com predominância do grupo feminino (262.914 habitantes) sobre o masculino (233.781 habitantes).

No Censo-2010, 64,03% das pessoas residentes em Niterói se autodeclararam brancas, sendo o segundo grupo o de pardos (25,97%), seguido pelas raças preta (9,31%), amarela (0,55%) e uma minoria indígena (0,13%), conforme ilustra o gráfico 2.

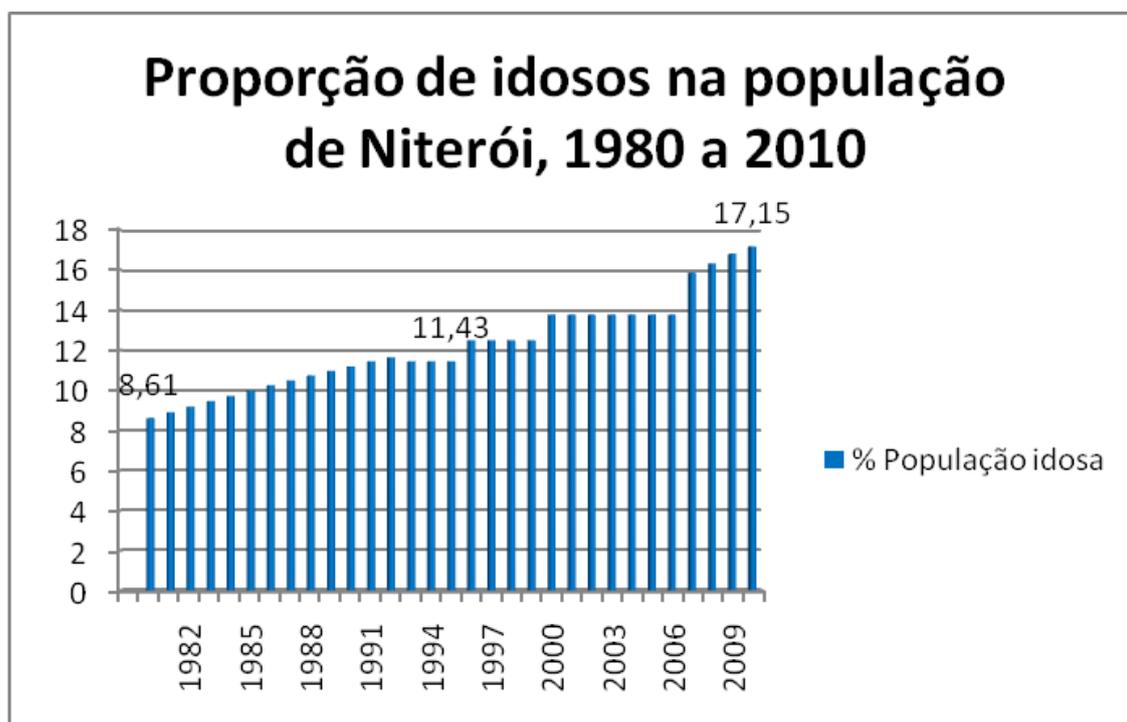
Gráfico 2 População do Município de Niterói por Raça/Cor - 2010



Fonte: IBGE – Censo 2010

Em Niterói, a população acima de 60 anos representa 17% (COOBS/IBGE-2010), enquanto para o Brasil este valor é de 11,3% (IBGE/2010), o que evidencia que o perfil de envelhecimento da cidade é considerado bastante elevado dentro do contexto nacional (Gráfico 3). Para 2015, estimativas apontam para uma proporção de 19,5% de pessoas com 60 anos ou mais.

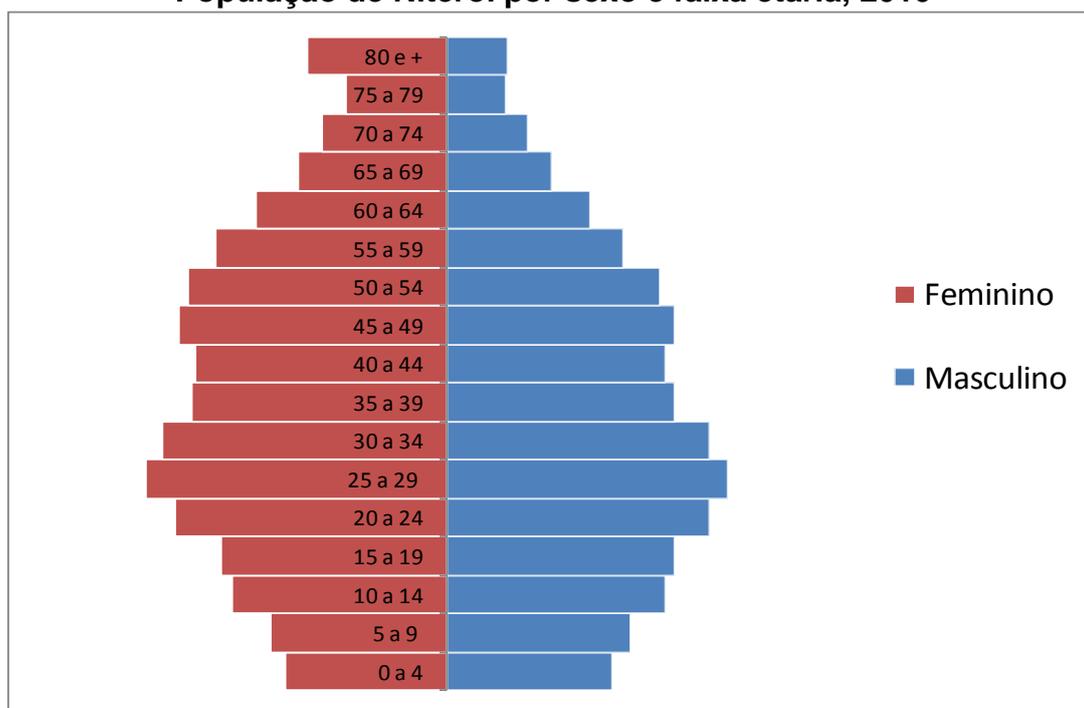
Gráfico 3



Fonte: COOBS/FMS Niterói

A pirâmide populacional de Niterói é compatível com a de cidades com elevado índice de envelhecimento (Gráfico 4). A base da pirâmide (crianças de 0 a 4 anos) é estreita. A distribuição por faixa etária, segundo estimativa para 2015, apresenta a seguinte composição: 0 a 9 anos, 10,31%; de 10 a 19 anos, 12,36%; de 20 a 39 anos, 30,55%; de 40 a 59 anos, 27,28%; de 60 anos e mais, 19,49%.

Gráfico 4
População de Niterói por sexo e faixa etária, 2010



Fonte: COOBS/FMS Niterói

O perfil etário da cidade não se diferencia da tendência observada para o Brasil como um todo. A população vem se tornando mais velha, com significativa redução de crianças e adolescentes até 14 anos, havendo maior concentração populacional nas faixas de 20 a 59 anos e aumento progressivo da população acima de 60 anos. Este novo perfil caracterizado pelo aumento de mulheres, de população em idade economicamente ativa e idosos demanda políticas públicas específicas, exigindo da gestão municipal adaptações, seja no que diz respeito à modalidade de ações a serem oferecidas, seja na própria organização dos serviços. Isto tudo sem esquecer da necessidade de adequação da força de trabalho atuante na rede municipal de saúde.

Mortalidade

Taxa bruta de mortalidade:

A *taxa bruta de mortalidade* é um bom indicador para comparar séries históricas em uma mesma população, ou como parâmetro para compreender e comparar a dinâmica de mortalidade entre populações diferentes. Ela expressa a intensidade com a qual a mortalidade atua sobre uma determinada população. A taxa bruta de mortalidade é influenciada pela estrutura da população quanto à

idade e ao sexo. Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total, como no caso de Niterói. Entre 2000 e 2015, essa taxa sofreu pouca alteração no município, variando entre 8,43 em 2000 e 8,98 em 2015, tendo um discreto aumento em 2010 (Tabela 3).

**Tabela 3 - Taxa bruta de mortalidade (p/1.000hab.)
Niterói - 2000 a 2015**

Ano	População	Óbitos*	TBM
2000	459.451	3874	8,43
2001	461.203	3838	8,32
2002	464.354	3980	8,57
2003	466.630	3934	8,43
2004	468.897	3906	8,33
2005	474.048	3819	8,06
2006	476.671	4139	8,68
2007	479.270	4075	8,50
2008	477.912	3951	8,27
2009	479.386	4147	8,65
2010	487.562	4596	9,43
2011	489.720	4270	8,72
2012	491.807	4294	8,73
2013	494200	4447	8,99
2014	495470	4415	8,91
2015	496696	4462	8,98

* fetais e não fetais

Dados sujeitos a revisão – 19/04/2017

Natalidade

Para análise da natalidade selecionamos quatro variáveis: *taxa de fecundidade, peso ao nascer, idade da mãe e tipo de parto.*

Taxa de Fecundidade:

A taxa de fecundidade revela o número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Nas últimas duas décadas, Niterói apresentou um decréscimo gradual nas taxas de fecundidade, atingindo, em 2010, 1.41 (tabela 4). Valores inferiores a 2.1 são sugestivos de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional (DATASUS).

Tabela 4 - Taxa de fecundidade no Brasil e em Niterói nos anos de 1991, 2000 e 2010.

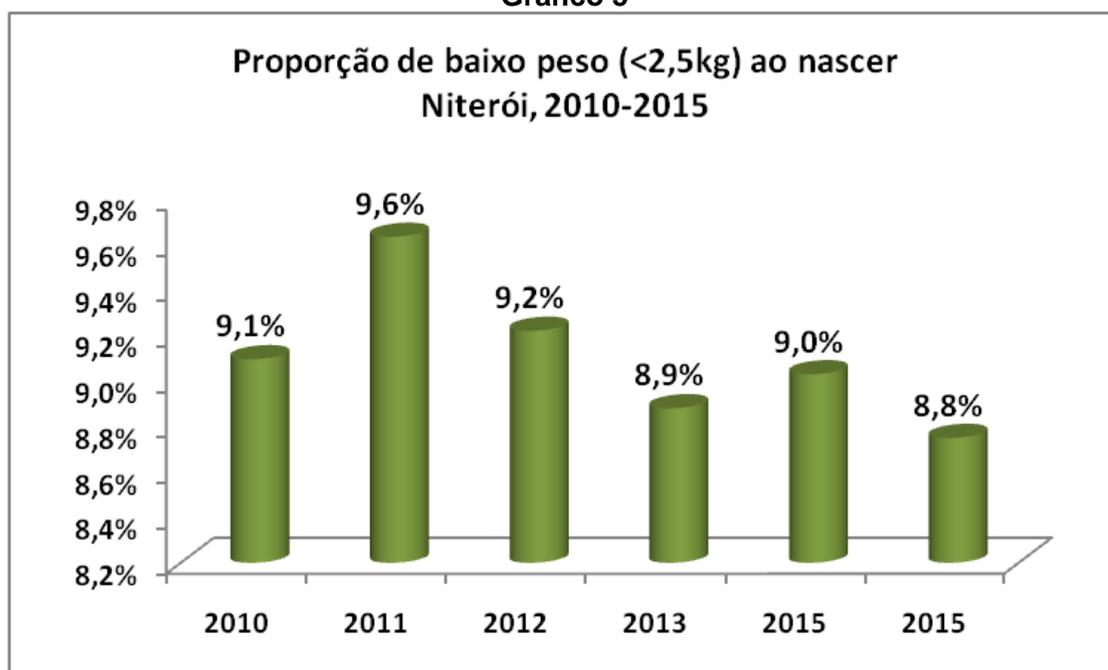
	1991	2000	2010
Brasil	2.88	2.37	1.89
Niterói	1.76	1.61	1.41

Fonte: Atlas Brasil 2013

Peso ao Nascer:

Entre os anos de 2010 e 2015, a proporção de baixo peso ao nascer em residentes de Niterói oscilou entre 9,10 % em 2011 e 8,80 % em 2015 (Gráfico 5). O baixo peso ao nascer é o fator de risco isolado mais importante para a mortalidade infantil. Esta condição está relacionada tanto a fatores da mãe (condição sócio econômica, escolaridade, idade e doenças), bem como a condições relacionadas ao atendimento do pré-natal (orientações, acompanhamento e infraestrutura).

Gráfico 5

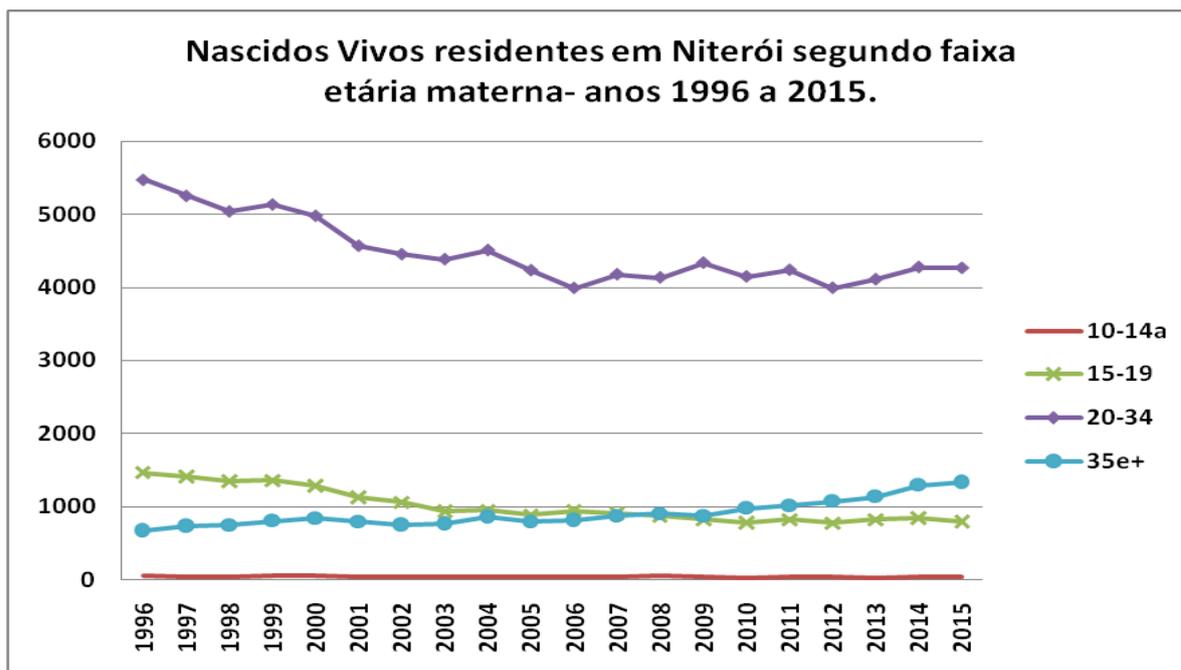


Fonte: FMS Niterói/COOBS. Dados sujeitos a revisão em 24/04/2017

Idade da Mãe:

A faixa etária materna de 20 a 34 anos tem sido a predominante no município de Niterói. No entanto, desde o ano 2000, constata-se um aumento gradual no número de nascidos vivos de mães na faixa etária de 35 anos ou mais (gráfico 6).

Gráfico 6

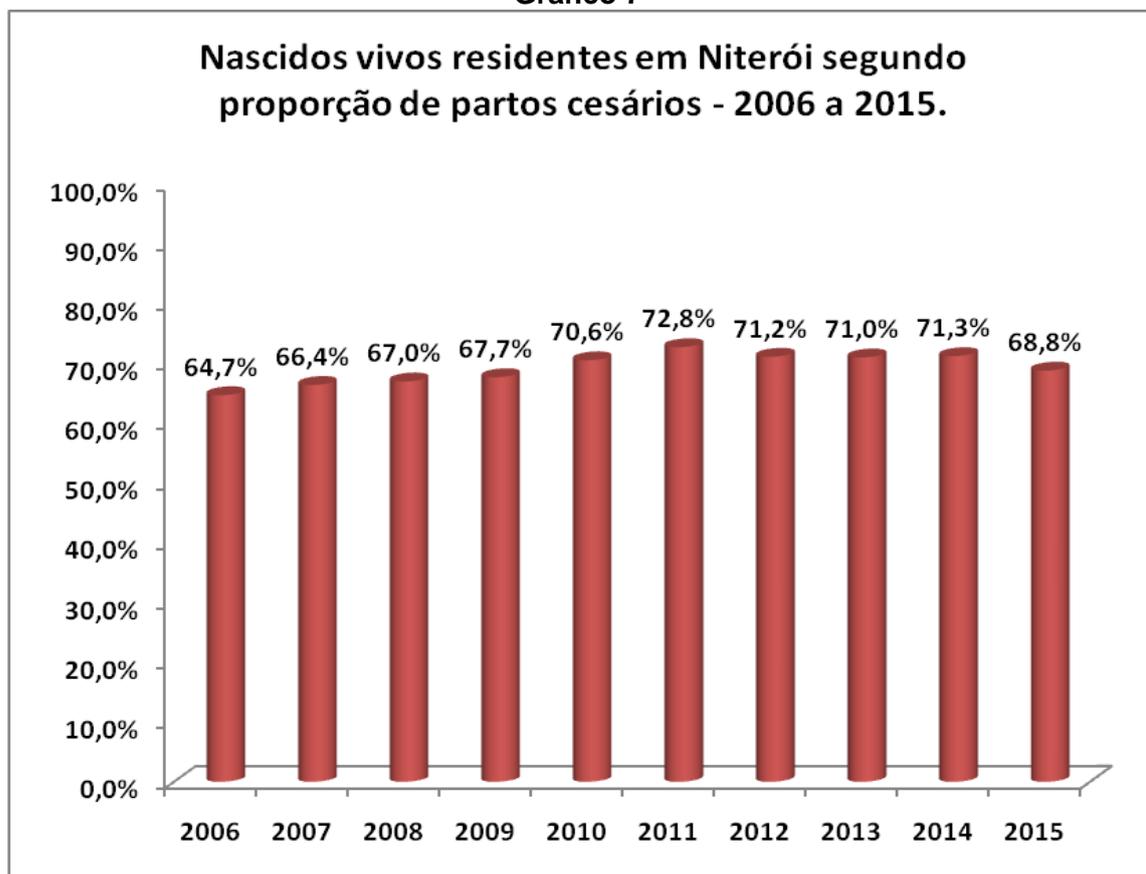


Fonte: FMS Niterói/COOBS. Dados sujeitos a revisão em 24/04/2017

Proporção de partos cesáreos:

O município de Niterói tem elevada proporção de partos cesáreos. No gráfico 7 observamos que no período de 2006 a 2015 esse índice, para residentes, variou de 64,7% a 68,8%. A Organização Mundial da Saúde preconiza taxa máxima de 15%. Alguns fatores podem explicar esta taxa: padrão socioeconômico da cidade, grande número de beneficiárias de planos privados, acompanhamento pré-natal inadequado ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal. A redução desta taxa, ainda que difícil, deve ser uma das metas do município. Neste contexto, uma unidade que se diferencia é a maternidade municipal Alzira Reis Vieira, que apresenta a menor proporção de partos cesáreos (29,1% no ano de 2015).

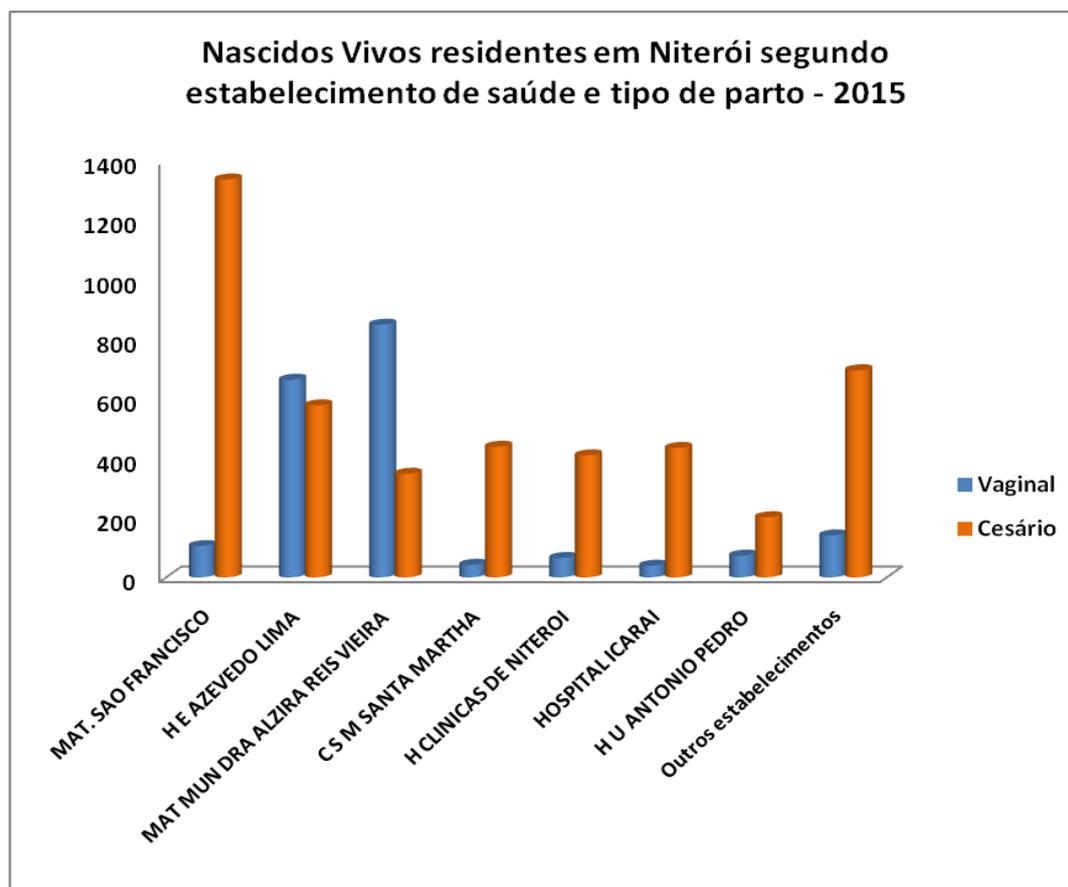
Gráfico 7



Fonte: FMS Niterói/COOBS. Dados sujeitos a revisão em 10/04/2017

Nos estabelecimentos privados é expressivo o número de partos cesáreos. Nos Hospitais Estadual Azevedo Lima e Universitário Antônio Pedro o número de partos cesáreos pode refletir o perfil assistencial dos mesmos, que, no setor público, são referências para gestações de alto risco. (Gráfico 8)

Gráfico 8



Fonte: FMS NITERÓI/COOBS. Dados sujeitos a revisão - em 10/04/2017

2.1.2. Dados Socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mede o progresso de uma nação a partir de três dimensões: renda, saúde e educação. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano. O IDH em 2010 da Região Metropolitana II era de 0,771, do Estado do Rio de Janeiro de 0,761 e do Brasil de 0,724, foi aumentando ano a ano até 2014 (0,754) e manteve-se o mesmo índice no ano de 2015. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Niterói era de 0,837 em 2010. O município está situado na faixa de desenvolvimento humano muito alto. Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi a educação (aumento de 0,089), seguida pela saúde (longevidade) e pela renda. (Fonte: TCE 2015)

Niterói ocupa a 7ª posição em relação aos 5.565 municípios do Brasil, ou seja, 6 (0,11%) municípios estão em situação melhor e 5.559 (99,89%) municípios

estão em situação igual ou pior. Em relação aos 91 outros municípios do Rio de Janeiro, Niterói ocupa a 1ª posição.

Em 2010, o IDHM - Educação da cidade, era de 0,773, o que mostra que há um elevado índice de escolaridade, enquanto a média brasileira é de 0,637.

**Tabela 5 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
Niterói – 1991 – 2000 - 2010**

Data	Renda	Longevidade	Educação	IDHM
1991	0,79	0,717	0,557	0,681
2000	0,851	0,788	0,684	0,771
2010	0,887	0,854	0,773	0,837

Fonte: PNUD, IPEA e FJP

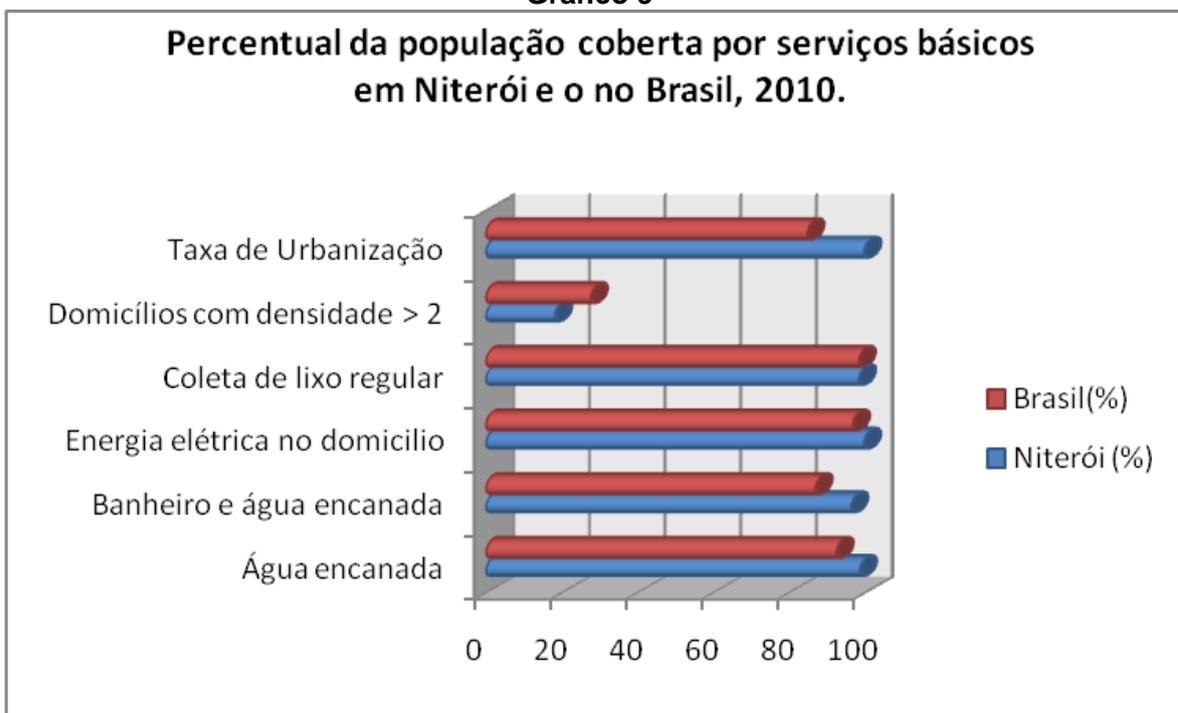
Em relação ao rendimento, Niterói também se destaca já que seu *IDHM-Renda* é de 0,887 e no Brasil é de 0,740. A discrepância com relação ao nível nacional é ainda maior no que diz respeito à renda per capita; enquanto no município a média é de R\$ 2.000,29, no Brasil é de R\$ 793,87. Na população ativa com 18 anos ou mais, o rendimento médio é de R\$ 2.724,79 e no país é de R\$ 1.296,19.

Já em 2016 o valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes com rendimento domiciliar no município de Niterói foi de R\$ 5.783,73, o maior entre os 92 municípios do Estado (Fonte: IBGE – 2016).

A razão de renda em 2010 era de 32,85. O percentual de pessoas extremamente pobres é de 0,80 e no Brasil é de 6,62.

No que se refere a serviços essenciais – água, energia elétrica e coleta de lixo - o cenário municipal é bastante favorável comparando com o Brasil, conforme mostra o gráfico 9 a seguir:

Gráfico 9



Fonte: Atlas do IDH Brasil 2013

2.1.3. Dados Epidemiológicos

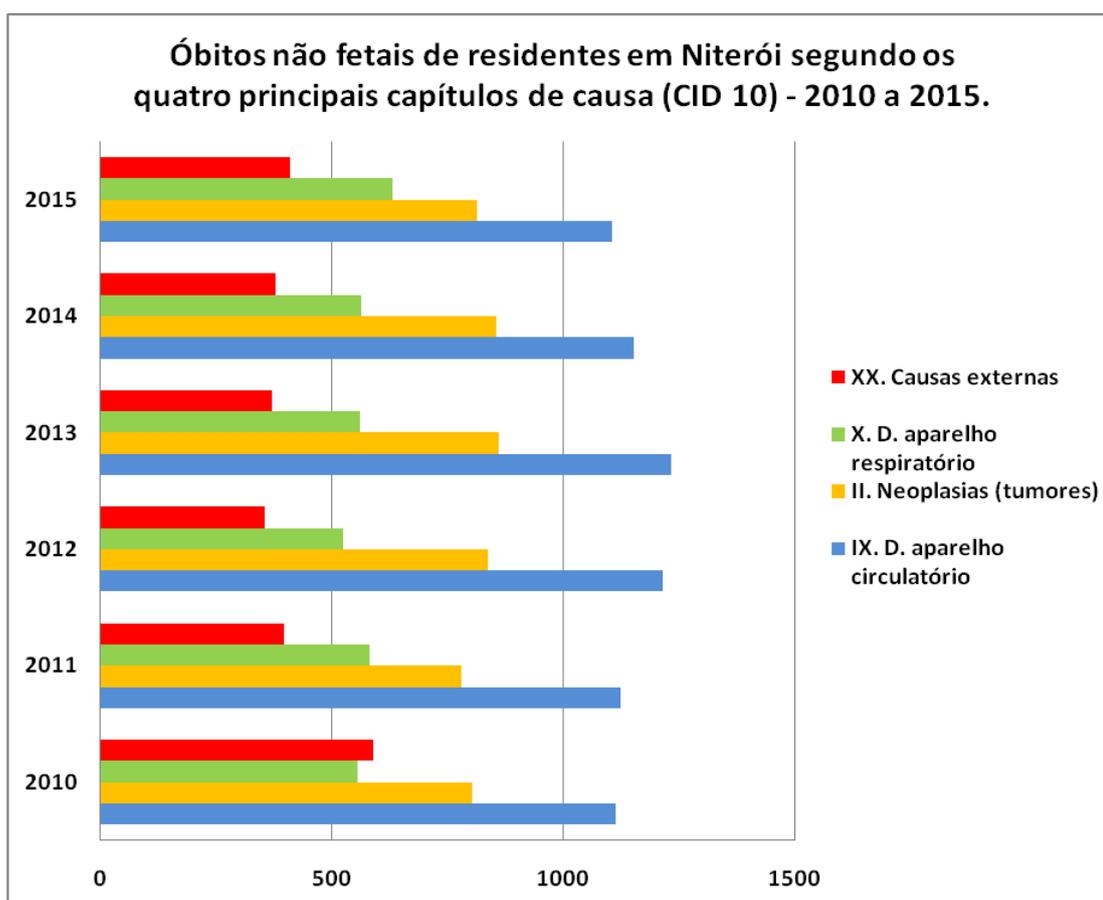
Morbidade

O perfil da Morbidade Hospitalar por grupos de causas em 2016, segundo o Capítulo da CID 10, mantém o mesmo comportamento do ano anterior, em que foi apresentado como primeira causa de internação o Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério (2972 internações), em segundo lugar Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas (2.005 internações), seguidas pelas doenças do aparelho digestivo (1737 internações), em quarto as doenças do aparelho circulatório (1.384 internações) e em quinto as neoplasias (1.216 internações). Considerando estes cinco grupos de morbidade hospitalar verificamos que estas cinco causas respondem por 58,47% das internações. Ainda analisando estes grupos quando comparada a 2015 encontramos quedas no grupo Gravidez, parto e puerpério (264 internações) e no grupo Neoplasias (51). O Grupo Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas também conhecido como Causas externas, continua em segundo lugar e inclui os acidentes de trânsito e a violência.

Mortalidade

O padrão de mortalidade do Município de Niterói, nos últimos anos, segue a tendência registrada em locais com bom IDH e população envelhecida. O primeiro grupo de causa de óbito é representado pelas *doenças do aparelho circulatório*, seguindo-se as *doenças neoplásicas* e as do *aparelho respiratório* (gráfico 10), diferentemente do padrão nacional cuja terceira causa de mortes são as *causas externas*. Excepcionalmente, em 2010, os óbitos por causas externas sofreram aumento devido às mortes provocadas por desabamentos ocorridos em algumas comunidades do município (em especial, no Morro do Bumba), provocados pelas chuvas torrenciais que aconteceram no mês de abril do referido ano.

Gráfico 10

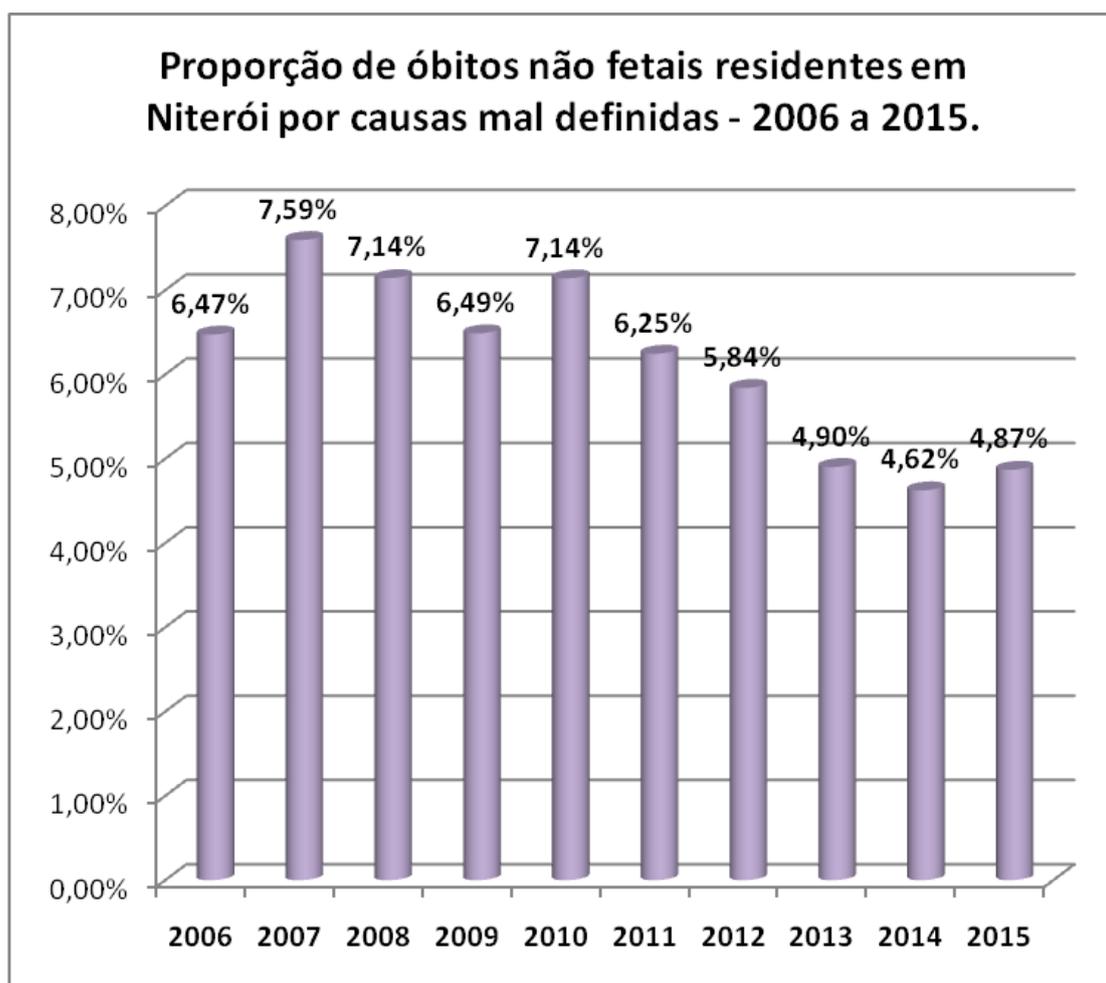


Fonte: FMS Niterói/COOBS. Dados sujeitos a revisão em 19/04/2017

Mortalidade proporcional por causas mal definidas:

É um indicador capaz de contribuir para a compreensão das condições de assistência da população no momento do óbito. No município de Niterói é o capítulo responsável pela quinta posição entre as causas de óbito. A proporção de causas mal definidas, pactuada para o ano de 2017 com a Secretaria de Estado de Saúde, foi de menos de 5%. Conforme gráfico 11 a meta foi alcançada nos anos de 2013 a 2015.

Gráfico 11



Fonte: FMS Niterói/COOBS. Dados sujeitos a revisão - em 19/04/2017

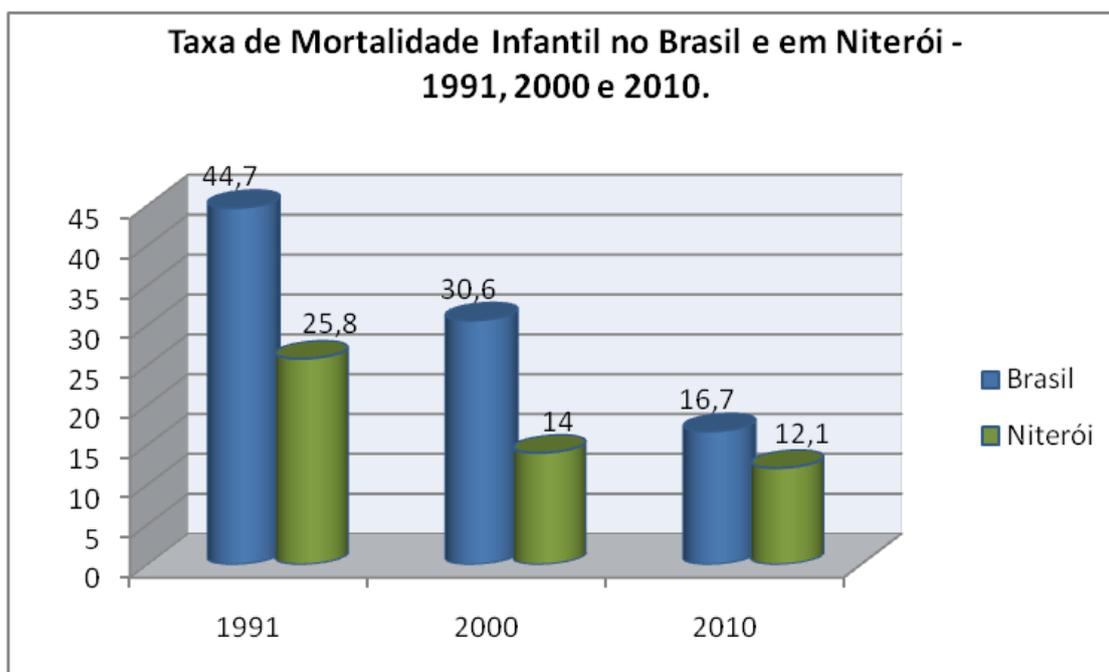
Óbitos infantis:

Quando relacionados à população de nascidos vivos, os óbitos de menores de 1 ano compõem a *taxa de mortalidade infantil*. Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem

como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. Este indicador permite comparar a situação do município com outras realidades.

Ao longo das últimas décadas, a taxa de mortalidade infantil no Brasil e em Niterói tem sofrido queda gradual. Comparando a TMI municipal com a nacional, o município apresenta um cenário favorável neste aspecto, por estar dentre aqueles que têm as menores taxas no país, sendo considerada de valor baixo (menor que 20), segundo classificação da Organização Mundial da Saúde (Gráfico 12).

Gráfico 12

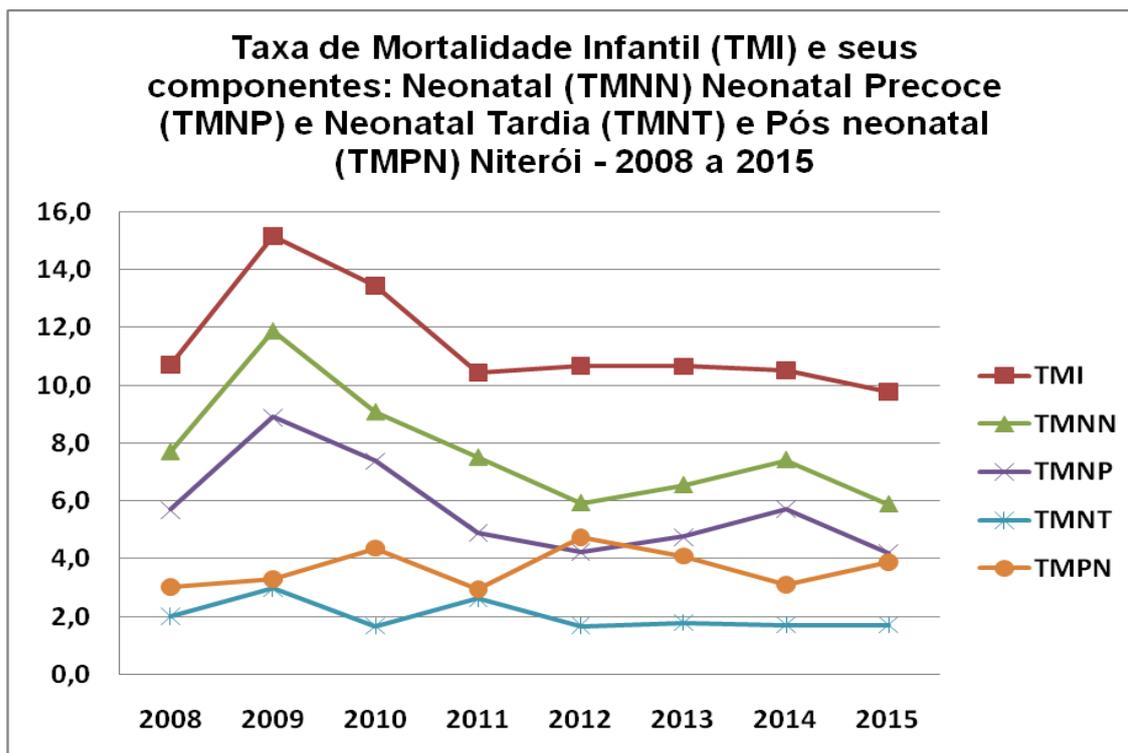


Fonte: Atlas (PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil - 2013).

O gráfico 13 apresenta as taxas de mortalidade infantil e seus componentes para residentes em Niterói no período de 2008 a 2015. A mortalidade infantil manteve-se estável no período exceto para os anos de 2009 e 2010 onde se evidenciou aumentos. Mantém-se o predomínio do componente neonatal. Para uma melhor compreensão da mortalidade infantil é necessária a incorporação de dados qualitativos às informações disponíveis, como acesso a serviços de saúde, padrão de cuidados ofertados à mãe e à criança. Neste sentido, ressalta-se a importância da investigação dos óbitos infantis e a necessidade da implementação do Comitê de Prevenção e Controle da

Mortalidade Infantil com recursos necessários a sua atuação apropriada e oportuna.

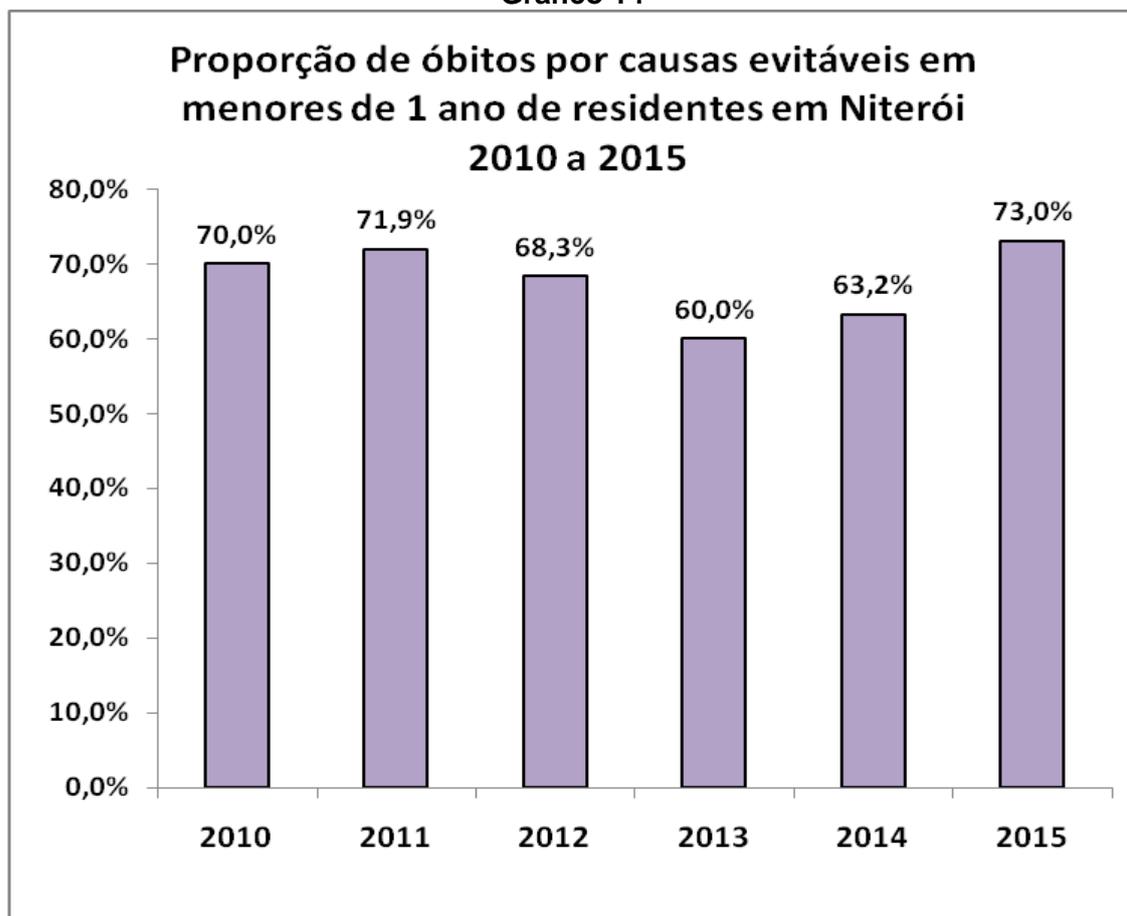
Gráfico 13



Fonte: FMS Niterói/COOBS. Dados sujeitos a revisão - em 19/04/2017

Considerando o critério de evitabilidade dos óbitos de menores de 1 ano adotando a lista brasileira de causas de morte por intervenções do SUS, observamos que no período de 2010 a 2015 a proporção de óbitos evitáveis oscilou entre 60% e 73% (Gráfico 14).

Gráfico 14



*Critério de Evitabilidade: Lista brasileira de causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS em menores de 5 anos.

*Dados sujeitos à revisão – 19/04/2017

Fonte: COOBS/FMS

No período de 2010 a 2015 ocorreram 403 óbitos de menores de um ano residentes em Niterói, 54,6% dos quais pertencem ao grupo de óbitos evitáveis por adequada atenção a gestação, ao parto e ao RN. Isto indica a necessidade de ampliar a cobertura de pré-natal no município e melhorar a qualidade do atendimento à gestante e ao recém-nato. No período ocorreu um óbito evitável por vacinação (Coqueluche), mostrando a importância de se manter altas coberturas vacinais em Niterói.

Tabela 6 - Óbitos de menores de um ano de residentes em Niterói segundo evitabilidade no período de 2010 a 2015

EVITAVEL MOD	Total	%
1.1 Por ações de imunoprevenção	1	0,2%
1.2 Por adequada atenção gestação, parto e ao RN	220	54,6%
1.3 Por ações adequadas de diag. e tratamento	32	7,9%
1.4 Por ações adequadas de promoção	20	5,0%
2 Causas mal definidas	9	2,2%
Todas as outras (não claramente evitáveis)	121	30,0%
Total	403	100,0%

*Critério de Evitabilidade: Lista brasileira de causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS em menores de 5 anos.

*Dados sujeitos à revisão – 19/04/2017

Fonte: COOBS/FMS

Óbitos maternos:

“O óbito materno, tal como o óbito infantil, é tido como evento grave na medida em que pode ser evitado. Define-se como óbito materno óbitos de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais” (OMS, 1980).

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um indicador que estima a frequência desses óbitos em relação aos nascidos vivos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de mulheres grávidas e reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Razões elevadas de mortalidade materna estão associadas à inadequada prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério. A tabela 7 mostra razão de mortalidade materna para o município no período 2000 a 2015. Após uma estabilização nos anos de 2010 a 2012, observamos um aumento expressivo em 2013, com uma RMM muito alta. Segundo o parâmetro da OMS para a razão de Mortalidade Materna, Niterói encontrava-se na categoria Média (de 20 a 49 óbitos por 100.000 nascidos vivos), nos anos de 2010 a 2012.

**Tabela 7 - Razão de Mortalidade Materna
(p/100.000 nascidos vivos)
Niterói - 2000 a 2015**

Ano	Nascidos vivos	Óbitos	RMM
2000	7185	4	55,7
2001	6560	5	76,2
2002	6337	9*	142,0
2003	6147	2	32,5
2004	6380	3	47,0
2005	5973	3	50,2
2006	5801	6	103,4
2007	6025	3	49,8
2008	5976	2	33,5
2009	6085	4	65,7
2010	5950	2	33,6
2011	6129	2	32,6
2012	5899	2	33,9
2013	6103	8	131,1
2014	6467	3	46,4
2015	6457	1	15,5

Fonte: FMS Niterói/COOBS

* 2 por Dengue hemorrágico.

Dados sujeitos a revisão - em 19/04/2017.

Óbitos em mulheres em idade fértil:

No ano de 2015 registraram-se 137 óbitos de mulheres em idade fértil residentes em Niterói, 108 dos quais ocorreram no próprio município. Destes 108 eventos, 96 (88,9%) foram investigados. Na tabela 8 apresentamos os locais e estabelecimento de ocorrência segundo investigação. Neste sentido, há que se pensar em ações que sensibilizem os profissionais de saúde sobre a importância da investigação destes óbitos. De igual forma, há necessidade de melhor estruturação da coordenação do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher, seja para o desempenho de funções como monitoramento das

informações, supervisão, capacitação; seja para condução das ações do Comitê de Mortalidade Materna.

Tabela 8 - Óbitos de mulheres em idade fértil residentes e ocorridos em Niterói segundo local, estabelecimento de saúde e investigação - 2015

Estabelecimento de Saúde	Investigado	% Investigado	Não Investigado	Total
HOSPITAL MUNICIPAL CARLOS TORTELLY	23	95,8%	1	24
HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA	22	91,7%	2	24
HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	12	100,0%	0	12
HOSPITAL DAS CLINICAS DE NITEROI	6	100,0%	0	6
P. COMUNITARIA DO LARGO DA BATALHA	4	100,0%	0	4
HOSPITAL DE CLINICAS ALAMEDA	4	100,0%	0	4
C. SAUDE E MATERNIDADE SANTA MARTHA	4	100,0%	0	4
UPA FONSECA	4	100,0%	0	4
HOSPITAL ICARAI	1	50,0%	1	2
U. M. DE URGENCIA DR MARIO MONTEIRO	2	100,0%	0	2
INFANT SERV MEDICOS	1	100,0%	0	1
HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS	1	100,0%	0	1
HOSPITAL PSIQUIATRICO DE JURUJUBA	1	100,0%	0	1
SAO SEBASTIAO HOSPITAL DE CLINICAS	1	100,0%	0	1
Via Pública	5	100,0%	0	5
Outros	2	100,0%	0	2
Domicílio	3	27,3%	8	11
Total	96	88,9%	12	108

Fonte: FMS Niterói/COOBS. Dados sujeitos a revisão – 19/04/2017

2.2. Atenção Básica

A Atenção Básica consiste em um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Além disso, a Atenção Básica se caracteriza como a porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde, buscando garantir o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos. Ela atua como coordenadora do cuidado e estimula a participação do usuário de forma a proporcionar a sua autonomia e participação no processo do cuidado à sua saúde. Desta forma, a Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2012).

A Rede de Atenção Básica à Saúde de Niterói está organizada de forma regionalizada e hierarquizada, sendo constituída por: Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Policlínicas Regionais e as Policlínicas de Especialidades. A saber:

- 07 policlínicas regionais;
- 02 policlínicas de especialidades;
- 05 unidades básicas de saúde;
- 40 unidades de Saúde da Família;
- 01 equipe móvel de Consultório na Rua

O território da cidade encontra-se dividido em sete regionais conforme tabela 9. As Policlínicas Regionais são as ordenadoras do território, sendo responsáveis pelo atendimento dos pacientes das Unidades Básicas e módulos da Saúde da Família nas especialidades que possui.

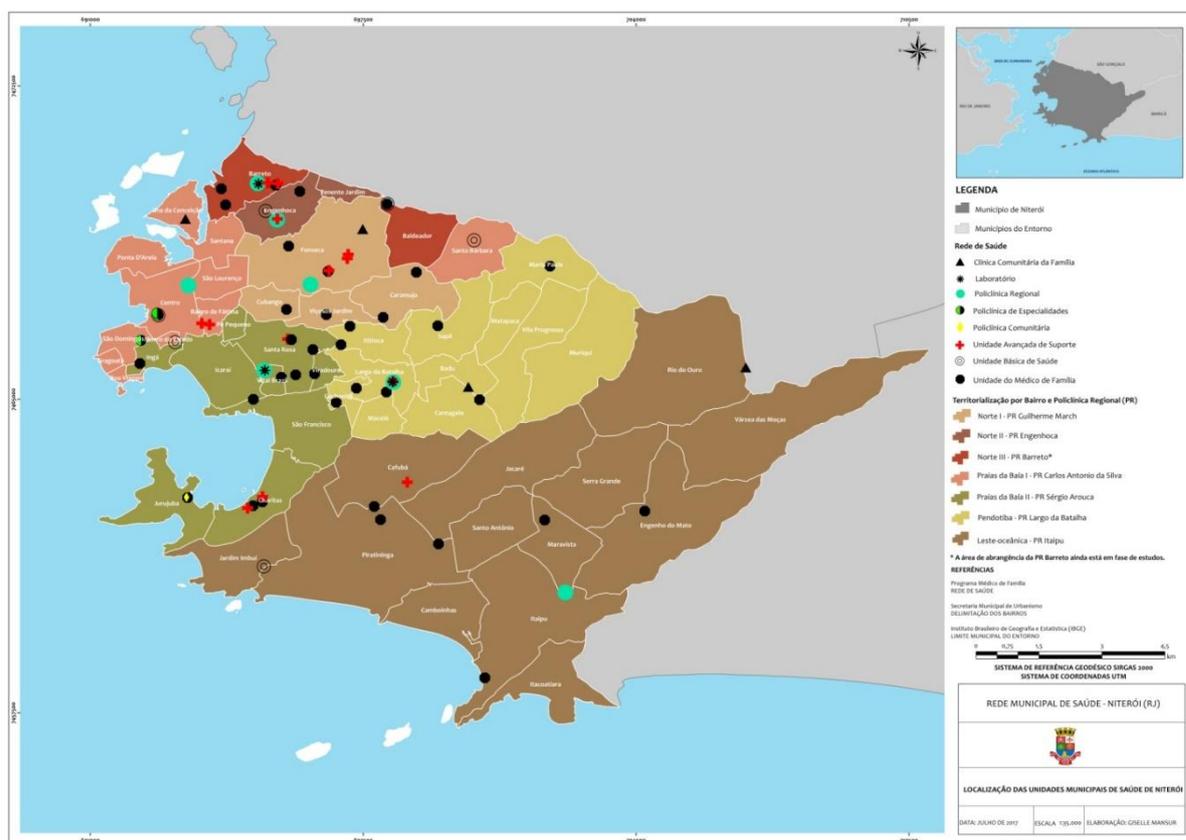
A distribuição da população por Regional revela que a Região de Planejamento com maior proporção de habitantes é a de Praias da Baía II (33%) seguida por Norte I (15,6%), Leste Oceânica (15,4%).

Tabela 9 – Constituição da Rede Básica de Saúde do Município de Niterói Regionais de Planejamento

Regiões de Planejamento, bairros de abrangência, população Policlínica Regional	Policlínicas de Especialidades, e Unidades Básicas de Saúde	Unidades de Saúde da Família, CAPS
I - Praias da Baía I		
Policlínica Regional Carlos Antônio da Silva Bairro de Fátima, Boa Viagem, Centro, Gragoatá, São Domingos, Morro do Estado, São Lourenço, Santana, Ponta D'Areia, Santa Bárbara e Ilha da Conceição. População: 71.893 hab. (14,7%)	UBS Centro, UBS Morro do Estado, UBS Santa Bárbara,	USF da Ilha da Conceição USF Ponta da Areia, CAPS Monteiro Lobato
II - Praias da Baía II		
Policlínica Regional Sérgio Arouca Jurujuba, Charitas, São Francisco, Ingá, Icaraí, Vital Brazil, Santa Rosa, Viradouro e Pé Pequeno. População: 159.239 hab. (32,7%)		USF Cavalão, USF M. do Palácio/ Gragoatá, USF Viradouro, USF Vital Brasil, USF Souza Soares, USF Jurujuba, USF Preventório I, USF Preventório II, USF Alarico, USF Martins Torres, CAPS Hebert de Souza
III - Norte I		
Policlínica Regional do Fonseca – Guilherme Taylor March Fonseca, Cubango, Viçoso Jardim e Caramujo. População: 76.068 hab. (15,6%)		USF Bernardino, USF Caramujo/Lagoinha, USF Morro do Céu, USF Viçoso Jardim, USF Jonas Botelho, USF Teixeira de Freitas, USF Vila Ipiranga, CAPS AD Alameda,
IV - Norte II		
Policlínica Regional da Engenhoca População: 20.958 (4,3%)	UBS Engenhoca,	USF Nova Brasília, USF Zilda Arns
V - Norte III		
Policlínica Regional do Barreto – João Vizella Barreto, Baldeador, Engenhoca, e Tenente Jardim. População: 24.933 (5,1%)		USF Maruí Grande, USF Marítimos, USF Leopoldina
VI – Pendotiba		

<p>Policlínica Regional do Largo da Batalha Largo da Batalha, Ititioca, Badu, Cantagalo, Cachoeira, Matapaca, Vila Progresso, Muriqui, Maria Paula, Maceió e Sapê. População: 59.499 hab. (12,2%)</p>		<p>USF Cantagalo, USF Grota I, USF Grota II (Cachoeiras), USF Ititioca, USF Atalaia, USF Matapaca, USF Maceio, USF Sape, USF Badu, CAPS Casa do Largo</p>
VII – Leste/ Oceânica		
<p>Policlínica Regional de Itaipu Várzea das Moças, Rio do Ouro, Jacaré, Jardim Imbuí, Cafubá, Piratininga, Maravista Santo Antonio, Engenho do Mato, Serra Grande, Itaipú, Itacoatiara e Cambinhas. População: 74.972 hab. (15,4%)</p>	<p>UBS de Várzea das Moças, UBS de Piratininga</p>	<p>USF Eng.^o do Mato, USF Maravista, USF Cafubá I, USF Cafubá II, USF Cafubá III, USF Colônia dos Pescadores, USF Várzea das Moças, UAI (Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil)</p>

Mapa 2



Fonte: Programa Médico de Família

Em 1992, a Fundação Municipal de Saúde de Niterói, concebeu sua proposta de saúde da família como uma estratégia de equidade, implantando o Programa Médico de Família (PMF) nas áreas de maior risco social e ambiental

do município. O PMF foi fruto de um convênio de colaboração técnica-científica entre o Ministério de Saúde de Cuba e Niterói que designou um técnico para assessorar permanentemente a equipe multiprofissional responsável por elaborar uma proposta adaptada de Saúde da Família no município.

Hoje, já consolidada, a ESF/PMF proporciona assistência primária e integral à população que vive em áreas de risco ambiental e social numa cobertura de 198.957 pessoas cadastradas, o que corresponde a cerca de 40% da população. Atualmente a população estimada é de 497.883 habitantes (IBGE/2016). São 41 unidades, 101 equipes de saúde da família, 17 equipes de saúde bucal. Há necessidade de expansão para 21 equipes de saúde bucal.

Desde a implantação do Programa o município adotou a concepção de Grupo Básico de Trabalho (GBT) composto por um coordenador e uma equipe de supervisão responsáveis por um território definido onde estão instalados os módulos (unidades de saúde da família) que, atendendo ao princípio de regionalização estão vinculados a uma Policlínica Regional de Especialidades de referência.

Estes módulos (unidades de saúde do PMF), são divididos em áreas (setores). Cada setor se compõe de 2000 pessoas. Um módulo pode ter tantos setores quantos forem necessários para cobrir toda a população da sua área de abrangência. Definidos os setores e as micro-áreas todos os indivíduos e famílias são cadastrados (Cadastro Familiar e individual).

Os módulos do Programa Médico de Família, USF, UBS se constituem na principal porta de entrada do sistema de saúde do Município, ordenadora das ações de saúde no sentido da assistência integral, conforme os princípios e diretrizes preconizados pelo SUS.

Faz parte das equipes de Saúde da Família, intimamente ligado à Atenção Básica, o Consultório na Rua, implantado em Niterói em Janeiro de 2014 como estratégia de atendimento à população vivendo em situação de rua, o que se constitui em mais uma ferramenta do cuidado em saúde no Programa Médico de Família de Niterói.

O Consultório na Rua é um dos componentes da atenção básica na rede de atenção psicossocial. Os Consultórios na Rua são equipes multiprofissionais e itinerantes que oferecem atenção integral a saúde para a população em situação de rua. Além do cuidado direto, também atuam como articuladores da rede local,

por compartilhar o cuidado de casos extremamente complexos, implicando assim os atores locais neste cuidado. (NOTA TÉCNICA - DAB - MS 2018)

O Consultório na Rua do Município de Niterói foi Cadastrado como categoria 3 no Ministério da Saúde. A equipe é composta por um médico, um psicólogo, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um assistente social, três redutoras de danos e um agente social.

Os atendimentos são realizados de forma itinerante em um consultório móvel nos locais mais frequentados por esses usuários e num consultório fixo localizado na Policlínica do Centro.

Considerando que o público que se encontra em situação de rua é andarrilho esta equipe atua desde seu início em horários estendidos ou seja também no período noturno. Atendendo a exigência do Ministério bem como viabilizando a eficiência do trabalho, contamos com um carro adaptado como consultório móvel.

As áreas de abrangências desta equipe são: Centro, Caminho Niemayer, São Domingos, Santa Rosa, Icaraí e São Francisco. Estes locais foram construídos a partir de informações da Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos do município priorizando áreas de maior concentração desta população.

Inicialmente a expectativa de usuários para acompanhamento seria de até 250 pessoas. No entanto, atualmente temos em nosso cadastro cerca de 630 pessoas. Diante deste número crescente se faz necessário a ampliação desta equipe bem como a ampliação de seu território de ação. No intuito de potencializar o trabalho a definição desta nova área de atuação ocorrerá de forma intersetorial através dos dados da SASDH, uma vez que esta secretaria possui equipamentos direcionados para abordagem e acolhimento do mesmo público alvo.

O PMF vem sofrendo transformações ao longo do tempo buscando adequação às normas do Ministério da Saúde e atendendo às necessidades atuais de ampliação da cobertura do serviço à população de Niterói.

Antes funcionando com equipes mínimas compostas por médicos e técnicos de enfermagem, mais recentemente, o PMF incorporou às equipes, os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde. Estes, moradores da área, são os principais atores responsáveis pela aproximação do usuário ao serviço, pelo

cadastro de destes usuários, pelas visitas domiciliares de rotina e pelas ações de promoção à saúde, estas últimas, funções de toda a equipe.

As equipes da Estratégia da Saúde da Família/Programa Médico de Família desenvolvem no consultório, no campo e na rede de referência de saúde do município ações de programas prioritários de acordo com o perfil da população. As metas são definidas no GBT, pactuadas no PMAQ AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) que avalia regularmente os profissionais e as equipes através de autoavaliação, avaliação de indicadores de saúde firmados no momento da entrada no PMAQ e avaliação dos padrões de qualidade através de avaliadores externos que visitam as Unidades de Saúde.

Estes programas prioritários se constituem em:

- Atenção à Saúde da Criança (captação, consulta, acompanhamento, incentivo ao aleitamento materno até 2 anos, imunização);
- Atenção à Saúde da Mulher (Pré-natal, Prevenção do Câncer de mama e uterino, atendimento às queixas ginecológicas, Planejamento Familiar);
- Atenção à Saúde do Adulto com ênfase no controle das doenças crônico-degenerativas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus e doenças infecto-contagiosas como ISTs, Tuberculose, Hanseníase;
- Imunização; Vigilância e atendimento às doenças infecto-contagiosas preveníveis pela vacinação e às emergentes como Dengue, Zika, Chicungunya e Febre Amarela.

Dentre as atividades de prevenção, destacamos a imunização, a distribuição de preservativos, a escovação dentária. As atividades de assistência incluem consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, coleta de material para exames, prescrição, dispensação de medicamentos, visita domiciliar aos acamados e de controle, curativos, reabilitação, dentre outras. A promoção da saúde se dá através de grupos e salas de espera e orientação individual no consultório e no campo nas visitas domiciliares de rotina. As necessidades individuais e familiares de melhoria das condições de vida também são discutidas entre a equipe básica e a supervisão de serviço social que orienta o encaminhamento de cada caso.

As Equipes de Saúde da Família participam ativamente do PSE (Programa de Saúde na Escola,) uma parceria entre os setores de Educação e Saúde para desenvolver atividades de educação e promoção no âmbito das escolas escolhidas pelo Município. Participam das Ações de Cidadania organizadas pela Secretaria de Assistência Social.

O trabalho desenvolvido pelas equipes é compartilhado e discutido nas reuniões de setor, reuniões entre a equipe e os moradores, que debatem o funcionamento do serviço e as principais questões dos moradores e do território que influenciam no processo saúde-doença.

As atividades desenvolvidas são registradas diariamente nos formulários do E-SUS AB, digitadas no NGI (Núcleo de Informação) e enviadas ao Ministério da Saúde.

Nas reuniões do Grupo Básico de Trabalho (Coordenação, Supervisão e Equipes), que devem ocorrer 3 a 4 vezes no ano, são avaliados os indicadores alcançados, reforçada a metodologia do funcionamento do Programa e abordados outros assuntos pertinentes àquela área de atuação.

A equipe de supervisão atualmente composta por médicos internista, ginecologista, pediatra, sanitarista, assistente social, profissional de saúde mental e enfermeira comparece regularmente às unidades de saúde para interconsultas, discussão de casos, segunda opinião, avaliação das necessidades de encaminhamento aos níveis de maior complexidade do sistema e educação continuada das equipes no ambiente de trabalho e junto com o NEPP (Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa) de acordo com as necessidades sentidas pela supervisão, as demandadas pelos profissionais, por outros serviços e setores da municipalidade e por ações programáticas do Ministério da Saúde.

O NEPP é responsável pela organização de atividades de educação continuada para a rede de saúde, pela distribuição dos estágios nas unidades de saúde da família, pela avaliação, orientação e acompanhamento dos projetos de pesquisa, pela organização, seleção de treinandos, formação das turmas, suporte, registro, controle e avaliação de todas as reuniões e atividades de capacitação que são executadas no setor.

No ano de 2017 o Núcleo executou/participou de 168 encontros com profissionais do saúde da família e sediou 34 outras atividades de capacitação da rede de saúde organizadas por outros setores de dentro e fora da municipalidade;

sediou 220 reuniões de trabalho, das quais em 74, sua equipe participou diretamente. Outros cursos, seminários e simpósios realizados no âmbito do NEPP perfizeram um total de 19 eventos.

O NEPP avalia, orienta acompanha e controla os projetos de pesquisa em saúde implementados no Município.

No ano de 2017 deram entrada no setor 32 processos e 21 estão em acompanhamento.

Para o ano de 2018 o NEPP planeja continuar organizando treinamentos e atualizações para as equipes de saúde da família como: Treinamento Introdutório para novos profissionais; atualizações para todas as categorias; Edpop, treinamentos específicos segundo demandas (Imunização, Tuberculose, Dermatologia, Hanseníase, doenças emergentes, reuniões de Grupos Básicos, entre outras.)

As Unidades de Saúde da Família de Niterói são campos de estágio para diversas categorias de estudantes universitários desde os primeiros anos da graduação, numa parceria entre o Programa Médico de Família e as Universidades. São campos de atuação da residência em Medicina de Família, da residência em Saúde mental e de residência em enfermagem.

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) da Policlínica Sergio Arouca teve seu pedido de credenciamento em 2005, mesmo ano em que ocorreu o primeiro processo seletivo. Desde o credenciamento, segue atuando dentro dos territórios de adscrição do Programa Médico de Família e se utilizando das especialidades afins à prática da Medicina de Família e Comunidade (MFC) nos espaços oferecidos pela própria rede da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, desvinculada à instituições formadoras, uma vez que o município de Niterói possui na estrutura da FMS equipamentos que se enquadram nas condicionalidades para receber e ofertar serviços de qualidade para a formação de recursos humanos.

Niterói, reconhecendo a importância do incentivo à formação de especialistas em MFC, desponta como município pioneiro oferecendo aos residentes uma bolsa complementação no valor de R\$ 8.523,85 a fim de equiparar seus provimentos aos dos médicos de família inseridos da rede. Essa prática atualmente é realizada por outros municípios, como o Rio de Janeiro, e incentivada pelo Ministério da Saúde, no eixo conhecido como Pro Residência.

Tal medida valoriza o profissional que está em formação e evita a ociosidade de vagas no PRMFC.

Ao longo dos anos, a experiência exitosa do PRMFC da FMS contribuiu fortemente para a qualificação, melhoria dos indicadores e a otimização na utilização da rede de serviços, além de aumentar a quantidade de médicos especialistas em MFC atuando no território, devido à fixação dos profissionais após o término da residência médica.

1. Cenário Atual:

a. Recursos Humanos:

- i. 04 vagas para R1 / 04 vagas para R2
- ii. 01 preceptor médico 20h

b. Atuação do Residente:

- i. 32h/sem em atendimento no PMF
- ii. 04h/sem em canal teórico
- iii. 04h/sem em rodízios nos ambulatórios de especialidades
 1. Dermatologia
 2. Epidemiologia
 3. Vigilância
 4. Saúde Mental
 5. Infectologia
 6. Saúde da Mulher
 7. Consultório na Rua
- iv. 12h/semanais durante 02 semestres em plantões de emergência clínica e pediátrica e maternidade

c. Lotação dos Residentes em 2017:

- i. 01 residente R2 no PMF Cafubá III
- ii. 01 residente R2 no PMF Maceió
- iii. 02 residentes R1 no PMF Maceió
- iv. 02 residentes R1 no PMF Palácio

2. Avaliação:

a. Pontos Positivos:

- i. Fortalecimento da FMS, como instituição formadora de médicos especialistas em MFC

- ii. Qualificação dos recursos humanos do PMF, ampliando o número de especialistas em MFC
 - iii. Formação do residente de acordo com o perfil e padrão desejado para exercer a função de médico de família no município de Niterói, com os residentes inseridos na rotina do PMF durante 32h/sem sob supervisão do preceptor e utilizando os recursos disponíveis, como as ações de educação permanente e continuada feitos pelo NEPP e pela supervisão técnica em serviço.
 - iv. Fixação do médico após o fim da residência
 - v. Fortalecimento do fluxo de redes com os residentes articulando continuamente com a rede durante os dois anos de especialização
 - vi. Fortalecimento da PRSA como pólo da RMFC no município
- b. Desafios:
- i. Ampliar o número de preceptores de campo, para garantir a preceptoria em tempo integral
 - ii. Institucionalizar os campos de prática dos residentes
 - iii. Criação de um Centro de Estudos na PRSA

O Programa Médico de Família atravessa um momento de reformulação da forma de contratação dos profissionais, antes feita através das Associações de Moradores (cogestão).

A FMS desde setembro de 2017 vem dando curso a um processo seletivo simplificado com duração por um ano e prorrogável por mais um ano para admissão dos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família no regime jurídico da Prefeitura Municipal de Niterói, até a conclusão da criação de uma Fundação estatal.

Ainda, neste momento, estão sendo instituídas 5 unidades de NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família) na classificação NASF 1 incorporando a atual supervisão do PMF e alguns profissionais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais.

O Ministério da Saúde criou Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em

4 de março de 2008. O principal objetivo foi o de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. O NASF constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais público-privado, redes sociais e comunitárias. Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF- AB):

a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;

b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e

c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.

O município de Niterói fez adesão ao Programa Mais Médicos para o Brasil junto ao Ministério da Saúde no ano de 2013, recebendo seu primeiro profissional em outubro do mesmo ano, no 2º ciclo de entrada de profissionais.

Atualmente, o município tem 19 médicos atuantes nas unidades do Programa Médicos de Família em todas as regionais de saúde, sendo responsáveis pelo cuidado de cerca de 38.000 usuários. Nosso corpo de profissionais, compreende 09 médicos cubanos, 07 médicos brasileiros e 03 médicos argentinos.

De acordo com o art. 11 da Portaria Interministerial nº 1369, que dispõe sobre a implementação do Programa, cabe ao gestor municipal, oferecer moradia para o médico participante e garantir alimentação adequada e fornecimento de água potável.

A Portaria MS nº 30, de 12 de fevereiro de 2014, dispõe sobre o cumprimento das obrigações de oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável. De acordo com o Art. 3º, uma das modalidades de fornecimento de moradia é por recurso pecuniário, forma escolhida pelo nosso município desde a chegada dos primeiros profissionais. Esse mesmo artigo, em seu 3º parágrafo orienta que "o ente federativo pode adotar como referência para o recurso pecuniário para locação de imóvel, em padrão suficiente para acomodar o médico e seus familiares, os valores mínimo e máximo de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais), podendo o gestor distrital e/ou municipal adotar valores superiores, conforme a realidade do mercado imobiliário local, mediante comprovação do valor mediante 3 (três) cotações de custo no mercado imobiliário do município ou Distrito Federal." O Art. 9º, oferece a possibilidade do gestor assegurar o fornecimento de alimentação também via recurso pecuniário, adotando como parâmetros mínimo e máximo os valores de R\$ 500,00 (quinhentos reais) e R\$ 700,00 (setecentos reais). A Portaria nº 300, publicada em 5 de outubro de 2017, reajustou valores do fornecimento de moradia e alimentação e dá outras providências. O reajuste de valores para locação de imóvel passa para os valores mínimo e máximo de R\$ 550,00 (quinhentos e cinquenta reais) a R\$ 2.750,00 (dois mil, setecentos e cinquenta reais) e o reajuste de valores para alimentação vai para mínimo e máximo os valores de R\$ 550,00 (quinhentos e cinquenta reais) a R\$ 770,00 (setecentos e setenta reais). Atualmente, o município paga o teto máximo reajustado por esta portaria a todos os médicos, num valor total de R\$ 3.520,00 a cada médico.

Para Niterói, no âmbito do Programa Médico de Família, o maior benefício adquirido com a entrada desses médicos, foi a redução expressiva de vagas

ociosas, mesmo nas localidades de maior vulnerabilidade social e exposição à violência armada, o que segue com uma das principais diretrizes do PMMB, que é levar médicos às localidades onde há escassez de profissionais, garantindo a melhoria na assistência dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, houve um incremento na qualificação do corpo técnico de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, garantindo maior adesão metodológica contribuindo com o modelo e com o cuidado com os usuários.

2.3 Atenção Especializada de Média e Alta Complexidade e Redes de Atenção à Saúde

A organização da Atenção de Média e Alta Complexidade tem por base os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde como Integralidade, Equidade, Regionalização e Hierarquização.

Nos primórdios da implantação do Sistema Único de Saúde, na década de 90, a expansão da Atenção Primária à Saúde ocupou espaço considerável na agenda Pública face à desassistência existente à época.

Esta preocupação se estende por várias décadas chegando aos dias atuais de forma consensual, tanto na academia como nos serviços, que a Atenção Primária à Saúde se constitui num espaço de coordenação do Cuidado, sendo a porta preferencial de acesso da população às ações e serviços de saúde, além de evidenciar a sua capacidade resolutiva dos problemas complexos, de baixa densidade tecnológica, em torno de 80%.

Contudo, este aspecto da Política Pública de Saúde não foi suficiente para garantir a integralidade da Atenção, tendo em vista a crescente demanda por serviços de Média e Alta Complexidade, se constituindo num grande desafio na atualidade, tanto na academia, como nos serviços.

O fato da Média e Alta Complexidade requerer alta densidade tecnológica e alto custo veio a exigir novas formas de organização da Atenção visando à otimização dos serviços com economia de escala e garantia de acesso o que se traduziu na organização da Atenção por meio das Redes de Atenção à Saúde, sejam as redes prioritárias e /ou rede de atenção de média e alta complexidade, com pactuação programada e integrada-PPI e com acesso regulado.

Neste contexto, a organização da Atenção de Média e Alta Complexidade inclui serviços próprios e/ou contratualizados, em âmbito municipal e/ou estadual, ofertados pelos próprios municípios e ou pelos demais entes federativos organizados regionalmente.

No município de Niterói, a Atenção Ambulatorial Especializada é ofertada pelas Policlínicas Regionais, Policlínicas de Especialidades, Unidades de Atenção Pré-Hospitalar móvel e Fixa, Hospitalar incluindo Urgência e Emergência.

A assistência ambulatorial especializada própria é também ofertada pelos Ambulatórios especializados de Saúde Mental, Centro de especialidades Odontológicas, Policlínica de Especialidades Dr. Sylvio Picanço (PESP) e Policlínica de Especialidades em Atenção à Saúde da Mulher Malu Sampaio (PEMS).

A PESP oferece as seguintes especialidades e serviços: ecocardiograma, eletroencefalograma, mamografia, cardiologia, Serviço de Atendimento Auditivo (SASA), fonoaudiologia, otorrinolaringologia, farmácia, psicologia, serviço social, neurologia, pneumologia, endocrinologia, angiologia, gastroenterologia, fisioterapia, dermatologia, proctologia, hematologia, oftalmologia, acupuntura.

Já a PEMS dispõe de: ultrassonografia de mama, obstétrica, patologia cervical e mamária, serviço para tratamento de infertilidade conjugal, obstetrícia de alto risco, cirurgia ambulatorial de patologia cervical, fisioterapia de apoio a pacientes mastectomizadas, laboratório de colpocitopatologia, assim como oferece no Núcleo de Atenção Especial a Criança e ao Adolescente, atendimento com psicólogo e assistente social às vítimas de violência.

A demonstração da existência dos serviços deve ser analisada a partir de parâmetros assistenciais e de produtividade o que possibilitará o efetivo dimensionamento de metas e monitoramento e avaliação de resultados.

Neste sentido há necessidade de incorporar no planejamento das Ações e Serviços de Saúde, a referência da portaria nº 1631 de 01 de outubro de 2015, dos protocolos específicos dos Programas e Redes de Atenção à Saúde baseadas em evidências em Saúde.

A organização necessária para produção de informações qualificadas para subsidiar o planejamento passa pela necessidade de implantar um núcleo de Gestão de Políticas de Saúde Baseadas em Evidências que poderá no seu

escopo, produzir diagnóstico e informações para planejamento e tomada de decisão.

Transporte Sanitário Eletivo

Entre os desafios a serem enfrentados pelos Gestores municipais está a necessidade de organizar a oferta de Transporte Sanitário tendo em vista a garantia do acesso dos munícipes aos serviços eletivos distantes do local de residência no contexto das Redes de Atenção à Saúde.

Neste sentido, a Comissão Intergestores Tripartite, por meio da RESOLUÇÃO No - 13, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2017, estabeleceu as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS.

Desta forma, Niterói foi contemplado com uma Emenda Parlamentar com destinação de recursos para implantação do Projeto de Transporte Sanitário Eletivo, pactuado na CIB-RJ com posterior envio do Projeto ao Ministério da Saúde.

2.3.1 Programas Específicos e Ações Estratégicas

- Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE), uma articulação do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286 com o objetivo de construir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida dos educandos. Visa realizar ações intersetoriais na perspectiva do desenvolvimento integral da criança e do adolescente, proporcionando à comunidade escolar a participação em ações e projetos que articulem saúde e educação para o enfrentamento das vulnerabilidades.

Em 2008 o município de Niterói aderiu ao programa, realizando a elaboração do projeto em 2009, aprovação no Conselho Municipal em 2010 e realização da primeira pactuação em 2011. Até 2016, anualmente era realizada uma nova pactuação entre MS, MEC e município. Já foram realizadas as

seguintes pactuações: 2011-2012 8 escolas pactuadas, 2013-2014 16 escolas pactuadas, 2014-2015 20 escolas pactuadas. Em 2015-2016 não foi aberta pactuação pelo MEC e MS. Em 25 de abril de 2017 foi publicada a nova Portaria Interministerial nº 1.055, a qual redefiniu as regras e critérios para adesão ao programa, instituído ainda que pactuação teria a duração de 2 anos. Portanto, foi feita a nova pactuação do Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Niterói em junho de 2017 com ampliação do número de escolas de 20 para 32. Das 32 escolas pactuadas, 25 são municipais e 07 são estaduais, com um total de aproximadamente 9.857 alunos, na faixa etária de 6 meses a 17 anos.

Tabela 10 – Quantitativo de Escolas por Regional de Saúde

REGIONAL SAÚDE	Nº DE ESCOLAS	ESCOLAS
Norte 1	5	E M Sebastiana Gonçalves Pinho
		E M José de Anchieta
		E M Antineia Silveira Miranda
		UMEI Vice-Prefeito Eduardo Travassos
		EM Ernani Moreira Franco
Norte 2	6	UMEI Marilza da Conceição Rocha Medina
		E M Infante Dom Henrique
		E M Jacinta Medela
		UMEI Jacy Pacheco
		EM João Brasil
Pendotiba	6	EM Roberto Silveira
		E M Honorina de Carvalho
		E M Sítio do Ipê
		UMEI Almir Garcia
		CE Leopoldo Froes
		CE Duque de Caxias
Praias da Bahia 1	2	UMEI Margareth Flores
		CE Zuleika Raposo Valladares
Praias da Bahia 2	7	EM Maestro Heitor Villa Lobos
		UMEI Maria Luiza da Cunha Sampaio
		CE Guilherme Briggs
		UMEI Senador Vasconcelos Torres
		Creche Comunitária Jurujuba
		CE Maria Pereira das Neves
UMEI Denise Mendes Cardia		

		EE São Domingos Sávio
Leste Oceânica	6	NAEI Angela Fernandes
		UMEI Olga Benário Prestes
		CIEP Brizolão 448 Ruy Frazão Soares
		UMEI Lizete Fernandes Maciel
		UMEI Professora Odete Rosa da Mota
		EM Heloneida Studart
Total	32	

As escolas a serem trabalhadas são escolhidas de forma compartilhada, considerando sua proximidade a uma unidade de estratégia saúde da família e que desejam trabalhar as questões de saúde, de forma que seja parceira e atuante no PSE. Além disso, é preciso considerar as escolas definidas pelo MS e MEC como prioritárias, são elas: creches públicas, escolas que tenham dentre os educandos matriculados, pelo menos 50% deles pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

A coordenação do PSE é compartilhada, existe um apoio técnico ao PSE na área da Saúde e na área da Educação. A proposta de coordenação do PSE desenha-se por meio da criação de um Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-m), numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são coletivas, de forma a atender às necessidades e demandas locais. As reuniões do GTI-m geralmente acontecem bimensalmente.

Na saúde há representação da Coordenação do PMF e profissionais de alguns módulos; representantes das diversas coordenações de programas saúde do município, como: Coordenação Saúde da Criança e Adolescente; Coordenação de Fonoaudiologia; Coordenação de Alimentação e Nutrição; Coordenação de Prevenção à Violência; Coordenação do Programa DST/AIDS e Hepatites virais; Setor de Informação, Educação e Comunicação em Saúde (IEC), Centro de controle de Zoonoses, além de outros representantes.

Já na educação, contamos com as representações do Núcleo de Ações Integradas da Educação Municipal, Coordenação de Alimentação Escolar do município, Coordenação de Educação Física, Coordenação de Assuntos Violência na escola / Assessoria Especial de Articulação Pedagógica, Coordenação de Fonoaudiologia da educação, e representante das escolas estaduais.

O PSE prevê a articulação de diversas ações em saúde na escola divididas em 12 principais eixos temáticos desenvolvidas pelas equipes de PMF e Escolas pactuadas. Há ações de avaliação da saúde dos educandos e ações de prevenção e promoção da saúde.

As ações desenvolvidas por esta coordenação são:

- Atuação do GTI-M para planejamento das ações gerais do PSE;
- Desenvolvimento da Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes – NutriSUS;
- Instituição de um trabalho intersetorial para o NutriSUS;
- Reunião com os responsáveis e diretores das creches participantes do NutriSUS;
- Supervisão e acompanhamento das atividades;
- Visitas nas policlínicas, UBS e nas escolas pactuadas;
- Construção de fluxos: ex. fluxo de avaliação antropométrica;
- Participação nas Semanas de Saúde na Escola sugeridas pelo MS;
- Realização de capacitações: ex: capacitação do Fluxo de Avaliação Antropométrica e Ações de Saúde e Prevenção nas Escolas;
- Inserção da solicitação do cartão SUS e Calendário Vacinal na renovação e matrícula dos alunos;
- Divulgação do PSE em outros espaços, ex. na Universidade Federal Fluminense;
- Propor o planejamento e o agendamento articulado entre escola e equipe de saúde, para elaboração de um calendário anual de ações;
- Contextualizar as ações desenvolvidas de forma interdisciplinar;
- Fomentar a inserção das ações na agenda político-pedagógica das escolas e na agenda da unidade de saúde.

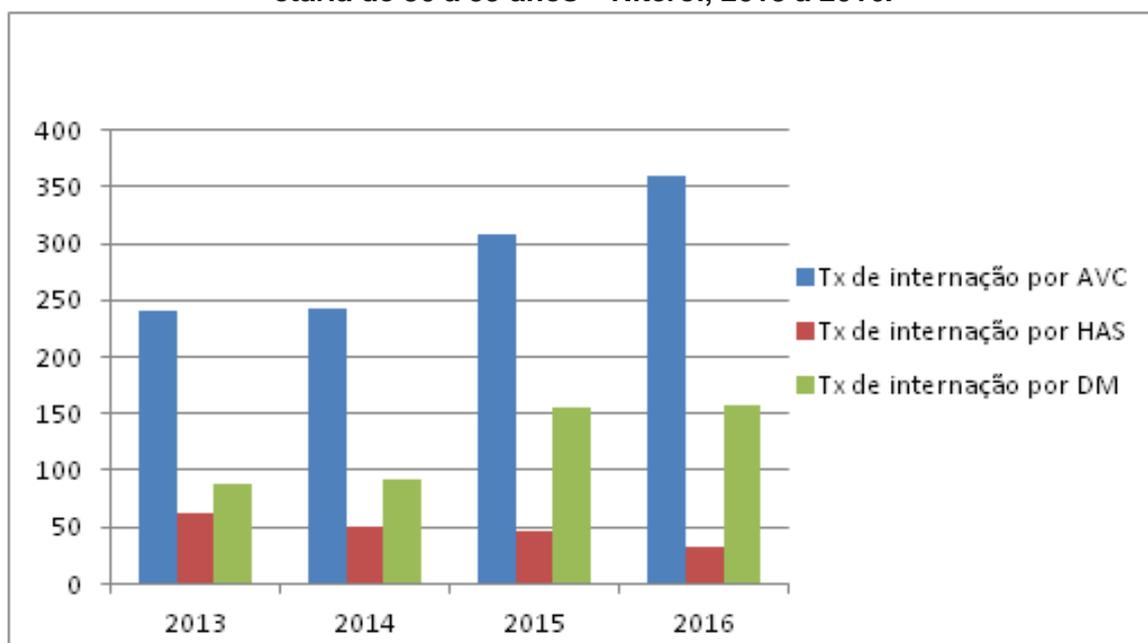
- Programa de Doenças Crônicas não Transmissíveis

A coordenação do Programa de Hipertensão e Diabetes tem como principal missão integrar os diversos eixos de atuação da rede municipal relacionados à prevenção, acompanhamento e monitoramento, abordando os quatro principais grupos de DCNT (cardiovasculares, respiratórias, oncológicas e diabetes melito) e

os fatores de riscos modificáveis e comuns para DCNT (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável, obesidade), seus fatores de risco e complicações. Suas ações relacionam-se aos seguintes eixos:

- (1) Vigilância: cadastro e acompanhamento dos portadores de Hipertensão e Diabetes vinculados à rede, no momento, através do SIASUS, cujas informações são mensalmente atualizadas e passadas ao ESUS/Ministério da Saúde; monitoramento dos indicadores de saúde relacionados, incluindo as taxas de internações por AVC e por complicações do diabetes (gráfico 15).

Gráfico 15 - Taxa de internação por Diabetes, Hipertensão Arterial e AVC na faixa etária de 30 a 59 anos – Niterói, 2013 a 2016.



Fonte: DATASUS

*Para o indicador AVC, foram considerados os CIDs Infarto Cerebral e Acidente Vascular Cerebral.

- (2) Vale ressaltar, que com a descontinuação do SISHIPERDIA em 2014, estão sendo implantados fluxos para controle dessa realidade a fim de criarmos base concreta para subsidiar a real demanda do nosso município e atingir as metas pactuadas.

- (3) Promoção da Saúde: supervisão e estímulo às ações de promoção da saúde nas unidades da rede, especialmente através dos grupos regionais multiprofissionais de hipertensão e diabetes, que complementam o atendimento individual com atividades coletivas de educação em saúde; coordenação de

campanhas especiais, tais como o dia mundial do diabetes, da hipertensão e do AVC, bem como divulgação destas doenças e das ações da FMS relacionadas ao seu controle no município;

(4) Criar e publicar normas técnicas para o rastreamento organizado na Atenção Básica, em pessoas de 18 anos ou mais, para hipertensão arterial, diabetes melito, dislipidemia, obesidade e uso do tabaco.

(5) Manter e garantir a distribuição de medicamentos de uso contínuo na farmácia básica;

(6) Assistência: supervisão da rede de atenção a estas doenças crônicas, especificamente na rede ambulatorial, através de visitas às unidades de saúde e contato permanente com os profissionais envolvidos em seu atendimento.

O indicador deste Programa é o seguinte: População cadastrada no SISHIPERDIA de Niterói: 78.261 pessoas (2016).

A hipertensão e o diabetes estão inseridos no conceito de Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT), que inclui também outras doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias crônicas, segundo definição do Ministério da Saúde (MS). A coordenação vem trabalhando para que a FMS aproxime seus diversos setores envolvidos na atenção às DCNT, da atenção primária à atenção especializada, perpassando a Vigilância em Saúde, numa perspectiva de Rede de Atenção à Saúde Integrada, superando o modelo atual de atenção fragmentada ao portador de doença crônica.

- Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher

As mulheres constituem a maioria da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde. Conforma, portanto, um segmento social fundamental para as políticas de saúde, especialmente porque as históricas desigualdades de poder entre mulheres e homens implicam em forte impacto nas condições de saúde das mulheres. Associadas às questões referentes às relações sociais de gênero, outras variáveis como raça, etnia, situação de pobreza, orientação sexual, idade, aprofundam ainda mais as desigualdades vividas pelas mulheres, exigindo do SUS cada vez mais o olhar para este segmento da população.

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, vinculado ao Departamento de Supervisão Técnico e Metodológico/ Vice Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e de Família (DESUM/VIPACAF), no município de Niterói, é responsável pela Coordenação Municipal das atividades voltadas para a atenção à saúde da mulher e pela implementação de ações em conformidade com as diretrizes ministeriais.

Constitui-se de um conjunto de ações educativas, preventivas, de diagnósticos, terapêuticas ou ainda de recuperação, aplicadas permanentemente na Rede de Atenção à Saúde municipal, objetivando a melhoria dos níveis de saúde da população feminina. Cabe ao Programa organizar e elaborar fluxos, normas, instrumentos e orientar práticas educacionais que alcancem a resolutividade e melhorem a eficácia do atendimento à mulher.

Suas principais linhas de ação baseiam-se nos eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- PAISM, a partir do reconhecimento do perfil demográfico e epidemiológico das mulheres: planejamento sexual e reprodutivo, pré-natal (risco habitual e alto risco), puerpério, prevenção e controle da mortalidade materna, prevenção do câncer do colo do útero, prevenção do câncer de mama, prevenção e controle da violência à mulher, climatério e assistência ginecológica, saúde das mulheres lésbicas e bissexuais e saúde das mulheres negras, considerando as condições de vulnerabilidade e as dimensões presentes na diversidade cultural, sexual, étnica e religiosa, reconhecendo que há um potencial patogênico das discriminações sobre o processo bem-estar/saúde e doença/mal-estar.

Figura 2 - EIXOS ESTRUTURANTES DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER



Indicadores de Pactuação ligadas ao PAISM:

1 - Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente no município de Niterói e a população na mesma faixa etária.

Embora a razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos em 2016 tenha mostrado uma melhoria em relação ao ano anterior (0,24), a análise dos resultados dos últimos anos mostra a ocorrência de possíveis dificuldades na consolidação na ação de prevenção do câncer cérvico-uterino no município, a serem mais bem esclarecidas e enfrentadas. Estas podem ser justificadas por problemas desde o suporte básico para a realização da coleta (material, pessoal capacitado, registro adequado da produção do serviço no SIA/SUS, etc.), suporte laboratorial adequado e digitação e impressão de resultados, condições essenciais para a efetivação da ação. Isso implica na necessidade de adequação de investimentos à demanda. Vale destacar ainda a importância de maior atenção a procedimentos terapêuticos ambulatoriais por meio da Cirurgia de Alta Frequência (CAF) entre as possibilidades de tratamento.

A meta a ser alcançada no período de 2018 a 2021 é de 0,35.

Tabela 11 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária, 2008-2015

Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Estado do Rio de Janeiro	0,35	0,32	0,33	0,32	0,31	0,20	0,19	0,18
Metro II	0,3	0,23	0,24	0,23	0,25	0,16	0,2	0,18
Niterói	0,3	0,21	0,24	0,26	0,27	0,23	0,27	0,21

2 - Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de Niterói e a população na mesma faixa etária.

Os resultados deste indicador revelam a persistência nas dificuldades para a realização de mamografias no município ao longo dos anos. A despeito de se evidenciar um aumento no indicador ao longo dos anos, houve uma estagnação, a partir do ano de 2012, em 0,12, índice também alcançado em 2016. Problemas no acesso aos exames podem ser justificar a descontinuidade em sua oferta, seja por problemas com o equipamento, seja na falta de insumos, entre outros.

A meta a ser alcançada no período de 2018 a 2021 é de 0,30.

Tabela 12 - Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária, 2008-2015

Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Estado do Rio de Janeiro	0,12	0,12	0,13	0,14	0,18	0,18	0,20	0,19
Metro II	0,13	0,17	0,12	0,13	0,14	0,08	0,13	0,15
Niterói	0,04	0,05	0,04	0,1	0,1	0,12	0,12	0,12

3 - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.

A série histórica abaixo revela que a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas pré-natais no município é superior à realizada no estado e na região Metropolitana II. Evidencia-se também uma tendência de aumento ao longo dos anos. Vale ressaltar que, em 2016, 82,35% de gestantes no município atingiram essa meta. Nesse sentido, é oportuna a meta para 83,0% para o ano

de 2017, com tendência de aumento para o período de 2018 a 2021, visando o alcance da meta de 87,0% em 2021.

Tabela 13 - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, 2008-2015

Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Estado do Rio de Janeiro	62,44	62,58	63,95	63,53	63,41	64,32	65,93	68,03
Metro II	69,15	71,83	74,4	73,85	68,71	68,57	70,44	71,11
Niterói	80,16	80,06	82	83,42	79,67	79,82	81,31	82,34

4 - Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar.

A cesariana é um procedimento cirúrgico criado com o objetivo de reduzir a morbimortalidade perinatal, a ser utilizado segundo indicações como feto não reativo, gestante HIV positivo, entre outras. Entretanto, sua aplicação tem sido feita de forma ampla, mesmo em situações que não se inserem nas condições de risco, em especial nas maternidades privadas/saúde suplementar. Vale destacar que a OMS recomenda que o percentual de cesarianas não ultrapasse 15%. No município de Niterói, no ano de 2015, observou-se que a proporção de cesarianas nas maternidades públicas foi de 41,5%, ao passo que, nas maternidades privadas/saúde suplementar, o índice foi de 91,3%.

Estudos revelam que atualmente, os riscos de morte materna são três vezes maiores em mulheres que fizeram cesariana. Existem maiores riscos de parada cardíaca (OR 5,1), hematoma de parede (OR 5,1), histerectomia (OR 5,1), maior infecção puerperal (OR 3,0), complicações anestésicas (OR 2,3), tromboembolismo venoso (OR 2,2) e hemorragia que requer histerectomia (OR 2,1).¹

Com a implantação da Rede Cegonha no município, verifica-se, a partir de 2012, uma tendência de recuperação na proporção de parto normal. No ano de 2016, atingiu-se o valor de 32,35%.

¹ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco (Cadernos de Atenção Básica nº 32). Brasília, 2013.

Tabela 14 - Proporção de parto normal, 2008- 2015.

Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Estado do Rio de Janeiro	42,99	41,54	39,28	38,70	37,87	37,74	37,92	39,32
Metro II	33,29	32,14	29,52	27,76	28,18	27,51	26,95	28,86
Niterói	33	32,2	29,28	26,98	28,9	28,98	28,73	31,2

O indicador utilizado no pacto interfederativo alterado a partir de 2016, traz em sua redação a necessidade de fomentar a redução na proporção de cesarianas também nas maternidades que atendem à saúde suplementar, fomentando o diálogo com essas instituições. Vale ressaltar que a busca pelo parto normal tem sido motivo de busca pelas maternidades públicas por parte das usuárias dos planos privados.

Por meio da Resolução nº 368, de 6 de janeiro de 2015, a ANS dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

Tabela 15 - Nascimentos p/ residência mãe por Estabelecimentos de Saúde e Tipo de parto Município de residência e ocorrência: Niterói, 2015

Estabelecimentos de Saúde	Vaginal		Cesário		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	% dos partos
MATERNIDADE MUNICIPAL DRA ALZIRA REIS VIEIRA	849	70,9	348	29,1	1.197	21,3
HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	73	26,5	202	73,5	275	4,9
HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA	664	53,5	578	46,5	1242	22,1
POLICLINICA COMUM. LARGO DA BATALHA	1	100,0	0	0,0	1	0,0
Subtotal setor público	1.587	58,5	1.128	41,5	2.715	48,3
CASA DE SAUDE E MATERNIDADE SANTA MARTHA	42	8,7	439	91,3	481	8,6
HOSPITAL DAS CLINICAS DE NITEROI	65	13,7	410	86,3	475	8,5
HOSPITAL ICARAI	39	8,2	435	91,8	474	8,4
MATERNIDADE SAO FRANCISCO	105	7,3	1.337	92,7	1442	25,7
Subtotal setor privado/saúde suplementar	251	8,7	2.621	91,3	2872	51,1
FORA DE ESTABELECIMENTO OU NAO INFORMADO	31	100,0	0	0,0	31	0,6
Total	1.869	33,3	3.749	66,7	5.618	100,0

Fonte: TABNET - SES RJ

Como meta a ser estabelecida no Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021, estimamos o aumento paulatino na proporção de parto normal até 37,0%, em 2021.

5 - Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.

A gravidez na adolescência é uma preocupação para o setor saúde, uma vez que pode ter repercussão individual e social. Em 2011, no Brasil, do total de nascimentos, 18% ocorreram no grupo de 15 a 19 anos e 0,9% entre 10 a 14 anos. Apesar de os números indicarem uma diminuição de nascidos vivos nessa faixa etária nos últimos 10 anos, as percentagens ainda são extremamente preocupantes, com particular atenção para menores de 15 anos.

A análise da série histórica da proporção de gestantes adolescentes em Niterói revela valores inferiores aos verificados na região Metropolitana II e no conjunto do Estado do Rio de Janeiro. No ano de 2016, essa proporção foi de 12,82%.

**Tabela 16 - Nascimento por residência da mãe por Região de Saúde/Município e Ano do nascimento
Idade da mãe: 10 a 19 anos Período: 2010-2014**

Região de Saúde/Município		Estado do Rio	Metro II	Niterói
2010	Total nasc. vivos	215.246	23.255	5.966
	Filhos de adolescentes.	38.254	4.064	816
	%	17,77	17,48	13,68
2011	Total nasc. vivos	220.569	24.074	6.131
	Filhos de adolescentes	39671	4259	869
	%	17,99	17,69	14,17
2012	Total nasc. vivos	222.837	24.211	5.906
	Filhos de adolescentes.	40.877	4.312	827
	%	18,34	17,81	14
2013	Total nasc. vivos	224.008	24.063	6.103
	Filhos de adolescentes	41.276	4363	855
	%	18,43	18,13	14,01
2014	Total nasc. vivos	233.569	25.936	6468
	Filhos de adolescentes	41.793	4.524	893
	%	17,89	17,44	13,81

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

A análise detalhada do período entre 2014 a 2016 dos subgrupos de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, evidencia uma redução em ambos, mais evidente entre adolescentes de 15 a 19 anos.

Tabela 17 - Nascidos Vivos de mães adolescentes residentes em Niterói segundo faixa etária da mãe 10 a 14 anos e 15 a 19 anos) - 2014 a 2016.

Ano do Nascimento	10-14 anos		15-19 anos		< 19 anos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2014	42	0,65%	851	13,16%	893	13,81
2015	47	0,73%	804	12,45%	851	13,18
2016	29	0,49%	707	11,98%	736	12,47

Fonte: COOBS/FMS- Niterói. Dados sujeitos à revisão.

É importante observar a distribuição da ocorrência da gestação na adolescência no território do município, a fim de identificar as áreas do município em que o evento acontece com maior frequência, a fim de discuti-lo em suas particularidades locais, na perspectiva da Saúde Sexual e Reprodutiva, em parceria com o Programa de Saúde do Adolescente, do Programa Saúde na Escola e do Programa Saúde e Prevenção na Escola (ligado à DST/AIDS/COVIG/VIPACAF).

A meta a ser estabelecida de redução de 2 % no período entre 2018 a 2021, em uma média de 0,5% ao ano.

6 - Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.

Tabela 18 - Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência, 2008-2015

Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Estado do Rio de Janeiro	150	203	180	161	180	180	165	139
Metro II	12	21	17	15	17	25	19	13
Niterói	2	4	2	2	2	8	3	1

A Tabela acima revela o panorama da mortalidade materna no estado, na região e no município. Houve 1 (um) óbito materno no ano de 2016, no município de Niterói. O Comitê Municipal de Controle e Combate da Mortalidade Materna, instituído por portaria municipal, realiza mensalmente reuniões de discussão dos óbitos e sistematiza, para cada caso, possíveis causas do evento, analisando sua evitabilidade e indicando ações corretivas.

- Programa de Atenção Integral a Saúde do Homem

No dia 13/11/2012, a Superintendência de Atenção Básica do Estado do Rio de Janeiro convocou os municípios para uma Oficina de Saúde do Homem, com foco na implantação, implementação, fortalecimento e/ou aperfeiçoamento de iniciativas prioritárias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Os temas discutidos foram: prevenção e tratamento das principais doenças da população masculina e experiências exitosas nos municípios que desenvolvem ações de saúde do homem. Por meio desta oficina foram disponibilizados materiais educativos de sensibilização da PNAISH para os serviços de saúde dos municípios do RJ.

Em fevereiro de 2013 foi implantada a Coordenação do Programa de Saúde do Homem no DESUM, com o intuito de elaborar um projeto de implantação da PNAISH no município de Niterói – RJ.

O Programa de Saúde do Homem no município de Niterói é definido a partir de diretrizes pautadas na PNAISH. Possui como diretriz principal promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos sócio-culturais e político-econômicos. Como objetivo geral de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina adulta de 20 a 59 anos. É desenvolvida a partir de 05 (cinco) eixos temáticos:

1) Acesso e Acolhimento:

Objetiva reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.

2) Saúde Sexual e Reprodutiva:

Busca sensibilizar gestores (as), profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, os envolvendo nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los desta temática.

3) Paternidade e Cuidado:

Objetiva sensibilizar gestores, profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus filhos, destacando como esta participação pode trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas parceiras.

4) Doenças prevalentes na população masculina:

Busca fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.

Câncer de Próstata

Dentre os problemas relacionados ao aparelho geniturinário masculino, destaca-se o câncer de próstata, atingindo principalmente homens com 50 ou mais anos de idade. Neste tipo de câncer há um debate quanto à necessidade do rastreamento (toque retal + PSA) a nível populacional. O Ministério da Saúde não recomenda a organização de programas de rastreamento do câncer de próstata. Tendo como base a Nota Técnica Conjunta MS/INCA Nº 001/2015 de 26 de junho de 2015, recomenda-se a capacitação técnica dos profissionais da atenção básica na abordagem da sintomatologia do câncer de próstata.

Com isso, e também nos baseando nos parâmetros da Nota Técnica Conjunta MS/INCA Nº 001/2015, no município de Niterói os profissionais da atenção básica são capacitados para a detecção precoce dos sinais e sintomas do câncer de próstata. Em caso suspeito, o homem é encaminhado para a Policlínica de Referência. Nesta Unidade de Saúde, há maior disponibilidade de métodos diagnósticos e o rastreamento do câncer de próstata é realizado pelo urologista e por exames como o PSA e toque retal. Em caso confirmado, o paciente é encaminhado para a Comissão de Oncologia do município, na maioria dos casos o atendimento é realizado pelo HUAP.

Vale ressaltar que a coordenação do Programa de Saúde do Homem em parceria com os demais serviços da Fundação Municipal de Saúde de Niterói e da

Universidade Federal Fluminense, promovem ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, especialmente no mês de novembro, mais conhecido como Novembro Azul, respectivo a prevenção do câncer de próstata e sobretudo, a melhoria da qualidade de vida da população masculina de Niterói.

5) Prevenção de Violências e Acidentes:

Visa propor e/ou desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema.

A Coordenação de Saúde do Homem do município incentiva as unidades básicas de saúde a realizarem suas atividades de acordo com os cinco eixos temáticos preconizados pelo Ministério da Saúde.

➤ Na Unidade Básica de Saúde:

- Realizar ações que promovam os cinco eixos temáticos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: acesso e acolhimento; saúde sexual e reprodutiva; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina; prevenção de violências e acidentes.
- Realizar o planejamento reprodutivo seguindo fluxos estabelecidos.
- Realizar campanhas de educação em saúde com foco na prevenção e promoção da saúde masculina.
- Realizar ações educativas no mês do Homem (Novembro Azul).
- Manter cadastro atualizado da população masculina no território.
- Realizar busca ativa de homens pela equipe de saúde para realização de ao menos uma consulta por ano.
- Ampliar a participação paterna no pré-natal, parto, puerpério e no crescimento e desenvolvimento da criança.

- Realizar ações educativas para a prevenção de violências e acidentes, e uso de álcool e outras drogas voltadas para a população masculina.
- Sensibilizar os homens e suas famílias, incentivando o auto cuidado e hábitos saudáveis, através de ações de informação, educação e comunicação.

➤ **No nível central:**

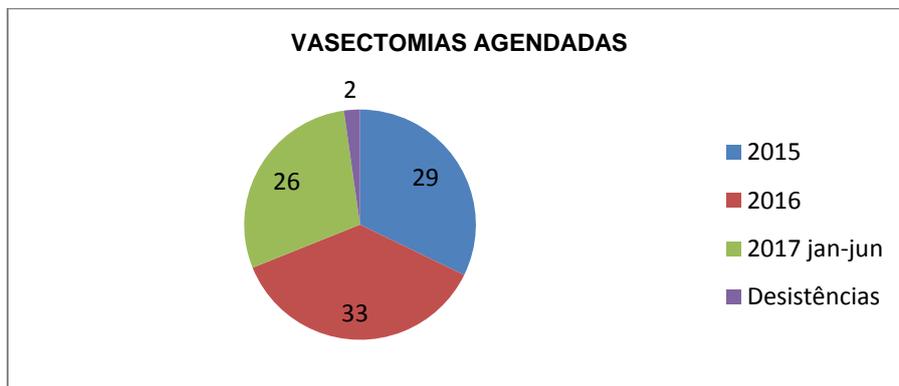
- Estabelecer/monitorar fluxos e protocolos para os profissionais da atenção básica.
- Supervisionar ações dos profissionais para a saúde masculina ao nível de prevenção, recuperação e promoção da saúde.
- Realizar capacitação/treinamento sobre ações específicas para a saúde masculina.
- Realizar campanhas de educação em saúde com foco na prevenção e promoção da saúde masculina.
- Realizar ações educativas no mês do Homem (Novembro Azul).
- Incentivar as unidades a fortalecer o vínculo do usuário com a unidade de saúde.
- Elaborar estratégias que visem aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde.

Histórico de Encaminhamento para Realização de Vasectomia no Hospital Orêncio de Freitas

As ações de Saúde do Homem estão implantadas no foco da vasectomia nas 6 Policlínicas Regionais e nas Unidades Básicas de Referência, porém o Programa de Saúde do Homem busca a atenção integral ao sexo masculino e não somente na temática reprodutiva. A coordenação busca junto às

Unidades o fortalecimento da Política de Saúde do Homem em sua integralidade. As ações para esta população estão sendo implantadas gradativamente. Espera-se implantar brevemente o pré-natal masculino.

Gráfico 16



Fonte: Coordenação do Programa de Saúde do Homem, 2017.

- Programa de Saúde do Idoso

O Programa de Saúde do Idoso se caracteriza por um conjunto de ações definidas através de normas e diretrizes na Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) instituída pela Portaria 2528/GM de 19/10/2006 que orienta a assistência à saúde do idoso na rede de atenção básica. Esta Portaria é um instrumento que o setor de saúde dispõe para a estruturação dos serviços essenciais de atenção à saúde da pessoa idosa que tem por propósito trabalhar em dois grandes eixos: os independentes e a parcela frágil desta população. A principal missão deste programa é também estruturar a gestão dos serviços de atenção básica para identificação e abordagem das necessidades de saúde que leve em conta as especificidades do processo de envelhecimento, definindo diretrizes e linhas de cuidado para a pessoa idosa. A assistência a esta população se desenvolve através de ações de prevenção da saúde, reabilitação, suporte social e avaliação da funcionalidade. Onde consideramos a avaliação funcional a expressa capacidade de viver independente no seu meio apesar de suas limitações.

As ações programadas visam também à prevenção de perdas funcionais em dois níveis:

1) detecção precoce (danos sensoriais, risco de quedas, perdas cognitivas, déficits nutricionais, avaliação de capacidades, habilidades funcionais, isolamento social, e etc.);

2) prevenção de agravos à saúde (imunização contra o tétano, pneumonia, gripe

As ações são realizadas de forma geral nos vários ambulatórios da rede municipal aos quais foram selecionados como indicadores para avaliação de saúde a internação por pneumonias e fraturas de fêmur. Estas duas condições apontam para a qualidade da atenção básica, bem como das condições de internação.

A partir do ano de 2015 , como determina as diretrizes das ações de saúde na Port. Nº 2.528/06 – MS, foi realizada a integração das ações de saúde com outras coordenações para fomentar a amplitude dos serviços ofertados, e a criação de projetos de intervenção e espaços de acolhimento/ atividades com ações permanentes de investimento em idosos saudáveis e os com fragilidade.

Com relação aos idosos fragilizados intensificamos as ações de sensibilização quanto à vigilância e notificação dos casos de violência e maus tratos em parceria com a Coordenação de Prevenção à Violência, Conselho do Idoso, Secretaria do Idoso e Ministério Público.

Objetivando atender os idosos e seus familiares que por algum motivo não conseguem se locomover a uma unidade de saúde para a realização do tratamento, é intenção da Coordenação da Saúde do Idoso implantar/implementar o PAD – Programa de Atendimento Domiciliar no município no período de 2018 a 2021. Este programa é composto por equipes multiprofissionais que ofertarão o suporte domiciliar que este idoso necessite e apoio aos seus familiares.

Para orientar os profissionais da rede de saúde a quanto ao atendimento a pessoa idosa, a Coordenação do programa elaborou o protocolo, sugerindo ações a serem desenvolvidas com relação aos diversos aspectos de saúde apresentado pelo idoso, com o registro dessas informações na Caderneta do Idoso.

Esse documento além dos registros tem o objetivo de integrar a equipe multiprofissional que atende esse idoso e é também um instrumento para o planejamento e organização de ações de promoção, recuperação e manutenção

da capacidade funcional do idoso, além de estimular o diálogo entre esses profissionais para que as intervenções de cuidado sejam elaboradas em conjunto.

Todas essas práticas são orientadas e supervisionadas pela Coordenação de Saúde do Idoso e co-participação das demais Coordenações do DESUM - Departamento de Supervisão Técnico e Metodológica através de reuniões, cursos, encontros, roda de diálogos, seminários e demais meios de troca de informações e experiências com o propósito multiplicador.

- Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, Adolescente e Aleitamento Materno (PAISCA)

A criança e o adolescente são prioridades absolutas na legislação brasileira. Desde a sua promulgação, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é reconhecido como uma das legislações mais avançadas do mundo em relação à proteção da infância e adolescência. Com 20 anos de existência, o ECA é visto também como um pacto nacional que evoca a responsabilidade da sociedade, do Estado e da família em defesa das crianças e adolescentes.

O eixo central e integrador de todas as ações de saúde da criança e do adolescente é acompanhar o crescimento e o desenvolvimento: atendimento oportuno das necessidades de nutrientes biológicos, afetivos e socioculturais que têm por características sua elevada eficácia na prevenção de problemas, na vigilância à saúde e na promoção de hábitos saudáveis de vida, com impacto surpreendente na morbimortalidade. Nesse sentido o Ministério da Saúde (2004) propõe para a atenção básica linhas de cuidado que privilegiam acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno e alimentação saudável, prevenção de distúrbios nutricionais, imunização e atenção às doenças prevalentes, saúde bucal, saúde mental, prevenção de acidentes e maus-tratos, além de ações específicas dirigidas à mulher e ao recém-nascido.

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (PAISCA) do município de Niterói tem como meta promover, prevenir e proteger a saúde da criança e do adolescente, entendendo os mesmos como sujeitos de direitos resguardados por lei e pela Constituição Federal de 1988.

As ações desenvolvidas pelo programa visam não somente o controle dos indicadores de mortalidade infantil e fetal do município, mas o respeito à criança e ao adolescente entendendo a infância como uma etapa primordial para o desenvolvimento de futuros cidadãos e os adolescentes como protagonistas na conquista de sua autonomia, necessitando de acolhimento e orientação.

As metas do PAISCA/Niterói, no que se refere à Saúde da Criança, estão pautadas na Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016, Marco Legal da Primeira Infância, que estabelece como prioridade absoluta assegurar os direitos da criança, do adolescente e do jovem. E na portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com o objetivo de englobar ações de promoção e proteção à saúde da criança e aleitamento materno. E os parâmetros sobre a Saúde do adolescente estão baseados no Marco Legal do Adolescente (2005), que tem como objetivo orientar profissionais de saúde, gestores estaduais e municipais, e órgãos e instituições que atuam na área de saúde do adolescente, fornecendo elementos para o processo de tomada de decisões e para a elaboração de políticas públicas.

O programa utiliza as seguintes definições por faixas etárias:

- Criança: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 11 (onze) anos.
- Adolescente: pessoa na faixa etária de 12 (doze) a 18 (dezoito) anos.
- Primeira infância: pessoa na faixa etária de 0 a 5 anos.

Destacamos que para determinar as ações referentes à Atenção Básica e Atenção Especializada são utilizados como referência a Portaria nº1631 (2015), que trata dos Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS, assim como os parâmetros apontados pela Política Nacional de Humanização (2004). O mesmo se refere aos Eixos realizados pelo município de Niterói e as Ações de cuidado correspondentes a cada meta proposta pelo PAISCA, nossa intenção é alcançar um modelo assistencial que se comprometa com a atenção integral à saúde da criança e do adolescente onde a organização dos serviços esteja incorporada à organização do processo de trabalho integrado entre os vários profissionais das

unidades de saúde, assim como da atenção hospitalar, além das ações intersetoriais que envolvem a criança, o adolescente e a família.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança e Adolescente (PAISCA), em Niterói, está vinculado ao Departamento de Supervisão Técnico-Metodológico (DESUM), tendo como programas e ações:

- Primeiros Passos: Acolhimento e Triagem Neonatal;
- Comitê Municipal de Prevenção e Controle da Mortalidade Fetal e Infantil;
- Rede Cegonha: Incentivo ao Aleitamento Materno e Monitoramento da Primeira Semana Mãe-Bebê.
- Atenção aos Adolescentes, incluindo a implementação da Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA).

Os Primeiros passos se constituem de acolhimento e triagem neonatal. O programa inclui a distribuição da Caderneta de Saúde da Criança nas Maternidades Públicas e Privadas do município de Niterói, por meio de parceria com a Secretaria Estadual de Saúde/RJ e Ministério da Saúde; acolhimento e/ou busca ativa de usuários na 1ª semana de vida na atenção básica para realizar imunização, consulta de puericultura para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento; realização de exames de Triagem Neonatal que inclui o Teste do coraçãozinho, Teste da linguinha, Teste do olhinho, Teste da orelhinha, Teste do pezinho, nos primeiros dias de vida, com distribuição dos Kits para realização do Teste do Pezinho, acompanhamento do fluxo, capacitação, atualização dos profissionais, distribuição dos resultados e busca ativa de usuários quando necessário. Importante, para o PAISCA, manter o fluxo da triagem neonatal e fortalecer a captação do usuário nos primeiros dias de vida.

O Comitê Municipal de Prevenção e Controle de Mortalidade Fetal e Infantil (CMPCMFI) de Niterói foi instituído pela Portaria 03/2000, publicado pelo Jornal O Fluminense em 11 de agosto de 2000. A primeira composição foi publicada pela portaria SMS/SGA 007/2007, na data de 14 de agosto de 2007, sob a coordenação técnica do Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança e Adolescente (PAISCA). O Regimento Interno foi publicado na data de 14 de agosto de 2007 sob a portaria SMS/SGA 08/2007, no O Fluminense. O comitê

tem como objetivo geral avaliar as circunstâncias de ocorrência dos óbitos infantis e fetais e propor medidas para sua redução e melhoria da qualidade da assistência à saúde. Possui as seguintes instituições participantes com membros titulares e suplentes: VIPACAF (DESUM/PAISCA, COVIG, COOBS), VIPAHE (HGVF e MMAR), HUAP, HEAL, SOPERJ, CHN, Maternidade São Francisco, EEAAC e Hospital Icaraí.

Importante e imprescindível à realização de reunião mensal com seus membros para discussão dos casos de óbitos por causas evitáveis elegíveis e sugestão de ações a serem implementadas nas unidades, visando redução do número de mortes e melhora na assistência.

A Rede Cegonha possui como estratégias o Incentivo ao Aleitamento Materno, Monitoramento da Primeira Semana Mãe-Bebê, Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento de Crianças menores de 2 anos. Anualmente é oferecida a capacitação das equipes de saúde, do curso Iniciativa Unidade Básica Amiga Amamentação (IUBAAM) e Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Assim como a distribuição de materiais relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar; incentivo e apoio à ações relacionadas ao aleitamento materno; promoção de atividades na semana mundial de aleitamento materno e acompanhamento dos atendimentos de nas unidades de saúde a menores de 2 anos.

Um dos destaques do Programa de Atenção aos Adolescentes é a adesão à implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA) no município de Niterói, que ocorreu em meados de 2015, sendo a estratégia iniciada nas unidades de saúde, e policlínicas do município. Após reuniões com os técnicos do PAISCA da Secretaria de Estado, a coordenação do adolescente do DESUM elaborou um projeto a fim de unir profissionais de saúde e professores das escolas municipais e estaduais em prol da assistência aos adolescentes. Assim como entender a finalidade e utilização da CSA. Após a realização de 17 Rodas de Conversa com a participação dos profissionais anteriormente mencionados, a caderneta do adolescente pode ser implantada, sempre destacando para os mesmos sua importância como documento, e meio para disponibilizar anotações sobre os atendimentos efetuados.

Em 2016, foram entregues 5.800 CSA nas unidades de saúde do município, sendo esse número dividido entre cadernetas para meninos e meninas. As unidades de saúde são reabastecidas conforme a necessidade.

A partir de 2017 os módulos do PMF estarão abastecidos com as cadernetas, tendo ocorrido, no final de 2016, as rodas de conversa com os profissionais que desempenham atividades nos módulos.

Ainda em 2016 foi realizado o I Encontro de Atenção ao Adolescente, para profissionais de saúde e educação do município. O II Encontro está sendo escrito nos mesmos moldes do anterior, ou seja, convidados das diversas instituições para discorrer sobre temas pertinentes ao evento, assim como estarão os profissionais das unidades apresentando suas experiências de trabalhos com adolescentes.

- Programa de Alimentação e Nutrição

A Coordenação de Alimentação e Nutrição-CAN está ligada ao Departamento de Supervisão Técnica e Metodológica- DESUM.

A missão da CAN em Niterói é implementar, conceber, avaliar e acompanhar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição-PNAN no município.

A CAN, de acordo com as diretrizes da PNAN, organiza a atenção nutricional, da seguinte forma:

- Propondo, implementando e avaliando, em parceria com outras coordenações, as ações de promoção de saúde, da alimentação saudável, com vistas à formação de hábitos alimentares saudáveis e melhoria da qualidade de vida no Município.
- Realizando e apoiando ações de Vigilância Alimentar e Nutricional e demais programas ministeriais como: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, Programa Bolsa Família, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional –SISVAN e Ambulatório de Alergias Alimentares – AmAA.
- Participando de ações de alimentação e nutrição desenvolvidas no Programa de Saúde na Escola.

- Realizando atividades de educação continuada dirigidas a profissionais envolvidos em ações de alimentação e nutrição.
- Coordenando, supervisionando e avaliando unidades básicas de saúde e policlínicas do município.
- Monitorando o perfil nutricional das crianças, adolescentes, gestantes e adultos do município e orientando ações preventivas ou de intervenção.
- Realizando preceptoria de estágio da Universidade Federal Fluminense.
- Participação na Câmara intersetorial de Segurança Alimentar.

As principais ações e programas desenvolvidos pela Coordenação são:

1- SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

O SISVAN foi regulamentado como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), através da portaria 080-P (16/10/90) do Ministério da Saúde e da Lei Orgânica do SUS.

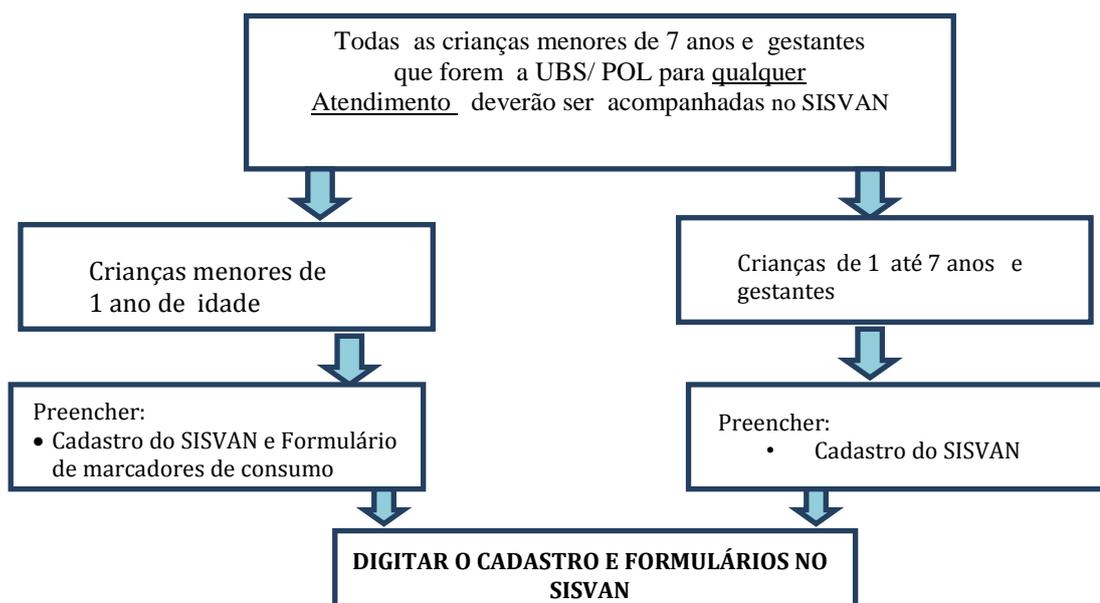
O Sistema informatizado da Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN Web) registra o estado nutricional e o consumo alimentar, predizendo de maneira contínua tendências das condições de nutrição e alimentação e seus fatores determinantes com fins de planejamento e avaliação das políticas e programas. O SISVAN Web é destinado para todos os indivíduos de todas as fases do ciclo de vida (criança, adolescente, adulto, idoso e gestante), que frequentam as unidades básicas do SUS.

O Sistema em Niterói

O SISVAN-Web está implantado em toda rede básica acompanhando crianças de 0 a 7 anos e, em algumas unidades, acompanha também gestantes.

A Coordenação de Alimentação e Nutrição monitora, analisa e interpreta os dados do SISVAN, implementando as Políticas de Alimentação e Nutrição no município de Niterói.

Figura 3 - FLUXO DO CADASTRAMENTO DO SISVAN



2- PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

O Programa foi instituído por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005 do Ministério da Saúde, cujo objetivo é reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A. Ele consiste na suplementação medicamentosa dessa vitamina para crianças de 6 a 59 meses de idade.

O Programa prevê a administração, por via oral, de cápsulas em duas dosagens: de 100.000 UI para as crianças de 6 a 11 meses e de 200.000 UI para crianças de 12 a 59 meses.

Na tabela abaixo, pode-se observar um aumento na cobertura de doses administradas de vitamina A em crianças de ambas as faixas etárias. Tal fato ocorreu pela sensibilização de novos profissionais da rede básica de saúde e pela intensificação da administração das vitaminas durante as campanhas de vacinação infantil.

Tabela 19- Quantitativo de Vitamina A distribuída em crianças de 6 a 59 meses, de acordo com a dose, administrada no ano de 2015 e 2016.

Ano	Crianças de 6 a 11 meses			Crianças de 12 a 59 meses 1ª dose			Crianças de 12 a 59 meses 2ª dose		
	Meta	Doses Adminis- tradas	Cober- tura %	Meta	Doses Adminis- tradas	Cober- tura %	Meta	Doses Adminis- tradas	Cober- tura %
2015	2674	132	4,94	9013	323	3,58	5408	79	1,46
2016	2970	276	9,29	9467	1202	12,70	5680	209	3,68

Fonte: Ministério da Saúde- Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A- março-2017

3- Programa Bolsa Família – PBF

O Programa Bolsa Família é um programa federal destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com renda per capita de até R\$ 154 mensais, que associa à transferência do benefício financeiro do acesso aos direitos sociais básicos - saúde, alimentação, educação e assistência social. Foi criado sob a lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. No setor saúde possui como indicador *a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde*, que se calcula considerando o percentual das famílias totalmente acompanhadas na saúde.

Este indicador também é utilizado como parâmetro de avaliação da qualidade do Programa, um percentual que, junto com os percentuais das outras secretarias envolvidas (assistência Social e Educação) determinam a verba (IGD de Gestão Descentralizada), que o Município recebe para a implementação do PBF.

Vale ressaltar que na vigência de 2015 o município superou a meta pactuada, em consequência de uma grande ação desenvolvida apenas neste ano pela Secretaria de Assistência Social.

**Tabela 20 - Série histórica da cobertura do PBF no município
Niterói, 2013- 2016**

Ano de Vigência	2013	2014	2015	2016
Meta pactuada (%)	50	48	48	50
Meta atingida (% famílias totalmente acompanhadas)	46,80	44,24	58,00	45,93

Fonte: Ministério da Saúde – Programa Bolsa Família
(<http://bolsafamilia.datasus.gov.br>)

- Programa de Saúde Bucal

O município de Niterói tem investido na redução das desigualdades, entre elas o acesso aos serviços de Saúde Bucal, traduzido por aumento nos últimos anos das equipes de Saúde Bucal, com oferta de serviços públicos de qualidade, que envolvem a promoção, prevenção, tratamento e recuperação.

Niterói dispõe de uma rede de Atenção à Saúde Bucal que oferta ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas, buscando garantir a integralidade do cuidado, a partir de seus serviços odontológicos.

A Coordenação de Saúde Bucal tem a missão de desenvolver ações que promovam o cuidado integral em saúde bucal junto à população do município de Niterói. O trabalho é feito com base em um conceito ampliado de saúde e uma visão sistêmica da saúde bucal, sempre considerando indicadores de saúde e o território onde tais ações serão implementadas, garantindo assim ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal para população, em concordância com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

Na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010 - Levantamento Epidemiológico da População Brasileira o Brasil passa a ser considerado país de baixa prevalência de cárie.

O Ministério da Saúde, com a participação de todas as Secretarias Estaduais de Saúde e de algumas Secretarias Municipais, dentre elas a

Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, concluiu em 2011 a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010 – Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira. O objetivo geral da pesquisa foi conhecer a situação de saúde bucal da população brasileira em 2010 e com esses dados permite subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e dos serviços perante o Sistema Único de Saúde.

O indicador utilizado internacionalmente para comparação entre os países é o CPO-D (Cariado, Perdido e Obturado – unidade Dente), para a população de 12 anos de idade. Segundo a classificação adotada pela Organização Mundial de Saúde, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 – CPO 2,78 para uma condição de baixa prevalência em 2010, com um CPO de 2,1.

Tabela 21

Média do Índice CEO-D, CPO-D e proporção dos componentes em relação ao CEO/CPO total, segundo o grupo etário e os domínios da pesquisa, na Região Sudeste

	Domínio	Higiado		Cariado		Obt./Cariado		Obturado		Perdido		CEO-D/CPO-D		
		n	Média	Média	%	Média	%	Média	%	Média	%	Média	IC (95%)	
													L.L.	L.S.
5 anos	Belo Horizonte (MG)	200	16,54	1,88	78,3	0,13	5,4	0,37	15,4	0,02	0,8	2,40	1,80	3,00
	Vitória (ES)	205	17,66	0,97	66,0	0,07	4,8	0,40	27,2	0,04	2,7	1,47	1,09	1,86
	Rio de Janeiro (RJ)	265	17,70	0,98	86,0	0,00	0,0	0,15	13,2	0,01	0,9	1,14	0,62	1,67
	São Paulo (SP)	224	17,94	1,62	81,4	0,03	1,5	0,30	15,1	0,05	2,5	1,99	1,54	2,45
	Interior Reg. Sudeste	389	16,27	1,67	74,9	0,10	4,5	0,42	18,8	0,05	2,2	2,23	1,86	2,61
12 anos	Belo Horizonte (MG)	262	24,56	0,56	50,9	0,03	2,7	0,48	43,6	0,03	2,7	1,10	0,84	1,36
	Vitória (ES)	213	23,19	0,63	49,2	0,05	3,9	0,56	43,8	0,03	2,3	1,28	0,87	1,68
	Rio de Janeiro (RJ)	245	23,10	0,58	41,4	0,06	4,3	0,69	49,3	0,06	4,3	1,40	0,90	1,91
	São Paulo (SP)	233	23,40	0,71	50,4	0,03	2,1	0,59	41,8	0,08	5,7	1,41	1,07	1,75
	Interior Reg. Sudeste	386	23,28	0,82	45,3	0,07	3,9	0,81	44,8	0,12	6,6	1,81	1,36	2,27
15 a 19 anos	Belo Horizonte (MG)	147	25,82	1,04	44,6	0,10	4,3	1,00	42,9	0,19	8,2	2,33	1,88	2,79
	Vitória (ES)	117	24,74	1,32	49,4	0,17	6,4	1,13	42,3	0,05	1,9	2,67	2,01	3,32
	Rio de Janeiro (RJ)	219	25,85	1,10	36,2	0,21	6,9	1,39	45,7	0,34	11,2	3,04	2,10	3,97
	São Paulo (SP)	183	24,32	1,44	34,2	0,14	3,3	2,25	53,4	0,37	8,8	4,21	3,15	5,27
	Interior Reg. Sudeste	244	24,46	1,09	27,7	0,09	2,3	2,46	62,4	0,30	7,6	3,94	3,15	4,72
35 a 44 anos	Belo Horizonte (MG)	257	14,23	1,04	6,4	0,30	1,8	9,98	61,0	5,03	30,8	16,35	15,59	17,11
	Vitória (ES)	155	14,53	1,25	8,0	0,53	3,4	9,53	61,3	4,23	27,2	15,55	14,18	16,92
	Rio de Janeiro (RJ)	324	15,72	1,31	8,5	0,39	2,5	5,95	38,5	7,79	50,4	15,45	13,84	17,05
	São Paulo (SP)	373	14,01	1,49	9,4	0,49	3,1	6,90	43,5	6,98	44,0	15,87	15,06	16,67
	Interior Reg. Sudeste	477	13,56	1,29	7,8	0,40	2,4	8,40	50,5	6,56	39,4	16,64	15,73	17,56
65 a 74 anos	Belo Horizonte (MG)	246	3,64	0,50	1,8	0,15	0,5	2,97	10,7	24,05	86,9	27,67	26,56	28,79
	Vitória (ES)	173	4,61	0,43	1,7	0,19	0,8	4,68	18,5	19,95	79,0	25,24	23,60	26,88
	Rio de Janeiro (RJ)	323	4,08	0,33	1,2	0,10	0,4	1,68	6,1	25,49	92,4	27,60	26,56	28,64
	São Paulo (SP)	255	4,26	0,61	2,3	0,16	0,6	2,40	9,2	22,83	87,8	26,00	25,09	26,92
	Interior Reg. Sudeste	280	3,28	0,43	1,5	0,08	0,3	1,67	6,0	25,77	92,2	27,94	26,88	29,00

Fonte: (BRASIL, 2010).

A Coordenação de Saúde Bucal tem sob a sua responsabilidade uma rede de serviços de odontologia organizados de maneira regionalizada e hierarquizada, oferecidos em suas Unidades Básicas de Saúde, Módulos do Programa Médico

de Família, Policlínicas Comunitárias, Policlínicas Regionais, Unidades de Média e Alta complexidade e de urgência/emergência.

As equipes são formadas por profissionais especializados, contam com cirurgiões dentistas, técnicos em saúde bucal (TSB) e auxiliares em saúde bucal (ASB).

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) oferece atendimento nas áreas de Endodontia, Periodontia Especializada, Cirurgia Oral Menor, Estomatologia e Atendimento ao Paciente Portador de Necessidades Especiais. Para chegar ao atendimento especializado, o usuário deve procurar a unidade de atenção primária de referência em seu território, que realizará a avaliação inicial, o tratamento básico necessário (educativo, de promoção de saúde, preventivo, restaurador e cirúrgico), além de avaliar a necessidade individual de tratamento especializado.

Serviços

- Odontologia clínica e cirúrgica na Atenção Básica:
 - Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica
 - Instrução de higiene oral
 - Evidenciação/revelação de placa bacteriana
 - Escovação dental supervisionada
 - Visita domiciliar
 - Ações do PSE do MS
 - Atendimento clínico ambulatorial
 - Restauração de dentes anteriores e posteriores decíduos e permanentes
 - Radiografia periapical
 - Exodontias/extrações de dentes permanentes e decíduos
 - Atendimento de urgência no Hospital Municipal Carlos Tortelly
 - Exame clínico para identificação de lesões suspeitas de malignidade
 - Encaminhamento para os CEOs para a realização de procedimentos de média complexidade (tratamento de canal,

periodontal severo, cirurgias periodontais, extrações complexas, entre outros)

➤ Atendimento no Centro de Especialidades Odontológicas:

- Especialidade de Endodontia
- Especialidade de Estomatologia (Diagnóstico Oral), através do Hospital Universitário Antônio Pedro
- Especialidade de Cirurgia Oral Menor
- Especialidade de Periodontia
- Atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais

Rede de odontologia do Município de Niterói apresenta-se assim distribuída:

Tabela 22 – Quantitativo de Cirurgião Dentista, Técnico de Saúde Bucal e Equipamento por Unidade de Saúde

Unidade	CD	Técnico SB	Equipamento
PR Carlos Antônio da Silva	4	2	2 equipos
CEO	9	5	4 equipos - 2 apar. RX
UBS Centro	2	2	1 equipo
UBS Morro do Estado	3	2	1 equipo
UBS Santa Bárbara	2	2	1 equipo
PR Sérgio Arouca	5	2	2 equipos
PR Largo da Batalha	4	2	1 equipo
PR G T March	3	2	1 equipo
PR Engenhoca	1	1	1 equipo
UBS Engenhoca	4	2	2 equipos - 1 apar. RX
UBS João Vizela	1	1	1 equipo
PR Itaipu	4	2	1 equipo
UBS Piratininga	2	1	1 equipo

Tabela 23 – Quantitativo de Cirurgião Dentista, Técnico de Saúde Bucal e Equipamento por Unidade de Saúde da Família

USF	CD	ASB	Equipamento
PMF Ititioca	1	1	1 equipo
PMF Atalaia	1	1	1 equipo
PMF Juntas Botelho	1	1	1 equipo
PMF Caramujo (Lagoinha)	2	2	2 equipos
PMF Vila Ipiranga	1	1	1 equipo
PMF Ilha da Conceição	1	1	1 equipo
PMF Grota I	1	1	1 equipo
PMF Badu	1	1	1 equipo
PMF Várzea	1	1	1 equipo
PMF Matapaca	1	1	1 equipo
PMF Preventório I	1	1	1 equipo
PMF Teixeira	2	2	2 equipos
PMF Maravista	1	1	1 equipo
PMF Viçoso	1	1	1 equipo
PMF Marui Grande	1	1	1 equipo
PMF Souza Soares	1	1	1 equipo
PMF Nova Brasília	1	1	1 equipo
PMF Jurujuba	4	2	1 equipo - 1 apar. RX
PMF Baldeador	1	1	1 equipo
PMF Engenho do Mato	1	1	1 equipo
PMF Cantagalo	1	1	1 equipo
PMF Maceió	1	1	1 equipo
PMF Ponta da Areia	1	1	1 equipo
PMF Cafubá III	1	1	1 equipo
PMF Alarico	1	1	1 equipo

Tabela 24 – Quantitativo de Cirurgião Dentista, Técnico de Saúde Bucal e Equipamento por Unidade Hospitalar

Unidade	CD	Técnico SB	Equipamento
Hospital Municipal Carlos Tortelly	7	2	2 equipos
Hospital Getúlio Vargas Filho	1	1	1 equipo

- Programa Municipal de Controle do Tabagismo

Atualmente o Tabagismo “está classificado internacionalmente no grupo de transtornos mentais e de comportamento, decorrente do uso de substâncias psicoativas” (BRASIL, 2001). Classificada pelo CID F. 17, trata-se de uma doença crônica.

Desde o final da década de 80, o Ministério da Saúde (MS), por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA) vem implementando o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). E, em parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, vem investindo esforços em uma de suas principais metas: a implementação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo nas Unidades de Saúde em todo o país.

O município de Niterói, através da Fundação Municipal de Saúde (FMS), estabeleceu uma parceria com MS/ Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil (SESDEC) e já implementou o programa, tendo como objetivos: prevenir a iniciação do consumo de derivados do tabaco entre crianças e adolescentes; estimular o abandono do fumo entre os já dependentes do tabaco; capacitar profissionais de saúde para abordar o fumante e tratar o tabagismo na rede.

Para atender esse objetivo, o tabagismo no município é trabalhado da seguinte forma:

- Treinamento de profissionais de saúde da rede para tratamento do tabagismo;
- Atendimento aos usuários fumantes das unidades de saúde do município para a cessação do fumar;
- Reuniões de supervisão para a atualização dos profissionais da rede já em atendimento aos usuários.

O treinamento dos profissionais visa à capacitação da equipe municipal de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas e assistentes sociais. Estes devem ser capazes de motivar e auxiliar os fumantes no processo de cessação do tabagismo. O atendimento pode ser individual ou em grupo e os profissionais autorizados devem saber utilizar adequadamente o tratamento farmacológico disponível no SUS.

A capacitação ocorre de acordo com a demanda municipal. É composta de um módulo teórico de 08 horas seguindo a metodologia do MS/INCA, e um módulo prático de 16 horas, uma iniciativa da coordenação de Niterói para ampliar o conhecimento dos profissionais, orientando a forma de se abordar o tratamento em grupo, já com usuários em atendimento. Eventualmente ocorrem reciclagens oferecidas em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde.

As medicações recebidas do MS são: adesivos transdérmicos de nicotina de 7, 14 e 21mg; gomas de nicotina de 2mg e cloridrato de bupropiona de 150mg.

A definição se o atendimento será realizado em grupo ou individual, é feita de acordo com a avaliação do profissional capacitado respeitando as particularidades e necessidades de cada usuário.

O ano de 2012 apresentou intenso crescimento no número de unidades de saúde cadastradas para atendimentos, somando 19 unidades realizando abordagem ao paciente fumante, além da parceria estabelecida com o Hospital Universitário Antônio Pedro, que também participa do programa municipal, totalizando 20 unidades de saúde inseridas no programa em Niterói.

Esse número foi conseguido após realização de capacitações teórica e prática no 2º semestre de 2011, havendo um aumento de 67% no número de unidades de saúde realizando atendimento, ao compararmos 1º semestre de 2011 e o 1º semestre de 2012, com conseqüente aumento de 164% no número de pacientes que iniciaram atendimento no município. Foram iniciadas atividades em 1 policlínica regional, 1 policlínica comunitária e 4 unidades básicas. Ocorreu a suspensão do tratamento em 3 módulos de Programa Médico de Família (PMF), contudo novos 5 módulos iniciaram atividades.

Em 2013, o programa municipal possui apenas 9 unidades da rede de saúde capacitadas e realizando tratamento. A diminuição do número de unidades em atendimento se deve ao intenso rodízio de profissionais e a dificuldade para realização de capacitações municipais.

Atualmente o programa municipal possui cobertura nas 7 regionais de saúde, 1 policlínica comunitária, 2 unidades básicas, no Hospital Universitário Antônio Pedro, Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ari Parreiras e aumentando a cobertura nos módulos do Programa Médico de Família (PMF) com 6 unidades.

Tabela 25- UNIDADES DE SAÚDE EM ATENDIMENTO EM 2012

HU Antônio Pedro
PR Dr. Sérgio Arouca
PR de Itaipu
PC de Jurujuba
PR do Largo da Batalha
UBS do Centro
UBS da Engenhoca
UBS de Várzea
UBS de Piratininga
UBS do Barreto
PMF Grota II
PMF Matapaca
PMF Preventório I
PMF Cafubá II
PMF Ititioca
PMF Ilha da Conceição
PMF Viradouro
PMF Vila Ipiranga
PMF Palácio

Tabela 26 - UNIDADES DE SAÚDE EM ATENDIMENTO EM 2013

HU Antônio Pedro
PR Dr. Sérgio Arouca
PR de Itaipu
PR do Largo da Batalha
UBS do Centro
UBS da Engenhoca
UBS de Várzea
UBS do Barreto
PMF Lagoinha / Caramujo

Tabela 27 - UNIDADES DE SAÚDE EM ATENDIMENTO EM 2016
HU Antônio Pedro
PR Dr. Sérgio Arouca
PR de Itaipu
PC de Jurujuba
PR do Largo da Batalha
PR Engenhoca
PR Fonseca
PR Carlos Antônio da Silva
PR Barreto
UBS da Engenhoca
UBS de Várzea
PMF Morro do Céu
PMF Engenho do Mato
PMF Ilha da Conceição
PMF Jurujuba
PMF Viradouro
PMF Marui
IETAP

O tratamento dispensado aos usuários fumantes inclui uma consulta inicial individual, a abordagem cognitivo-comportamental e o tratamento farmacológico de apoio. A abordagem é feita em 4 a 6 sessões estruturadas de 90 minutos com intervalo semanal, seguidas de 2 sessões com intervalo quinzenal. Os ex-fumantes são acompanhados em controles mensais, até completarem 1 ano de abstinência.

Durante o tratamento muitos pacientes abandonam antes de completarem a 4ª sessão como percebemos na tabela a seguir:

Tabela 28 – Percentual de pacientes que abandonam o tratamento antes de completarem a 4ª sessão

Ano	2014	2015	2016
4ª sessão pac. (%)	66%	63%	58%

- Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

A utilização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), antes denominadas terapias alternativas, começou a ser incentivada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde a década de 70, mas somente a partir de 2006 O Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS) vem sendo construído com efetividade no cenário nacional, pelas **Portarias/MS nº 971/06 e nº 886/2010, passando a ofertar 06 modalidades/práticas**. Segundo o Ministério da Saúde, as pesquisas demonstram que em junho de 2017, 1.708 municípios ofereciam PICS. A distribuição dos serviços estava concentrada em 78% na atenção primária, 18% na atenção especializada e 4% na atenção hospitalar, resultando em 7.700 estabelecimentos de saúde ofertando alguma prática integrativa e complementar, o que representa cerca de 28% das Unidades Básicas de Saúde (UBS), presentes em quase 30% dos municípios brasileiros, distribuídos pelos 27 estados e Distrito Federal e todas as capitais brasileiras, contabilizando: 2 milhões de atendimentos das PICS nas UBS; sendo 926 mil atendimentos de outras práticas integrativas que ainda não possuíam código próprio para registro.

A partir da publicação da Portaria nº145/2017, foram incluídas mais 13 PICS, passando a formar um elenco de 19 práticas: Fitoterapia; Acupuntura; Auriculoterapia; Homeopatia; Medicina Antroposófica; Termalismo; Arteterapia; Meditação; Musicoterapia; Tratamento Naturopático; Tratamento Osteopático; Tratamento Quiroprático; Reiki; Terapia Comunitária; Danças Circulares/Biodança; Yoga; Ayurveda; Reflexologia dos pés; Automassagem; Shiatsu, Tuiná, Do-in, Shantala, entre outras; e o Projeto Farmácia Viva (que compreende plantio, manejo, colheita e beneficiamento/manipulação de plantas medicinais).

Em Niterói, já na década de 80, alguns postos de saúde do município incluíam o atendimento com homeopatia e/ou acupuntura. A cidade foi pioneira em diversas iniciativas dessas práticas em nossa Rede de Saúde. Na ocasião foi criada a primeira Farmácia Homeopática Municipal na Unidade Básica de Saúde Dr. Renato Silva (Policlínica Regional da Engenhoca) acompanhada do desenvolvimento de proposta que criou o projeto “Homeopatia para Todos”, possibilitando a ampliação do acesso aos medicamentos, além de diversas

iniciativas que vinham sendo praticadas de formas isoladas em algumas de nossas Unidades de Saúde.

Na década de 90 foi criada a primeira coordenação PICS no município, e em 2015, na UFF, surgiu o Núcleo de Estudos e Práticas – NEPIC, visando reunir iniciativas em PICS na Universidade e no Município. Após alguns anos de inatividade, a Coordenação das PICS em Niterói se renova ancorada no Departamento de Supervisão Técnico Metodológica (DESUM)/Vice-presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e de Família (VIPACAF), com seus objetivos reconstruídos a partir das proposições finais pautadas pela 7ª Conferência Municipal de Saúde/2015, sob a perspectiva de formar uma Rede colaborativa, intersetorial e interdisciplinar, norteadas pelos conceitos de sustentabilidade, intersetorialidade e multidisciplinaridade, mobilizando atores, valorizando iniciativas, projetos e parcerias. Entre suas propostas estão: fortalecimento das PICS junto ao CMS, início da parceria com o Programa Saúde na Escola, projeto para regulamentação de trabalho voluntário, parceria com a Associação Brasileira de Massoterapia, e reorganização dos atores PICS/Niterói no formato RedesPICS/RJ/Nacional, criando a 1ª RedePICS Municipal do país em novembro/2017. A coordenação iniciou suas atividades mobilizando as diretorias das Unidades da Rede Municipal de Saúde sobre a importância do preenchimento de um questionário, cujas informações serviram de base para um diagnóstico inicial do que já vinha sendo ofertado em PICS, na Rede, de forma a subsidiar o projeto no município de Niterói, possibilitando o mapeamento para organização do acesso. Foi observado que, embora ofertados, muitos serviços não eram lançados com os novos códigos, o que dificultou o estabelecimento de indicadores para a elaboração do Plano Municipal de Saúde – 2018-2021, orientando o planejamento a partir de proposta de ampliação da cobertura das PICS para o ano de 2018.

As ações foram elaboradas com o objetivo de colaborar para a reabertura da Farmácia de Homeopatia atualmente sediada na Policlínica Regional do Barreto – Dr. João da Silva Vizella, ampliando o número de Unidades de Saúde que oferecem atendimento homeopático, as quais seguem na tabela abaixo:

Tabela 29 - Unidades com oferta de Práticas Integrativas e Complementares

UNIDADE	ENDEREÇO	PICS oferecidas
Policlínica Regional Dr. Sérgio Arouca	Pça. Vital Brasil, s/nº - Vital Brasil	Auriculoterapia, acupuntura, massoterapia, homeopatia (Clínica Médica e odontologia)
Policlínica de Especialidades Sylvio Picanço	Avenida Amaral Peixoto, nº 169- Centro	Auriculoterapia, acupuntura, imposição de mãos e homeopatia
PC Carlos Antônio da Silva	Av. Jansen de Melo, s/nº - Niterói	Homeopatia
Policlínica Dr João Vizella	Rua Luiz Palmier, 726 – Barreto	Farmácia de Homeopatia (Guilherme Taylor March), Homeopatia (Clínica Médica), Tai-chi-chuan, fitoterapia aplicada a nutrição, auriculoterapia
Policlínica Guilherme Taylor March	Rua Desembargador Lima Castro, 238 – Fonseca	Shantala (massagem para bebês), homeopatia e acupuntura
Policlínica Regional De Itaipu Assistente Social Maria Aparecida Da Costa	Est.Engenho do Mato s/nº - Itaipu	Acupuntura, auriculoterapia e homeopatia (clínica médica)
UBS Centro Dr. Eduardo Imbassay	Rua Visconde de Uruguai, 531 - Centro	Homeopatia

Principais objetivos da coordenação de PICS :

- Desenvolver, aprimorar e aperfeiçoar os serviços constituídos a partir das Unidades de Saúde que já oferecem PICS;
- Agregar à coordenação o trabalho das Doulas, desenvolvendo estratégia para inclusão desta categoria profissional da assistência ao ciclo gravídico-puerperal em parceria com o PAISM, PAISCA e Maternidade Municipal Alzira Reis;
- Desenvolver parceria com o PSE – Programa Saúde na Escola, com as escolas pactuadas existentes nas áreas onde são ofertadas PICS;
- Realizar análise situacional e mapeamento para diagnóstico sobre as PICS ofertadas;
- Organizar o acesso;
- Capacitar os digitadores e os administrativos para um preenchimento correto dos códigos referentes às PICS, propiciando o correto registro da produção da assistência de cada Unidade de Saúde que oferece tais serviços;
- Incrementar a RedePICS/Niterói - a 1ª Rede Municipal criada em nível nacional, integrando profissionais da saúde da rede pública e privada, das universidades e associações de classe;
- Participar ativamente da RedePICS/RJ e à RedePICS/Nacional;
- Efetivar propostas para sustentabilidade e fortalecimento junto aos membros da RedePICS/Niterói, incentivando-os a apresentação de trabalhos e participação no 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde Pública (INTERCONGREPICS) e em outros congressos;
- Planejar, produzir e promover eventos voltados para profissionais e usuários;
- Estabelecer parceria com a ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MASSOTERAPIA CLÍNICA – ABRAMC, abrindo campos de estágios e de cursos;
- Estabelecer parcerias para educação continuada em PICS

2.3.2 Atenção Ambulatorial Especializada

Reabilitação

Conceitos e objetivos

Reabilitação pode ser definida como a restauração do máximo potencial funcional no decorrer de uma doença, ferimento ou da ocorrência de um dano (Shaw,2004). Segundo a OMS, a reabilitação é uma intervenção específica, realizada tanto para o desenvolvimento de habilidades quanto para a recuperação de perdas funcionais adquiridas visando uma interação com seu ambiente (OMS, 2011). Pode ser definida também como uma estratégia para equalização de oportunidades e integração social de todas as pessoas com deficiência (WHO).

Esta intervenção comporta um elenco especialidades incluindo Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, musicoterapia, Serviço Social, Pedagogia, Psicologia entre outras que se fizerem necessárias para o desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais e /ou interdisciplinares levando em consideração o nível de complexidade (baixa, média e alta) e o Projeto Terapêutico Singular-PTS.

A reabilitação visa a melhoria da funcionalidade individual e intervenção em seu ambiente; acontece geralmente durante um período determinado de tempo; pode envolver intervenções simples ou múltiplas; ser realizada por uma pessoa ou por uma equipe multiprofissional e ser necessária desde a fase aguda ou inicial até a fase de manutenção (OMS,2011). O objetivo de um serviço de reabilitação é disponibilizar em momento oportuno e de forma continua a intervenção desde o ambiente hospitalar até as ações na comunidade para melhorar os resultados de saúde, reduzir custos, reduzir a deficiência e melhorar a qualidade de vida.

Áreas estratégicas envolvidas

- Atenção Fisioterapêutica

I - Descrição:

A atenção fisioterapêutica prestada no município de Niterói, no âmbito da Vice Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família, está distribuída

nas 06 (seis) regiões político-administrativas “de saúde”. Há 32 fisioterapeutas, distribuídos conforme a tabela abaixo.

Tabela 30 – Quantitativo de Fisioterapeutas por Região, Policlínica e Bairro

Região	Policlínica	BAIRRO	FISIOTERAPEUTAS
Leste Oceânica	PRI	ITAIPU	5*
Pendotiba	PRLB	LARGO DA BATALHA	4
Norte I	PRGTM	FONSECA	4
Praias Baía II	PRSA	SANTA ROSA	4
Praias Baía I	PRCAS	CENTRO	2
	PCIC *	ILHA DA CONCEIÇÃO	1
	PEMS	CENTRO	1
	PESP	CENTRO	4
Norte II	PRE	ENGENHOCA	3
	PRBARRETO	BARRETO	1
COORDENAÇÃO	-----	-----	1
REGULAÇÃO	-----	-----	1

II - Fluxos e rotinas na rede própria

As Policlínicas (Regionais ou Especializadas) recebem os pacientes que necessitam do atendimento fisioterapêutico tanto de modo originário, quanto mediante encaminhamento por fichas de referência e contra-referência. Tais fichas podem ser emitidas por unidades hospitalares do SUS, por equipes do Programa Médico de Família, por Unidades Básicas de Saúde ou ainda pelas próprias Policlínicas entre si.

Figura 4



As rotinas estabelecidas iniciam-se pela recepção e acolhimento do paciente nos setores de fisioterapia e desenvolvem-se a partir da conclusão do processo avaliativo e diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Cinesiológico Funcional). São então prescritas as condutas fisioterapêuticas, ordenadas e induzidas no paciente, e são levados a cabo o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e das condições para alta do serviço.

III - Reabilitação Física e Motora:

As ações em fisioterapia, no âmbito multiprofissional, destinadas à reabilitação (Física) seguem o fluxo implantado para a regulação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência / Sistema de Regulação - RESNIT.

Os munícipes com deficiência permanente ou temporária que necessitem deste nível de assistência da alta complexidade são regulados para usufruírem dos processos de reabilitação funcional e prescrição, fornecimento e adequação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.

IV - Propostas para melhoria das condições de atendimento aos usuários nos serviços de fisioterapia das Policlínicas

A ampliação das ações de fisioterapia nas Policlínicas Regionais de Saúde requer, em primeiro plano e concomitantemente, a readequação dos espaços dos Serviços de Fisioterapia, a admissão de pessoal qualificado/fisioterapeutas e, por fim, a aquisição de recursos tecnológicos/equipamentos pertinentes à atuação profissional.

- Atenção Fonoaudiológica

A assistência integral à saúde da população é considerada a partir de uma concepção de saúde para além da conotação biomédica, com base nos determinantes sociais, além de apontar a importância da sociedade em todos os níveis de gestão.

Desta forma, vários profissionais da saúde foram incorporados à rede de assistência para atender a esses princípios. O fonoaudiólogo é um desses profissionais e sua contribuição ocorre desde o nascimento do bebê até a velhice, pois seu campo de atuação envolve o processo de amamentação, respiração, deglutição, voz, audição e linguagem oral e escrita.

A elevada ocorrência de diversas patologias relacionadas à comunicação na população faz com que a inserção do fonoaudiólogo junto às equipes seja fundamental para promover, prevenir, reabilitar e aperfeiçoar a comunicação humana.

A Fonoaudiologia, tem como missão integrar os diversos eixos de atuação da rede municipal contribuindo na consolidação das políticas públicas de saúde e se inserindo nos diferentes níveis de atenção à saúde, para melhoria dos indicadores de saúde.

A Fonoaudiologia atua em diversos campos na saúde pública, desde a Atenção Básica, incluindo NASF e PSE; Atenção Especializada incluindo SAD, CAPS; Ambulatórios de Reabilitação; Centros Especializados de Reabilitação; Hospitais e Maternidades e Saúde do Trabalhador.

A Coordenação de fonoaudiologia tem o objetivo de supervisionar, coordenar, promover, aprimorar, capacitar, prevenir, educar, intervir e construir estratégias de planejamento e gestão em saúde.

Na FMS-NITERÓI, a Coordenação de Fonoaudiologia se propõe a:

- Supervisionar as condutas fonoaudiológicas nos ambulatórios com o objetivo de padronizar os fluxos e os protocolos usados para o atendimento dos usuários.
- Promover a inserção de fonoaudiologia nos programas do Ministério da Saúde:
 - Programa do Idoso.
 - Programa da Criança e do Adolescente (PAISCA).
 - Programa da Mulher (PAISM).
 - Programa do Tabagismo
 - Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA),
 - Programa de Saúde Bucal,
 - PSE.
 - Serviço de Atenção à Saúde Auditiva. (SASA)
- Capacitar os fonoaudiólogos da rede para qualificar os atendimentos.
- Garantir o cumprimento dos projetos de lei nº 12.303 de 02/08/2010 (teste da orelhinha), lei nº13.002/2014 (teste da linguinha).

Para garantir saúde de qualidade para todos é necessário que haja integralidade de assistência Fonoaudiológica.

Os munícipes com deficiência permanente ou temporária que necessitem deste nível de assistência de alta complexidade são regulados para usufruírem dos processos de reabilitação

- Atenção Terapêutica Ocupacional

A Terapia ocupacional é um corpo de conhecimentos estruturado para atuar no campo da saúde e educação e tem como eixo fundamental a compreensão da ação humana consciente e significativa, constituinte do sujeito. O trabalho terapêutico é de caráter preventivo e/ ou remediativo. O objeto de estudo dessa profissão é a atividade humana. Entende-se por atividade humana qualquer ato que exija o processamento mental de dados, manipulação física de objetos ou movimento dirigido favorecendo o desenvolvimento de habilidades cognitivas, perceptivas, psicossociais e de movimento.

A Terapia Ocupacional, através do estudo da atividade humana, avalia planeja e prescreve condutas terapêuticas, promovendo, desenvolvendo e prevenindo, com a finalidade de ampliar o desempenho e a participação social, com independência e autonomia, fomentando as condições de saúde do ser humano para uma melhor qualidade de vida.

A reabilitação é compreendida como um processo global e dinâmico que tem como foco a adaptação das pessoas com deficiência às novas condições de vida. Segundo a Organização Mundial da Saúde a reabilitação tem por objetivo restituir as capacidades da pessoa com deficiência para que ela tenha uma vida autônoma e mais independente possível.

Nesse contexto o terapeuta ocupacional possui papel relevante na equipe de reabilitação desenvolvendo diversas ações que ofereçam o retorno à independência do paciente em suas atividades cotidianas, trabalho e lazer.

Considerando que por sua formação acadêmica profissional e conhecimento desta ciência, pode o Terapeuta Ocupacional atuar juntamente com outros profissionais nos diversos níveis de assistência a saúde, na área educacional e no desenvolvimento de pesquisas (CREFITO-2, 1997, p.81).

Com embasamento nos conhecimentos de Cinesiologia, o terapeuta ocupacional pode desenvolver um programa de reabilitação individualizado utilizando métodos e técnicas específicas como adequação postural, indicação de cadeira de rodas, tecnologia assistiva e prescrição de órteses.

A Terapia Ocupacional faz parte das profissões que atuam na rede pública de saúde de Niterói oferecendo atendimentos individuais, em grupo ou participando de programas de atenção.

Visto que as Policlínicas atuam como o primeiro nível da atenção à saúde empregando tecnologia de baixa densidade as patologias que demandam alta complexidade são encaminhadas para as Unidades conveniadas com a Rede Municipal de Saúde que desenvolvem programas de reabilitação orientados a satisfazer suas necessidades individuais.

Gestão da Reabilitação

Em face das necessidades da pessoa portadora de deficiência, a constituição de uma rede de cuidados que atenda a pessoa em suas diversas necessidades de saúde é um processo dinâmico, que requer o envolvimento, compromisso e integração contínua de trabalhadores dos diversos pontos de atenção, assim como de gestores, usuários e das próprias famílias. Visando esse cuidado, entendemos a necessidade de implantarmos a coordenação de reabilitação, agregando a coordenação de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional que já existem na rede ambulatorial de saúde de Niterói, e atuam individualmente com os profissionais e usuários, buscando integração desde a atenção básica até o acompanhamento em serviço especializado.

Aproveitando a reorganização da Rede de Saúde do município de Niterói que ocorre desde a rede de atenção básica e implantação do NASF, envolvendo a média e alta complexidade e a regulação dos serviços de saúde incluindo a REGULAÇÃO DA REABILITAÇÃO (RESNIT), visualizamos a necessidade da coordenação de reabilitação ser pensada e construída formando a integração das diversas especialidades que compõem o serviço de reabilitação construindo um fluxo da atenção básica até a rede especializada.

É oportuno ressaltar a necessidade de elaboração do Plano Municipal da Rede de Pessoa com Deficiência, a implantação do Grupo de Trabalho Municipal da RCPD em conformidade com o Plano Regional da RCPD.

Saúde da População Negra

Com vistas à promoção da equidade em saúde e orientado pelos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, universalidade e participação social, em consonância com a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (Participa SUS), o Ministério da Saúde instituiu, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009 e da LEI Nº 12.288, DE 20 DE JULHO DE 2010 que instituiu o Estatuto da Igualdade Racial.

A partir da publicação dessa Política, o Ministério da Saúde reconhece e assume a necessidade da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incide negativamente nos indicadores de saúde dessa população – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência.

A Política também reafirma as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS – governo federal, estadual e municipal – na efetivação das ações e na articulação com outros setores do governo e da sociedade civil, para garantir o acesso da população negra a ações e serviços de saúde, de forma oportuna e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde desta população e para redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracionais e de classe.

DOENÇAS GENÉTICAS OU HEREDITÁRIAS MAIS COMUNS DA POPULAÇÃO NEGRA

- **Anemia falciforme** — Doença hereditária, decorrente de uma mutação genética ocorrida há milhares de anos, no continente africano. A doença, que chegou ao Brasil pelo tráfico de escravos, é causada por um gene recessivo, que pode ser encontrado em frequências que variam de 2% a 6% na população brasileira em geral, e de 6% a 10% na população negra.
- **Diabetes mellitus (tipo II)** — Esse tipo de diabetes se desenvolve na fase adulta e evolui causando danos em todo o organismo. É a quarta causa de morte e a principal causa de cegueira adquirida no Brasil. Essa doença atinge com mais frequência os homens negros (9% a mais que os homens brancos) e as mulheres negras (em torno de 50% a mais do que as mulheres brancas).
- **Hipertensão arterial** — A doença, que atinge 10% a 20% dos adultos, é a causa direta ou indireta de 12% a 14% de todos os óbitos no Brasil. Em geral, a hipertensão é mais alta entre os homens e tende ser mais complicada em negros, de ambos os sexos.

• **Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase** — Afeta mais de 200 milhões de pessoas no mundo. Apresenta frequência relativamente alta em negros americanos (13%) e populações do Mediterrâneo, como na Itália e no Oriente Médio (5% a 40%). A falta dessa enzima resulta na destruição dos glóbulos vermelhos, levando à anemia hemolítica e, por ser um distúrbio genético ligado ao cromossomo X, é mais frequente nos meninos.

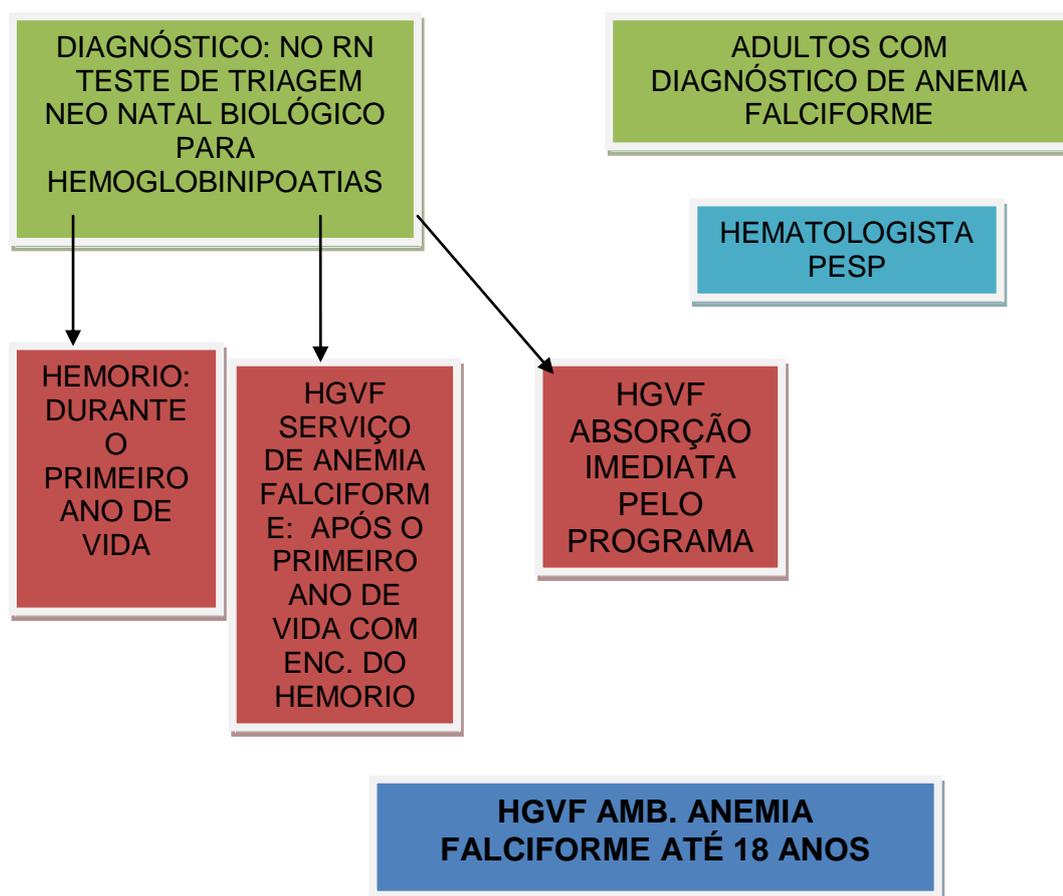
Implementação desta Política em âmbito municipal

- Definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite – CIB;
- Coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política.
- Garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais;
- Identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos;
- Implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra;
- Estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;
- Garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS N° 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);
- Articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política;
- Fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;
- Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

- Apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;
- Instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.
- a melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero;

Figura 5

FLUXO DE ACOMPANHAMENTO DE ANEMIA FALCIFORME



AMBULATÓRIO DE DIVERSIDADE SEXUAL (POPULAÇÃO TRANS)

Com o objetivo de implantar na Policlínica Dr. Sylvio Picanço o Ambulatório de Diversidade Sexual visando promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito

institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo fazendo com que acolhimento e tratamento de todos estes aspectos sejam ofertados a esta população de acordo com as portarias Nº 1.707 e Nº 457 de agosto de 2008 sendo redefinido e ampliado pela portaria Nº 2.803 de 19 de novembro de 2013 e as orientações do Ministério da Saúde, a saber:

- Instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;
- Ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;
- Qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;
- Qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;
- Monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;
- Garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados;
- Promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais;
- Reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;
- Definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis;
- Oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT;

- Oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais;
- Prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado;
- Prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento;
- Garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS; XV - buscar no âmbito da saúde suplementar a garantia da extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais;
- Atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde;
- Garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;
- Fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde;
- Promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS;
- Reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde;
- Incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral;
- Incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde;
- Promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens;
- Realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT.

Compete ao Município:

- Implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos;
- Identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município;
- Promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais;
- Estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; Alexandre Rocha Santos Padilha Ministro da Saúde 26.
- Articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT, em conformidade com esta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;
- Incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;
- Implantar práticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; e
- Apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos. Art. 7º Ao Distrito Federal compete os direitos e obrigações reservadas aos Estados e Municípios.

2.3.3 Atenção Pré-Hospitalar, Hospitalar, Urgência e Emergência

A rede pública hospitalar do município de Niterói é composta por uma maternidade - Alzira Reis Vieira Ferreira (MMARVF); um hospital geral para atendimento cirúrgico - Orêncio de Freitas (HOF); um hospital geral para

atendimento clínico - Carlos Tortelly (HMCT); um hospital pediátrico - Getúlio Vargas Filho (HGVF) e um hospital psiquiátrico – Jurujuba (HPJ).

O município sedia, ainda, um hospital especializado em atender pacientes com Tuberculose e AIDS – Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras (IETAP), um hospital estadual geral – Azevedo Lima (HEAL) e uma unidade estadual de pronto atendimento – UPA Fonseca; além de um hospital universitário federal – Antônio Pedro (HUAP) com plano de pactuação de metas de atendimento com o município e com a região Metropolitana II.

A Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira presta atendimento obstétrico para partos de baixo risco do município, integrando o sistema Rede Cegonha. O funcionamento se dá nas 24hs.

O Hospital Orêncio de Freitas atende à demanda em cirurgia geral, realizando, anualmente, cerca de 2000 cirurgias. Destacamos a realização, em 2017, de 245 cirurgias ginecológicas; 187 urológicas; 947 abdominais, 154 vasculares .

Também são executadas no hospital cirurgias para reconstrução do trânsito intestinal, assim como são tratadas as complicações no pós – cirúrgico. Dispõe de 6 leitos de UTI.

Essa unidade abriga, ainda, um polo de atenção a ostomizados, referência na região Metropolitana II; onde há distribuição de bolsas de colostomia e urostomia, bem como ações de educação em saúde.

Possui ainda serviço credenciado para residência médica na área de cirurgia geral.

O Hospital Municipal Carlos Tortelly possui emergência 24 horas, além de oferecer um serviço especializado, para o tratamento de pacientes com HIV/AIDS, com ambulatório especializado e 14 leitos de internação. Destes leitos, 2 são de isolamento e 2 funcionam como leitos de cuidados semi intensivos. É referência municipal para os casos clínicos de média complexidade, com 24 leitos de retaguarda, integrado a Rede de Atenção às Urgências (RUE). Conta ainda com 7 leitos de UTI. Possui importância estratégica no atendimento das epidemias.

O Hospital Municipal Getúlio Vargas Filho possui emergência 24 horas em clínica pediátrica. Conta com 8 leitos de UTI pediátrica e 2 de UTI neonatal.

Possui Centro Cirúrgico com 3 salas e 6 leitos pós-cirúrgicos, onde são realizadas cirurgias pediátricas de pequeno porte, de forma eletiva. Também possui ambulatório de especialidades para acompanhamento de pacientes do município e, eventualmente, de municípios da região Metropolitana II.

O hospital é administrado por uma Organização Social, desde 2013, com acompanhamento por comissão própria e supervisões periódicas por equipe do Departamento de Supervisão Técnica da VIPAHE (DESUT).

O Hospital Psiquiátrico Jurujuba faz parte da rede de atenção psicossocial do município, com atendimento à demanda psiquiátrica de emergência, avaliação e estabilização dos casos agudos. Possui Programa de Estágio Multiprofissional em Saúde Mental em Nível de Residência.

Tabela 31 - Caracterização e localização das unidades hospitalares

Unidade	Especialidade	Localização
Hospital Universitário Antônio Pedro	Hospital Quaternário	Rua Marquês do Paraná, 303 – Centro
Hospital Estadual Azevedo Lima	Hospital Geral	Rua Teixeira de Freitas, 301 – Fonseca
Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras	Hospital Especializado	Rua Luiz Palmier, nº 762 – Barreto
Hospital Carlos Tortelly	Hospital Geral	Rua Athayde Parreiras 266 - Centro
Hospital Getúlio Vargas Filho	Hospital Pediátrico	Rua Teixeira de Freitas, s/nº - Fonseca
Hospital Orêncio de Freitas	Hospital Cirúrgico	Av.Machado s/nº - Barreto
Hospital Psiquiátrico de Jurujuba	Dispositivo de atendimento de casos agudos em saúde mental	Av.Quintino Bocaiúva, s/nº - Charitas
Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira	Maternidade para casos de baixo risco	Rua Carlos Ermelindo Marins s/nº - Jurujuba

Internações

Na Tabela 32, descrevemos o quantitativo de internações, distribuídos pelas unidades hospitalares municipais/FMS e origem dos pacientes. No ano de

2017, foram realizadas mais de 9 mil internações, na rede hospitalar de Niterói sendo 80% de residentes de Niterói.

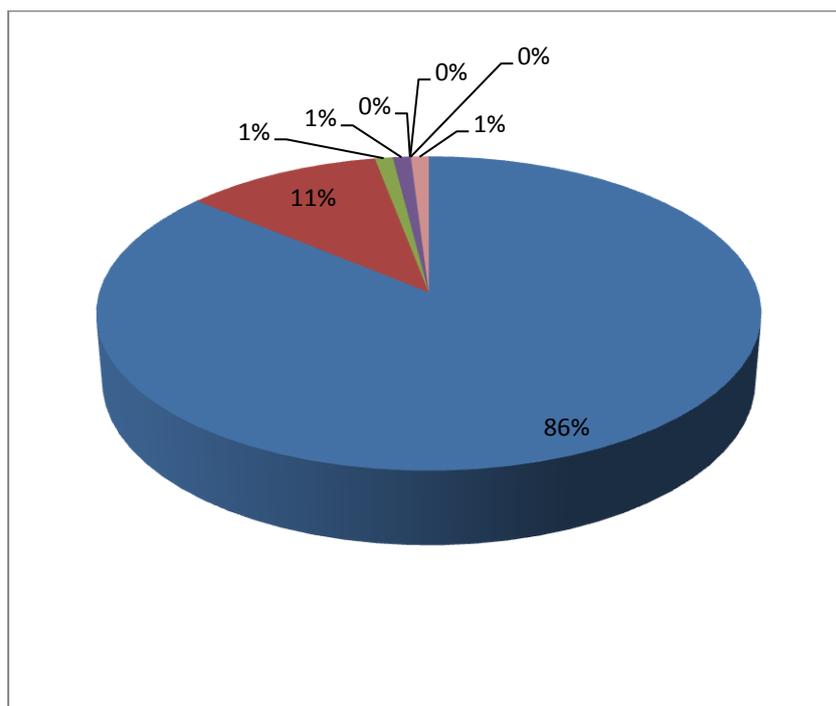
Chama a atenção que no Hospital Pediátrico Getúlio Vargas Filho do total de internações 39% são de crianças e adolescentes de outros municípios. Um dos fatores que podem explicar esse fato é a localização do hospital, junto à rodovia que liga Niterói aos municípios do Rio, São Gonçalo e Maricá.

Tabela 32 - Internações nas unidades pela origem dos pacientes

ORIGEM DOS PACIENTES - 2017												
Municípios	INTERNAÇÃO										TOTAL	
	HMCT	%	HGVF	%	MMAR	%	HOF	%	HPJ	%		
Niterói	1.891	87%	1.428	61%	1.364	86%	1.847	80%	962	91%	7.492	79,10%
São Gonçalo	234	11%	655	28%	168	11%	337	15%	30	3%	1.424	15,00%
Maricá	12	1%	110	5%	48	3%	33	1%	5	0%	208	2,20%
Itaboraí	15	1%	97	4%	10	1%	35	2%	0	0%	157	1,70%
Rio Bonito	0	0%	3	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	0,00%
Tanguá	1	0%	13	1%	1	0%	2	0%	0	0%	17	0,20%
Silva Jardim	2	0%	6	0%	0	0%	2	0%	0	0%	10	0,10%
Outros	11	1%	35	1%	3	0%	56	2%	56	5%	161	1,70%
Total	2.166	100%	2.347	100%	1.594	100%	2.312	100%	1.053	100%	9.472	

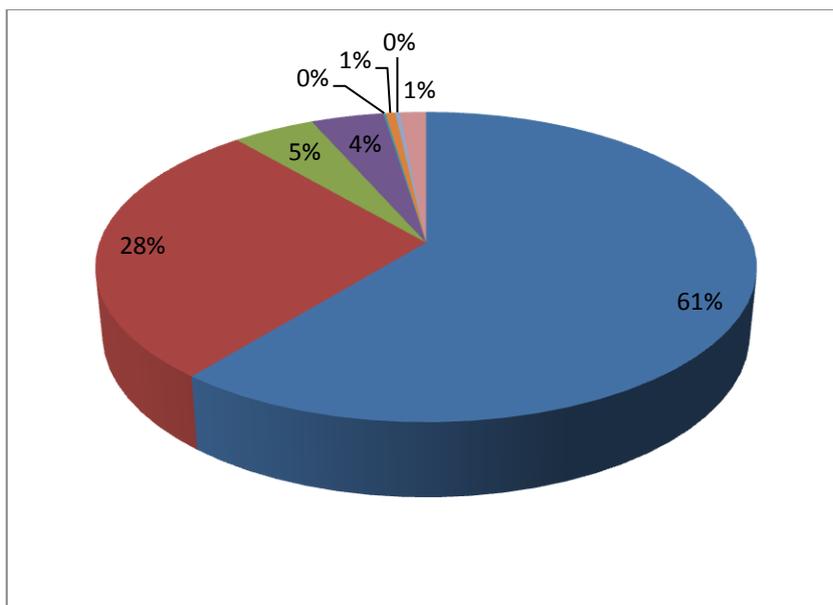
Fonte: Setor de análise de dados do DESUT/VIPAHE

Gráfico 17 – Origem dos pacientes internados no Hospital Municipal Carlos Tortelly - 2017



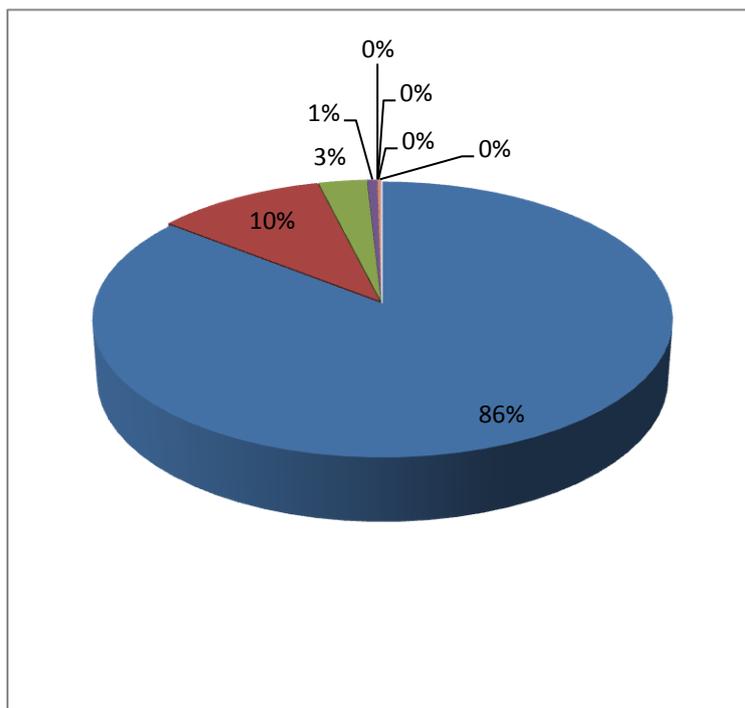
Fonte: Setor de análise de dados do DESUT/VIPAHE

Gráfico 18 – Origem dos pacientes internados no Hospital Getúlio Vargas Filho – 2017



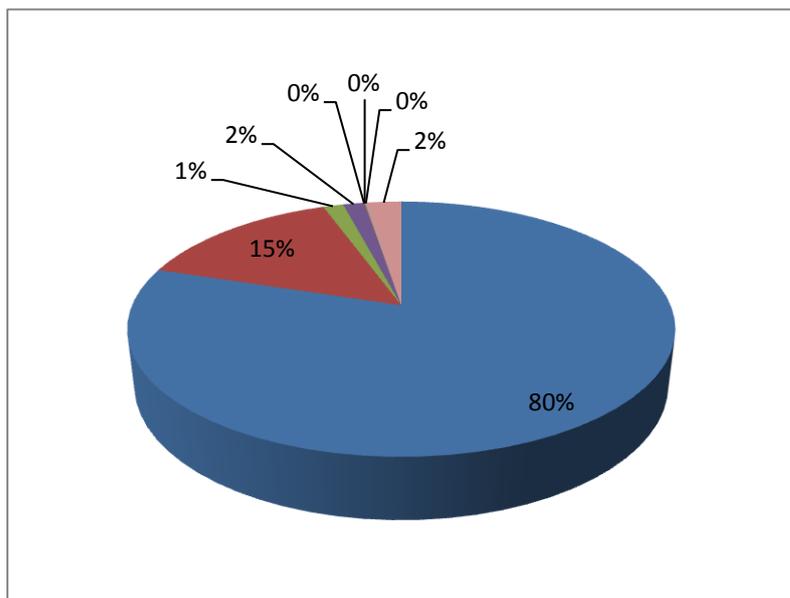
Fonte: Setor de análise de dados do DESUT/VIPAHE

Gráfico 19 – Origem dos pacientes internados na Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira – 2017



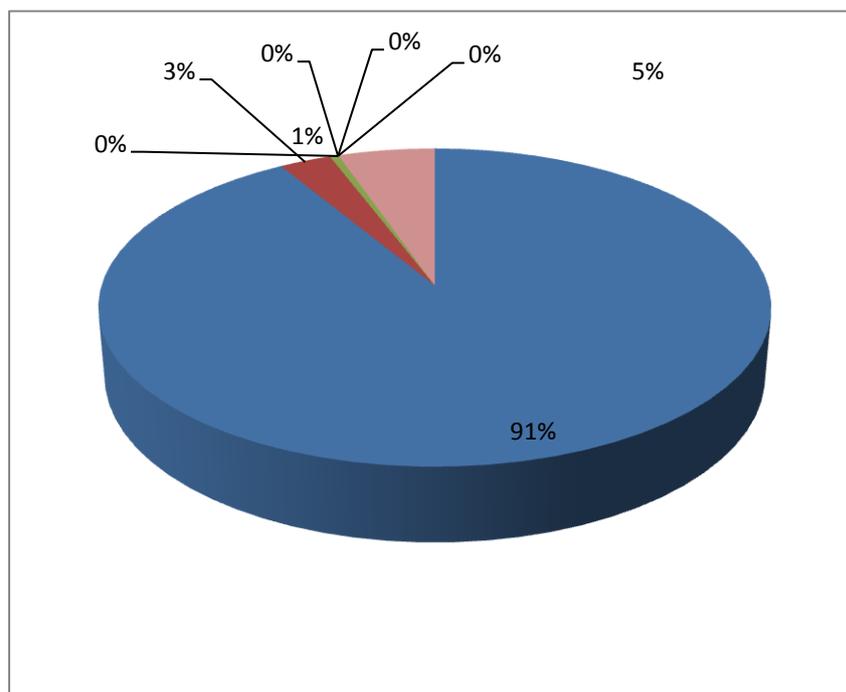
Fonte: Setor de análise de dados do DESUT/VIPAHE

Gráfico 20 – Origem dos pacientes internados no Hospital Orêncio de Freitas – 2017



Fonte: Setor de análise de dados do DESUT/VIPAHE

Gráfico 21 – Origem dos pacientes internados no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba – 2017



Fonte: Setor de análise de dados do DESUT/VIPAHE

A região Metropolitana, ao longo dos anos, como em todo o país, tem visto a diminuição da disponibilidade de leitos. A crise financeira dos últimos anos está entre os fatores que propiciaram o rebaixamento de investimentos na criação de leitos, tanto públicos como privados. A população de Niterói apresenta-se com uma boa cobertura de saúde suplementar, sendo beneficiários cerca de 57% da população ².

Abaixo, na Tabela 33, descrevemos o quantitativo atual de “leitos de internação” das unidades hospitalares (SUS) da rede municipal.

² fonte ANS: o termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um indivíduo

Tabela 33. Leitos de internação

REDE MUNICIPAL - QUANTITATIVO DE LEITOS – 2017												
Unidades	Leitos comuns internação						Total de leitos comuns	Leitos complementares (UTI)			Total de leitos complem.	Total por unidade
	Clínico	Pediátrico	Cirúrgico	Psiquiátrico	Obstétrico	Neonatal		Adulto	Pediátrico	Neonatal		
HOF			48				48	6			6	54
HGVF ^e		25	6				31		8	2	10	41
HMCT	86*						86	7			7	93
HPJ				94			94				0	94
MMAR					18	4	22				0	22
TOTAL	86	25	54	94	18	4	281	13	8	2	23	304

Fonte: CNES/DATASUS (jan/2018)

OBS.: * Do total de 86 leitos clínicos, 24 são de leitos de retaguarda e 14 são de SIDA.

No campo da saúde pública, salientamos que o número de leitos necessários a uma boa atenção à saúde não pode ser calculado ou medido através de um “parâmetro” que se aplique igualmente a todo o país ou a todos os países. O estudo de necessidade de leitos encontra-se em fase preliminar levando-se em conta fatores sociais; indicadores de saúde; organização da rede municipal; disponibilidade e qualificação dos recursos humanos; tecnologia disponível; relação entre a oferta existente e a demanda aparente e acessibilidade aos serviços.

Encontram-se, em andamento, iniciativas para readequações e reformas junto às unidades, a fim de promover abertura de novos leitos de internação e UTI. Na tabela 34, podemos visualizar o quantitativo de leitos instalados após as readequações e reformas propostas, com aumento de 49 leitos em relação ao quantitativo existente em 2017.

Tabela 34

REDE MUNICIPAL - QUANTITATIVO DE LEITOS PÓS-ADEQUAÇÕES												
Unidades	Leitos comuns internação						Total de leitos comuns	Leitos complementares (UTI)			Total de leitos complem.	Total por unidade de
	Clínico	Pediátrico	Cirúrgico	Psiquiátrico	Obstétrico	Neonatal		Adulto	Pediátrico	Neonatal		
HOF			48				48	10			10	58
HGVF ^o		25	6				31		8	2	10	41
HMCT	88			14			102	20			20	122
HPJ				94			94				0	94
MMAR					32	6	38				0	38
TOTAL	88	25	54	108	32	6	313	30	8	2	40	353

Fonte: Setor de análise de dados do DESUT/VIPAHE

Em relação às causas de internação, identificamos que no HMCT, no ano de 2017, cerca de 37% das internações se deram por causas sensíveis à atenção básica. Ou seja, tais internações poderiam ter sido evitadas por ações mais qualificadas de cuidado desenvolvidas naquele nível da atenção à saúde. Desta forma, o presente plano, propõe ações de fortalecimento da Atenção Básica, a fim de sanar essa demanda.

No HMCT, no ano de 2017, a taxa média de ocupação esteve em torno de 90%. No HGVF^o, a taxa de ocupação não se apresenta tão alta como no HMCT, contudo, sabe-se que a ocupação dos leitos de emergência destes dois hospitais, bem como os leitos de emergência da UMAM – UPA III ultrapassa os 100%, em vários meses do ano.

De posse destas informações, os principais problemas identificados na assistência hospitalar e de urgência municipal são a necessidade de adequações em algumas unidades hospitalares com estrutura física muito antiga, leitos de emergência com ocupação aumentada devido a atendimento de pacientes de municípios do entorno, dificuldades de realização em tempo ideal de exames complementares de maior complexidade, problemas na regulação para transferência de pacientes com necessidade de atenção de alta complexidade, por conta da crise estadual e federal que atinge os grandes hospitais de referência para tais procedimentos, necessidade de adequação da estrutura física

do hospital psiquiátrico em dispositivo terapêutico preconizado pela reforma psiquiátrica.

Esses problemas revelam que ainda existe deficiência na Linha de Cuidado em nível terciário, isto é, não há um procedimento sistemático e regular de oferta dos exames de média e alta complexidade necessários ao diagnóstico na própria Rede de Saúde, assim como a priorização na implantação de uma rede de sistemas de informações mais eficientes e integrados.

Com relação a oferta de exames de média e alta complexidade, com a implantação do Centro de Imagem em nosso território pretende-se ampliar a oferta dos exames de imagem e desta forma obter inclusive redução do tempo médio de permanência em nossas Unidades hospitalares, melhorando a resolutividade dos níveis de atenção.

Para tanto são necessários esforços para que a população tenha acesso a todos os serviços, que se trabalhe para a promoção da saúde com um “modelo de atenção integral à saúde”, implementando efetivamente linhas de cuidado com intersetorialidade, maior integração entre a rede básica e hospitalar, pessoal capacitado, rede de informações integradas e recursos necessários à produção de ações de saúde, possibilitando acesso da população usuária do SUS à assistência integral.

Atenção Pré-Hospitalar, Urgência e Emergência

Compõem a Rede de Urgência e Emergência do município hospitais e serviços de pronto atendimento. No município existem sete unidades, sendo cinco próprias, a saber: Unidade de Pronto Atendimento Dr. Mário Monteiro (UPA III), SPA 1 - Serviço de Pronto Atendimento do Largo da Batalha e SPA 2 - Serviço de Pronto Atendimento da Engenhoca, Hospital Getúlio Vargas Filho e Hospital Municipal Carlos Tortelly e duas unidades estaduais: UPA Fonseca - Unidade Niterói (UPA III) e Hospital Estadual Azevedo Lima, atendendo urgência e emergência 24horas.

A Unidade Mário Monteiro – UPA III. Possui emergência 24horas e é referência de pronto atendimento na região oceânica. Realiza exames

laboratoriais, radiológicos e eletrocardiograma de forma emergencial e tem atendimento nas especialidades de ortopedia, pediatria, clínica médica e pequenas cirurgias.

O Serviço de Pronto Atendimento do Largo da Batalha (SPA 1) atende pacientes dos bairros da região oceânica de Niterói e, eventualmente, recebe demanda de pacientes de outros municípios. Funciona 24horas e presta assistência aos casos emergenciais de pediatria e clínica médica.

O Serviço de Pronto Atendimento da Engenhoca (SPA 2) atende pacientes dos bairros de Engenhoca, Barreto, Tenente Jardim e adjacências e, eventualmente, recebe demanda de pacientes de outros municípios. Funciona 24horas e presta assistência aos casos emergenciais de pediatria e clínica médica.

O Hospital Municipal Getúlio Vargas Filho possui emergência 24horas em clínica pediátrica. Atende crianças e adolescentes por demanda espontânea ou oriundos de outras unidades de pronto atendimento e hospitalares da região.

O Hospital Municipal Carlos Tortelly possui emergência 24horas, sendo referência para as emergências e urgências em clínica médica, tanto por demanda espontânea, como para pacientes encaminhados pela serviços de pronto atendimento de outras unidades, bem como aqueles encaminhados pelo, SAMU, Bombeiros e Resgates de rodovias.

O Hospital Estadual Azevedo Lima tem o perfil de atendimento para os casos de traumas e acidentados em geral, bem como é referência para os partos de alto risco do município e entorno. Possui ainda serviço de tomografia computadorizada que presta atendimento à rede hospitalar municipal nos casos de urgência.

A UPA do Fonseca atende pacientes do bairro Fonseca e adjacências e, eventualmente, recebe demanda de pacientes de Maricá e São Gonçalo. Provavelmente, pela proximidade com a principal rodovia que liga Niterói a estes municípios. Funciona 24h e presta assistência aos casos emergenciais de pediatria, clínica médica e odontologia.

Tabela 35 - Rede municipal de urgência

Unidade	Especialidade	Localização	Atendimento
Hospital Estadual Azevedo Lima	Hospital Geral	Rua Teixeira de Freitas, 301 – Fonseca	Casos de traumas em geral, adulto e pediátrico; casos clínicos e traumáticos referenciados de média e alta complexidade. Realiza tomografias de emergência da rede municipal.
Hospital Carlos Tortelly	Hospital Geral	Rua Athayde Parreiras 266 - Centro	Emergência clínica de adultos e emergência odontológica
Hospital Getúlio Vargas Filho	Hospital Pediátrico	Rua Teixeira de Freitas, s/nº - Fonseca	Emergência clínica pediátrica
Unidade de Pronto Atendimento Dr. Mário Monteiro	UPA III	Estrada Francisco da Cruz Nunes s/nº - Cafubá	Emergência ortopédica, clínica de adultos, clínica pediátrica e pequenos procedimentos cirúrgicos.
SPA 1 – Largo da Batalha	SPA	Rua Ver.Armando Ferreira, 30 – Largo da Batalha	Emergência clínica de adultos
SPA 2 - Engenhoca	SPA	Avenida João Brasil, s/nº - Engenhoca Tel.: 2628-8047 – 3603-8874	Emergência clínica de adultos, clínica pediátrica
Unidade de Pronto Atendimento Fonseca	UPA III	Rua Sá Barreto nº 107 - Fonseca.	Emergência clínica de adultos, clínica pediátrica e emergência odontológica
SAMU – 192 – Metropolitana II	Central de Regulação Médica de Urgência	Rua Athayde Parreiras 266 – Centro.	Atendimento pré-hospitalar no local da ocorrência à vítima de agravo súbito à saúde de origem clínica ou traumática, dentro dos limites da Metropolitana II
SAMU – BASE	Base descentralizada Niterói – atendimento pré-hospitalar móvel	Alameda São Boaventura, 144, Fonseca.	Atendimento pré-hospitalar no local da ocorrência à vítima de agravo súbito à saúde de origem clínica ou traumática, dentro do município de Niterói

Tabela 36 – Leitos e salas de emergência das unidades da rede de urgência e emergência - Niterói

UNIDADE	LEITOS - EMERGÊNCIA - SALAS					
	VERMELHA	VERM-PED	AMARELA	AMAR-PED	VERDE	TOTAL
HMCT	3	–	4	–	20	27
HGVF ⁹	–	2	–	10	0	12
UPA - UMAM	4	–	13	4	0	21
SPA - Largo	1	–	5	–	–	6
SPA - Engenhoca	–	–	4	–	–	4
UPA- Fonseca	4	–	14	4	–	22
HEAL	7	–	9	5	20	41
TOTAL	19	2	49	23	40	133

Fonte: CNES/DATASUS e administração das unidades

Além das unidades que participam da Rede de Urgência e Emergência Municipal, cada unidade hospitalar possui um setor de emergência, a fim de prestar o primeiro atendimento, estabilizar pacientes agudos e atender intercorrências pós-alta dentro da especialidade de cada hospital. Na tabela 37, descrevemos o tipo de atendimento destes setores.

Tabela 37

Unidades	Caracterização dos atendimentos do setor de emergência
HOF	Emergência em cirurgia abdominal, bem como pacientes com intercorrências pós-alta cirúrgica
HGVF ^o	Emergência clínica pediátrica
HMCT	Emergência clínica de adultos e emergência odontológica
HPJ	Emergência psiquiátrica
MMARVF	Emergência obstétrica
UMAM – UPA III	Emergência ortopédica, clínica de adultos, clínica pediátrica e pequenos procedimentos cirúrgicos.
SPA 1	Emergência clínica de adultos
SPA 2	Emergência clínica de adultos
UPA Fonseca	Emergência clínica de adultos, clínica pediátrica e emergência odontológica
HUAP	Casos referenciados de alta complexidade
HEAL	Casos de traumas em geral, adulto e pediátrico; casos clínicos e traumáticos referenciados de média e alta complexidade. Realiza tomografias de emergência da rede municipal.

Abaixo, nas Tabelas 38 e 39, apresentamos a totalização de atendimentos emergenciais dessas unidades, no ano de 2017, distribuídos pelos municípios da Metropolitana II, e pelas especialidades.

Tabela 38. Distribuição de atendimentos pela origem dos pacientes

ORIGEM DOS PACIENTES – 2017														
Municípios	EMERGÊNCIA												TOTAL	
	HMCT	%	HGVF	%	UMAM	%	MMAR	%	HOF	%	HPJ	%		
Niterói	39.363	80	44.289	63	98.153	92	4.453	83	2.181	70	6.051	92	194.490	81%
São Gonçalo	8.148	17	21.986	31	4.349	4	679	13	770	25	287	4	36.219	15%
Maricá	280	1	1.901	3	2.794	3	160	3	64	2	59	1	5.258	2%
Itaboraí	597	1	1.829	3	275	0	36	1	68	2	0	0	2.805	1%
Rio Bonito	15	0	4	0	5	0	0	0	1	0	0	0	25	0%
Tanguá	23	0	22	0	10	0	1	0	1	0	0	0	57	0%
Silva Jardim	5	0	8	0	0	0	0	0	2	0	0	0	15	0%
Outros	838	2	266	0	1.475	1	12	0	39	1	160	2	2.790	1%
Total	49.269	100	70.305	100	107.061	100	5.341	100	3.126	100	6.557	100	241.659	

Fonte: Setor de análise de dados do DESUT/VIPAHE

Tabela 39

EMERGÊNCIA SPA's - ORIGEM DOS PACIENTES – 2017						
ORIGEM	SPA Largo da Batalha	%	SPA Engenhoca	%	TOTAL	
Niterói	60.801	79,6%	65.634	93,3%	126.435	86%
Outros municípios	15.582	20,4%	4.671	6,7%	20.253	14%
Total	76.383	100%	70.305	100%	146.688	

Fonte: GIL - SPA Largo da batalha e SPA Engenhoca

Tabela 40- Distribuição dos atendimentos pelas especialidades

EMERGÊNCIA – CONSULTAS POR ESPECIALIDADES – 2017							
ESPECIALIDADES	HMCT	HGVF	HOF	UMAM	MMAR	HPJ	TOTAL
Clínica médica	47.262			60.403			107.665
Pediatria		70.305		23.802			94.107
Ortopedia	191			19.434			19625
Psiquiatria						6.557	6.557
Obstetrícia e neonatologia (intercorrências pós-alta)					5.341		5.341
Cirurgia (suturas, etc)				3.422			3.422
Emergência em cirurgia			3.126				3.126
Odontologia	1.816						1.816
TOTAL	49.269	70.305	3.126	107.061	5.341	6.557	241.659

Fonte: Setor de análise de dados do DESUT/VIPAHE

Tabela 41

EMERGÊNCIA SPA's – CONSULTAS POR ESPECIALIDADES – 2017			
ESPECIALIDADES	SPA-Largo da Batalha	SPA-Engenhoca	TOTAL
Clínica médica	76.383	35.576	111.959
Pediatria	-	9.004	9.004
TOTAL	49.269	70.305	3.126

Fonte: GIL - SPA Largo da Batalha e SPA Engenhoca

A partir das tabelas, podemos constatar que, em 2017, as unidades municipais atenderam, na emergência, cerca de 20% de indivíduos de outros municípios. Contudo, há diferenças entre as unidades, variando de 8% na UMAM e no HPJ e de até 30% no HOF. A maior parte de atendimentos foi na especialidade de clínica médica, seguida da pediatria e da ortopedia.

O que se pode explicar, é que os casos que chegam aos setores de urgência dos hospitais municipais são, em sua maioria, pertencentes ao universo descrito abaixo:

- 1) Síndromes Infeciosas agudas (síndromes virais, infecções de vias aéreas, infecções de trato urinário, infecções gastrointestinais)
- 2) Distúrbios alérgicos (asma, bronquite, alergias sistêmicas, por alimentos e outros agentes)
- 3) Sintomas e sinais decorrentes de doenças crônicas agudizadas (cardiovasculares, endócrinas, osteoarticulares, neurológicos e psicomentais)
- 4) Pequenos traumas e abscessos por diversas causas; lesões por quedas ou agressões.
- 5) Outros motivos que não os de doença (atestados, receitas, exames de rotina, etc.)

Outrossim, também apresentamos dados fornecidos pelos programas INTUS/KLINIKOS, com informações registradas nos boletins de atendimento das unidades HMCT, UMAM-UPA III e HGVF^o. A relação (Tabela 42) expressa em porcentagem decrescente o registro médico das queixas/diagnósticos agrupados pelas categorias do Código Internacional de Doenças – CID 10.

Tabela 42 - Registro de atendimentos nas unidades UMAM, HMCT e HGVF^o

Capítulos do Código Internacional de Doenças - CID 10	%
Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	20%
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório	19%
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	17%
Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	8%
Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo	7%
Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde*	6%
Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário	4%
Capítulo XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4%
Capítulo VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4%
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório	3%
Capítulo XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	2%
Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	2%
Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso	1%
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais	1%

*Capítulo usado para as ocasiões em que outras circunstâncias que não uma doença, um traumatismo ou uma causa externa classificáveis nas demais categorias, são registradas como "diagnósticos" ou "problemas". Isto pode acontecer de dois modos principais:
(a) quando uma pessoa que não está doente consulta os serviços de saúde para algum propósito específico, tais como receber assistência ou serviço limitado para uma afecção atual, doar órgão ou tecido, receber imunização profilática ou discutir um problema que não é em si uma doença ou um traumatismo;
(b) quando alguma circunstância ou problema está presente e que influencia o estado de saúde da pessoa mas que não é em si uma doença ou traumatismo atual.

O SAMU DA REGIÃO METROPOLITANA II/RJ – Município pólo Niterói.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192) é um programa que tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de emergência.

A Política Nacional de Atenção às Urgências, criada em 2003, tem como finalidade proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade no atendimento no SUS.

Inaugurado em 04 de setembro de 2004, primeiro SAMU Regional do Brasil, este componente da Rede de Atenção às Urgências foi idealizado e construído pelo conjunto de secretários de saúde dos municípios da Região Metropolitana II (Niterói, São Gonçalo, Maricá, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito, Silva Jardim).

É operacionalizado através da Central de Regulação Médica das Urgências (CRMU) localizada em Niterói, que concentra todas as chamadas telefônicas do número 192 da região metropolitana II.

O SAMU - 192 para realizar o atendimento pré-hospitalar no local da ocorrência à vítima de agravo súbito à saúde, de origem clínica ou traumática, se utiliza da frota de 25 viaturas devidamente equipadas e com profissionais capacitados, possibilitando maiores chances de sobrevivência, diminuição das sequelas e transporte seguro até o Serviço de Saúde mais adequado para continuidade do tratamento.

Categorias Profissionais que compõe as equipes da Central de Regulação Médica das Urgências:

- Técnico auxiliar de regulação médica (telefonista);
- Radio Operador (operador de frota);
- Médico regulador;

A Unidade Gestora é a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói – (VIPAHE) responsável pela Equipe da Coordenação Regional, e sua Central de Regulação Médica de Urgências – CRMU, que gerencia tecnicamente todas as Bases SAMU da região Metropolitana II. Para esta missão o serviço conta com uma estrutura de gestão composta por Coordenador Geral, Coordenação Adjunto, Coordenação de Educação Permanente e Vigilância da Urgências, Direção Regional Médica, Direção Regional Administrativa, Direção Regional de Enfermagem, Chefia Regional da Frota e Supervisão da Central e Regulação

O SAMU é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências que tem como foco cinco grandes ações:

- organizar o atendimento de urgência nos pronto-atendimentos, unidades básicas de saúde e nas equipes do Programa Saúde da Família;

- estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU 192);
- reorganizar as grandes urgências e os pronto-socorros em hospitais;
- criar a retaguarda hospitalar para os atendidos nas urgências; e
- estruturar o atendimento pós-hospitalar.

Fluxo de Atendimento

Quando o usuário entra em contato com o SAMU, o médico regulador avalia qual o melhor procedimento para o paciente e conforme a gravidade do caso, poderá:

- a) orientar o solicitante ou paciente;
- b) encaminhar à rede básica de saúde;
- c) enviar uma ambulância de suporte básico de vida - USB, com técnico de enfermagem e condutor socorrista para o atendimento no local;
- d) enviar uma ambulância de suporte avançado de vida – USA (UTI móvel), composta de médico, enfermeiro e condutor socorrista.
- e) acionar outros meios de socorro (CISP, Corpo de Bombeiros, Concessionárias, Polícia Militar, Guarda Municipal, Defesa Civil, etc.)

Caso julgue necessário, o médico regulador determina a condução do paciente à uma emergência fixa, de acordo com grade de referência pactuada.

O SAMU no município de Niterói

O município de Niterói dispõe de duas Bases Descentralizadas que funcionam como postos avançados para ambulâncias e equipes assistenciais, garantindo os atendimentos com tempo-resposta adequado e respeitando a ordenação dos fluxos garantindo o atendimento das urgências, através da grade de serviços regionalizada e hierarquizada. Todas as bases seguem a estrutura física padronizada pelo Ministério da Saúde

A Base “mãe” está localizada no bairro do Fonseca, na Alameda São Boaventura, ponto estratégico da cidade. Já na Unidade Municipal de Urgência Mário Monteiro, existe uma segunda base a qual atende a região oceânica da cidade.

O atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU tem por objetivo reduzir o número de óbitos, tempo de internação e sequelas decorrentes da falta de

atendimento em tempo oportuno. Este atendimento é caracterizado por condições: clínicas, traumáticas, gineco-obstétricas, pediátricas, cirúrgicas, psiquiátricas, desastres e acidentes com múltiplas vítimas.

Atualmente o SAMU tem disponível 02 Unidades de Suporte Avançado de Vida (1 situada na Base Alameda e 1 na Base UMAMM); 4 Unidades de Suporte Básico de Vida (3 na Base Alameda e 1 na Base UMAMM) e 2 Motolâncias (1 na Base Alameda e 1 na Base UMAM).

A equipe de intervenção é composta na Unidade de Suporte Avançado (USA) pelo médico, enfermeiro e condutor e na Unidade de Suporte Básico (USB) pelo técnico em enfermagem e pelo condutor. As motolâncias são conduzidas pelo enfermeiro ou técnico em enfermagem e pode ser enviada para os primeiros socorros, ajudando a estabilizar o paciente até que a ambulância chegue ao local.

Além disso, existe uma equipe de gerência administrativa composta pela coordenação da Base, chefe de Frota, líder de Enfermagem, coordenação da Educação e secretaria.

O monitoramento do desempenho do Serviço é realizado através de indicadores trimestrais, como: indicadores de tempo-resposta (tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe); indicadores de assistência (taxa de mortalidade no local da ocorrência; no transporte e hospitalar nas primeiras 48 horas).

No ano de 2017, foram realizados 5.977 atendimentos, dos quais 51% foram do sexo feminino e 49% do sexo masculino. Do total de atendimentos, 47% se situavam na faixa etária de 20 a 60 anos, 25% na faixa etária acima de 60 anos, 22% de 0 a 13 anos e 6% de 14 a 19 anos.

Com relação ao motivo de atendimento, 57,5% foram por causas clínicas e em adultos (IAM, Edema Agudo, ICC dor lombar, casos psicológicos), 11,6% causas traumáticas (violência, quedas e acidentes) ; 0,5% Clínico Pediátrico; 0,9% Obstétrico; 10,7% Psiquiátrico e 18,8% por demais causas.

ESTATÍSTICA DO ANO 2017

ANO 2017	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Total
CAUSAS CLÍNICAS	221	202	282	240	294	276	302	297	313	356	312	343	3438
CAUSAS PEDIÁTRICAS	3	5	2	1	4	3	4	2	3	4	2	1	34
CAUSAS TRAUMÁTICAS	58	42	63	62	67	63	43	71	58	62	63	42	694
CAUSAS PSIQUIÁTRICAS	62	55	59	51	41	52	42	52	41	58	71	54	638
CAUSAS OBSTÉTRICAS	3	2	4	6	6	5	2	3	1	8	2	5	47
TOTAL DE ATENDIMENTO POR CAUSAS	347	306	410	360	412	399	393	425	416	488	450	445	4851
EVADIU DO LOCAL	9	13	13	15	10	10	18	12	2	8	6	3	119
CANCELADA PELA CENTRAL	3	2	5	7	6	10	5	6	3	4	9	7	67
REMOVIDO PELOS BOMBEIROS	8	3	12	1	10	7	8	6	4	2	8	1	70
MEIOS PRÓPRIOS	18	24	21	20	21	15	23	15	14	19	15	16	221
DECLARAÇÃO DE ÓBITO	13	8	24	15	25	36	33	33	24	28	15	23	277
TIH	20	18	27	23	19	17	15	5	15	43	28	22	252
RECUSA	9	11	7	11	15	7	9	8	9	15	7	12	120
TOTAL	427	385	519	452	518	501	504	510	487	607	538	529	5977

O SAMU – Niterói realiza parcerias com a Polícia Rodoviária Federal; Corpo de Bombeiros; Ministério da Defesa (Marinha, Exército e Aeronáutica); Concessionárias de Rodovias; Defesa Civil.

2.3.4 Redes de Atenção à Saúde

A organização da Atenção à Saúde por meio de Rede (RAS) vem crescendo gradativamente, ocupando lugar estratégico na agenda do Gestor. Contudo há que ser considerado a necessidade de instituir mecanismos de gestão para articulação, monitoramento e avaliação das redes instituídas, como a rede de Atenção Oncológica, Rede de Urgência e Emergência-RUE, Terapia Renal Substitutiva-TRS, entre outras, no que diz respeito aos seus elementos constitutivos: população, estrutura operacional (centro de comunicação, a APS, pontos de atenção secundários e terciários, sistemas de apoio logístico e o sistema de governança) e os modelos de Atenção à Saúde (CONASS Debate, 2016).

Cabe destacar que as redes que já estão instituídas devem ser avaliadas a partir dos respectivos Planos Regionais com seus elementos constitutivos, com as diretrizes, objetivos e metas. Neste sentido a RUE deve ser avaliada a partir de seus componentes: SAMU, UPA 24h, Atenção Hospitalar, Atenção Domiciliar, inclusive a grade de referência, sendo suas diretrizes incorporadas pela Atenção Pré-hospitalar, Hospitalar, Urgência e Emergência. Já a TRS, esta mais vinculada ao Controle e Avaliação e a Regulação Assistencial necessitando aprofundar a articulação com a rede de serviços.

Rede de Atenção Psicossocial

Os serviços da Rede de Saúde Mental de Niterói estão organizados de forma regionalizada e a assistência é estabelecida por nível de complexidade seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e atende as diretrizes da Reforma à Assistência Psiquiátrica, que tem nas unidades pré-hospitalares o eixo orientador das ações. Como preconiza a Legislação em Saúde Mental, os tratamentos ocorrem preferencialmente nos dispositivos da rede extra-hospitalar que procuram atuar de forma integrada à comunidade, com um enfoque na reabilitação psicossocial. Isto significa dizer que o tratamento se dá com o paciente e na interseção das relações familiares, sociais, culturais e laborativas e, preferencialmente, em articulação com os demais eixos da atenção básica.

A coordenação e seus serviços estão subordinados a Vice-Presidência de Atenção Ambulatorial, Comunitária e da Família (VIPACAF), e o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba está subordinado a Vice-Presidência de Atenção Hospitalar (VIPAHE).

A Coordenação de Saúde Mental tem como atribuições principais:

- 1) Formular políticas públicas e estratégias de ação em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e Rede de Atenção Psicossocial do Ministério da Saúde .
- 2) Fomentar a reorientação e reestruturação da Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde do Município de Niterói;
- 3) Elaborar e subsidiar o processo de implantação de protocolos de atenção e projetos da rede de atenção psicossocial;
- 4) Promover as discussões sobre organização do processo de trabalho e planejamento da rede de atenção psicossocial;
- 5) Integrar as ações da Saúde Mental com os vários setores da Secretaria de Saúde e outras Secretarias;

A Coordenação de Saúde Mental de Niterói divide-se em 05 eixos (Atenção Psicossocial; Infanto-Juvenil; Álcool e outras Drogas; Desinstitucionalização e Reinserção Social), nos quais se dividem os respectivos dispositivos:

- 06 Ambulatórios de Saúde Mental localizados em Policlínicas Regionais (Atendimentos de neuróticos e psicóticos);
- 02 CAPS II (Atendimento de pacientes psicóticos mais graves);
- 01 CAPS AD (Atendimento para usuário de Álcool e outras Drogas);
- 01 CAPSI (Atendimento para a população infanto-juvenil)
- 01 Programa de Redução de Danos
- 01 ERIJAD (Equipe de referência infanto-juvenil para ações de atenção ao uso de álcool e outras drogas);
- 01 UAI (Unidade de acolhimento transitória para população infanto-juvenil usuário de álcool e outras drogas);
- 08 módulos de Residência Terapêutica.

Os CAPS são serviços de saúde municipais abertos e comunitários que oferecem atendimento diário. Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

A assistência hospitalar é assegurada por uma unidade hospitalar pública. Para lá são encaminhados os casos de atenção às urgências e emergência que também oferece leitos de internação tanto para curta como para longa permanência.

Além de ações assistenciais, Niterói também desenvolve ações de ensino e pesquisa por meio do centro de estudos localizado no hospital municipal. Além de atividades de educação permanente e informação ao público em geral, o centro de estudos também coordena e acompanha a residência em saúde mental regulamentada pelo MEC/MS.

Na tabela 43, constam todas as unidades de saúde do município que prestam atendimento aos pacientes portadores de doença mental, bem como suas localidades.

Tabela 43

UNIDADES COM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

UNIDADE	ENDEREÇO	TELEFONE
CAPS AD Alameda	Alameda São Boaventura, 129 – Fonseca CEP: 24.130-005	2718-5803
CAPS Casa do Largo	Av. Presidente Roosevelt, 465 - São Francisco CEP: 24.360-066	2616-5612 2718-0229
CAPS Herbert de Souza	Rua Marques de Olinda, 104 – Centro CEP: 24.030-170	2622-1533 2722-4147
CAPSi Monteiro Lobato	Av. Ary Parreiras, 649 - Sta. Rosa - CEP: 24.230-321	2621-6598
ERIJAD	Av. Ary Parreiras, 649 - Sta. Rosa	2621-6598
Ambulatório de Saúde Mental - Policlínica Sérgio Arouca	Pça. Vital Brasil, s/nº - Vital Brasil CEP 24.230-265	2711-2366 R 31 2610-8975 R 31 2710-9176 R 31
Ambulatório de Saúde Mental - Policlínica Sérgio Arouca	Rua Presidente Craveiro Lopes, 726 – Barreto CEP: 24.110-340	2719-0141
PC Carlos Antônio da Silva (Ambulatório)	Av. Jansen de Melo, s/nº - Niterói CEP: 24.030-220	2719-0050 R. 4 2717-1426 2721-0059 Farmácia 9118-7505
Ambulatório de Saúde Mental - Policlínica do Largo da Batalha	Rua Ver. Armando Ferreira, 30 - – Largo da Batalha (Prédio Anexo)	2616-1456
Ambulatório HPJ	Av. Quintino Bocaiuva, s/nº - Charitas CEP:24.370-001	2714-8856 R 223 2710-0663 R 223
Centro de Convivência Oficinas Integradas	Av. Presidente Roosevelt, 465 - São Francisco CEP: 24.360-066	3611-1196
SRT Pendotiba	Estrada Caetano Monteiro, 253 - Vila Progresso CEP: 24.320-570	2616-8722
Ambulatório da Região Oceânica	Rua Manoel Pacheco de Carvalho 107 – Piratininga	Tel.: 2709-4374 - 99264-7800
SRT PAC Preventório	Av. Silvio Picanço, 40- Bl. C/ apto 102 - Charitas - Niterói	
SRT PAC Preventório	Av. Silvio Picanço, 40- Bl. B/ apto 208 - Charitas - Niterói	
SRT PAC Preventório	Trav. Dr. João Leitão, 30 - Bl.A/apto 104 - Charitas - Niterói	
SRT PAC Preventório	Trav. Dr. João Leitão, 30 - Bl. A/apto 103 - Charitas - Niterói	
SRT PAC Preventório	Trav. Dr. João Leitão, 30 - Bl. D/apto 205 - Charitas - Niterói	
SRT Ingá -	Rua Tiradentes, 18- Ingá CEP: 24.210-510	
SRT Centro	Rua Euzébio de Queiroz, 33 - Térreo - Centro - Niterói - CEP: 24.030-190	

Programa Redução de Danos	Alameda São Boaventura, 129 – Fonseca CEP: 24.130-005	
Programa Desins		Felício - 98190-7294
UAI	Av. Ary Parreiras, 649 - Sta. Rosa CEP: 24.230-321	2609-8969
Hospital Psiquiátrico de Jurujuba	Av. Quintino Bocaiuva, s/nº - Charitas - Niterói	2714-8856 2711-3166

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde foi instituída pela Portaria Ministerial nº 793, de 24 de abril de 2012, e pela portaria Ministerial nº 835 de 25 de abril de 2012, que estabeleceu incentivos financeiros de investimentos e de custeio.

A Regionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência -RCPD no estado do Rio de Janeiro foi iniciada na Região Metropolitana II, a partir das deliberações CIB-RJ nº 2.459 de 12 de setembro de 2013 e a de nº 2.703 de 30 de dezembro de 2013 que deliberou sobre a ampliação da Rede.

Em dezembro de 2013, o Ministério da Saúde publicou a através da Portaria SAS/MS nº 1356 de 2013, o Ministério da Saúde habilitou quatro Centros Especializados em Reabilitação do tipo II – CER II sendo um no município de São Gonçalo na modalidade Auditiva e Intelectual, com serviço de dispensação de órteses e próteses auditivas (ABRAE - Associação Brasileira de Assistência ao Excepcional) e três no município de Niterói: dois nas modalidades Intelectual e Física com Oficina ortopédica fixa (ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO – AFR E ASSOCIAÇÃO PESTALOZZI DE NITERÓI – APN), e um na modalidade Visual e Intelectual com serviço de dispensação de órteses e próteses oftalmológicas (ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE AMPARO AOS CEGOS – AFAC).

Além das instituições habilitadas como CER tipo II a região conta também com uma unidade habilitada em Alta Complexidade – SASA no Município de Niterói (Policlínica de Especialidades Silvio Picanço - FMS), Portaria SAS/MS nº 1462 de 30 de dezembro de 2013. Porém a mesma não esta habilitada conforme a Portaria Ministerial 793/2012, no qual a unidade deverá atender a mais de uma modalidade de reabilitação (Plano Regional da RCPD, 2016).

Em 2016, o Plano da RCPD foi finalizado pela Equipe Técnica do DECAU com aceite do GT Regional da RCPD, pactuado na CIR Metro II, na CIB e encaminhado ao Ministério da Saúde.

Em 2017 o DECAU desenvolveu um sistema operacional informatizado - Regulação em Saúde de Niterói – RESNIT e implantou a Regulação da Rede com aceite da CIR Metro II com objetivo de garantir o acesso aos serviços especializados. A implantação da referida regulação foi planejada incluindo ações estruturantes (desenvolvimento do sistema, treinamento e habilitação online no sistema para os municípios pactuados, a operacionalização propriamente dita e o monitoramento.

A regulação da referida rede integra 91 municípios pactuados para Reabilitação Visual e OPMs oftalmológicas (*prótese ocular, lente escleral pintada, bengalas, óculos para visão subnormal, lupas e telescópios*); 56 municípios pactuados para Reabilitação Física e 47 municípios pactuados para Órtese e Prótese.

Ao final de 2017, as Ações estruturantes estavam implantadas, e já constava no sistema 2.293 solicitações. (Fonte RESNIT-jan-Nov)

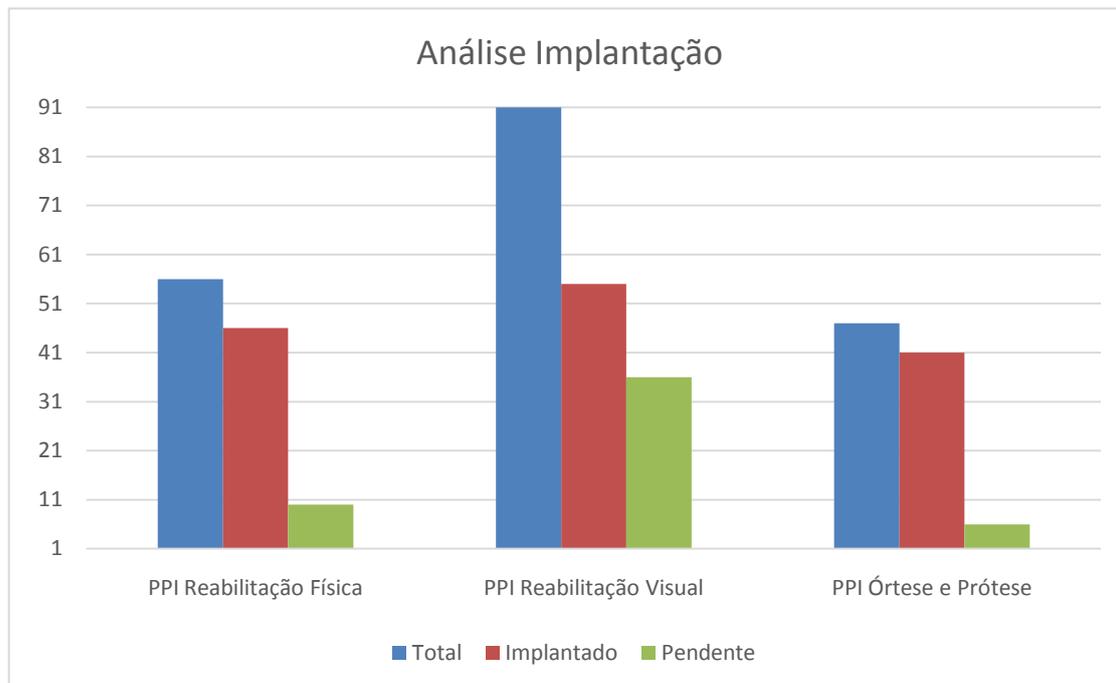
Durante a implementação da regulação foram evidenciados os seguintes problemas com as respectivas ações desencadeadas:

- ✓ Suporte deficitário na AB - Reativação da implantação de 5 NASFs,
- ✓ Entraves na abertura de vagas - Ações de Auditoria (fila invisível, 40% fora do perfil),
- ✓ Fluxo inadequado - Reorganização do Processo de Trabalho das equipes multiprofissionais da rede municipal – Niterói (reordenamento do fluxo, estratégias de avaliação nas unidades, apontamentos para melhorias na Rede)

A implantação da Regulação da RCPD teve impacto positivo na gestão criando as bases para que Niterói seja de fato o município gestor, garantindo o acesso qualificado e regulado, promovendo o reordenamento da Rede Assistencial nos municípios, a gestão dos recursos públicos e promovendo as condições necessárias para expansão da Regulação em Saúde a partir do Sistema RESNIT no âmbito municipal, regional e Estadual. No período de janeiro

a dezembro de 2017 pode-se observar o seguinte resultado referente a implantação por modalidade:

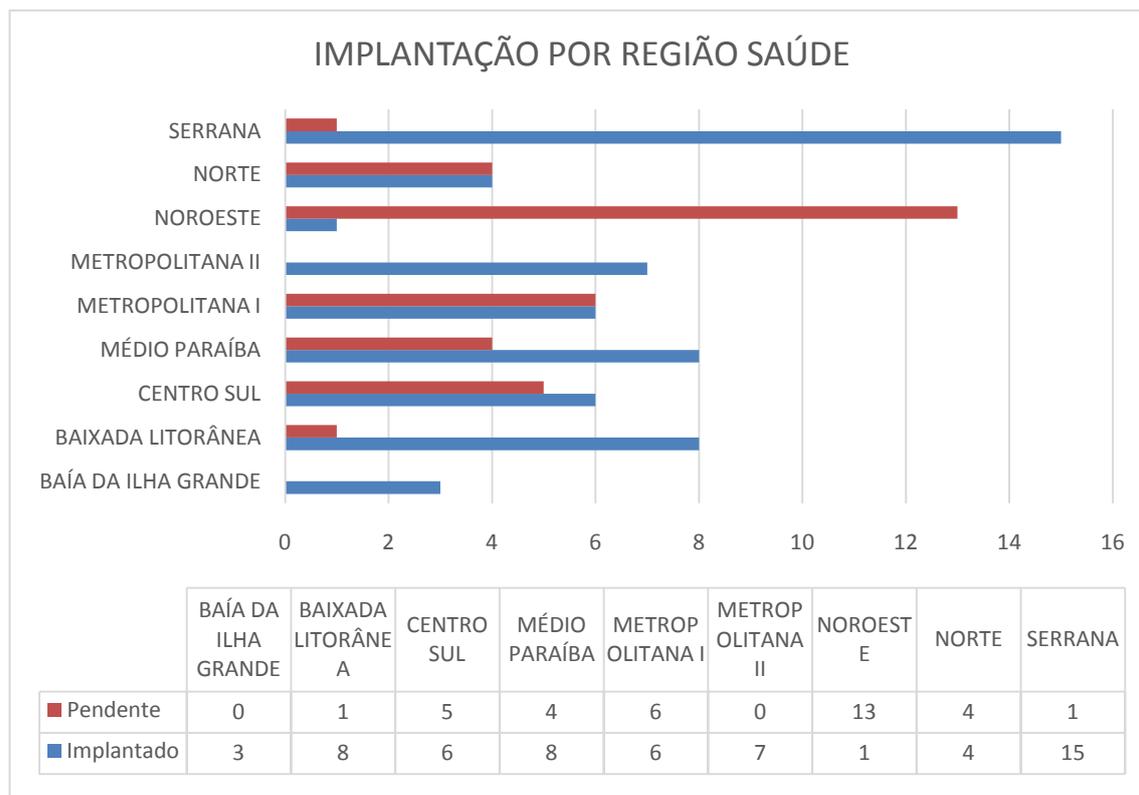
Gráfico 22



Fonte: FMS/DECAU-RESNIT 2018

Com relação ao desempenho por Região de Saúde é possível observar que a Região Noroeste apresenta baixo desempenho enquanto que a Região Serrana apresentou melhor desempenho como pode-se observar abaixo:

Gráfico 23



Fonte: FMS/DECAU-RESNIT 2018

Desta forma, o Sistema RESNIT foi indicado pela Gestora da Saúde da FMS Niterói como Sistema Oficial de Regulação do Município de Niterói. O projeto de Implantação da RCPD foi apresentado no Congresso do CONASEMS em julho de 2017 sendo premiado na modalidade Regulação no SUS.

As iniciativas citadas evidenciaram avanços significativos na implantação da RCPD mas ainda são vários os desafios a serem enfrentados e entre eles cabe destaque para: definição de parâmetros assistenciais e de produtividade, pactuação da modalidade Intelectual e revisão das demais modalidades, estruturação da Linha de Cuidados da RCPD, implantação do GT municipal e desenvolvimento de um programa de educação permanente.

Rede de Atenção em Oftalmologia

A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão mediante a publicação da Portaria nº 957, de 15 de maio de 2008 que prevê o

acesso regulado e a Portaria nº, 288, de 19 de maio de 2008 que define as Rede Estaduais e Regionais de Atenção de Atenção em Oftalmologia.

Entre os componentes fundamentais previstos na Portaria nº 957, de 15 de maio de 2008 a serem considerados pelos Estados e municípios, destaca-se: Atenção Básica. Atenção Especializada, Organização das Redes de Atenção em Oftalmologia, a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença oftalmológica serão de competência das três esferas de governo, protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação, capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde, etc.

No que diz respeito a estruturação das redes, a Portaria nº, 288, de 19 de maio de 2008 preconiza:

Art. 1º Definir que as Redes Estaduais e Regionais de Atenção em Oftalmologia sejam compostas por: I - Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia; e II - Centros de Referência em Oftalmologia § 1º Entende-se por Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia aquela unidade ambulatorial ou hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de atenção especializada a portadores de doenças oftalmológicas que necessitem ser submetidos a procedimentos clínicos, intervencionistas e cirúrgicos especializados.

As referidas portarias orientaram o processo de estruturação das redes regionais, assim como fazem referência a importância de apoiar o processo de regulação, controle e avaliação.

No Estado do Rio de Janeiro, a Rede de Atenção em Oftalmologia foi aprovada pela Deliberação CIB-RJ Nº 957 DE 16 DE JUNHO DE 2010. Em 07 de outubro de 2010, DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 1078 aprova as diretrizes para regulação das ações de oftalmologia na rede de atenção em oftalmologia do estado do rio de janeiro normatizando o processo regulatório conforme citado abaixo:

Art. 2º - Estabelecer o início da Regulação das Ações de Oftalmologia através do Sistema Estadual de Regulação – SER, com possibilidade de migração para as Regulações Regionais e/ou Municipais a medida que forem se organizando e capacitando para essas funções.

A partir desta deliberação o Estado passou a operar o processo regulatório de forma regionalizada. Somente em 2017, face aos problemas que vieram se acumulando ao longo do tempo incluindo uma crescente fila de espera para consulta de primeira vez, dificuldades em desenvolver o Sistema de Regulação, necessidade de reestruturação da Rede de Atenção em Oftalmologia, iniciaram-se os debates, no âmbito da CIR Metro II, sobre a “higienização da fila” culminando com o indicativo de descentralizar a regulação para os municípios executores: Niterói, Rio Bonito e São Gonçalo.

Entre os principais problemas que contribuíram para instalar o processo de descentralização da regulação podemos citar (Projeto Aplicativo – Niterói - Curso Sirío Libanês/2017):

- Número elevado de pacientes em fila no SER Estadual para consulta de primeira vez. Sendo, 14.267 pacientes de 1ª vez (SES/RJ, NOV/2017);
- Alto número de pacientes agendados para consulta clínica oftalmológica versus baixo número de pacientes em fila cirúrgica. Sendo, Consulta Clínica: 84,40% / Outros Procedimento incluindo os cirúrgicos 15,60% (SES/RJ, 2017);
- Alto percentual de gastos com a Rede de Oftalmologia além do teto da PPI pelo Município Executor. Sendo o custo de R\$ 221.595,82, que representa 32,01% do custo excedido (FMS/DECAU, 2017).

A tabela abaixo exemplifica de forma detalhada a distribuição dos 14.267 pacientes de 1ª vez:

Tabela 44 – Municípios de Niterói em fila no Sistema Estadual de Regulação SER

Natureza da Solicitação	Quantidade de Procedimentos	Sub total por natureza de solicitação	%
Consultas em Oftalmologia Clínica	11.819	12.042	84,40
Consultas em Oftalmologia Clínica incluindo outros procedimentos	223		
Cirurgia de Catarata	219	229	15,60
Cirurgia de Catarata incluindo outros procedimentos	10		
Cirurgia de Retina	15	15	
Cirurgia de Glaucoma	154	155	
Cirurgia de Glaucoma incluindo outros procedimentos	1		
Cirurgia de Estrabismo	18	19	
Cirurgia de Estrabismo incluindo outros procedimentos	1		
Outras cirurgias	195	200	
Outras cirurgias incluindo outros procedimentos	5		
Avaliação de retorno (HOSB)	1.079	1.079	
Tratamento Clínico do Glaucoma	238	238	
Tratamento da Degeneração Macular	2	2	
Diagnose oftalmologia	185	185	
Cegueira, reabilitação visual	35	35	
Oculos	67	67	
Terapêutica Oftalmologia	1	1	
TOTAL	14.267	14.267	100,00

Fonte: SES-RJ/SER-CREG Metro II – out/2017

O número apresentado acima se torna muito maior ao acrescentar o número de pacientes em fila para consulta de 1ª vez dos 29 municípios com pactuação em Niterói.

Além do exposto acima, cabe ressaltar, com base nas informações que subsidiaram a elaboração do Projeto de Implantação da Regulação da Rede de Atenção em Oftalmologia desenvolvido pelos Especializandos do Curso de Gestão em Políticas de Saúde informadas por Evidências, o Município de Niterói já conta com uma ferramenta informatizada desenvolvida pelo DECAU para regular a rede da RCPD com impacto positivo na gestão e na qualificação do acesso à Reabilitação, denominada Sistema de Regulação em Niterói-RESNIT passível de aplicação na Rede de Atenção em Oftalmologia.

Conta ainda com uma Rede de Atenção em Oftalmologia contratualizada totalizando 03 prestadores: Hospital de Olhos Santa Beatriz, CLINOP e Hospital Universitário Antonio Pedro e 01 Ambulatório de Oftalmologia da Rede Própria que esta sendo reestruturado e 01 Central de Regulação Municipal. Os prestadores contratualizados atendem. No momento aos 29 municípios pactuados mas já se

tem previsão de mudanças face a reestruturação da Rede de Atenção em Oftalmologia.

A Gestora da FMS-Niterói instituiu mediante Portaria um Grupo de Trabalho com a responsabilidade de elaborar e implementar as estratégias para viabilizar a Implantação da Regulação no município de Niterói em consonância com as diretrizes estabelecidas pelas áreas Técnicas da SES, CIR Metro II e CIB-RJ.

O debate sobre a descentralização da Regulação da referida Rede tem sido tema recorrente no âmbito da CIR Metro II, CIB-RJ, Superintendência de Regulação e Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação/SES-RJ com definição de estratégias em conjunto para viabilizar o processo de regulação da Rede de Atenção em Oftalmologia.

Rede Cegonha

A Rede Cegonha é uma estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Tem como objetivos:

- Fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses;
- Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e;
- Reduzir a mortalidade materna e infantil.

Suas diretrizes são:

I – Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal.

- II – Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- III – Garantia de boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- IV - Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade;
- V - Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

A Rede Cegonha (RC) deve ser organizada tendo em vista possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Deve, portanto, promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

A atualização do Plano Regional da Rede Cegonha da Metropolitana II foi Pactuado em 2017 na CIB-RJ e deverá servir de base para a elaboração dos Planos Municipais que compõem a Região Metropolitana II. O Plano Municipal da Rede Cegonha está em processo de construção pelo Grupo Condutor, considerando o diagnóstico de saúde materna e infantil, os recursos disponíveis e a articulação entre os pontos de atenção e sistemas de apoio e logístico.

Os Planos Municipal e Regional da RC precisam ser articulados. Problemas de saúde não se limitam a territórios, como, por exemplo, a sífilis congênita. Além disso, por diversos motivos, os usuários utilizam-se de serviços em municípios distintos ao de sua residência, valendo destacar a existência de equipamentos de saúde que são comuns à região, como os do Hospital Estadual Azevedo Lima e o Hospital Universitário Antônio Pedro.

No Plano Regional da RC, foi destacada a proposta de investimento na Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira: reforma de ambiência e aquisição de equipamentos, assim como a construção de Centro de Parto Normal.

Foram ressaltados os recentes acordos entre o estado e o município de Niterói na regularização do prédio onde está situada a MMARVF, solicita-se a

inclusão de proposta de adequação de ambiência. Na recente VI Conferência Municipal de Niterói foram aprovados projetos para inserção de laboratório próprio e UTI Neonatal nesta Maternidade. Além disso, no planejamento municipal da Área Técnica de Atenção à Mulher e Atenção à Criança estão contemplados os objetivos e metas estabelecidos na Política e no Plano da Rede Cegonha.

Ter uma Maternidade Pública de qualidade constitui meta de Governo o que em muito contribuirá para o fortalecimento das proposições da Rede Cegonha. Neste sentido, o Governo Municipal não medirá esforços para superar os entraves que possam dificultar as referidas proposições.

Rede de Alta Complexidade Cardiovascular

As doenças cardiovasculares constituem atualmente um grave problema mundial de saúde, sendo a principal causa de óbito no mundo, entre elas as Doenças Isquêmicas Coronarianas- DIC representam 7,4 milhões de óbitos anuais, correspondendo a 13,2% das mortes no mundo.

No Brasil, este grupo de doenças do aparelho circulatório é a primeira causa de óbito, contribuindo com um terço do total das mortes, tendo alta prevalência nas internações. Estima-se a ocorrência de 300 mil a 400 mil casos anuais de Infarto Agudo do Miocárdio - IAM, e que a cada 5 a 7 casos, ocorra um óbito.

Na Região Metropolitana II, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) foi causa da maior proporção de óbitos, em ambos os sexos, superando o Estado do Rio de Janeiro. Em Niterói foi a 1ª causa de óbitos na população masculina e a 2ª causa na população feminina conforme demonstram as tabelas abaixo:

Tabela 45 - Mortalidade proporcional masculina por grupos de causas, segundo municípios de residência da Região Metropolitana II, 2015.

Grupos de causas	Itabo raí	Mari cá	Niter ói	Rio Bonit o	São Gonç alo	Silva Jardi m	Tang uá	Metr o II	Esta do
Infarto agudo do miocárdio	7,09	11,93	10,43	8,30	12,12	9,38	5,26	10,83	8,54
Mal definidas	11,64	6,14	5,12	10,37	6,79	9,38	9,65	7,05	5,81
Pneumonias	5,08	4,39	8,10	3,32	6,32	2,08	12,28	6,46	6,49
D. cerebrovasculares	6,46	5,44	4,93	10,37	6,89	6,25	5,26	6,3	6,35
Homicídios	6,88	6,49	3,72	2,49	7,37	4,17	1,75	6,02	6,29
Diabetes mellitus	4,23	3,33	3,07	2,49	4,18	3,13	2,63	3,75	3,88
Acid de transito transporte	4,23	6,14	2,33	5,39	2,54	7,29	6,14	3,12	2,44
D. hipertensivas	2,75	4,21	2,47	4,15	3,31	1,04	1,75	3,06	3,23
Outros acidentes	3,49	2,46	3,21	5,39	2,66	5,21	3,51	3,01	2,97
Bronquite, enfisema, asma	1,90	2,11	2,56	2,49	3,16	4,17	0,88	2,74	2,81
Septicemia	2,96	1,40	2,56	2,49	2,04	4,17	3,51	2,3	2,52
Neoplasia pulmao	1,48	3,16	3,31	1,66	1,84	1,04	0,88	2,25	2,2
Tuberculose	0,42	0,88	0,65	0,41	0,65	0,00	3,51		
Alcoolismo	0,21	0,53	0,37	0,00	0,25	4,17	0,00		
Total das principais causas	58,84	58,60	52,84	59,34	60,11	61,46	57,02		

Fonte: SIM, 2015. Sujeita a alteração.

Tabela 46 - Mortalidade proporcional feminina por grupos de causas, segundo municípios de residência da Região Metropolitana II, 2015.

Grupos de causas	Itabor aí	Maric á	Niter ói	Rio Bonit o	São Gonç alo	Silva Jardi m	Tang uá	Metro II	Estad o
Infarto agudo do miocardio	6,82	9,17	9,28	6,01	12,02	4,94	6,31	10,17	7,49
Pneumonias	5,85	7,25	10,04	7,10	7,07	9,88	1,80	7,83	8,8
D. cerebrovasculares	8,36	8,74	5,82	12,02	7,81	8,64	11,71	7,49	7,59
Mal definidas	14,07	5,12	4,62	10,93	6,28	4,94	13,51	6,67	5,48
Diabetes mellitus	7,80	8,32	4,00	3,83	5,85	11,11	5,41	5,63	5,44
D. hipertensivas	3,62	3,41	3,64	4,37	5,00	4,94	6,31	4,35	4,75
Neoplasia mama	3,20	4,05	3,64	3,83	3,72	2,47	0,90	3,61	3,2
Septicemia	3,48	3,84	3,78	2,19	2,78	2,47	4,50	3,23	3,43
Insuficiencia cardiaca	2,09	1,28	2,00	3,83	2,05	1,23	3,60	2,05	2,19
Outros acidentes	1,67	1,07	2,13	1,09	2,02	4,94	0,90	1,95	1,83
Total das principais causas	56,96	52,24	48,96	55,19	54,60	55,56	54,95	52,98	50,2

Fonte: SIM, 2015. Sujeita a alteração.

Essa realidade pode ser explicada tanto pela mudança da estrutura etária da população, quanto pelo aumento da prevalência de exposição aos fatores de risco reconhecidamente associados às doenças do aparelho circulatório, tais

como o sedentarismo, redução do consumo de frutas e verduras, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e aumento da prevalência de obesidade, além das desigualdades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde.

Também é preocupante no Estado do Rio de Janeiro o total de internações hospitalares por doenças do aparelho circulatório. A insuficiência cardíaca, a hipertensão, o acidente vascular cerebral, a angina pectoris e o infarto agudo do miocárdio correspondem, juntos, a 13,27% do total de internações hospitalares de residentes em todo o estado e uma taxa maior ainda (16,19%) para aqueles residentes na Região Metropolitana II no ano de 2014, segundo o Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS.

Entre dezembro de 2016 e novembro de 2017, foram realizadas 660 internações para tratamento de munícipes de Niterói, com doenças do coração e do aparelho circulatório.

O município vem acompanhando a realidade do Estado do Rio de Janeiro, apresentando uma população em franco processo de envelhecimento, o que tende a aumentar proporcionalmente o número de doenças do aparelho circulatório e respiratório. Desta forma, constata-se que existe hoje alta demanda por cirurgias cardíacas, bem como por leitos de terapia intensiva de adulto e de retaguarda para os usuários do SUS.

Mesmo quando não fatais, as doenças cardiovasculares levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para sua vida, de sua família e para a sociedade. Isso mostra que o investimento neste setor é decisivo não só para garantir qualidade de vida, mas também evitar gastos desnecessários com hospitalização, que a cada dia se torna mais cara em razão do alto grau de sofisticação tecnológica em saúde.

Considerando que as orientações normativas para a organização das ações e serviços de atenção em alta complexidade cardiovascular estão descritas nas Portarias nos 1169/GM e 210/SAS de 15 de junho de 2004, publicadas pelo Ministério da Saúde. Esses atos normativos instituem a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, com validade para todo o território nacional.

No Estado do Rio de Janeiro, a Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular foi instituída em 26 de junho de 2014 e em 25 de agosto de 2014 foi aprovada a sua recomposição por meio da Deliberação CIB nº 3.129, sendo o Hospital Universitário Antonio Pedro e o Procordis habilitados na qualidade de Unidade Assistencial para realizar cirurgia Cardiovascular e Cardiologia Intervencionista.

No momento, o acesso dos munícipes de Niterói e demais municípios da Região Metro II, com pactuação, encontra-se prejudicado face a redução da oferta devido a desabilitação do Procordis, diminuição da produção do Hospital Universitário Antonio Pedro, acarretando a realocação de recurso destinado ao Antônio Pedro para outra Unidade Assistencial no Estado.

Face a esta situação, a gestão esta tomando providências para contratação de serviço de forma a ampliar a capacidade de oferta para atendimento das necessidades de saúde da população.

Além disso, há a necessidade de reestruturar a linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio incluindo a utilização de trombolítico de acordo com as diretrizes Clínicas e terapêuticas, ampliação da oferta e acesso regulado a média e alta complexidade e promover ações de educação permanente da Atenção Básica a Alta Complexidade.

Rede de Atenção em Oncologia

No panorama epidemiológico, o câncer esta entre as primeiras causas de mortalidade requerendo ações efetivas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos tanto para a população masculina quanto feminina. A estimativa de casos novos esperados prevista pelo INCA/Ministério da Saúde identificou a maior incidência dos casos de câncer de pele do tipo melanoma, tumores de próstata , tumores de mama, colo e reto, pulmão, estômago e colo do útero.

Entre os objetivos da política de Atenção oncológica destaca-se a “constituição de redes estaduais ou regionais, hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e a atendimento integral.

O Município de Niterói integra a Rede de Atenção Oncológica e os prestadores com habilitação em Atenção Oncológica inclui: O HUAP, Clínica de Radioterapia e Hospital Orêncio de Freitas com programação para atendimento

aos municípios de Niterói e dos municípios com pactuação. A referida rede vem sendo reavaliada incluindo a revisão de recursos aportados no município para implementação da rede. Um dos grandes desafios a serem enfrentados pelos Gestores municipais esta relacionado com a capacidade de realizar diagnósticos para que o munícipe acesse os serviços de média e alta complexidade para realização do tratamento adequado e em tempo hábil de forma a reduzir o agravamento da doença e até mesmo as altas taxas de mortalidade.

2.4. Vigilância em Saúde

Imunização

COBERTURA VACINAL

Tabela 47 - Cobertura vacinal por ano, segundo imunobiológico, em menores de 1 ano Niterói, 2014-2017

ANO	POPULAÇÃO	BCG	MENINGO C	PENTAVALENTE	PNEUMOCÓCICA	POLIO	ROTAVÍRUS
2014	5906	119,30	95,97	88,79	81,00	98,97	84,81
2015	6103	121,92	97,74	90,45	85,65	94,81	91,18
2016	6467	101,08	91,53	90,26	90,03	81,17	88,88
2017	6467	77,47	56,35	54,72	58,96	52,45	56,89

Fonte: COVIG/ VIPACAF/APIWEB

<http://pni.datasus.gov.br/CoberturaMenorUmAno.php>

Dados retirados do sistema em 30/01/18.

Os dados de 2017 referem-se ao período de janeiro a dezembro. Sujeitos à alteração.

Este indicador corresponde ao percentual de menores de 1 ano vacinados e potencialmente protegidos contra doenças imunopreveníveis (com esquema completo de vacinação). Para avaliar a cobertura vacinal, deve-se considerar o número de doses aplicadas de determinado imunobiológico dividido pela população alvo, multiplicado por 100 em uma área e tempo determinados.

Em todos os anos, a cobertura vacinal da BCG foi superior às outras e um dos fatores que pode explicar esse acontecimento é o fato desta vacina garantir proteção em dose única, não havendo necessidade de agendamento de retorno da criança à unidade de saúde para concluir o esquema de vacinação. Desta

forma, o abandono do esquema vacinal que ocorre com outros imunobiológicos não ocorre com a BCG.

No período analisado, observa-se cobertura vacinal para todos os imunobiológicos superior a 80%, com exceção do ano de 2017, em que constam apenas dados parciais. A meta pactuada no SISPACTO da cobertura vacinal a ser alcançada é de, no mínimo, 95% da população menor de 1 ano. A cobertura vacinal da BCG superou a meta estabelecida em todo o período analisado, as outras vacinas que têm esquema de duas ou mais doses, podem ter problemas relacionados à dificuldade das famílias em acessarem as unidades mensalmente para vacinarem suas crianças. Observamos um aumento da cobertura da vacina anti-pneumocócica no ano de 2016, que pode estar relacionado à mudança no calendário, facilitando a conclusão do esquema aos quatro meses. A redução na cobertura da anti-Poliomielite pode ter relação tanto com extinção da Campanha anual da “Gotinha” (VOP) - no ano de 2016 foi realizada apenas a Campanha de Multivacinação onde foram atualizados os cartões vacinais das crianças – quanto com a inclusão de mais uma dose de VIP no calendário. A vacina do Rotavírus tem intervalo de aplicação muito reduzido, o que pode interferir na aplicação da segunda dose, reduzindo a sua cobertura.

O Ministério da Saúde (MS) é a instância responsável pela aquisição e distribuição de todos os imunobiológicos oferecidos nas salas de imunização do SUS. A partir de 2014 ocorreu uma série de desabastecimentos parciais ou totais de diversos imunobiológicos dos calendários vacinais estabelecidos pelo MS, incluindo o da criança (Hepatite B, Pentavalente, BCG, Meningocócica C, Rotavírus). A situação de instabilidade ainda perdura até os dias de hoje. Essas ocorrências podem ter interferido direta ou indiretamente na redução da cobertura vacinal em menores de 1 ano.

Desde 2014 as doses de vacinas administradas nas clínicas particulares são computadas no sistema de informação. No entanto, nem todas as clínicas do município informam sua produção. Além disso, no sistema de informação SI-API, disponibilizado pelo MS para consulta da cobertura vacinal nos municípios, não é possível identificar se as doses informadas por essas unidades estão efetivamente sendo consideradas para o cálculo da cobertura municipal.

Encerramento Oportuno dos Agravos de Notificação Compulsória

O Indicador para Encerramento Oportuno das Doenças de Notificação Compulsória (DNC) começou a ser monitorado a partir do ano de 2008 e a meta inicial era de 70%, conforme pactuação SISPACTO. Os valores alcançados para 2007 e 2008 mostravam valores de acordo com o parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Conforme orientação do Ministério da Saúde, este indicador deve ser avaliado separadamente para agravos agudos e crônicos: para os agudos o prazo de encerramento é de 60 dias, ou seja, para cada quadrimestre, a avaliação é realizada 60 dias após término deste. Para os crônicos este prazo é de 180 dias.

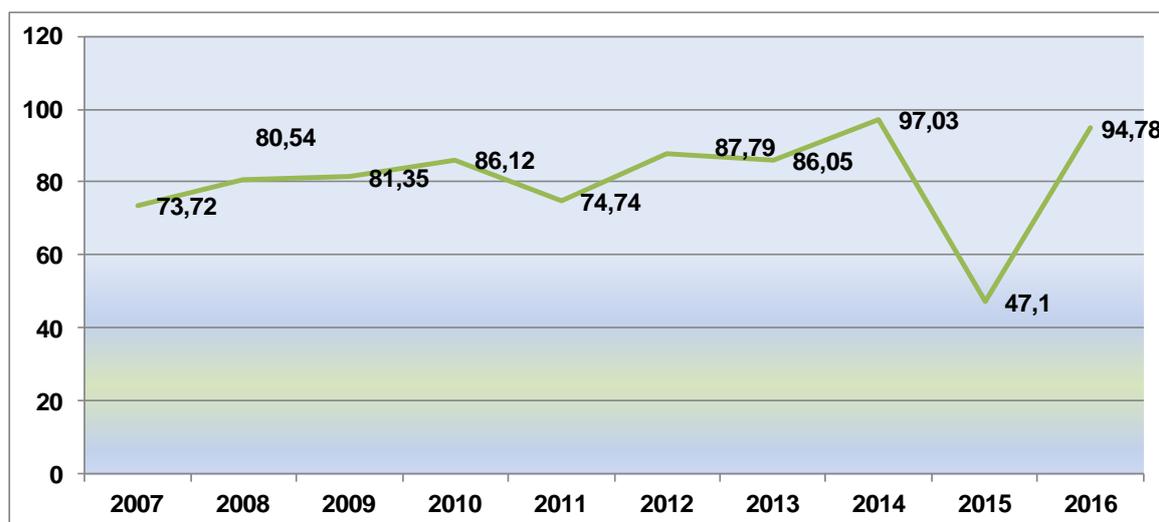
A partir de 2014 o indicador sofreu alteração na lista de agravos, sendo elencadas 15 doenças de maior magnitude para serem avaliadas. São elas: botulismo, cólera, dengue (óbitos), febre amarela, febre de Chikungunya, febre do Nilo Ocidental, febre maculosa, *influenza* por novo subtipo viral, paralisia flácida aguda, peste, raiva, rubéola, sarampo, síndrome da rubéola congênita, síndrome respiratória aguda grave associada ao coronavírus. (Portaria MS/GM nº 1.271, de 06 de junho de 2014). A meta para o encerramento oportuno das investigações desses agravos, conforme sinalizado no parágrafo anterior passou a ser de 80%, tendo em vista que os valores registrados em anos anteriores já haviam alcançado esse patamar.

Observando a série histórica abaixo (gráfico 24), constata-se que o indicador mostra tendência de crescimento. Em 2015 houve uma importante queda, ficando o percentual bem abaixo da meta. Nesse ano ocorreu a introdução da febre da Chikungunya no Estado de Rio de Janeiro. Este que agravo passou a ser monitorado em relação ao encerramento oportuno, tendo a vigilância obrigatoriedade de encerramento de todos os casos notificados. Ocorreram problemas no acesso aos resultados dos exames dos primeiros casos notificados junto ao LACEN/RJ, dificultando a caracterização da circulação do vírus no território municipal; isso retardou o encerramento oportuno dos casos de Chikungunya, pois impediu a seleção do critério clínico epidemiológico. Esses problemas foram solucionados com a implantação do GAL – Sistema Gerenciador do Ambiente Laboratorial.

Além das notificações do SINAN NET, versões online do SINAN (SINAN INFLUENZA e SINAN ONLINE), foram agregadas ao sistema de informação de agravos. O primeiro para notificações da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), o segundo para Dengue e Chikungunya.

Ressaltamos que para o alcance da meta do encerramento oportuno das investigações, é necessário que seja garantida a manutenção dos computadores utilizados pela vigilância, assim como conectividade suficiente para as versões online do SINAN.

Gráfico 24 - Série histórica do encerramento oportuno das Doenças de Notificação Compulsória em residentes de Niterói, no período de 01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2016.



Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói
Dados sujeitos a revisão, atualizados em 17/03/2017

Hanseníase

Nos últimos anos, observamos que o coeficiente de detecção de casos novos em munícipes de Niterói vem diminuindo. No ano de 2006, o coeficiente foi de 11,11/100.000 hab., considerado alto segundo a classificação do Ministério da Saúde (10,00 a 19,99/100.000 habitantes). Após 10 anos, observou-se a diminuição do coeficiente (2,26/100.000 hab.), sendo classificado como médio (2,00 a 9,99/100.000 habitantes). A redução do coeficiente de detecção vem contribuindo para manter a meta estabelecida no Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase, que preconiza prevalência de Hanseníase em menos de um caso

para cada grupo de 10 mil habitantes. No ano de 2006 a prevalência da doença em Niterói foi de 0,8/10.000 habitantes. Em 2016, a prevalência baixou para 0,3/10.000 habitantes. Entretanto, esta queda poderia estar relacionada ao subdiagnóstico ou à subnotificação dos casos. Isso requer novas estratégias voltadas para a realização do diagnóstico, tratamento e vigilância da Hanseníase. Em 2015, foi reforçada a estratégia de aproximação da equipe do Programa de Hanseníase com as unidades de saúde, incluindo parceria com os apoiadores e supervisores dos módulos do Programa Médico da Família, visita técnica às unidades (inclusive as policlínicas), capacitação clínica para os profissionais e ainda, mobilização para realizar campanhas de combate à Hanseníase.

Observou-se em 2014 uma queda na proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado. Contudo no ano de 2016, esta proporção aumentou, chegando a 75%, classificando este indicador como regular. Podemos considerar que as visitas técnicas e as capacitações realizadas em 2015 e 2016, contribuíram para a melhora do indicador.

Sobre o coeficiente de detecção em menores de 15 anos, até o mês de setembro de 2013, não foi detectado nenhum caso novo em residentes de Niterói. Este indicador é prioridade da política atual de controle da hanseníase no país, por indicar focos de infecção ativos e transmissão recente. Como não temos 100% dos contatos registrados examinados, é possível que este dado esteja subestimado. Além das atividades já existentes, há uma proposta de intensificar ações de busca ativa nas escolas de nosso município. O intuito é planejar estas ações juntamente com o Programa Saúde na Escola (PSE).

Nos dois últimos anos, a proporção entre casos com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico e casos novos apresentou um aumento. É um dado preocupante, pois reflete o diagnóstico tardio da doença. Para que esta situação seja revertida, os profissionais vêm sendo treinados pelo coordenador da Dermatologia Sanitária do município. Essas capacitações são direcionadas para médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, favorecendo a detecção precoce dos casos de hanseníase.

No ano de 2015, apesar dos esforços da equipe para a adesão ao tratamento até a cura, 1 paciente abandonou o tratamento da doença, o que representa 7% da proporção de abandono do tratamento entre casos novos.

Em relação à proporção de cura entre casos novos diagnosticados nos anos das coortes, observa-se que em 2013 houve 74% de cura, classificando este indicador como precário. Porém, vale ressaltar que ocorreram 3 óbitos de pacientes em tratamento e 1 transferência para outro município, o que impediu o alcance da meta (85%).

Diante dessas informações, o Programa de Hanseníase de Niterói, vem buscando ao longo dos anos, divulgar para a população informações sobre a doença, minimizando o estigma existente sobre esta enfermidade; melhorar o acolhimento aos pacientes, visando sempre aumentar o vínculo entre profissionais e usuários da rede, favorecendo a adesão ao tratamento e ainda, capacitar os profissionais de saúde, garantindo o diagnóstico precoce e o correto tratamento da doença.

Os indicadores relatados acima se encontram na tabela 48, com dados do período de 2006 até 2016.

Tabela 48 - Série Histórica de Indicadores de Avaliação de Hanseníase Niterói, 2006 a 2016.

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Número de casos novos	53	43	43	41	27	33	20	12	14	19	11
Coeficiente de detecção de casos novos	11,1	8,9	8,9	8,5	5,5	6,7	4,1	2,2	2,9	3,6	2,2
Número de casos novos 0 - 14 anos	5	1	2	1	1	3	2	0	0	0	0
Coeficiente de detecção de casos novos 0 - 14 anos	5,0	11,0	2,2	1,1	1,2	3,7	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Proporção de casos novos diagnosticados com grau de incapacidade física avaliado (%)	90,6	95,3	88,4	95,1	96,3	96,9	100,0	100,0	86,0	94,0	90,9
Proporção de casos com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos (%)	4,1	14,6	5,3	7,7	7,7	3,1	5,0	0,0	8,0	17,6	18,2
Proporção de	94,0	91,0	92,0	89,0	95,0	100,0	90,0	74,0	100,0	93,0	92,3

cura entre os casos novos (%)											
Proporção de curados com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos (%)	71,0	82,0	68,0	82,0	74,0	91,0	80,0	88,5	60,0	42,8	75,0
Proporção de abandono de tratamento entre casos novos (%)	5,3	5,3	2,4	6,8	2,5	0,0	3,4	10,0	0,0	7,0	0,0
Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados de casos novos (%)	67,0	67,0	72,0	77,6	89,0	90,7	92,0	96,0	92,0	89,0	92,9

Fonte: SINAN/COVIG/FMS Niterói dados informados em 17/07/2017.

IST/Aids e Hepatites Virais

A Assessoria Municipal de IST/Aids e Hepatites Virais vem definindo, por meio de uma construção coletiva local e observando a política e recomendações do Departamento Nacional de IST/Aids e Hepatites Virais, as metas e ações para o controle de tais agravos, visando impactar os indicadores pactuados pelo município.

Entre os objetivos da Assessoria, se encontra o controle da transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B, com ações que vão desde o pré-natal, passando pelo parto até o acompanhamento materno-infantil no pós-parto.

Os principais alvos das metas e ações programadas são a ampliação do acesso aos insumos de prevenção, o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento, a ênfase na prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis e o enfrentamento da coinfeção tuberculose/HIV. Há a necessidade de um olhar ampliado também às outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), focando nas ações de prevenção e numa assistência de qualidade.

Alinhadas às políticas ministeriais, as ações municipais também passam a considerar a Prevenção Combinada do HIV, estratégia de prevenção ao HIV/Aids que faz uso conjunto de abordagens biomédicas, comportamentais e sócio-estruturais, levando em consideração as necessidades e especificidades dos indivíduos, e as variadas formas de transmissão do vírus.

A implantação dos testes rápidos (TR) de HIV, sífilis e hepatites B e C se apresenta como estratégia prioritária para várias das metas propostas, como ampliação do acesso ao diagnóstico, enfrentamento da transmissão vertical e enfrentamento da coinfeção TB/HIV. De 2008 até setembro de 2014, eram 103 profissionais capacitados em TR no município, e apenas 35% os realizava. Planejou-se um processo de capacitação dos profissionais objetivando 100% da rede básica de saúde realizando os TR. Os profissionais capacitados pelo município, por ano, em 2013, 2014, 2015 e 2016, foram respectivamente, 26, 49, 63 e 108. É necessário acompanhar regularmente a implementação dos TR na rede, de modo a se garantir a descentralização do mesmo em toda a rede básica.

Pode-se destacar como desafios municipais: definir fluxo para a assistência às IST no município, pensando a linha de cuidado em todos os níveis de complexidade, para dar conta da integralidade da atenção; ampliar o atendimento especializado ao HIV/Aids para todas as policlínicas regionais do município, para que futuramente atuem no matriciamento do cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids compartilhado com a atenção básica, conforme recomendação do Departamento Nacional de IST/Aids e Hepatites Virais; tornar a ter mais um serviço de referência no atendimento às hepatites; e implantar o CTA no Centro da cidade, para atender ao novo perfil, que dê conta das populações-chave.

Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita

A sífilis congênita é doença de notificação compulsória nacional desde o ano de 1986; a sífilis em gestante, desde 2005; e a sífilis adquirida, desde 2010.

No Brasil, desde 2014 enfrenta-se o desabastecimento de penicilina benzatina, devido à falta mundial de matéria-prima para a sua produção. O município de Niterói começou a sofrer com desabastecimento da penicilina benzatina desde o segundo semestre de 2013.

Em outubro de 2016, o Ministério da Saúde (MS) comprovou que os casos de sífilis subiram em número significativo. E que estaria tratando o problema como epidemia para que resultados de redução fossem os mais expressivos possíveis. Segundo dados do Boletim Epidemiológico de 2016 do MS, entre os anos de 2014 e 2015, a sífilis adquirida teve um aumento de 32,7%, a sífilis em gestantes de 20,9% e a congênita, de 19%.

Em Niterói, de acordo com a tabela abaixo, os números de sífilis adquirida deram um salto em 2015 e 2016, o que pode estar relacionado a maior oferta diagnóstica através dos testes rápidos, do aprimoramento da vigilância epidemiológica e do desabastecimento da penicilina benzatina. O número absoluto se mostrou maior no sexo feminino, pois mulheres que são diagnosticadas com sífilis no momento do parto são notificadas como sífilis adquirida e não como sífilis em gestantes.

Tabela 49 - Casos de Sífilis Adquirida Notificados em Residentes de Niterói segundo Faixa Etária e Sexo- Período 2013 a 2016.

Fx Etária	2013		2014		2015		2016		TOTAL	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
Menor 1 ano	0	0	0	0	2	0	0	2	2	2
1 a 4 anos	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
5 a 9 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 a 14 anos	0	0	0	0	0	2	0	4	0	6
15 a 19 anos	0	0	4	11	10	60	27	55	41	126
20 a 29 anos	0	0	7	10	49	81	73	97	129	188
30 a 39 anos	2	0	3	2	48	30	49	31	102	63
40 a 49 anos	0	0	4	1	41	23	27	25	72	49
50 a 59 anos	1	0	3	2	19	14	15	16	38	32
60 a 69 anos	0	0	2	0	11	7	11	1	24	8
70 a 79 anos	0	0	0	0	1	1	4	2	5	3
80 anos e mais	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1
Total	3	0	23	26	182	218	208	234	416	478

Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 12/05/2017.

Em relação à sífilis em gestantes, os dados obtidos por meio de pesquisas em parturientes (2010) mostram uma redução da prevalência de sífilis ao longo dos últimos anos no país, passando de 1,6% em 2004 para 0,89% em 2010/2011.

Considerando o número de nascidos vivos em Niterói no ano de 2014 (6.451 hab.) e utilizando os percentuais encontrados nos estudos acima, teríamos uma estimativa entre 103 (considerando 1,6%) e 57 (considerando 0,89%) casos de sífilis em gestante esperados. A tabela 48 mostra que em 2012, tivemos 50 casos notificados de sífilis em gestantes, o que indicava uma subnotificação, o que levou a assessoria municipal a buscar várias estratégias para que os casos fossem identificados e notificados.

Nos anos seguintes, o número de gestantes notificadas com sífilis foi 76 (2013 e 2014) e chegou a 108 em 2015. Este número de 2015 apresenta-se como reflexo das ações para que a rede básica pudesse identificar a notificar os casos, como o aprimoramento da vigilância epidemiológica e a ampliação do uso de TR, bem como um aumento do número de casos pela falta de penicilina benzatina

para o tratamento de homens e mulheres com sífilis, favorecendo que mulheres fossem identificadas com sífilis no momento da gestação.

Tabela 50 - Distribuição de Casos de Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita de Residentes em Niterói Notificados à COVIG no Período de 2007 a 2016

ANO DE DIAGNÓSTICO	Nº DE CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTE	Nº DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA
2007	36	37
2008	33	45
2009	37	60
2010	37	48
2011	35	50
2012	50	62
2013	76	75
2014	76	71
2015	108	150
2016	42	81
2007-2016	530	679

Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS/NTERÓI, 03/10/2016. Dados sujeitos à revisão.

A incidência anual de sífilis congênita em Niterói vem se apresentando elevada, principalmente em 2012, quando foram registrados **10,7 casos/1.000 nascidos vivos** (tabela 51). Em 2015 a taxa chegou a **23,2 casos/1.000 nascidos vivos** enquanto a meta de eliminação é de 0,5 caso para cada 1000 nascidos vivos, de acordo o Ministério da Saúde.

O aumento na incidência da sífilis congênita (tabela acima) pode ser justificado pelos seguintes fatores: a notificação pelas maternidades vem sendo incentivada e cobrada, e todos os casos que preenchem os critérios de definição entram no SINAN (incluindo o não tratamento do parceiro ou o inadequado tratamento materno); dificuldades de realização de tratamento do parceiro; captação tardia (após o primeiro trimestre de gestação) de algumas gestantes no pré-natal; tempo/fluxo de entrega dos resultados de VDRL, o que necessita de novas rotinas e fluxos.

Várias têm sido as estratégias desenvolvidas pela assessoria municipal com o intuito de reduzir os casos de sífilis congênita, como educação permanente e continuada com a rede básica e as maternidades; implantação de formulários específicos para o seguimento das gestantes com sífilis e crianças com sífilis congênita; repasse dos resultados de VDRL em gestante notificados pelos laboratórios às unidades onde está sendo realizado o pré-natal; investigação dos casos de sífilis congênita notificados; implantação do comitê de investigação da transmissão vertical; e ampliação do uso dos TR para diagnóstico no pré-natal.

A medida mais efetiva de controle da sífilis na gestante e da sífilis congênita consiste no cumprimento do Protocolo de Assistência ao Pré-Natal da Atenção Básica, abrangendo os momentos antes da gravidez, durante a gravidez e no momento da internação para o parto ou curetagem por abortamento. O MS também está revendo e em breve atualizará novamente os critérios de definição de sífilis congênita, para a qualificação da vigilância epidemiológica, que poderá identificar casos de sífilis congênita de fato, e não considerar todos os casos de crianças expostas à sífilis materna como sendo sífilis congênita.

Tabela 51 - Distribuição de Casos de Sífilis Congênita Notificados à COVIG por Ano de Diagnóstico e Incidência Anual em Niterói no Período de 2000 a 2016

ANO DE DIAGNÓSTICO	Nº DE CASOS NOTIFICADOS	Nº DE CASOS EM RESIDENTES DE NITEROI	Nº DE NASCIDOS VIVOS EM NITEROI POR ANO	INCIDENCIA ANUAL POR 1.000 NASCIDOS VIVOS
2000	60	36	7185	5,0
2001	75	42	6560	6,4
2002	72	38	6337	6,0
2003	61	20	6147	3,2
2004	73	31	6380	4,8
2005	107	51	5973	8,5
2006	56	23	5800	3,9
2007	75	37	6024	6,1
2008	74	45	5973	7,5
2009	93	60	6069	9,9
2010	104	48	5981	8,0
2011	104	50	6117	8,2
2012	139	63	5886	10,7
2013	162	75	6085	12,3
2014	108	58	6451	9,0
2015	260	150	6451	23,2
2016	127	81	6451	12,6

Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS/NITERÓI, 03/10/2016. Dados sujeitos à revisão.

*2015 e 2016 – Utilizada mesma população de nascidos vivos de 2014

HIV/ AIDS

Muitos ainda são os desafios e as estratégias necessárias para o controle do HIV/Aids no Brasil. O Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais vem apostando no maior acesso ao diagnóstico, com a ampliação da testagem rápida para o HIV em todo o país, e buscando que mais pacientes sejam atendidos e acompanhados, que mais pessoas tenham acesso ao tratamento para o HIV/Aids.

Nesse contexto, um desafio importante é garantir que as pessoas que fizerem o teste e tiverem o diagnóstico positivo, possam se vincular a um serviço e consigam uma boa adesão ao tratamento, para chegarem à carga viral indetectável.

Em Niterói, na perspectiva de ampliação do acesso à testagem rápida para o HIV, já estamos com quase todas as unidades da rede básica de saúde oferecendo o teste regularmente, e com isso, mais pessoas têm sido notificadas com HIV, e não com Aids. Em 2015, foram notificadas 85 pessoas com Aids e 129 com HIV.

Todas as pessoas com o diagnóstico positivo para o HIV são encaminhadas para um dos serviços de atenção especializada em Niterói: Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL), Hospital Municipal Carlos Tortelly (HMCT), Policlínica Regional Largo da Batalha (PRLB), Policlínica Regional Carlos Antonio da Silva (PRCAS), Policlínica Regional Sergio Arouca (PRSA), Policlínica Regional do Barreto (PRB), e a Policlínica de Especialidades da Saúde da Mulher Malu Sampaio (PEMS) para as gestantes HIV positivas.

Outro desafio, conforme apontou a diretora do UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids) no Brasil em reunião com o Departamento Nacional de IST, Aids e Hepatites Virais em junho de 2016, é eliminar o vírus em crianças e adolescentes. Para isso, é importante que sejam realizadas todas as ações do protocolo para prevenção da transmissão do HIV da mãe para o bebê. E também, que tenhamos mais estratégias de prevenção junto aos jovens. Como também foi dito nesta reunião, é importante que se tenham espaços para diálogo, em que se fale com liberdade sobre HIV/Aids, como por exemplo, em escolas.

A prevenção também se coloca como um desafio, sendo necessário pensar a política de prevenção de forma ampla para se discutirem novos caminhos possíveis. Uma pesquisa do Ministério da Saúde constatou que quase metade dos (as) brasileiros (as) sexualmente ativos (as) não usam camisinha nas relações casuais, embora reconheçam que é a melhor forma de se evitar as infecções sexualmente transmissíveis.

Então, é importante discutir os limites e possibilidades de prevenção de cada um, considerando novas tecnologias de prevenção, como a Profilaxia Pós-

exposição ao HIV, sem desconsiderar as ações de informação, educação e comunicação e o uso da camisinha.

Em Niterói, o total de casos de Aids notificados entre residentes do ano de 1983 a 2015 foi 4.876. Em 2015 foram notificados 85 casos de Aids e 129 casos de HIV. Conforme a tabela 52, de 2013 a 2015 o número de casos de Aids notificados foram diminuindo, sendo 125, 101, 85 e 71 respectivamente. No entanto, a partir de 2014, os casos de HIV (sem fechar critério para caso Aids; apenas a infecção pelo vírus) passam a ser oficialmente notificados no SINAN. E assim, aumenta o número de casos HIV notificados, tendo sido de 2014 a 2016, 99, 129 e 123 respectivamente.

Tabela 52 - Frequência por Ano Diagnóstico segundo critério de confirmação.

CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO	2013	2014	2015	2016	Total
CDC	90	69	39	39	237
RJ/CARACAS	28	32	43	31	134
ÓBITO	7	0	3	1	11
CASOS AIDS	125	101	85	71	382
DESCARTADO	1	0	0	1	2
HIV+	0	99	129	123	351
Total	126	200	214	195	735

Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói. Dados sujeitos a revisão, atualizados em 14/03/2017.

No momento, há 4.529 pacientes com cadastro ativo no sistema de medicamentos para HIV/Aids do município, sendo alguns residentes em outros municípios. O Ministério da Saúde espera que o número de pessoas vivendo com HIV/Aids em tratamento aumente, à medida que conhecendo a sua sorologia positiva, a pessoa possa iniciar precocemente o tratamento.

Um dos indicadores que vínhamos trabalhando é a proporção de pacientes com HIV+ com primeiro CD4 inferior a 200 cel/mm³, visto que o objetivo é o diagnóstico precoce, quando a pessoa ainda não tem uma imunodeficiência importante. Os dados dos últimos anos até 2016 foram: 2013: 20,45; 2014: 23,95; 2015: 14,29; 2016: 16,66.

Os percentuais alcançados pelo município em 2015 e 2016 foram positivos, pois o objetivo deste indicador é ir sendo reduzido. Cada vez menos pessoas HIV+ realizando o primeiro CD4 quando ele é <200 cel/mm³.

Outro desafio, com indicador a ser acompanhado é a eliminação da transmissão vertical (TV) do HIV. O protocolo para a prevenção da TV do HIV é acessível no município a todas as gestantes que já conheçam a sua sorologia reagente antes da gestação e para as que fazem o diagnóstico durante o pré-natal. A tabela 53 apresenta as gestantes HIV+ residentes em Niterói notificadas de 2010 a 2016.

Tabela 53 - Frequência de Gestantes HIV+ por Ano Diagnóstico segundo evidência laboratorial.

Evidência laboratorial	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Ign/Branco	2	0	0	0	0	0	0	2
Antes do pré-natal	10	7	7	9	2	5	12	52
Durante o pré-natal	17	14	17	9	9	17	15	98
Durante o parto	8	4	3	2	4	2	3	26
Após o parto	0	0	0	0	1	1	0	2
Total	37	25	27	20	16	25	30	180

Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói.

Dados sujeitos a revisão, atualizados em 03/04/2017.

Com a realização de todas as intervenções preconizadas no protocolo de prevenção da TV do HIV, o risco da transmissão é bastante reduzido. A taxa de transmissão é inferior a 1% em gestantes em uso de antirretrovirais que mantêm níveis de carga viral abaixo de 1.000 cópias/ml, sendo, portanto, muito baixa quando a carga viral estiver indetectável.

O indicador que expressa o controle da transmissão vertical do HIV é o número de casos de Aids em menores de 5 anos, e tem sido pactuado em zero casos. Quando um caso de Aids em menor de 5 anos é notificado, procedemos à investigação para identificar os fatores que ocasionaram tal evento. Percebem-se situações em que a vulnerabilidade social é fator preponderante para a TV do HIV. A tabela 54 apresenta os números de casos de Aids em menores de 5 anos de 1989 a 2014. De 2008 para frente, tem-se um controle maior do número de casos. Nos anos de 2015 e 2016, foi notificado 01 caso em cada ano.

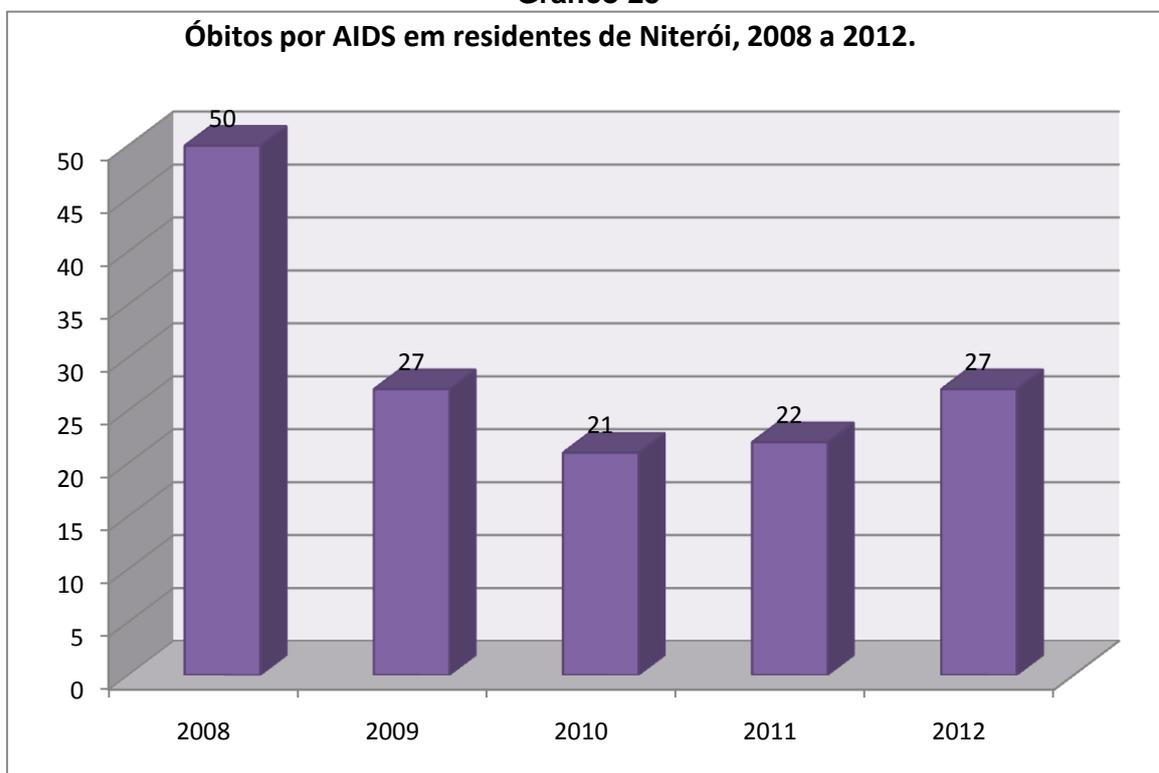
Tabela 54 – Frequência dos casos de Aids em menores de 5 anos residentes em Niterói segundo ano diagnóstico – 1989 a 2016.

8	9	9	9	9	9	9	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	TOTA
9	1	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	5	6	8	9	1	2	3	4	5	6	L	
1	4	2	6	9	1	3	5	6	4	4	4	1	2	3	1	1	1	2	0	0	1	1	62	

Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói.
 Dados sujeitos a revisão, atualizados em 14/03/2017.

A mortalidade por AIDS é alta em Niterói, embora tenha ocorrido uma importante diminuição de óbitos por esta causa a partir de 2009 no município (gráfico 25). Este cenário aponta para o diagnóstico tardio dentre outras causas. Para reverter esta realidade, temos o desafio de ampliar o acesso precoce ao diagnóstico e desenvolver estratégias manter a adesão do paciente ao tratamento.

Gráfico 25



Fonte: TABWIN-DATASUS

Hepatites Virais

Em um cenário mundial de ocorrência de aproximadamente 03 casos de hepatite C a cada 100 habitantes (OMS), pode-se dizer que a incidência de

hepatite C em Niterói se mostra baixíssima, cerca de **0,02** caso por 100 habitantes em 2016, segundo dados do SINAN municipal.

Essa situação revela uma elevada subnotificação dos casos de hepatite B e C no SINAN, que podem explicar a baixa incidência do agravo na cidade nos últimos anos, demandando, pois, ações imediatas na correção dos dados, a fim de proporcionar um conhecimento mais fidedigno do comportamento desse agravo em Niterói. O município conta com apenas 1 hepatologista o que dificulta o diagnóstico precoce e tratamento de novos casos.

As estratégias que estão sendo utilizadas para redução da subnotificação de casos de hepatites B e C incluem:

- busca ativa no banco de dados de sorologias do Laboratório Miguelote Viana (LMV);
- busca ativa nos prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de hepatologia da Policlínica Regional Carlos Antônio da Silva e Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP) para incorporação no SINAN daqueles não notificados no Sistema;
- busca ativa no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) dos casos positivos para hepatites B e C;
- investigação de casos de hepatites B e C do SIM, pois, muitos deles não estão sendo incorporados no SINAN como casos de hepatites virais por ausência de registro de marcadores sorológicos para hepatites virais nos prontuários das unidades de saúde onde o óbito ocorreu, pois, para o SINAN, apenas é considerado caso da doença aquele indivíduo que apresenta marcadores positivos;
- realização de Seminário de Vigilância em DST/AIDS, hepatites virais e acidente com material biológico para os profissionais da rede que atuam na vigilância epidemiológica.

No período de 2013 a 2016, foram notificados à COVIG 333 casos que tiveram contato com o vírus da hepatite B (apresentaram anti-HBc total reagente) e 325 casos de portadores de hepatite B. No mesmo período, foram notificados 757 casos que tiveram contato com o vírus da hepatite C (apresentaram anti-HCV reagente) e 717 casos de portadores de hepatite C

(tabelas 55 e 56), segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Tabela 55 - Casos notificados com anti-HBc total reagente ou anti-HCV reagente, segundo ano de notificação – Niterói, 2013 a 2016.

Marcador reagente	2013	2014	2015	2016	TOTAL
anti-HBc total *	68	42	137	86	333
anti-HCV **	96	106	284	271	757
Total	164	148	421	357	1.090

Fonte: FMS Niterói/VIPACAF/COVIG/SINAN.

*Marcador sorológico de contato com o vírus da Hepatite B; **Marcador sorológico de contato com o vírus da Hepatite C;

Dados atualizados em 07 de julho de 2017 e sujeitos à revisão.

Tabela 56 - Casos confirmados de Hepatites Virais B e C, segundo ano de notificação - Niterói, 2013 a 2016.

Caso confirmado	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Hepatite B *	79	87	80	79	325
Hepatite C **	93	105	284	235	717
Total	172	192	364	314	1.042

Fonte: FMS Niterói/VIPACAF/COVIG/SINAN.

*Foram considerados casos confirmados de hepatite B aqueles que apresentaram ao menos um dos seguintes marcadores: HBsAg ou anti-HBcIgM ou HBeAg;

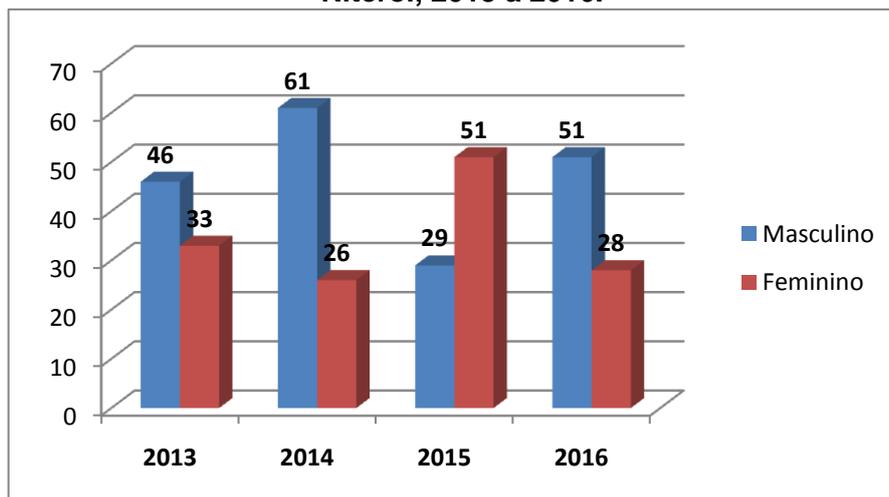
** Foram considerados casos confirmados de hepatite C aqueles que apresentaram anti-HCV reagente e HCV-RNA detectável.

Dados atualizados em 07 de julho de 2017 e sujeitos à revisão.

Em 2015, conforme mostra a tabela acima, percebe-se um aumento no número de portadores de hepatite C no município, cerca de 2 vezes maior que no ano anterior. Este fato decorre da busca ativa de casos da doença na unidade de referência terciária da cidade (Hospital Universitário Antônio Pedro - HUAP).

No período analisado, dentre os casos confirmados de hepatite B, 42,5% (138) ocorreram em mulheres e 57,3% (187) em homens. Na análise por ano, apenas em 2015, registraram-se mais casos de hepatite B em mulheres que em homens (gráfico 26).

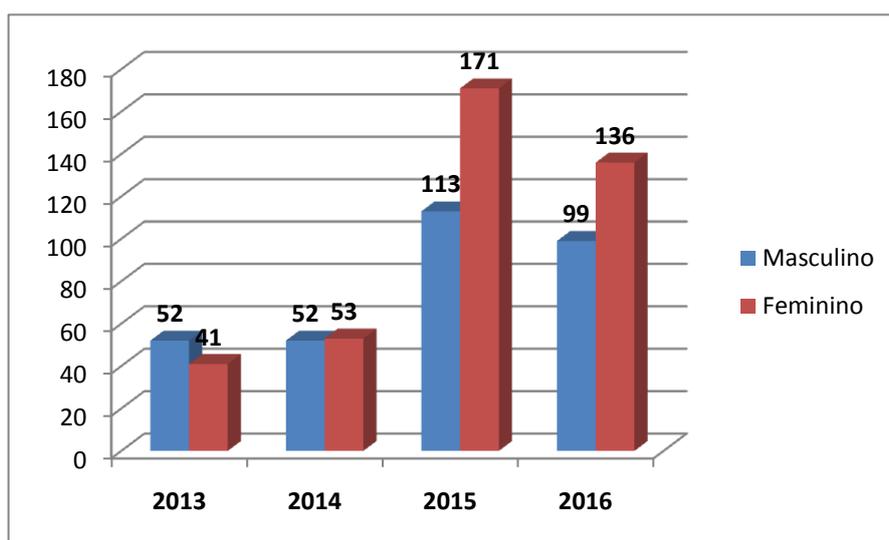
Gráfico 26 – Casos confirmados de Hepatite B segundo sexo e ano de notificação – Niterói, 2013 a 2016.



Fonte: FMS Niterói/VIPACAF/COVIG/SINAN. Dados sujeitos à revisão em 07/07/2017.

Entre os casos confirmados de hepatite C, 44,1% (316) dos casos ocorreram em homens e 55,9% (401) em mulheres no período analisado. No entanto, registraram-se mais casos de hepatite C em homens em 2013, como mostra o gráfico 27.

Gráfico 27 – Casos confirmados de Hepatite C segundo sexo e ano de notificação – Niterói, 2013 a 2016.



Fonte: FMS Niterói/VIPACAF/COVIG/SINAN
Dados sujeitos à revisão em 07/07/2017.

Quanto à provável fonte de infecção, no período analisado, a transmissão da hepatite B ocorreu, na maior parte dos casos, pela via sexual.

Já para a Hepatite C, a via transfusional foi o provável mecanismo de infecção (tabela 57 e 58). Considerando o elevado percentual de fontes de infecção ignoradas, cabe ressaltar que a descoberta tardia das hepatites B e C é um desafio para que o usuário e/ou profissional de saúde consiga precisar a forma de transmissão da doença.

Tabela 57 - Percentual de casos confirmados de Hepatites B em Niterói segundo provável fonte/mecanismo de infecção no período de 2013 a 2016.

Fonte/Mecanismo de Infecção	Frequência	%
Sexual	96	29,5
Transfusional	6	1,8
Uso de Drogas	9	2,8
Vertical	1	0,3
Acidente de Trabalho	1	0,3
Hemodiálise	3	0,9
Domiciliar	3	0,9
Tratamento Cirúrgico	14	4,3
Tratamento Dentário	23	7,1
Pessoa/pessoa	5	1,5
Alimento/Água	0	0,0
Outros	19	5,8
Ign/Branco	145	44,6
Total	325	100,0

Fonte: FMS Niterói/VIPACAF/COVIG/SINAN.

Foram considerados casos confirmados de hepatite B aqueles que apresentaram ao menos um dos seguintes marcadores: HBsAg ou anti-HBcIgM ou HBeAg; Dados sujeitos à revisão em 07/07/2017.

Tabela 58 - Percentual de casos confirmados de Hepatites B em Niterói segundo provável fonte/mecanismo de infecção no período de 2013 a 2016.

Fonte/Mecanismo de Infecção	Frequência	%
Sexual	30	4,2
Transfusional	211	29,4
Uso de Drogas	61	8,5
Vertical	1	0,1
Acidente de Trabalho	2	0,3
Hemodiálise	15	2,1
Domiciliar	0	0,0
Tratamento Cirúrgico	76	10,6
Tratamento Dentário	55	7,7
Pessoa/pessoa	2	0,3
Alimento/Água	0	0,0
Outros	30	4,2
Ign/Branco	234	32,6
Total	717	100

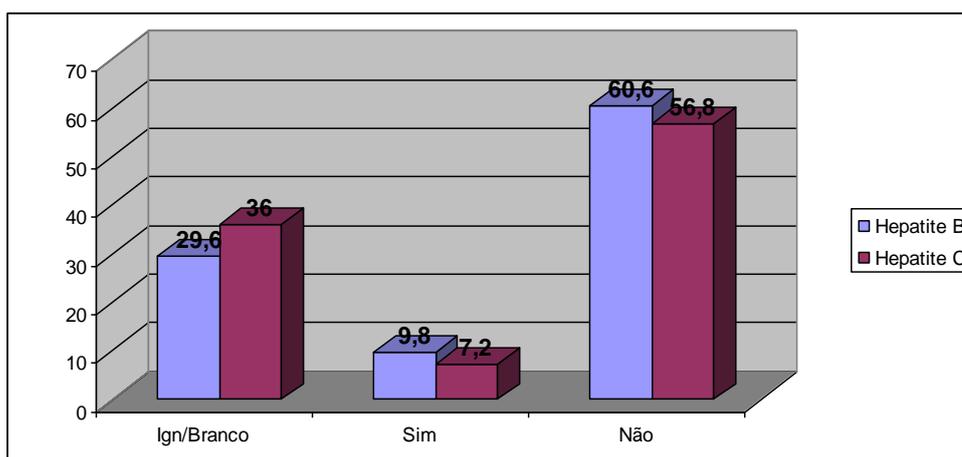
Fonte: FMS Niterói/VIPACAF/COVIG/SINAN.

Foram considerados casos confirmados de hepatite C aqueles que apresentaram anti-HCVreagente e HCV-RNA detectável. Dados sujeitos à revisão em 07/07/2017.

A coinfeção do vírus da hepatite B ou do vírus da hepatite C com o HIV/AIDS é uma informação importante, pois tal associação pode piorar o prognóstico das hepatites virais, propiciando formas mais graves dessas doenças.

Do total de casos de hepatite B no período de 2013 a 2016, **9,8%** apresentaram coinfeção pelo HIV/AIDS e, do total de casos de hepatite C, **7,2%** apresentaram essa coinfeção (gráfico 28). Entretanto, o elevado percentual de dados ignorados compromete a qualidade dessa informação, sendo necessário aprimorá-la para melhor descrever a prevalência das coinfeções HIV-HCV e HIV-HBV em municípios de Niterói.

Gráfico 28 – Percentual de casos confirmados de Hepatite B e C em Niterói segundo coinfeção pelo HIV, 2013 a 2016.



Fonte: FMS Niterói/VIPACAF/COVIG/SINAN.

Foram considerados casos confirmados de Hepatite B aqueles que apresentaram ao menos um dos seguintes marcadores: HBsAg ou anti-HBcIgM ou HBeAg. Foram considerados casos confirmados de Hepatite C aqueles que apresentaram anti-HCV reagente e HCV-RNA detectável. Dados sujeitos à revisão em 07/07/2017.

As principais ações de prevenção das Hepatites Virais no município são:

- Vacinação contra hepatite B para profissionais do sexo com parceria com CAPS-AD, Centro de Referência de População em Situação de Rua e Policlínica Comunitária da Família da Ilha da Conceição;
- Atividade para manicures e afins sobre formas de prevenção e transmissão das hepatites virais B e C;
- Testagem rápida para hepatite B e C nas unidades de saúde da rede municipal;
- Capacitação de profissionais da rede para realização de testes rápidos de hepatite B e C;
- Atividades educativas de prevenção nas escolas pactuadas pelo Programa Saúde na Escola;
- Comemoração em função do Dia Mundial de Luta contra as Hepatites.

Ainda há muito que se avançar em relação à prevenção, principalmente no tocante à ampliação da cobertura da vacina contra hepatite B, além de se ampliar o acesso às sorologias para as hepatites B e C.

Tuberculose

A Tuberculose é um grave problema de saúde pública e milhares de pessoas adoecem e morrem devido á doença e suas complicações.

Em 2014 durante a Assembleia Mundial da Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) foi aprovada a nova estratégia Global para enfrentamento da doença, com a visão de um mundo livre da Tuberculose até 2035.

Tabela 59 – Indicadores de tuberculose.

Indicadores epidemiológicos – Morbidade	Coeficiente de incidência de tuberculose por 100 mil hab.
	Percentual de coinfecção TB-HIV
Indicador epidemiológico – Mortalidade	Coeficiente de mortalidade por tuberculose por 100 mil hab.
Indicadores operacionais	Percentual de realização de cultura de escarro nos casos de retratamento de tuberculose
	Percentual de testagem para o HIV entre os casos novos de tuberculose
	Percentual de cura entre os casos novos de tuberculose pulmonar
	Percentual de abandono de tratamento entre os casos novos de tuberculose pulmonar

Segundo a organização Mundial de Saúde:

Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo bacilo koch As regiões da África e da Ásia são as que apresentam maior risco para o adoecimento.

Seis países foram responsáveis por 60% dos novos casos de tuberculose no mundo em 2015: Índia, Indonésia, China, Nigéria, Paquistão e África do Sul. Paquistão e África do Sul.

O enfrentamento da doença depende de avanços na prevenção e no cuidado ao paciente em todos os países de alta carga de tuberculose, entre eles o Brasil.

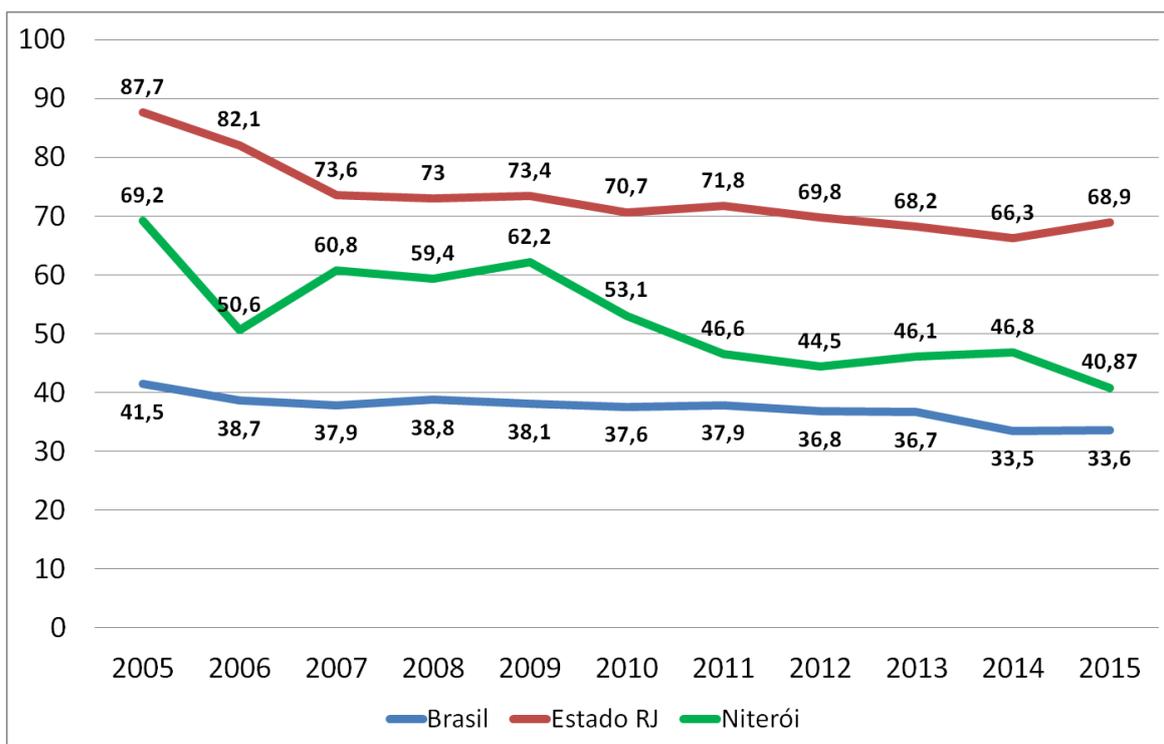
No mundo, o percentual de redução da incidência foi de 1,5% entre 2014 e 2015. Para alcançar um dos objetivos da estratégia é necessário uma redução média anual de 4% a 5% até 2020.

No Brasil o coeficiente de incidência da TB reduziu de 42,7 em 2001 para 34,2 em 2015, com Estados como RJ e Amazonas com as maiores taxas.

Mapa 3



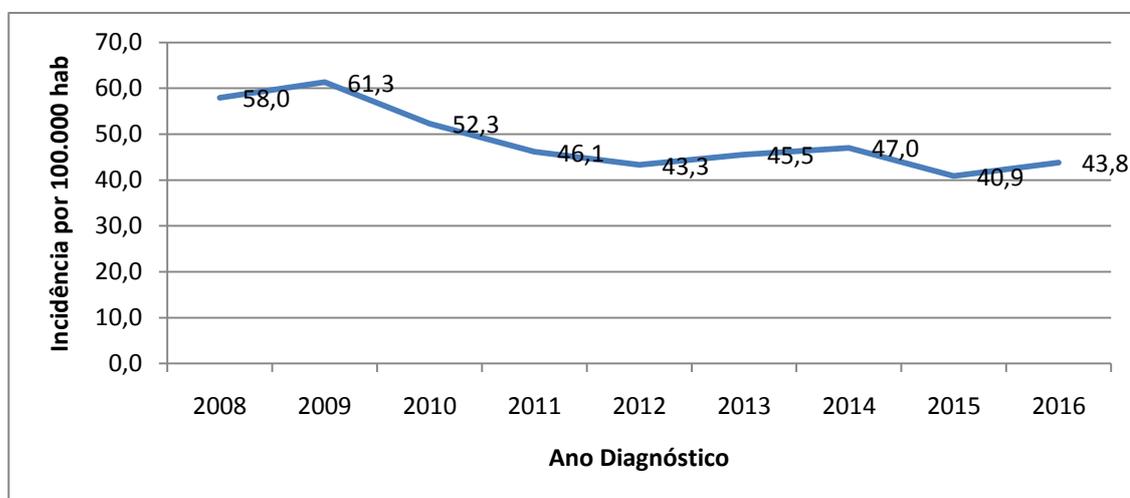
Gráfico 29 – Incidência de Tuberculose no Brasil, Estado do Rio de Janeiro e Niterói no período de 2005 a 2015.



Fonte: FMS-Niterói/COVIG/SINAN
Dados atualizados em março de 2017, sujeitos a revisão.

Observando a série histórica abaixo, vemos que a incidência de tuberculose no município de Niterói vem declinando progressivamente (58,06/100.000 hab. em 2008 para 43,8/100.000 hab. em 2016).

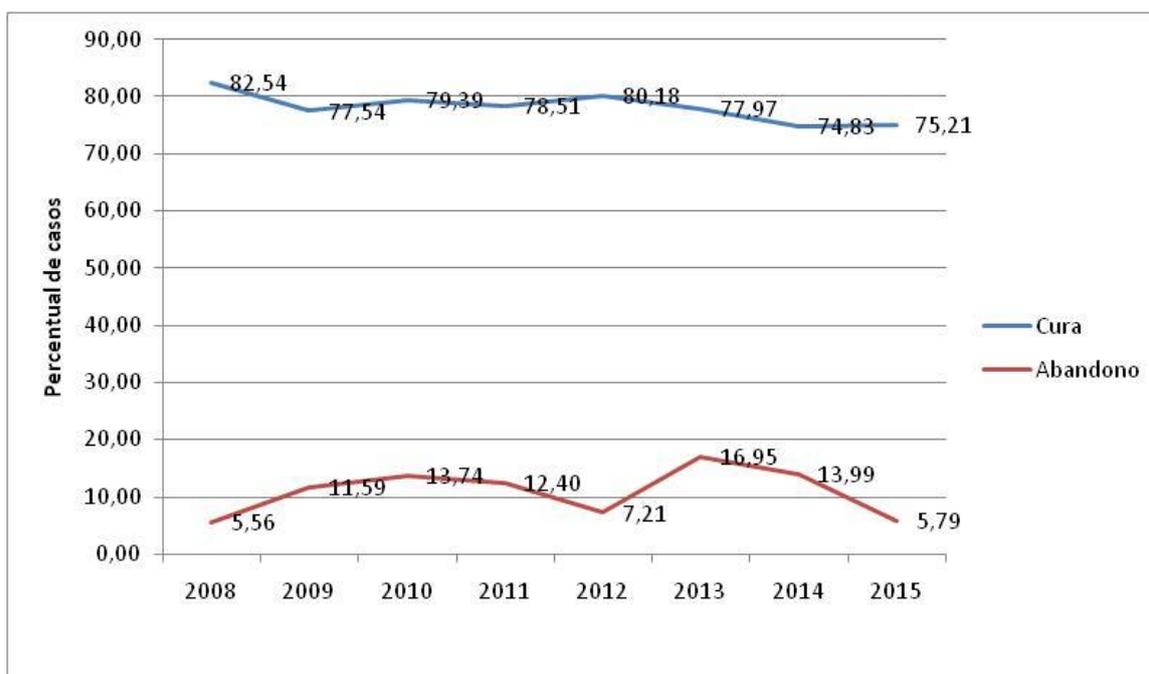
Gráfico 30 - Taxa de Incidência da Tuberculose em Niterói, 2008 a 2016.



Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS Niterói
Dados sujeitos à revisão, retirados em março de 2017

O aumento da cura e a redução do abandono têm relação direta com a diminuição da incidência da tuberculose. Verificamos em Niterói uma flutuação no período analisado do percentual de abandono de tratamento em torno de **6%**. Em relação ao percentual de cura, pode ser observado um declínio a partir do ano de 2012 e uma leve ascensão no ano de 2015, alcançando o valor de **75%** (gráfico 31).

Gráfico 31 - Percentual de cura e abandono dos casos novos de TB Bacilífero - Niterói- 2008- 2015*



Fonte: MS/SVS/DASIS. *Dados preliminares sujeitos a revisão.

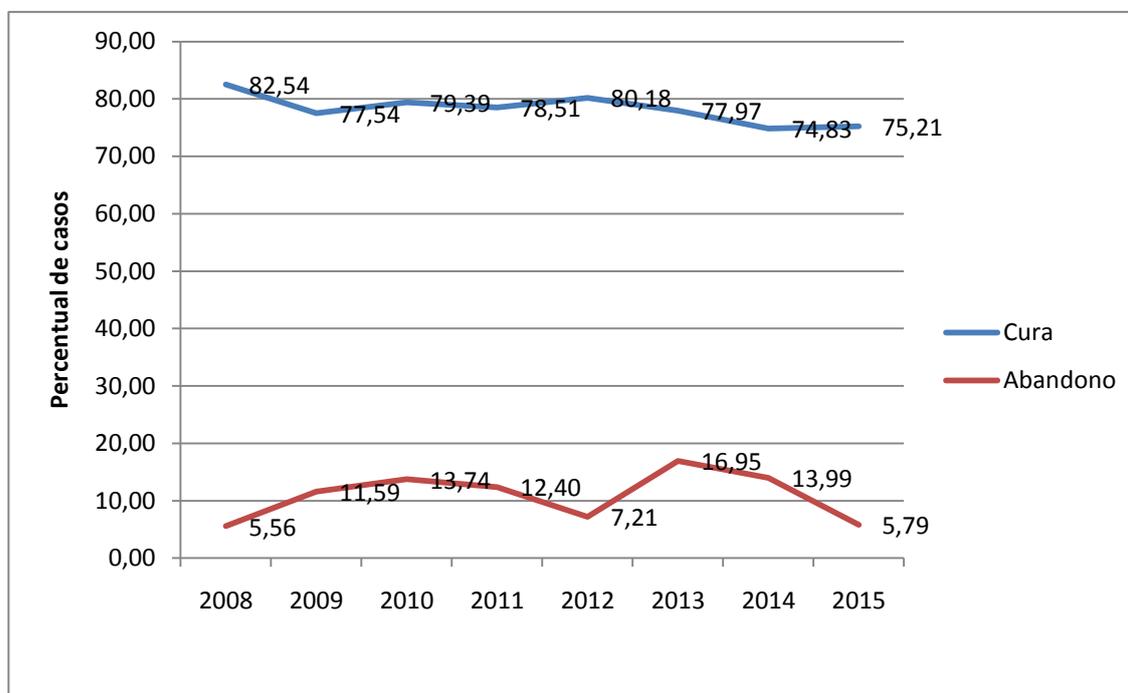
No ano de 2013 foi suspenso o fornecimento do cartão alimentação aos pacientes que tivessem adesão ao tratamento supervisionado - TDO. Embora a área técnica do Programa de Tuberculose avalie que esta estratégia pode ter contribuído para o aumento da cura e diminuição do abandono até o ano de 2012, a mesma ainda não foi reintroduzida nas unidades da Rede Básica.

Entre os casos de Tuberculose diagnosticados em nosso município 63 % eram do sexo masculino e 37% do sexo feminino. A maioria dos casos está concentrada na faixa etária de 20-59 anos de idade (77%) mantendo o padrão de acometimento de casos de tuberculose no Brasil.

A Escolaridade indica, 0,2% casos analfabetos, 30% ensino fundamental incompleto, 15% ensino médio incompleto 25% ensino médio, 24% nível superior incompleto e 5% nível superior completo.

Na variável Raça, Preta (negra) 25%; Parda 29% e Branca 46%.

Gráfico 32 - Percentual de cura de casos novos de tuberculose em residentes de Niterói, 2008 a 2015.



Fonte: SINAN/COVIG/FMS Niterói. Dados sujeitos à revisão, retirados em março de 2017

Co-infecção Tuberculose/HIV

Em Niterói no período de 2008 a 2015, o quadro de co-infecção tuberculose/HIV entre os casos novos variou de 9,39 a 11,33% (gráfico 33). No Brasil, em 2015, este percentual foi de 9,9%, no Estado do Rio de Janeiro de 11,1% (Fonte: MS/SVS/SINAN e SESDEC/RJ/SINAN). Niterói está um pouco acima das médias nacional e estadual, embora tenha apresentado uma queda em relação ao maior valor da série em análise.

A testagem para o HIV em Niterói vem mantendo percentual maior que o Estado do Rio de Janeiro, que em 2015 foi de 48% e do Brasil que foi de 68%.

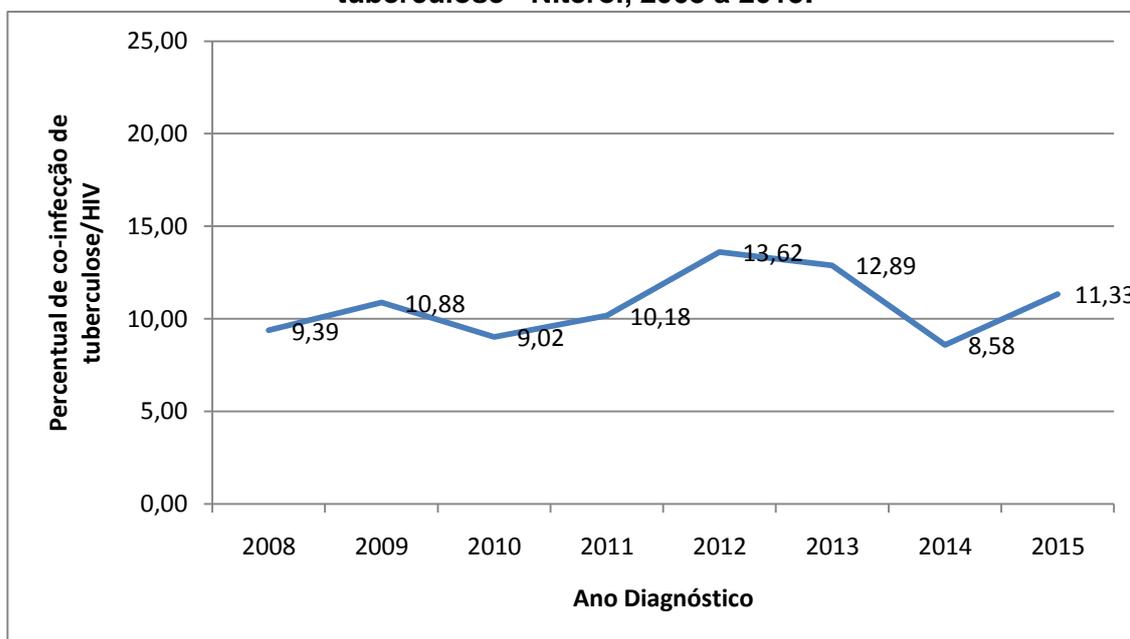
A Coinfecção pelo HIV representa um estado avançado da doença (AIDS) deixando a pessoa em maior situação de vulnerabilidade e risco aumentado para

morte. A testagem para o HIV das pessoas com Tuberculose representa a possibilidade de iniciar o tratamento TARV e melhor resultado para a cura da TB.

A Tuberculose é a segunda causa de óbito entre pessoas soropositivas para o HIV.

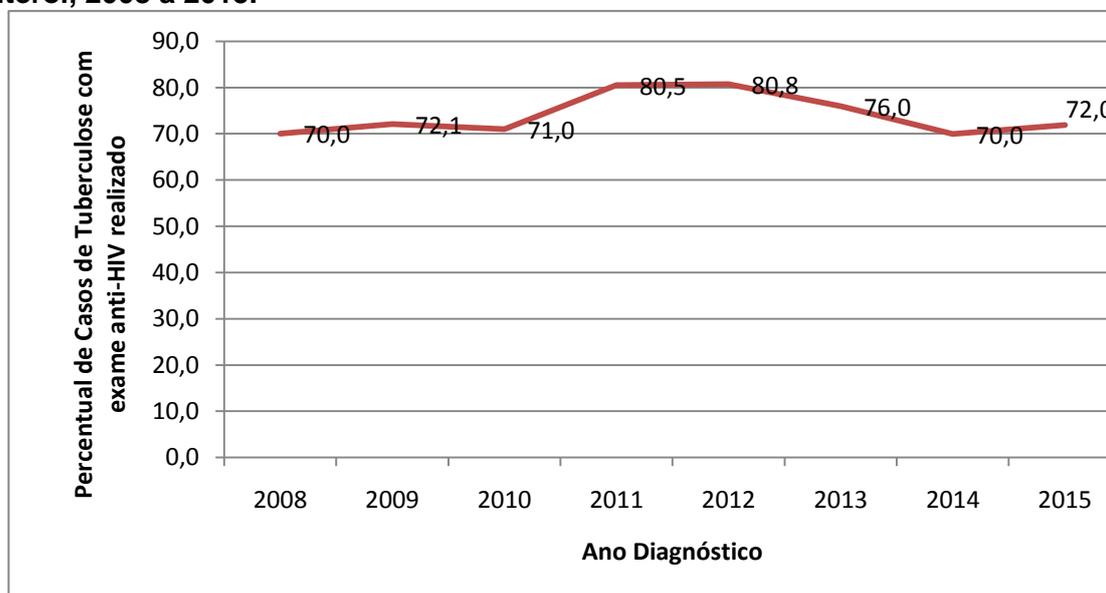
O risco de adoecimento por Tuberculose na população portadora do HIV é 26 vezes maior que a população em geral.

Gráfico 33 - Percentual de co-infecção de tuberculose/HIV entre casos novos de tuberculose - Niterói, 2008 a 2015.



Fonte: SINAN/COVIG/FMS Niterói
Dados sujeitos à revisão, atualizados em março de 2017

Gráfico 34 - Percentual de realização de anti-HIV em casos novos de tuberculose Niterói, 2008 a 2015.



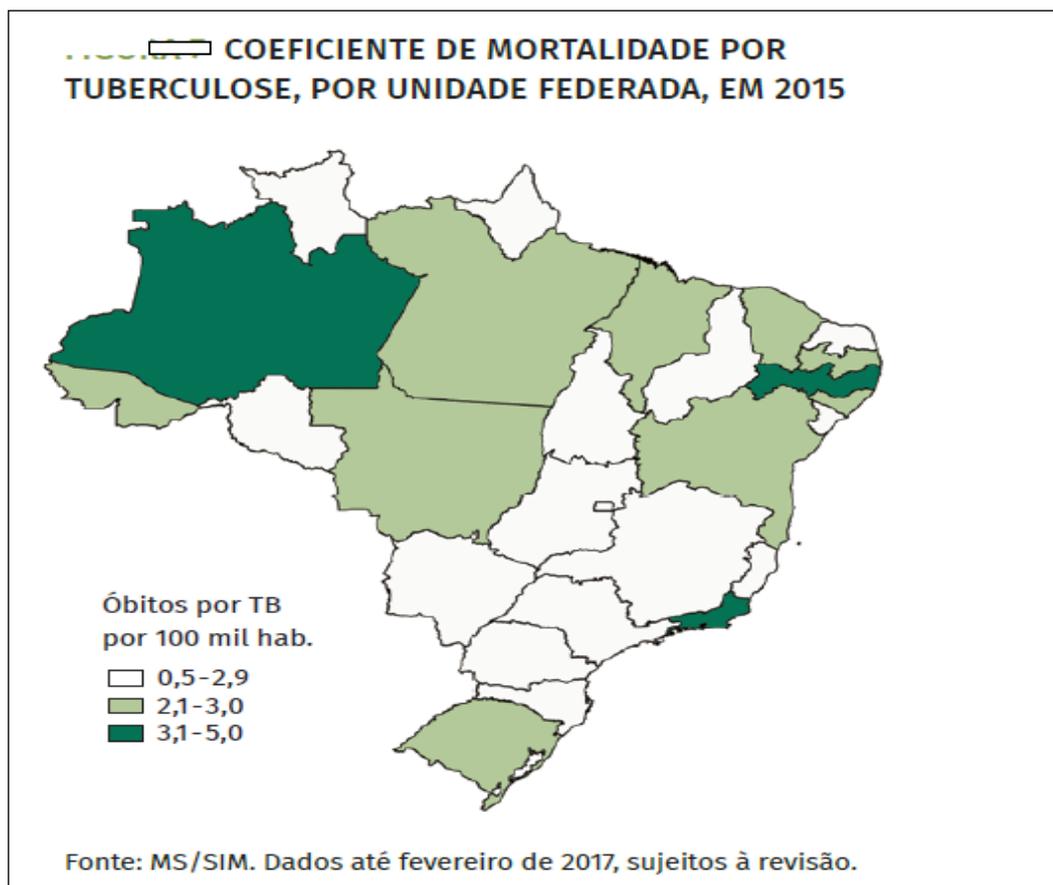
Fonte: SINAN/COVIG/FMS Niterói. Dados sujeitos à revisão, atualizados em março de 2017

As diversas ações propostas no Plano de Ação de Controle da Tuberculose Municipal vêm repercutindo nos resultados alcançados: diagnóstico oportuno, sustentabilidade na disponibilidade dos medicamentos; avaliação dos contatos, Vigilância Hospitalar, reordenação das rotinas em cada unidade com PCT implantado, treinamento/capacitação continuada das equipes, disponibilidade de exames TRM-TB, BAAR, Cultura e Broncoscopia em toda a rede e monitoramento dos casos até a cura.

No Brasil o coeficiente de incidência da TB reduziu de 42,7 em 2001 para 34,2 em 2015, com Estados como RJ e Amazonas apresentando as maiores taxas no período.

O Coeficiente de Mortalidade no Brasil era de 3,14/100.000 hab. (2001) para 2,14 /100.000 hab. (2015), e estados como RJ, PE e AM apresentaram as maiores taxas no período.

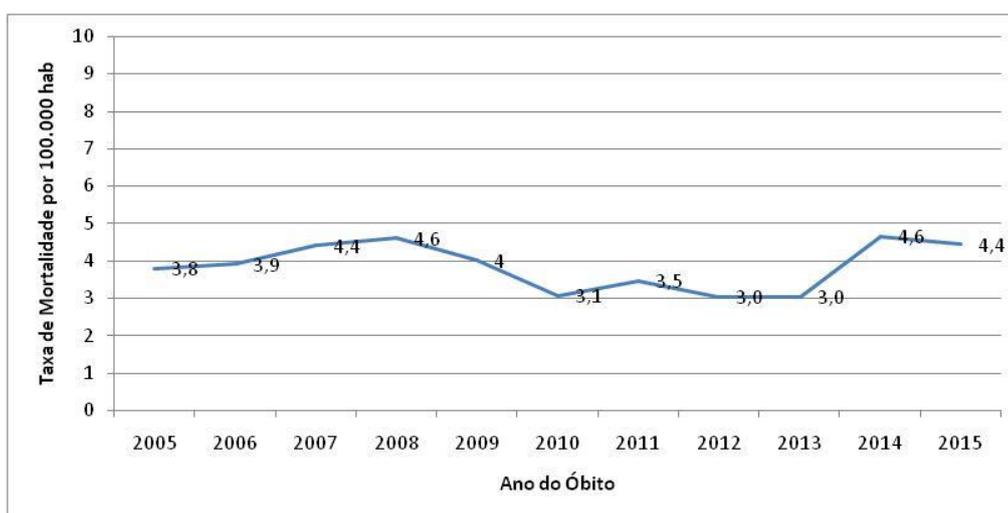
Mapa 4



Enfim o país possui elevada variabilidade entre os estados quanto a esses indicadores, e nos estados entre seus municípios.

Niterói ainda possui elevada taxa de mortalidade (4.4/100.000 hab.). Faz-se necessário investigar os óbitos por Tuberculose e apontar ações para reverter esse quadro.

Gráfico 35 – Taxa de mortalidade por tuberculose no período de 2005 a 2015.



Fonte: : FMS-Niterói / COOBS / SIM
Dados atualizados março de 2017, sujeitos a revisão

2015
Brasil=2,2
Estado RJ = 5,0

Resolução SESRJ nº1058 DE 06/11/2014

Fluxo do Paciente na rede de Saúde

Todas as Unidades de Saúde estão capacitadas para buscar Sintomáticos Respiratórios (indivíduos com tosse há três semanas ou mais). A baciloscopia de escarro é oferecida e é agendada a consulta médica. Se o exame de escarro é positivo o doente é orientado, e se ele concordar será acompanhado na unidade mais próxima de sua residência com PCT implantado. Se a baciloscopia de escarro for negativa ou houver comorbidades graves, e a suspeita clínica for de tuberculose ele é referenciado para a unidade de referência secundária para confirmação do diagnóstico e é feito acompanhamento compartilhado.

Unidades de Saúde com Programa de Controle da Tuberculose (PCT) implantado

- Policlínica Regional Dr. Sergio Arouca (PRSA), Policlínica Regional Dr. Guilherme Taylor March (PRGTM - Fonseca), Policlínica Regional de Itaipu (PRI), Policlínica Regional do Largo da Batalha (PRLB), Policlínica Regional da Engenhoca (PRE), Unidade Básica do Barreto João Vizella (UBB), Unidade Básica do Caramujo (UBC), Policlínica Regional Carlos Antonio da Silva (PRCAS), PMF Programa Médico de Família – 33 módulos.
- Dispensário Escola Mazzini Bueno (CAIT-UFF) é o ambulatório de Tuberculose da Universidade Federal Fluminense (UFF). Foi inaugurado em Abril de 2012.
- Ambulatório HIV/AIDS do Hospital Municipal Carlos Tortelly (HMCT). Ambulatório para pacientes co-infectados de toda a metropolitana II

Unidade de Referência Secundária

- Policlínica Regional Dr. Sergio Arouca (PRSA): A PRSA é referência secundária para toda a rede básica, recebendo pacientes com formas extra-pulmonares, pulmonares negativos, portadores de co-morbidades graves ou que não respondem ao tratamento com esquema básico.

Unidade de Referência Terciária

- Ambulatório Dra. Margareth Dalcomo – Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras - IEDTAP: Referência para os pacientes com resistência aos tuberculostáticos e monitoramento dos casos com esquemas especiais de tratamento.

Emergências

- Hospital Getúlio Vargas Filho (HGVF^o), Unidade Municipal de Urgência Dr. Mario Monteiro, Hospital Municipal Carlos Tortelly, Hospital Estadual Azevedo Lima, UPA 24 HS. FONSECA, SPA da Policlínica Regional da Engenhoca e SPA da Policlínica Regional do Largo da Batalha.

Unidades de referência para internação dos pacientes com Tuberculose

- Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras - Niterói (adultos), Hospital Santa Maria – Taquara - RJ (adultos), Hospital Getulio Vargas Filho (crianças).

Outras Unidades que recebem pacientes com Tuberculose em Niterói para internação

- Hospital Municipal Carlos Tortelly (adultos), Hospital Estadual Azevedo Lima (adultos), Hospital Universitário Antônio Pedro (crianças e adultos)

Rede Privada

A rede privada de saúde em Niterói também realiza o primeiro atendimento em suas emergências e ambulatórios. Em casos de necessidade de internação, pode ser utilizado o leito privado ou público, sendo o medicamento indicado fornecido pelo PCT municipal. Os casos com indicação de acompanhamento ambulatorial são encaminhados para as unidades básicas com PCT, com a possibilidade de acompanhamento compartilhado. Por fim existe uma boa integração entre a rede privada e a rede publica através da coordenação do PCT municipal.

Exames de Laboratório (Baciloscopia, cultura e Teste de Sensibilidade)

- **Baciloscopia:**
É realizada pelo Laboratório de Saúde Pública Miguelotte Viana, Laboratório João Vizella, Laboratório do Hospital Municipal Carlos Tortelly (HMCT), do Hospital Municipal Orêncio de Freitas (HOF), Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Instituto Estadual de Tórax Ary Parreiras (IEDTAP), Hospital Estadual Getúlio Vargas Filho (HGVF) e do Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL).
- **Cultura:**
É realizada pelos Laboratórios: de Saúde Pública Miguelotte Viana, Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL), Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) e Instituto Estadual de Tórax Ary Parreiras (IEDTAP).
- **Teste de sensibilidade:**
Encaminhado ao LACEN/SES-RJ pelo Lab. Miguelote Viana.

TRM-TB – teste rápido de biologia Molecular, realizado no Laboratório de Saúde Pública Miguelote Viana.

Outros exames complementares

- Radiografia de Tórax:
PC Largo da Batalha, Hospital Municipal Carlos Tortelly, PESP – Policlínica de Especialidades Silvio Picanço.
- Broncoscopia:
Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras (IEDTAP), Hospital Universitário Antônio Pedro.
- Tomografia: Unidades contratadas com as vagas reguladas pela CREG municipal.
- Toracocentese e biópsia pleural: Agendada no Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras (IEDTAP).

EIXOS PARA MANTER O CAMINHO DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

- O controle da Tuberculose deve ser prioridade de governo.
- Fortalecer a rede de diagnóstico laboratorial e de imagem.
- Melhoria do diagnóstico construir a Sala de Escarro Induzido
- Continuar as ações de Prevenção e assistência na Atenção Básica, mantendo Unidade de Referência Secundária.
- Manter a descentralização e qualificação da atenção às ações do controle da Tuberculose.
- Reforçar as unidades Vigilância Hospitalar com as ações Controle da Tuberculose.
- Manutenção das ações intersetoriais.
- Manutenção do Monitoramento e avaliação e aprimorar análise de indicadores.
- Incentivo com cartão alimentação para melhor adesão ao tratamento.
- Produzir material Educativo.
- Produzir Boletim Informativo.

- Manutenção de capacitações para profissionais de saúde, cidadania e assistência social e educação.

Meningites

A vigilância das meningites inclui a detecção de surtos de doença meningocócica e meningite viral, monitoramento dos sorogrupos e sorotipos da *Neisseria meningitidis*, dos sorotipos de *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus pneumoniae* circulantes no país, e monitoramento do perfil da resistência bacteriana das cepas de *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus pneumoniae*.

Todos os casos suspeitos devem ser notificados em 24 horas, com vistas a possibilitar investigação clínico-laboratorial, assim como o desfecho do caso e pronto estabelecimento de medidas de prevenção de casos secundários junto à comunidade.

Em 2014, foram recebidas 157 notificações de casos de meningites. Destes casos, 104 eram residentes em Niterói (66,2%) e 53 eram residentes em outros municípios (33,8%), conforme a Tabela 60

Em 2015, foram recebidas 134 notificações de casos de meningites. Destes casos, 73 eram residentes em Niterói (54,5%) e 61 eram residentes em outros municípios (45,5%), conforme a Tabela 56.

Em 2016, foram recebidas 102 notificações de casos de meningites. Destes casos, 66 eram residentes em Niterói (64,7%) e 36 eram residentes em outros municípios (35,3%), conforme a Tabela 60.

Tabela 60- Série histórica da distribuição de casos de meningites notificados por município de residência segundo ano de início de sintomas ano 2007 – 2016.

Município de Residência – RJ	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Angra dos Reis	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Araruama	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Arraial do Cabo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Belford Roxo	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3
Cabo Frio	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	5
Casimiro de Abreu	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	3
Conceição de Macabu	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Duque de Caxias	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
Guapimirim	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Itaboraí	6	3	2	11	1	6	3	5	6	2	45
Itaguaí	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Itaperuna	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Japeri	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Macaé	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Mangaratiba	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Maricá	2	7	3	4	7	4	8	10	9	4	58
Miracema	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Nilópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Niterói	38	37	44	45	66	101	55	104	73	66	629
Nova Friburgo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Nova Iguaçu	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	4
Paracambi	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Queimados	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rio Bonito	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	4
Rio de Janeiro	2	5	3	2	6	5	2	4	3	2	34
São Gonçalo	45	24	16	22	18	37	29	30	37	23	281
Saquarema	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Silva Jardim	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	3
Tanguá	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	3
Total	103	79	75	86	102	157	99	157	134	102	1.095

FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 23/03/2017. Dados sujeitos à revisão.

Em 2014, dos 104 casos de residentes no município de Niterói, 61 foram confirmados, o que corresponde a 58,7% do total (Tabela 61). Vale ressaltar que neste ano o percentual de casos descartados foi elevado (41,4%).

Em 2015, dos 71 casos de residentes no município de Niterói, 35 foram confirmados, o que corresponde a 49,29% do total (Tabela 61). Vale ressaltar que neste ano o número de casos descartados superou o de confirmados.

Em 2016, dos 70 casos de residentes no município de Niterói, 41 foram confirmados, o que corresponde a 60,00% do total (Tabela 61). Vale ressaltar que neste ano o percentual de casos descartados foi bem menor, em comparação a 2015 (40,00%).

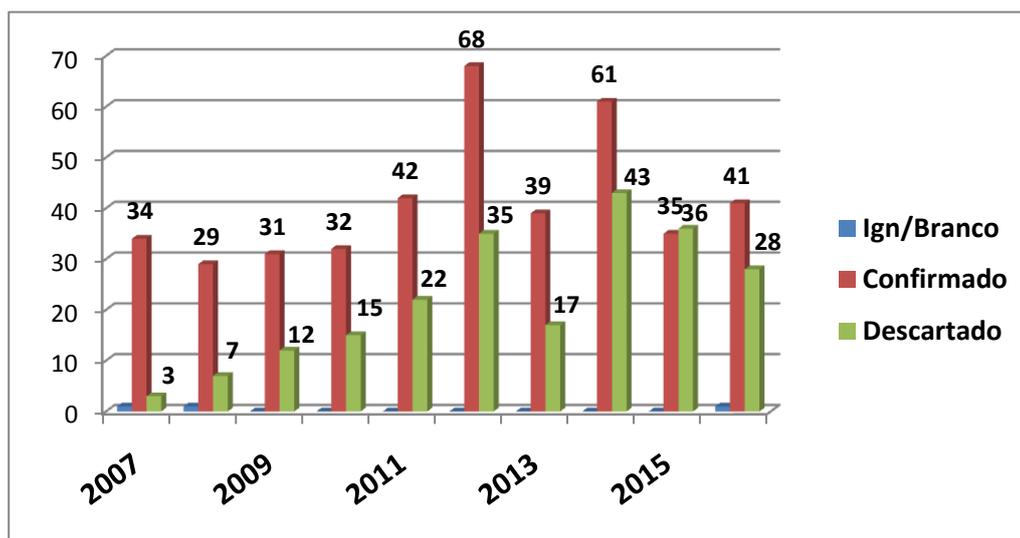
O elevado percentual de casos descartados pode revelar a sensibilidade do sistema de vigilância, pois garante a investigação de todos os casos suspeitos, permitindo o conhecimento dos principais agentes etiológicos em circulação no município. O planejamento das ações de controle das meningites, prevenção e assistência dos casos, são aperfeiçoadas de acordo com as informações geradas pelo sistema de vigilância.

Tabela 61 - Classificação Final dos casos notificados de residentes no município de Niterói no período de 2007 a 2016.

Classif. Final	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Ign/Branco	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Confirmado	34	29	31	32	42	68	39	61	35	41	412
Descartado	3	7	12	15	22	35	17	43	36	28	218
Total	38	37	43	47	64	103	56	104	71	70	633

FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 36 - Classificação Final dos casos notificados de residentes no município de Niterói no período de 2007 a 2016.



FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017.
Dados sujeitos à revisão.

Nos anos de 2014, 2015 e 2016, com relação à etiologia dos casos confirmados, observa-se que a maior incidência foi de meningite viral (40,90%), (37,84%) e (26,32) respectivamente; seguido de meningites por outras bactérias (19,70%), (27,03%) e (23,38) respectivamente.

- **Doença Meningocócica**

O percentual de Doença Meningocócica em relação total de casos de meningites registrados nos anos de 2014, 2015 e 2016 foi de 19,7%, 5,40% e 13,16% respectivamente. Com a introdução da vacina anti-meningocócica C no calendário da criança no de 2010 seria esperada uma diminuição gradual do percentual de casos por *N.meningitidis*.

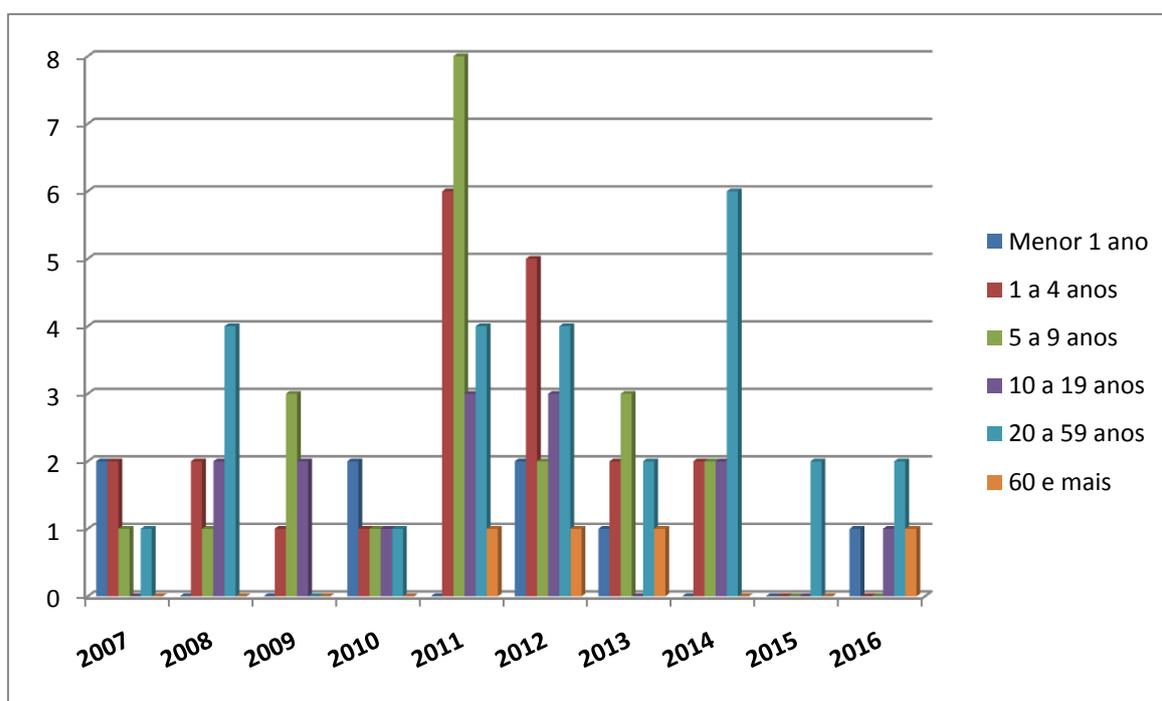
A tabela 62 e o Gráfico 37 demonstram nos anos de 2015 e 2016 que nas faixas etárias de menores de 10 anos houve uma significativa redução do número de casos. O monitoramento dos registros futuros servirão de base para análise do impacto dessa vacina na prevenção da Doença Meningocócica.

Tabela 62 - Frequência de casos de doença meningocócica segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.

Faixa Etária	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Menor 1 ano	2	0	0	2	0	2	1	0	0	1	8
1 a 4 anos	2	2	1	1	6	5	2	2	0	0	21
5 a 9 anos	1	1	3	1	8	2	3	2	0	0	21
10 a 19 anos	0	2	2	1	3	3	0	2	0	1	14
20 a 59 anos	1	4	0	1	4	4	2	6	2	2	26
60 e mais	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	4
Total	6	9	6	6	22	17	9	12	2	5	94

FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 37 - Frequência de casos de doença meningocócica segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016



FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

- **Meningite pneumocócica**

O percentual de Meningite Pneumocócica em relação total de casos de meningites registrados nos anos de 2014, 2015 e 2016 foi de 3,27%, 10,81 e 18,42% respectivamente. Com a introdução da vacina anti-pneumocócica no calendário da criança no de 2010 seria esperada uma diminuição gradual do percentual de casos por *S. Pneumoniae*.

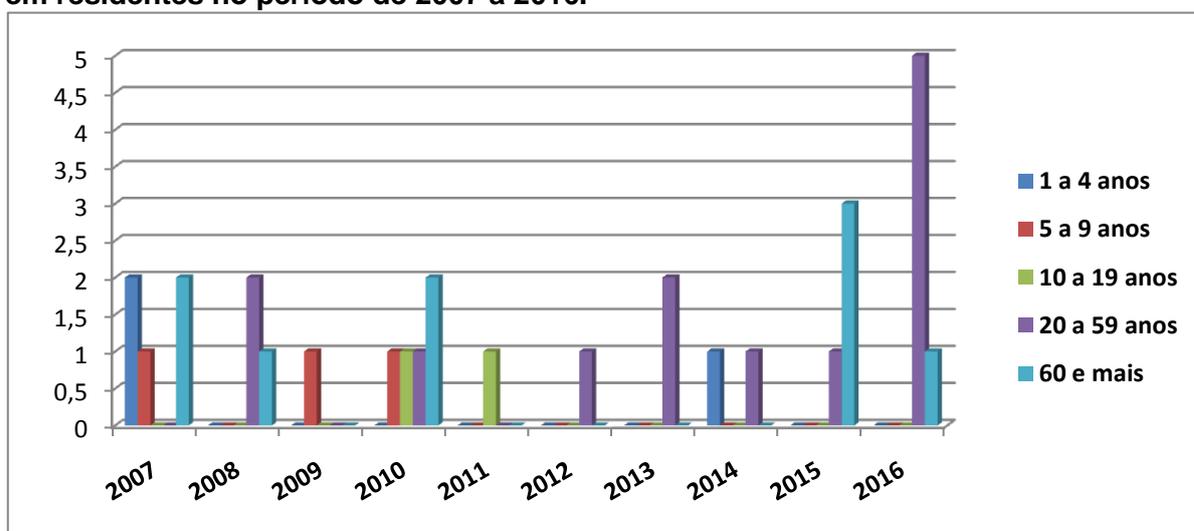
Observando a 61 e o Gráfico 38 vemos que os casos de Meningite Pneumocócica predominam nas faixas etárias de maiores de 20 anos. O monitoramento dos registros futuros servirão de base para análise do impacto dessa vacina na prevenção de casos de Meningite Pneumocócica.

Tabela 63 - Frequência de casos de meningite pneumocócica segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.

Faixa Etária	200	200	200	201	201	201	201	201	201	201	Tota
	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	l
Menor 1 ano	2	2	1	2	0	0	0	0	0	1	8
1 a 4 anos	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
5 a 9 anos	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3
10 a 19 anos	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
20 a 59 anos	0	2	0	1	0	1	2	1	1	5	13
60 e mais	2	1	0	2	0	0	0	0	3	1	9
Total	7	5	2	7	1	1	2	2	4	7	38

FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 38 - Frequência de casos de meningite pneumocócica segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.



FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

- **Meningite por haemophilus**

Durante o período de 2014 a 2016, não houve registro de meningite por *haemophilus* em residente de Niterói.

- **Meningite Tuberculosa**

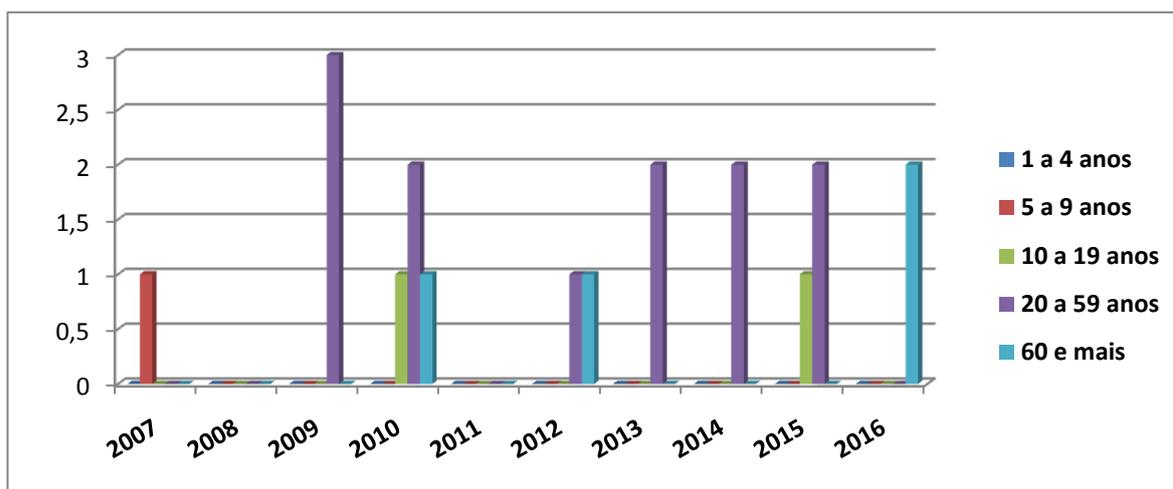
Nos anos de 2014, 2015 e 2016 ao analisarmos a faixa etária onde ocorreu o maior número de casos de meningite tuberculosa, observamos que foi na faixa de 20 a 59 anos (foram registrados 2 casos a cada ano, conforme vemos na tabela 64). Levando-se em conta que a cobertura vacinal de BCG vem se mantendo acima de 95% ao longo dos anos no município e que não foram registrados casos meningite tuberculosa nas faixas etárias até 4 anos de idade e que houve registro de 3 casos na faixa de 5 a 19 anos, vemos que pode haver uma relação positiva de proteção da vacina.

Tabela 64 - Frequência de casos de meningite tuberculosa segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.

Faixa Etária	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Menor 1 ano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 a 4 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 a 9 anos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
10 a 19 anos	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2
20 a 59 anos	0	0	3	2	0	1	2	2	2	0	12
60 e mais	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	4
Total	1	1	3	4	0	2	2	2	3	2	19

FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 39 - Frequência de casos de meningite tuberculosa segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.



FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

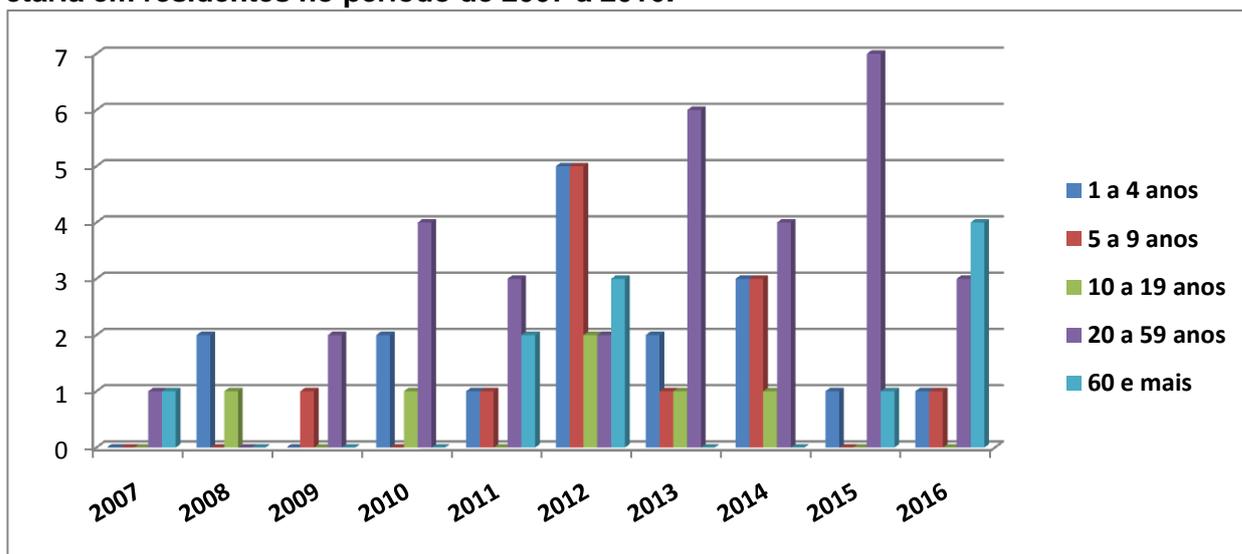
- **Meningite por outras bactérias**

Tabela 65 - Frequência de casos de meningite por outras bactérias segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.

Faixa Etária	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Menor 1 ano	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	7
1 a 4 anos	0	2	0	2	1	5	2	3	1	1	17
5 a 9 anos	0	0	1	0	1	5	1	3	0	1	12
10 a 19 anos	0	1	0	1	0	2	1	1	0	0	6
20 a 59 anos	1	0	2	4	3	2	6	4	7	3	32
60 e mais	1	0	0	0	2	3	0	0	1	4	11
Total	2	4	4	7	8	18	10	12	10	10	85

FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 40 - Frequência de casos de meningite por outras bactérias segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.



FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

- **Meningite viral**

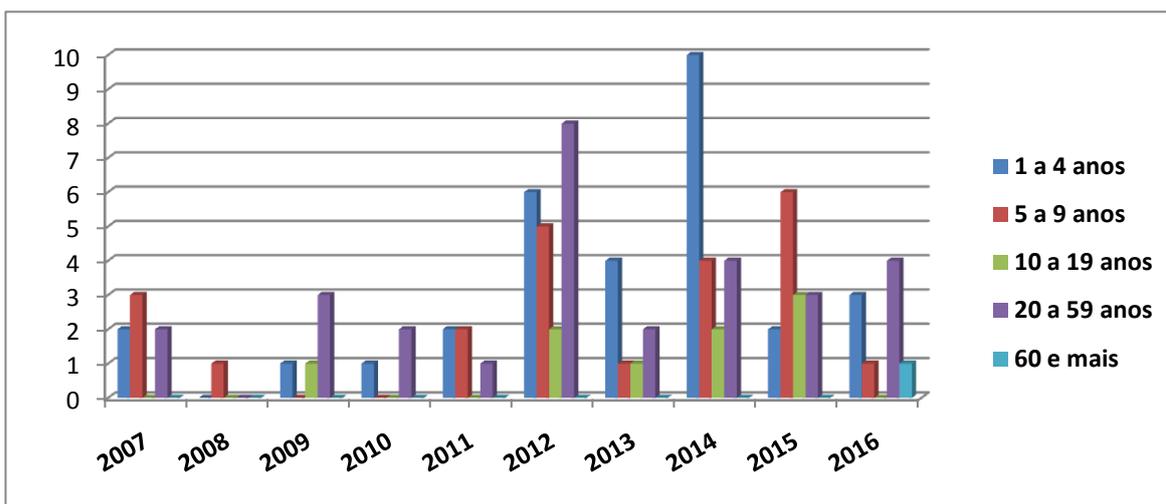
Observamos que a Meningite viral é a mais prevalente na série de 2014 a 2016. Levando-se em consideração que os vírus podem potencialmente causar surtos de meningite viral e que, entre as os quadros de arboviroses conhecidas, podem cursar com meningoencefalite e/ou meningite, torna-se muito importante o monitoramento desse tipo de meningite.

Tabela 66 - Frequência de casos de meningite viral segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.

Faixa Etária	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Menor 1 ano	0	0	0	1	0	1	0	6	0	1	9
1 a 4 anos	2	0	1	1	2	6	4	10	2	3	31
5 a 9 anos	3	1	0	0	2	5	1	4	6	1	23
10 a 19 anos	0	0	1	0	0	2	1	2	3	0	9
20 a 59 anos	2	0	3	2	1	8	2	4	3	4	29
60 e mais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	7	1	5	4	5	22	8	26	14	10	102

FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 41 - Frequência de casos de meningite viral segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.



FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

- **Meningites por outras etiologias**

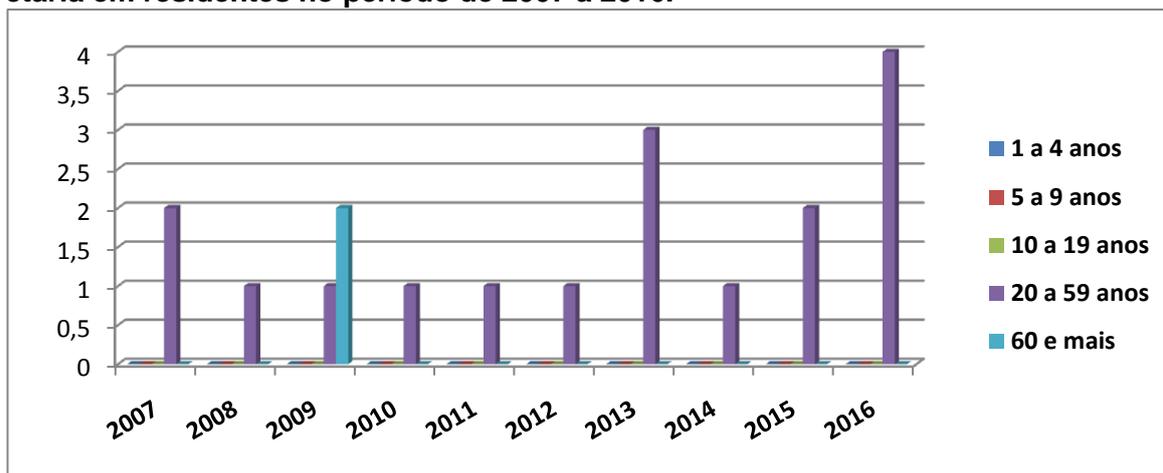
Eventos raros, a maior parte desse tipo de meningite são causadas por fungos. As faixas etárias atingidas são aquelas maiores de 20 anos.

Tabela 67 - Frequência de casos de meningite por outras etiologias segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.

Faixa Etária	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Menor 1 ano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 a 4 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 a 9 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 a 19 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 a 59 anos	2	1	1	1	1	1	3	1	2	4	17
60 e mais	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	2	1	3	1	1	1	3	1	2	4	19

FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 42 - Frequência de casos de meningite por outras etiologias segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.



FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

- **Óbitos por meningite**

Tabela 68 – Óbitos por meningite segundo faixa etária no período de 2007 a 2016.

Fx Etária SINAN	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
<1 Ano	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	4
1-4	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	5
5-9	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
10-14	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
15-19	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
20-34	0	1	1	2	2	3	1	1	1	3	15
35-49	1	2	1	1	1	0	3	0	1	2	12
50-64	1	1	2	0	1	2	1	0	3	2	13
65-79	1	1	0	1	0	1	0	0	2	2	8
80 e+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
Total	5	9	6	7	5	7	5	2	8	12	66

FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

A letalidade por Meningite nos anos de 2014, 2015 e 2016 foi 3,28%, 22,86% e 29,27%, respectivamente. Estimamos que devido ao número reduzido de casos e óbitos por ano, existe grande flutuação na letalidade das meningites. Observamos que os maiores coeficientes de letalidade se referem a meningite tuberculosa, meningite pneumocócica e meningite por outras etiologias. Esta análise deverá ser mais aprofundada, levando em conta fatores que podem

interferir na assistência, virulência dos agentes etiológicos e outros, o que vai exigir elaboração de estudo específico de letalidade.

- **Óbito por Doença Meningocócica**

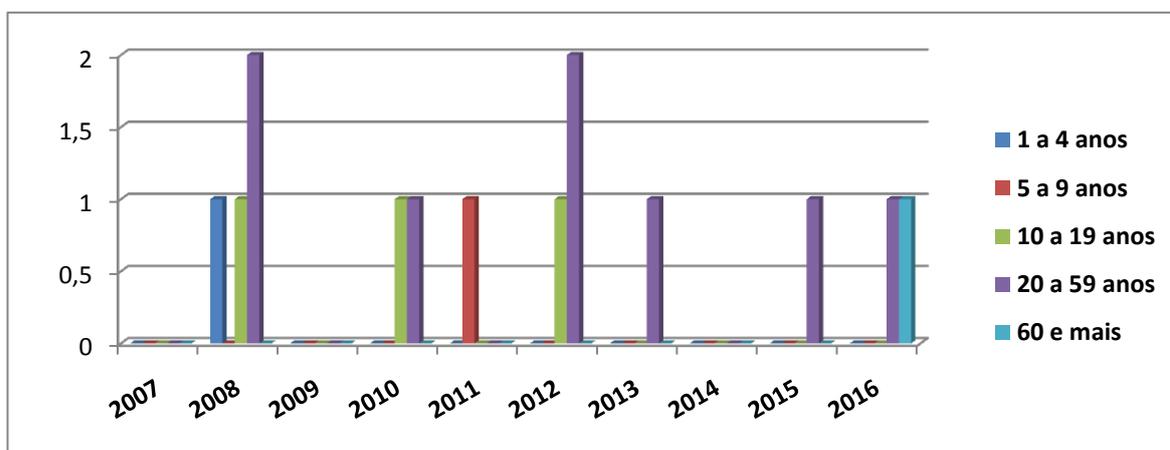
A letalidade por Doença Meningocócica nos anos de 2014, 2015 e 2016 foi 0, 50% e 40%, respectivamente.

Tabela 69 - Frequência de casos de óbito por doença meningocócica segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.

Faixa Etária	200	200	200	201	201	201	201	201	201	201	Tota
	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	l
Menor 1 ano	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
1 a 4 anos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
5 a 9 anos	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
10 a 19 anos	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	3
20 a 59 anos	0	2	0	1	0	2	1	0	1	1	8
60 e mais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	0	4	0	3	1	3	1	0	1	2	15

FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 43 - Frequência de óbitos por doença meningocócica segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.



FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

- **Óbitos por meningite tuberculosa**

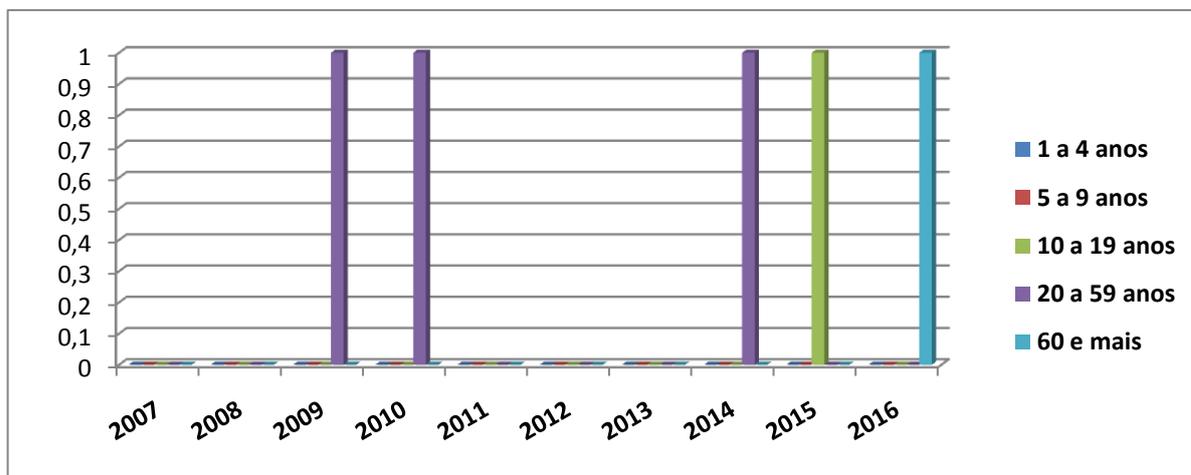
Letalidade= 50%, 33,3% e 50% em 2014, 2015 e 2016, respectivamente.

Tabela 70 - Frequência de casos de óbito por meningite tuberculosa segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.

Faixa Etária	200	200	200	201	201	201	201	201	201	201	Tota
	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	l
Menor 1 ano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 a 4 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 a 9 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 a 19 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
20 a 59 anos	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	3
60 e mais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	5

FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 44 - Frequência de óbitos por meningite tuberculosa segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.



FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

- **Óbitos por meningite por outras bactérias**

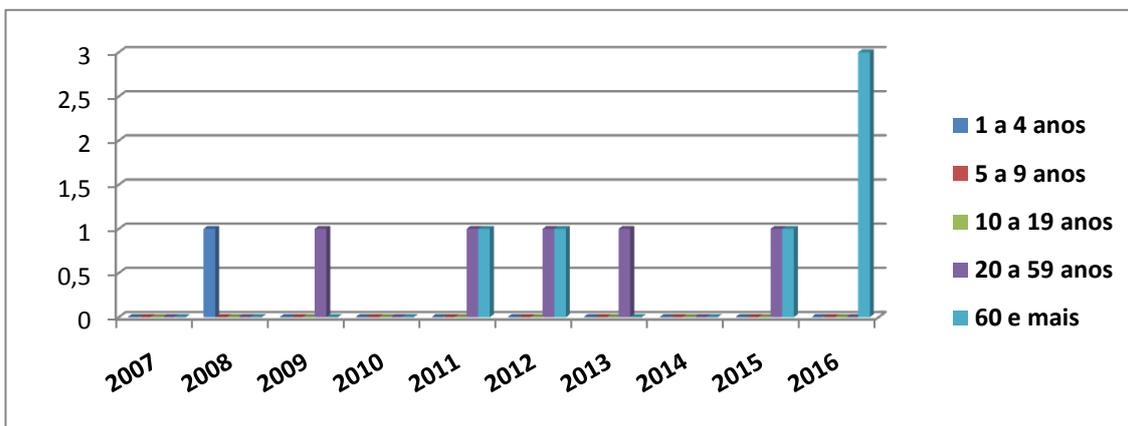
Letalidade= 0, 20% e 30% em 2014, 2015 e 2016, respectivamente.

Tabela 71 - Frequência de casos de óbito por meningite por outras bactérias segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.

Faixa Etária	200	200	200	201	201	201	201	201	201	201	Tota
	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	l
Menor 1 ano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 a 4 anos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
5 a 9 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 a 19 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 a 59 anos	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	5
60 e mais	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3	6
Total	0	1	1	0	2	2	1	0	2	3	12

FONTA: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 45 - Frequência de óbito por meningite por outras bacterias segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.



FONTA: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

- **Óbitos por meningite por outras etiologias**

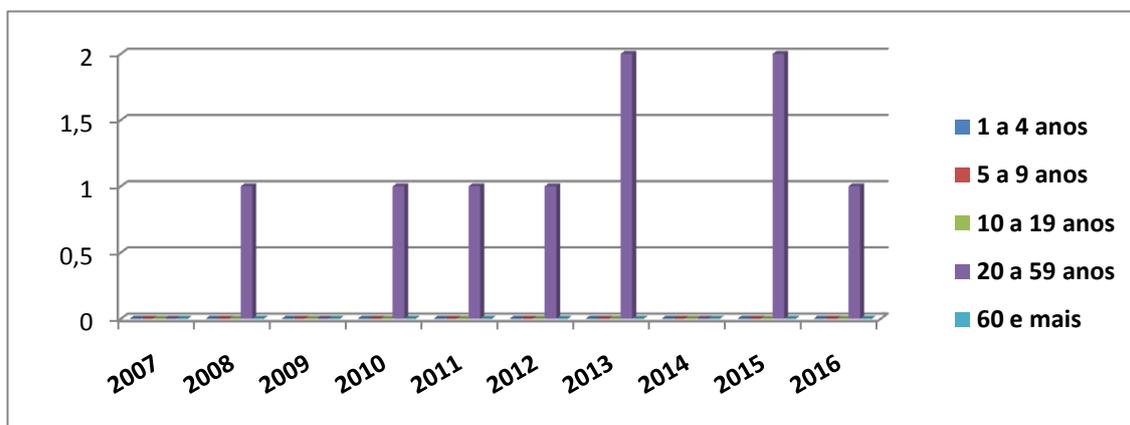
Letalidade= 0, 100% e 25% em 2014, 2015 e 2016, respectivamente.

Tabela 72 - Frequência de casos de óbito por meningite por outras etiologias segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.

Faixa Etária	200	200	200	201	201	201	201	201	201	201	Tota
	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	I
Menor 1 ano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 a 4 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 a 9 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 a 19 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 a 59 anos	0	1	0	1	1	1	2	0	2	1	9
60 e mais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	1	0	1	1	1	2	0	2	1	9

FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 46 - Frequência de óbito por meningite por outras etiologias segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.



FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

- **Óbito por meningite pneumocócica**

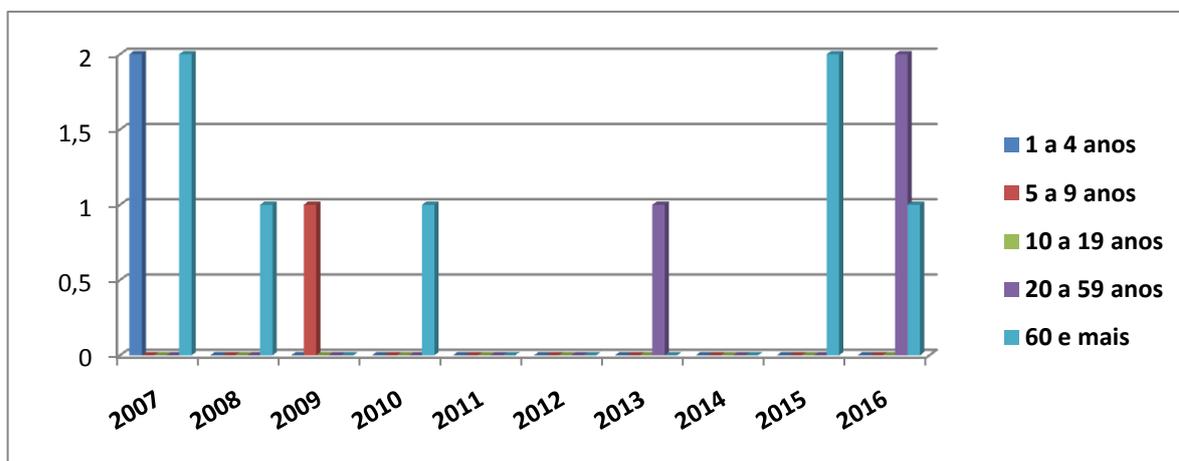
Letalidade= 0, 50% e 42,9% em 2014, 2015 e 2016, respectivamente.

Tabela 73 - Frequência de casos de óbito por meningite pneumocócica segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.

Faixa Etária	200	200	200	201	201	201	201	201	201	201	Tota
	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	l
Menor 1 ano	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
1 a 4 anos	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
5 a 9 anos	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
10 a 19 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 a 59 anos	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3
60 e mais	2	1	0	1	0	0	0	0	2	1	7
Total	4	2	2	1	0	0	1	0	2	3	15

FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 47 - Frequência de óbito por meningite pneumocócica segundo faixa etária em residentes no período de 2007 a 2016.



FONTE: SINAN/MS/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI – em 21/07/2017. Dados sujeitos à revisão.

No período analisado, não ocorreu óbito por meningite viral ou por haemophilus.

- Planejamento para o período de 2018 2021:
 - Intensificar a Vigilância Epidemiológica com especial atenção aos casos ocorridos nas proximidades das divisas com outros municípios.
 - Produzir e distribuir material educativo com orientações de conduta frente aos casos suspeitos de meningite.

- Realizar treinamento para os profissionais de saúde da assistência e para as equipes de vigilância epidemiológica.
- Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores

A vigilância das zoonoses e Doenças transmitidas por vetores abrange as ações e os serviços de saúde voltados para vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de doenças transmitidas por vetores de relevância para a saúde pública. Tem como funções monitorar, assessorar tecnicamente e avaliar o perfil epidemiológico dos agravos para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle, executando outras atividades afins.

Os principais agravos de vigilância da Assessoria são:

ARBOVIROSES

Arbovírus são vírus os quais têm parte de seu ciclo de replicação nos insetos, podendo ser transmitidos aos seres humanos e outros animais pela picada de artrópodes hematófagos. Fazem parte deste grupo a dengue, chikungunya, zika e febre amarela.

Dengue

A partir do ano de 1986, com a reintrodução do vírus da dengue em Niterói, esta se tornou uma doença endêmica (como em outros locais do Brasil), ou seja, observamos notificações de casos em todos os meses do ano, com períodos epidêmicos em intervalos que variam de 3 a 5 anos (ocorridos nos anos de 1986/1987, 1990/1991, 1998, 2001/2002, 2007/2008 e 2011/2012/2013). É importante ressaltar que ao longo desses anos já foi detectada no município a circulação dos vírus DEN-1, DEN-2 e DEN-3 e DEN-4.

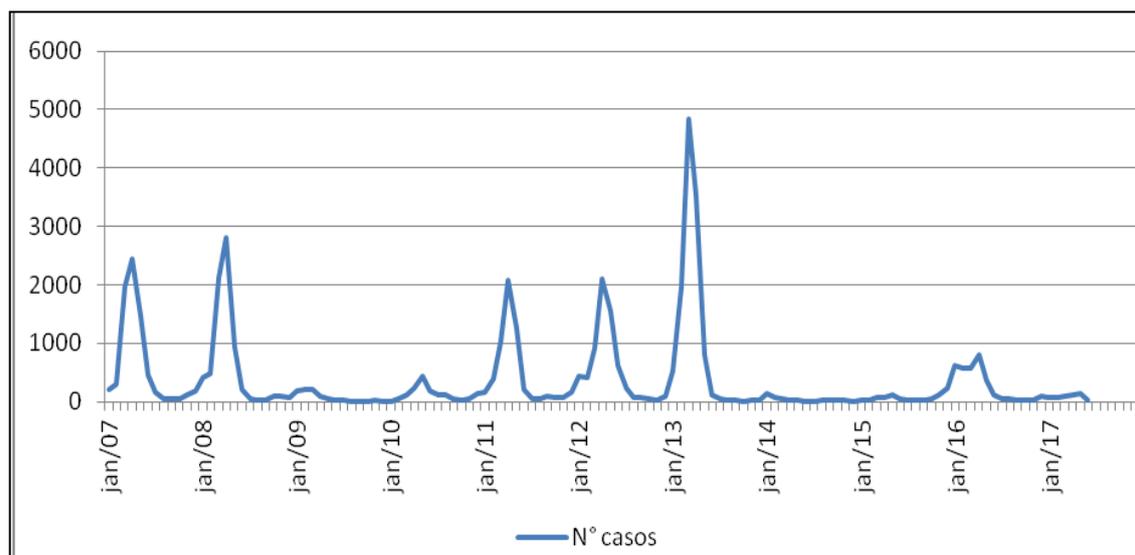
Em 2014 foram notificados 397 casos e o número de registros mensais não ultrapassou o limite máximo esperado. Neste mesmo ano, apesar dos esforços para identificação do vírus em circulação, não foram identificadas amostras positivas para vírus da dengue.

No ano de 2015 foram registrados 785 casos de dengue em residentes de Niterói. O número de casos, ao longo do ano, se manteve abaixo do limite

máximo esperado e, de forma semelhante ao ano de 2014, não houve identificação do sorotipo que circulou no município. A partir do mês de novembro do ano de 2015 foi observado um aumento gradual do número de casos notificados de dengue, que permaneceu em elevação nos primeiros meses de 2016, com nova queda a partir de maio do mesmo ano. Estimamos que o aumento das notificações se justifica pelo aparecimento de casos de zika e chikungunya, já que durante a fase aguda destas três arboviroses os sinais/sintomas são semelhantes e cada caso de síndrome febril pode ter originado a notificação dos três agravos. O fato de haver registro de apenas 25 casos confirmados e somente um caso de dengue com sinais de alarme e um caso de dengue grave nesse ano, reforça a hipótese a maior parte dos casos notificados não era dengue. No final de 2016 foi identificado o vírus DEN-1.

De 1º de janeiro até o dia 04 de julho de 2017 foram notificados 619 casos de dengue; entre estes 12 foram confirmados, o que corresponde a apenas 2% dos casos. Foi registrado 1 caso grave. Segue abaixo a série histórica de casos notificados de Dengue em residentes de Niterói no período de 1 de janeiro de 2007 a 19 de junho de 2017.

Gráfico 48 – Frequência de casos notificados de Dengue em residentes de Niterói, no período de 01 de janeiro de 2007 a 19 de junho de 2017.



Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS Niterói
 Dados sujeitos à revisão – retirados do SINAN em 19/06/2017.

Chikungunya

No mês de novembro de 2015 foi confirmado o primeiro caso de febre da chikungunya em residente de Niterói. A partir daquele mês até 04 de julho de 2017, foram notificados 665 casos em residentes no município. Desse total, 136 casos foram confirmados por critério laboratorial.

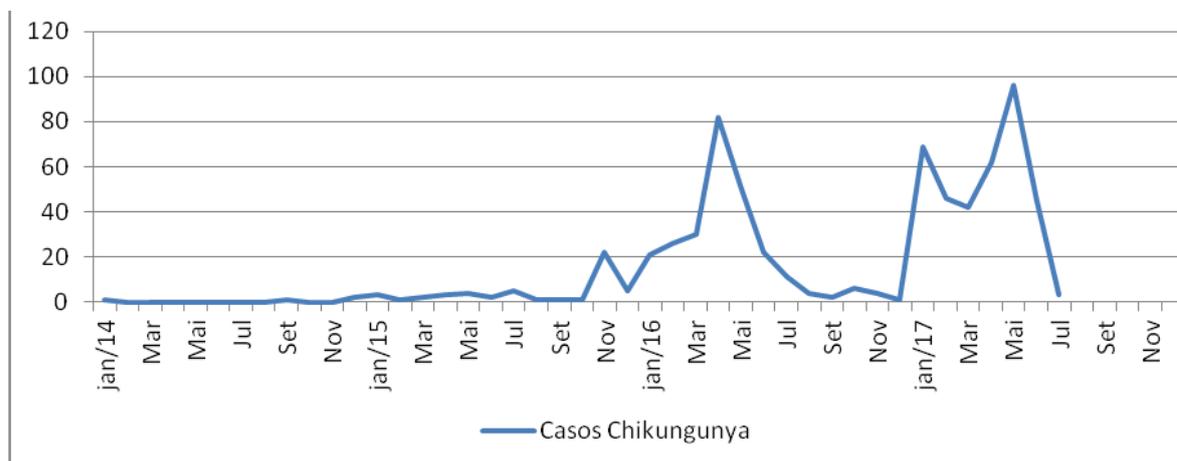
Tabela 74 – Distribuição de casos de Chikungunya segundo ano de início dos sintomas no período de novembro de 2015 a 21 julho de 2017.

Ano	Nº casos notificados	Nº casos confirmados
2015	79	3
2016	265	68
2017*	321	65
Total	665	136

Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS Niterói

Dados sujeitos à revisão – *retirados do SINAN em 21/07/2017.

Gráfico 49 – Casos notificados de Chikungunya em residentes de Niterói por mês de início dos sintomas – novembro 2015 a julho 2017.



Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS Niterói

Dados sujeitos à revisão – retirados do SINAN em 07/07/2017.

A vigilância das arboviroses atua com objetivo de identificar precocemente os casos, para que medidas de assistência à todos os casos sejam adotadas, e assim, evitar possíveis óbitos por esses agravos.

Além disso, semanalmente, os casos notificados no SINAN são repassados ao Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) de Niterói, para subsidiar as ações de prevenção.

A situação epidemiológica se torna mais complexa com a identificação do surto de febre amarela silvestre registrado no país a partir do final do ano de 2016, atingindo principalmente a região sudeste. Por ser uma doença imunoprevenível, as informações e análises se encontram junto às demais doenças desse grupo.

Zika

Em 29/04/2015 o Portal da Saúde/Ministério da Saúde anuncia a detecção de casos de doença exantemática em Pernambuco e outros estados do Nordeste. Em 14/05/2015, no mesmo Portal, o MS comunica a confirmação da ocorrência de casos de Zika vírus no país.

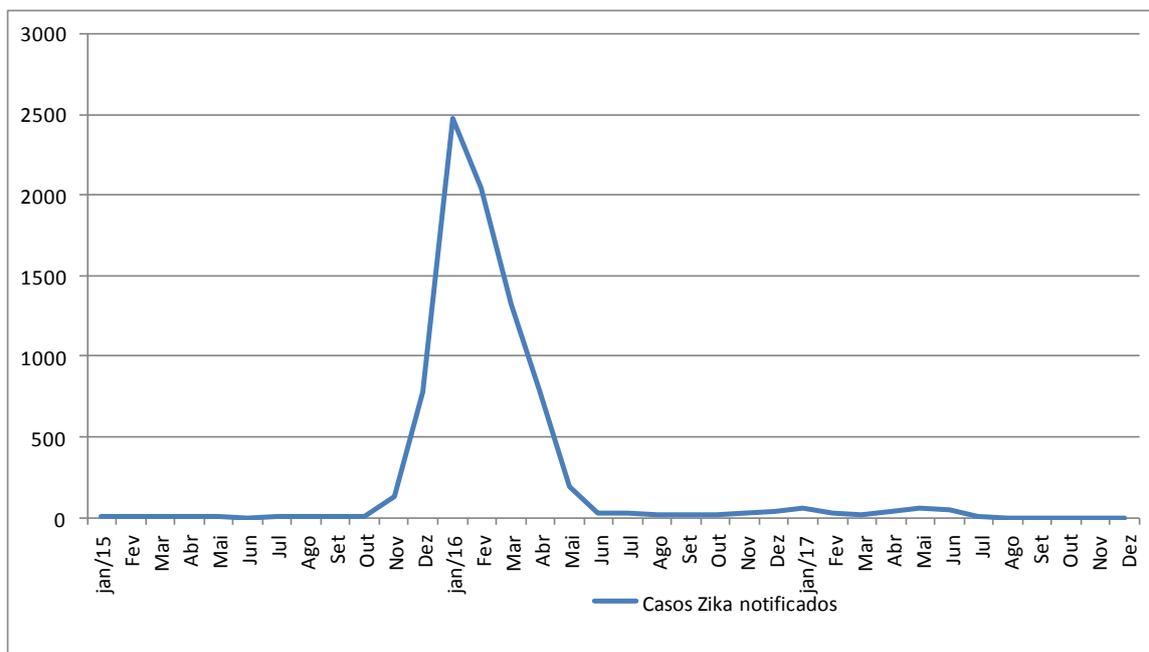
Em 17 de fevereiro de 2016 o Ministério da Saúde publica a Portaria GM/MS nº 204, que inclui a “Doença aguda pelo vírus Zika”, a “Doença aguda pelo vírus Zika em gestante” e o “Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika” na lista nacional de doenças de notificação compulsória. Além da inclusão da vigilância universal destes agravos, a citada Portaria determina que os casos de “Síndrome neurológica pós infecção febril exantemática” devem ser notificados.

Em Niterói, foi estabelecida a notificação de casos de suspeitos de zika vírus no mês de novembro de 2015. No período novembro de 2015 até o dia 21 de julho de 2017 foram notificados 8.181 casos de zika vírus em residentes de Niterói, sendo 604 foram em gestantes. Foram confirmados laboratorialmente, 240 casos nos anos de 2015 e 2016. De 01 de janeiro de 2017 até o dia 21 de julho 2017 não foram confirmados casos de zika por laboratório em residentes de Niterói, embora tenham sido analisadas 75 amostras de gestantes com quadro suspeito da doença.

Observamos que os casos de Zika vírus se concentram no período de novembro de 2015 a maio de 2016. O número de notificações a partir de junho de 2016 até a presente data é bastante reduzido. O exame de laboratório disponível até o momento para conformação dos casos suspeitos de zika é o *Polimerase Chain Reaction* (PCR), tecnologia de biologia molecular, que detecta material genético do vírus no soro e na urina do paciente na fase aguda da doença. Essa

característica limita a investigação somente aos primeiros dias de doença. No ano de 2017 não houve exame de PCR para zika detectável.

Gráfico 50 – Casos notificados de Zika em residentes de Niterói por mês de início dos sintomas – 2015 a 2017.



Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS Niterói
Dados sujeitos à revisão – retirados do SINAN em 07/07/2017

Em 22 de outubro de 2015, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), na região Nordeste, comunicou à SVS/MS a observação, a partir de agosto de 2015, do aumento no número de casos de microcefalia. Essa situação despertou a atenção das autoridades de saúde do Estado e de especialistas, dando início a uma corrida para levantamento e verificação de dados e análise de causas possíveis. Foram consolidadas evidências que corroboraram o reconhecimento da relação entre a presença do vírus Zika e o aumento da ocorrência de casos de microcefalia no país. Em 11 de novembro de 2015, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 1.813 que declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil. Assim, no mês de novembro de 2015, a SES/RJ por meio da Resolução SES/RJ 1296 de 18/11/2015, estabeleceu a notificação de casos de Síndrome Exantemática em gestantes. O INFORME TÉCNICO 004/2015, da Gerência de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses - SÍNDROME EXANTEMÁTICA EM GESTANTES, de 25 de novembro

de 2015, preconiza a coleta de amostras biológicas para pesquisa do vírus Zika no Lacen RJ. A tabela e o Gráfico abaixo mostram a distribuição dos 691 casos notificados de exantema em gestantes no período de julho de 2015 a 21 de julho de 2017 em residentes de Niterói.

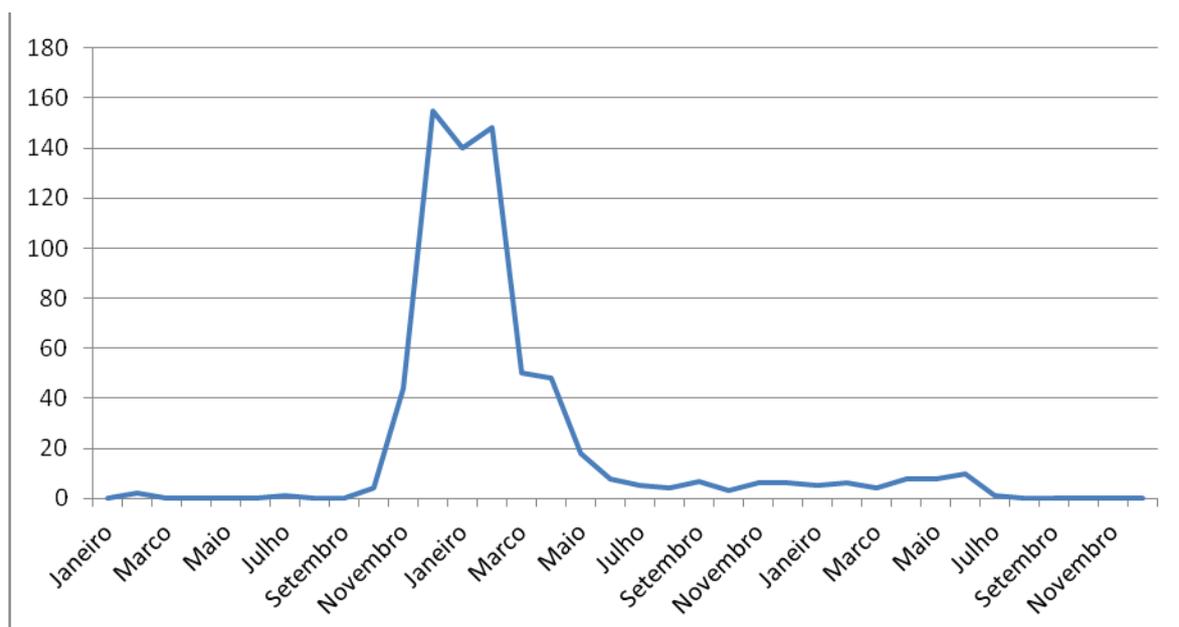
Tabela 75 - Casos notificados de exantema em gestante residentes de Niterói por mês de início dos sintomas - 2015 a 2017.

Mês sintoma	2015	2016	2017	Total
Janeiro	0	140	5	145
Fevereiro	2	148	6	156
Marco	0	50	4	54
Abril	0	48	8	56
Mai	0	18	8	26
Junho	0	8	10	18
Julho	1	5	1	7
Agosto	0	4	0	4
Setembro	0	7	0	7
Outubro	4	3	0	7
Novembro	44	6	0	50
Dezembro	155	6	0	161
Total	206	443	42	691

Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS Niterói

Dados sujeitos à revisão – retirados do SINAN em 07/07/2017

Gráfico 51 – Casos notificados de exantema em gestantes residentes de Niterói por mês de início dos sintomas – 2015 a 2017.



Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói.
Dados sujeitos a revisão, atualizados em 21/07/2017.

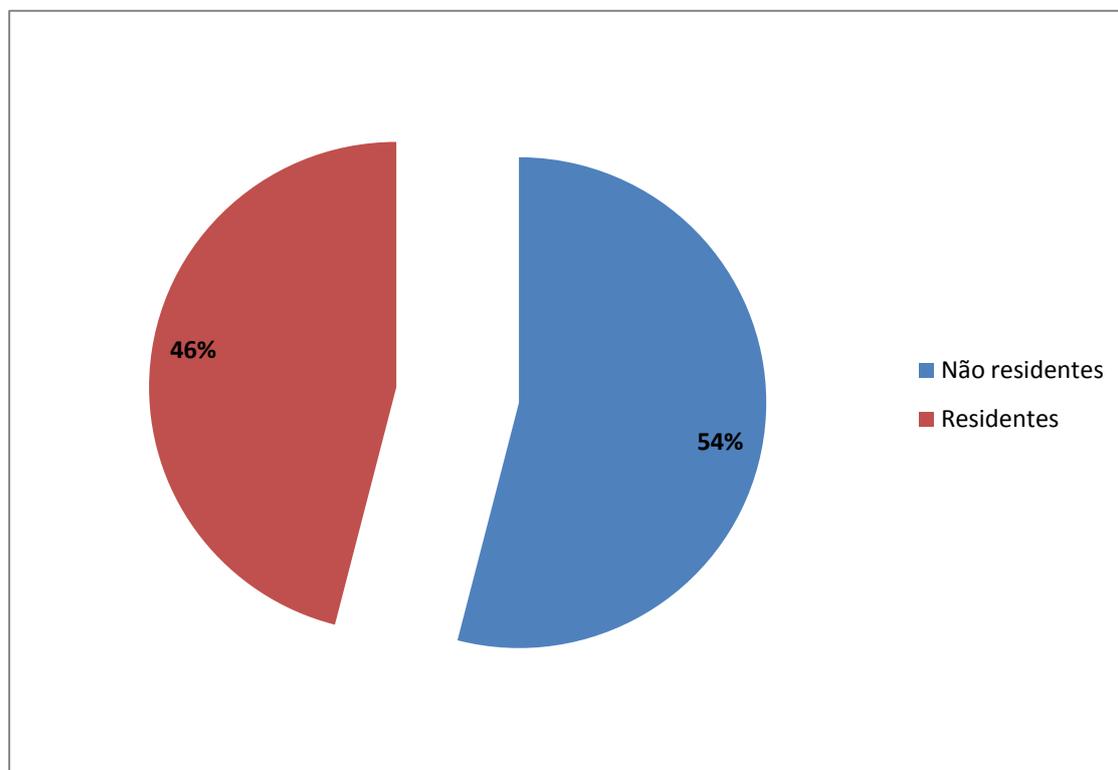
O Município de Niterói, por iniciativa do Departamento de Supervisão Técnico-Metodológica (DESUM), promoveu dois seminários (o primeiro em 31/03/2016 e o segundo em 20/07/2016), acerca do protocolo municipal de assistência à gestante e recém-nascido com microcefalia, com o objetivo de compartilhar informações e discutir as boas práticas na atenção e no acompanhamento das crianças com microcefalia e de suas famílias.

A partir do primeiro seminário, surgiu o Grupo de Trabalho (GT) de Microcefalia, integrado pela Coordenação de Vigilância em Saúde (COVIG), Departamento de Supervisão Técnico Metodológica (DESUM) e a Universidade Federal Fluminense (UFF), que visa discutir os casos notificados e orientar a rede quanto à notificação/investigação dos casos de microcefalia e o acompanhamento das crianças filhas de mulheres que apresentaram exantema durante a gestação, considerando as orientações do MS publicadas em 10/03/2016 (Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central (SNC) – Versão 2) e no primeiro semestre de 2017 (Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira

infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS), ambos disponíveis *on line*.

Segue abaixo as informações sobre os casos de microcefalia notificados no município de Niterói.

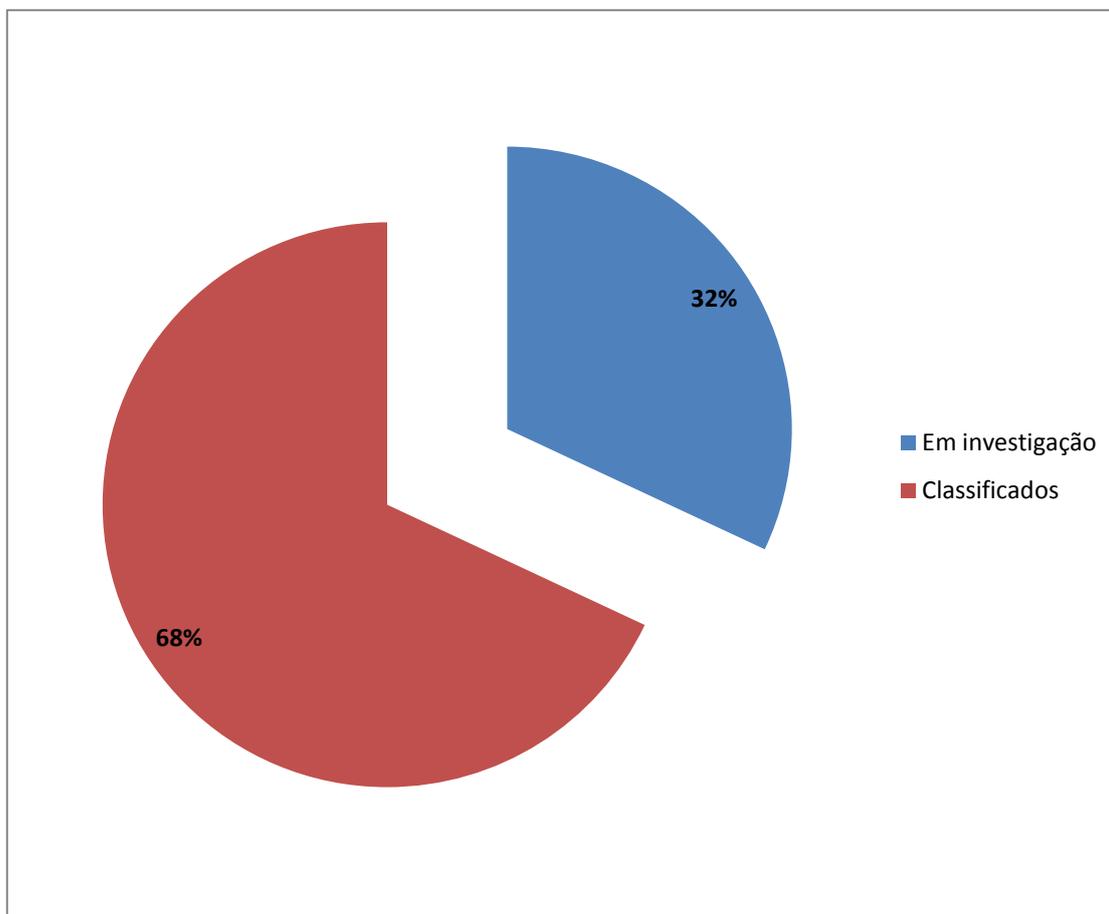
**Gráfico 52 - Casos notificados de Microcefalia no período de 22/12/2015 a 11/05/2017.
(n=83)**



Fonte: COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói e RESP/MS.
Dados retirados em 02/08/2017

Gráfico 53 – Situação de classificação dos casos notificados de Microcefalia residentes em Niterói.

(n=38)



Fonte: COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói e RESP/MS.
Dados retirados em 02/08/2017

Tabela 76 - Classificação dos casos notificados de Microcefalia de residentes em Niterói segundo o protocolo SVS/MS de 2016*

Classificação dos casos	Número de Casos
Descartada Microcefalia	12
Confirmada Microcefalia	14
Total	26

Fonte: COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói e RESP/MS.

Dados retirados em 02/08/2017

*Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central (SNC) – Versão 2, março de 2016.

Tabela 77 - Classificação dos casos notificados de Microcefalia de residentes em Niterói segundo o protocolo SVS/MS de 2017**

Classificação dos casos	Número de Casos
Caso descartado de infecção congênita por STORCH + Zika	5
Caso provável de infecção congênita sem identificação etiológica	13
Caso confirmado de infecção congênita por Zika vírus	6
Caso confirmado de infecção congênita por STORCH	2
Total	26

Fonte: COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói e RESP/MS.

Dados retirados em 02/08/2017

**Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS.

STORCH = Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes

O citado GT de Microcefalia estabeleceu a vigilância (notificação e monitoramento até 3 anos de idade) de todas as crianças filhas de mulheres que tiveram exantema na gestação, por conta de estudos que evidenciaram alterações pós-natais de Sistema Nervoso Central em crianças que nasceram sem microcefalia.

O Hospital Universitário Antonio Pedro/UFF desenvolve um Projeto de Pesquisa que oferece consultas médicas com equipe multidisciplinar às crianças da Região Metropolitana 2 que nasceram com microcefalia e outras alterações relacionadas à zika. O projeto prevê acompanhamento até os 5 anos de idade. As crianças que necessitam estimulação precoce são encaminhadas à Associação Pestalozzi de Niterói, Associação Fluminense de Reabilitação (AFR) e Associação Fluminense de Amparo aos Cegos (AFAC).

Febre Amarela

A importância epidemiológica da febre amarela se dá por sua gravidade clínica e elevado potencial de disseminação em áreas urbanas infestadas por *Aedes aegypti*. Desde 1942, não ha registro no Brasil da forma urbana de transmissão pelo *Aedes aegypti* (ciclo urbano) da febre amarela. Os casos confirmados após 1942 são resultado de transmissão silvestre.

No período de 2014 até 2017, foram notificados 16 casos de febre amarela em humanos residentes de Niterói, sendo 3 em 2015 e 1 em 2016: todos esses casos foram descartados. No ano de 2017, foram notificados 12 casos: 01 confirmado para Febre Amarela Silvestre, com local provável de infecção no município de Maricá, 09 casos foram descartados e 02 casos permanecem em investigação. Todos os casos foram notificados ao CCZ para imediata adoção das medidas de controle.

A vigilância da febre amarela atua de forma articulada com o CCZ, pois também é necessário manter a vigilância de epizootias dos casos de primatas não-humanos encontrados mortos ou doentes, pois a epizootia serve como alerta para a ocorrência de casos em humanos.

No ano de 2017 foram notificados 63 casos de epizootias em primatas não-humanos e encaminhadas 45 amostras para análise no Instituto Jorge Vaitsman. O IJV é o laboratório de referência para análise de amostras de animais para investigação laboratorial de raiva e febre amarela. Até o presente momento, 13 casos foram descartados para febre amarela. Os casos restantes permanecem em investigação. Não foram registrados casos confirmados em primatas não humanos recolhidos em Niterói.

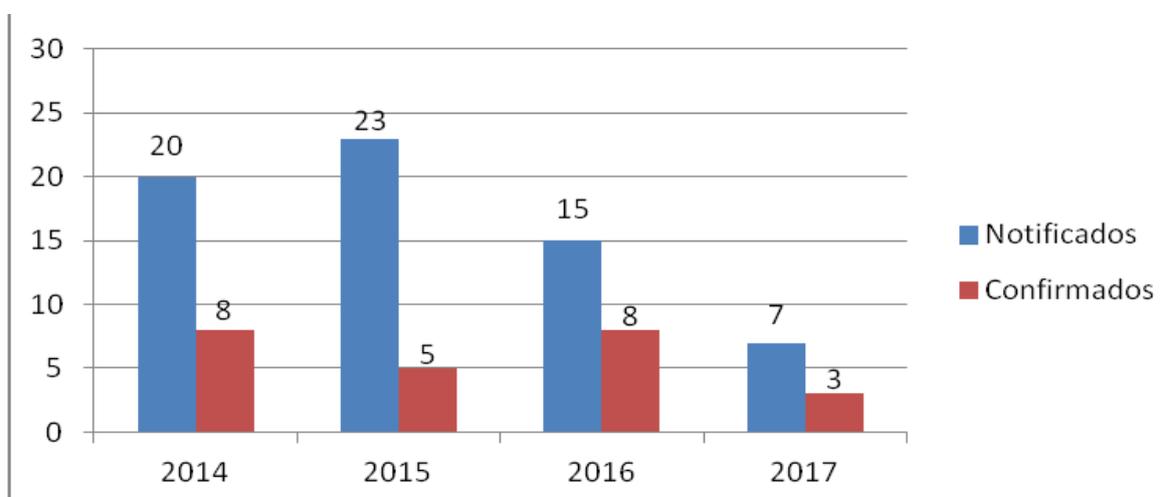
As ações da vigilância visam reduzir a incidência da febre amarela silvestre, impedir a transmissão urbana e também detectar oportunamente a circulação viral para orientar as medidas de controle. Por ser uma doença imunoprevenível, a principal medida de controle é a vacinação de toda a população suscetível de 9 meses a 59 anos. O MS e a SES-RJ estabeleceram a meta de vacinação de toda a população (de 9 meses a 59 anos) do Estado do Rio de Janeiro até o final de 2017. Considerando as doses já aplicadas no período de 2007 a julho de 2017, foram aplicadas 251.752 doses de vacina contra a Febre Amarela em Niterói, o que corresponde a 63,54% da população alvo. Foram priorizadas para vacinação as pessoas que vivem em áreas de mata, nas regiões de Várzea das Moças, Engenho do Mato, Piratininga, Maravista, Cafubá, Muriqui, Vila Progresso, Badu, Matapaca, Sapê, Maceió, Cantagalo e Caramujo.

Leptospirose

A Leptospirose é uma doença de notificação compulsória de grande relevância para a Saúde Pública. No Brasil, a Leptospirose apresenta-se de forma endêmica. Enquanto nos países desenvolvidos a Leptospirose é considerada uma patologia reemergente e ocupacional a mesma constitui um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. A ineficácia ou inexistência de rede de esgoto e drenagem de águas pluviais e a coleta de lixo inadequada são condições favoráveis a alta endemicidade e ocorrência de epidemias.

No período de 2014 até o dia 14 de julho de 2017, foram notificados um total de 65 casos suspeitos de leptospirose em residentes de Niterói.

Gráfico 54 – Frequência de casos notificados e confirmados de Leptospirose em residentes de Niterói por ano de início dos sintomas.



Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS Niterói
Dados sujeitos à revisão – retirados do SINAN em 14/07/2017.

Do total de 24 casos confirmados, 4 pacientes evoluíram a óbito.

Os meses de março e abril registram maior número de casos notificados, o que pode se relacionar ao aumento do volume de chuvas nesse período, expondo as pessoas a situações de contato com o agente causador da doença.

Os casos suspeitos notificados são acompanhados e amostras de soro de pacientes são enviadas para análise em laboratório de referência. Os casos confirmados de leptospirose são repassados ao CCZ de Niterói, para que medidas de controle sejam realizadas.

Malária

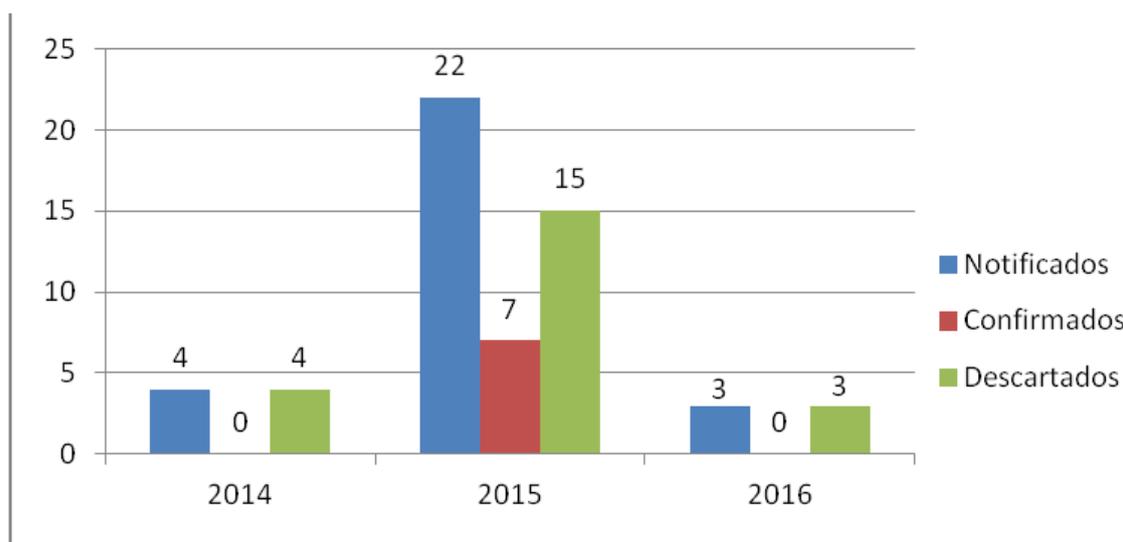
A malária representa grave problema de saúde pública no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima 219.000.000 de novos casos e 660.000 mortes por ano, principalmente em crianças menores de 5 anos e mulheres grávidas.

A área endêmica do Brasil compreende a região amazônica brasileira, incluindo os estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Mato Grosso e Maranhão. Esta região é responsável por 99% dos casos autóctones do país.

Fora da região amazônica, mais de 80% dos casos registrados são importados dos estados pertencentes à área endêmica brasileira, de outros países amazônicos, do continente africano, ou do Paraguai. Entretanto, existe transmissão residual de malária no Piauí, no Paraná e em áreas de Mata Atlântica nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo.

No período de 2014 a 2017, foram notificados 29 casos suspeitos de malária em residentes de Niterói.

Gráfico 55 – Frequência de casos notificados, confirmados e descartados de Malária em residentes de Niterói por ano de início dos sintomas.



Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS Niterói
Dados sujeitos à revisão – retirados do SINAN em 14/07/2017.

Todos os casos confirmados eram importados e foram notificados pelo Instituto Nacional de Infectologia (INI)/Fiocruz. Desse total, 5 casos foram por *Plasmodium Vivax* e 2 casos por *Plasmodium Falciparum*. Os locais prováveis de

infecção foram: Congo (1 caso); Amazônia Peruana (1 caso); República Centro Africana (1 caso); Petrópolis (2 casos); e Friburgo (2 casos).

Em 2015, o município de Niterói tornou-se pólo para armazenamento e distribuição de medicamentos para o tratamento da malária, sendo referência para a região metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. Os medicamentos estão armazenados na farmácia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), e podem ser retirados com a prescrição médica e a cópia da notificação.

Os casos suspeitos são acompanhados pela vigilância e as amostras são enviadas para análise no DIP do HUAP ou no Lacen-RJ.

As ações realizadas visam detectar precocemente os casos, garantir o tratamento oportuno e adequado, identificar o local provável de infecção e adoção de medidas necessárias para prevenir ou reduzir a ocorrência da doença.

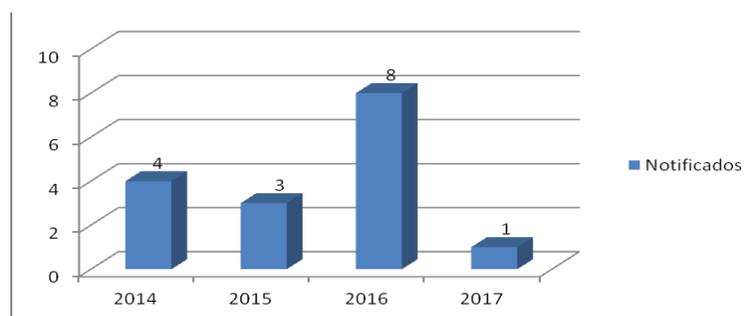
Esquistossomose

A Esquistossomose no Brasil é uma endemia que atinge 19 Unidades Federadas. Cerca de 99% dos casos estão concentrados nas regiões Nordeste e Sudeste. Está presente, de forma endêmica, do Maranhão até Minas Gerais, com focos no Pará, Piauí, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Goiás, Distrito Federal e Rio Grande do Sul.

Possui baixa letalidade e as principais causas de óbito estão relacionadas às formas clínicas graves. Entre 2002 e 2011, registraram-se, em média, cerca de 500 óbitos anuais pela doença no país.

No período de 2014 a 14 de julho de 2017 foram notificados 16 casos de esquistossomose em residentes de Niterói.

Gráfico 56 – Frequência de casos notificados de Esquistossomose em residentes de Niterói por ano do início dos sintomas.



Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS Niterói
Dados sujeitos à revisão – retirados do SINAN em 14/07/2017.

Observa-se que no ano de 2016 ocorreu um aumento de mais de 50% no número de notificações quando comparado ao ano anterior. É possível que o aumento de casos esteja relacionado à migração de indivíduos provenientes de áreas endêmicas para Niterói. Estudos elaborados especificamente para investigar o aumento do número de casos e local de infecção dos casos devem ser implementados.

A medicação para o tratamento da esquistossomose, praziquantel, é disponibilizado pela Gestão de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro, após a notificação do caso.

Existe uma dificuldade em realizar o exame de verificação de cura, quatro meses após o tratamento. Por vezes o paciente muda de endereço e a Unidade não consegue mais localizá-lo, impedindo o correto encerramento do caso.

As ações realizadas visam manter uma vigilância ativa para evitar a instalação de focos urbanos e a ocorrência de formas graves e óbitos e adoção de medidas de controle em tempo oportuno.

Esporotricose

A Esporotricose é uma micose causada por fungos do complexo *Sporothrix schenckii* que vivem no solo e se multiplicam em matéria orgânica em decomposição. Nos últimos anos, a esporotricose no Estado do Rio de Janeiro (RJ) tem sido relacionada com a doença em gatos. A infecção é usualmente adquirida pela inoculação traumática do fungo através da pele, que pode ocorrer pelo contato com matéria orgânica vegetal onde o fungo sobrevive, ou pelo

contato com animais doentes ou portadores sadios (zoonose). Milhares de casos humanos e felinos foram diagnosticados no RJ nas duas últimas décadas.

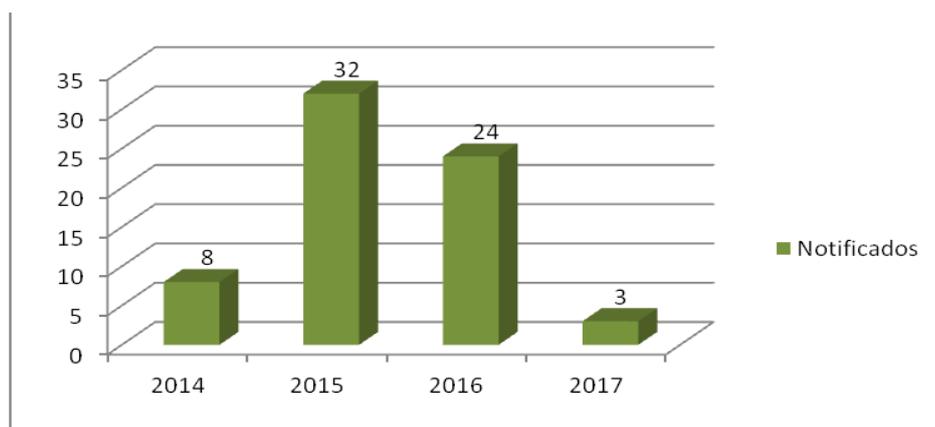
A esporotricose é atualmente um agravo de interesse estadual, com sua inserção, a partir de 2013, na lista de agravos de notificação do Estado do Rio de Janeiro (Resolução SES-RJ Nº 674 de 12/07/2013).

No município de Niterói, a notificação da esporotricose foi regulamentada com a Portaria Nº 96 de 10 de maio de 2014, que redefine as doenças de notificação compulsória no município.

Desde então, foram notificados 67 casos de esporotricose em humanos, e 106 casos de esporotricose animal.

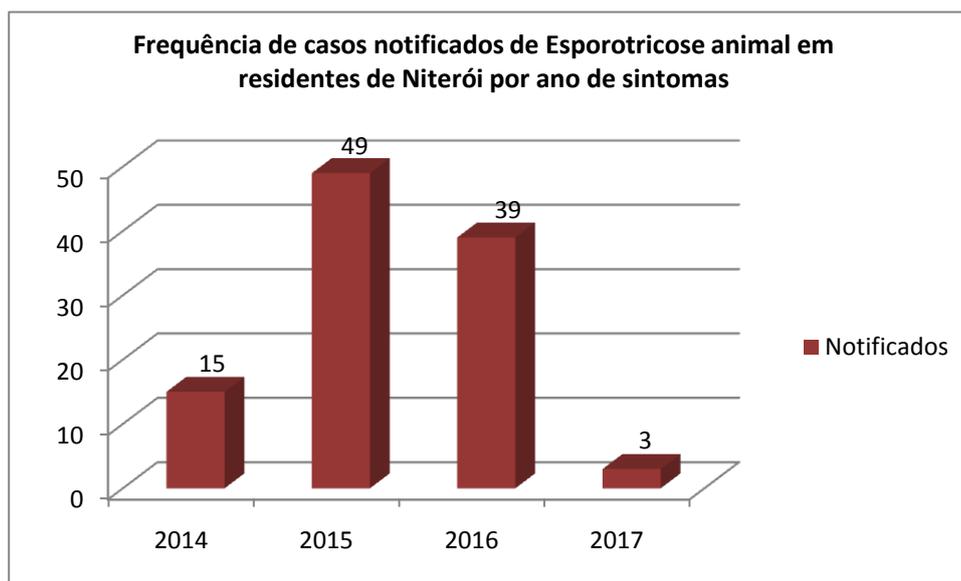
A principal unidade notificadora de esporotricose humana no município é o Ambulatório de Dermatologia Rene Garrido, localizado na Policlínica de Especialidades Silvio Picanço (PESP). E a principal unidade notificadora de esporotricose animal é o Ambulatório de Esporotricose Animal, localizado no horto do Barreto.

Gráfico 57 – Frequência de casos notificados de Esporotricose humana em residentes de Niterói por ano do início dos sintomas.



Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS Niterói
Dados sujeitos à revisão – retirados do SINAN em 14/07/2017.

Gráfico 58 - Frequência de casos notificados de Esporotricose animal em residentes de Niterói por ano do início dos sintomas.



Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS Niterói
Dados sujeitos à revisão – retirados do SINAN em 14/07/2017.

Observa-se que com a publicação da portaria municipal, houve um aumento no número de notificações, no entanto, em 2016 houve uma redução desse quantitativo. O mesmo padrão manteve-se para esporotricose animal. É necessário reforçar a vigilância destes agravos junto às unidades notificadoras.

Doença de Creutzfeld-Jakob (DCJ)

A Doença de Creutzfeld-Jakob (DCJ) é causada por um agente infeccioso de natureza proteica, denominado príon. Trata-se de uma doença degenerativa do Sistema Nervoso Central, rara, fatal e que apresenta longo período assintomático (2 a 40 anos - média de 10 a 15 anos) e, uma vez desencadeados os sintomas, a evolução geralmente é rápida (3 a 23 meses).

É classificada em DCJ clássica que inclui as formas esporádica, familiar e iatrogênica e em variante DCJ (vDCJ). A doença acontece em 85% dos casos esporadicamente, sem associação de transmissibilidade. Cerca de 10 a 15% surge devido a uma mutação hereditária familiar no príon. Casos iatrogênicos que ocorrem mais raramente são oriundos de procedimentos neurocirúrgicos, enxertos de dura-máter e uso de hormônios de crescimento. A forma clássica acomete mais a faixa etária acima de 60 anos.

A vDCJ corresponde a poucos casos ocorridos no mundo e sendo estes associados em sua maioria ao evento ocorrido no Reino Unido na década de 90. Está relacionada à Encefalopatia Espongiforme Bovina (EEB), doença conhecida como Mal da Vaca Louca. A forma variante acomete indivíduos jovens, entre 20 e 30 anos, derivada da ingestão de carne bovina contaminada.

No período de 01 de janeiro de 2007 a 11 de agosto de 2017 foram notificados 10 casos suspeitos da Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) à COVIG. Conforme série histórica apresentada abaixo se observa um aumento do número de notificações no ano de 2016 e início do ano de 2017, fato este que pode ser justificado pelo aumento da sensibilidade dos profissionais na suspeita da doença.

Tabela 78 – Série histórica dos casos suspeitos de Doença de Creutzfeld-Jakob (DCJ) em residentes de Niterói.

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
0	0	0	0	2	0	1	1	1	3	2	10

FONTE: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-NITERÓI. Dados atualizados em 11/08/2017 e sujeitos à revisão

Em 2016 foram notificados 3 casos, sendo 1 descartado após a investigação por não se enquadrar na definição de caso suspeito; 1 caso foi à óbito sem que houvesse tempo hábil para realização de necropsia (única forma de confirmação da doença) e 1 caso encontra-se em acompanhamento. No ano de 2017, foram notificados à COVIG 2 casos suspeitos de DCJ, sendo 1 caso descartado e 1 caso permanece em acompanhamento. Pelas características dos casos notificados em Niterói, não há indícios para a classificação como vDCJ.

Para o diagnóstico definitivo, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) definiu o laboratório de anatomia patológica da UFRJ como referência. Existe dificuldade local para retirada da peça a ser analisada no laboratório de referência.

Vigilância do Óbito Materno, Mulher em Idade Fértil (MIF), Infantil e Fetal

Os Comitês de Mortalidade materna, fetal e infantil têm a tarefa de analisar todos os óbitos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência, sendo um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde da mulher e da criança.

A investigação dos óbitos materno-infantis visa levantar fatores determinantes, possíveis causas, assim como subsidiar a análise e formulação de recomendações por parte do *Comitê de Mortalidade materna, fetal e infantil* de Niterói.

Estudos nacionais apontam o sub-registro óbito materno, portanto, as equipes de vigilância devem investigar todos os óbitos na faixa etária de 10 a 49 anos (Mulheres em Idade Fértil – MIF), visando identificar os possíveis óbitos maternos.

O SIMWEB - módulo do Sistema de Informação de Mortalidade na WEB - é o sistema informatizado onde são inseridas todas as informações colhidas na investigação dos óbitos maternos, MIF, infantis e fetais. Os relatórios emitidos pelo SIMWEB ajudam a avaliar a vigilância destes óbitos. As tabelas 79 e 80 mostram o quantitativo de óbitos investigados por ano e se os óbitos foram investigados nos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Tabela 79 - Distribuição do Percentual de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) e Óbitos Maternos Declarados (OMD) com ficha-síntese digitada, ocorridos no Município de Niterói, por ano de ocorrência, no período de 01/01/2010 a 10/08/2017

	ANO DE OCORRÊNCIA							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total de Óbitos de mulheres em idade fértil notificados	320	242	237	225	211	209	235	112
Total de óbitos maternos declarados notificados	2	3	3	13	11	6	4	0
Total de Óbitos com ficha-síntese digitada (MIF+OMD)	254	167	130	216	191	193	215	78
% de óbitos com ficha-síntese digitada (MIF+OMD)	78,88	68,16	54,17	90,76	86,04	89,77	89,96	69,64

FONTES: SIM/WEB, extraídos no dia 10/08/2017. Dados sujeitos a revisão.

Vemos na Tabela acima que a partir do ano de 2013 o percentual de óbitos de MIF investigados vem se mantendo acima de 80% (os dados de 2017 são parciais).

Tabela 80 - Distribuição do Percentual de Óbitos Infantis e Fetais com ficha-síntese digitada, ocorridos no Município de Niterói, por ano de ocorrência, no período de 01/01/2014 a 10/08/2017.

	ANO DE OCORRÊNCIA			
	2014	2015	2016	2017
Total de Óbitos infantis e fetais notificados	289	310	295	192
Total de Óbitos com ficha-síntese digitada (Infantis + fetais)	121	124	82	5
% de óbitos com ficha-síntese digitada (Infantis + fetais)	41,87	40	27,8	2,6

FONTE: SIM/WEB, extraídos no dia 10/08/2017. Dados sujeitos a revisão

Conforme vemos na tabela acima o baixo percentual de óbitos infantis e fetais investigados oportunamente no período analisado indica que essa vigilância requer investimentos quanto à sustentabilidade das equipes responsáveis pelas investigações, capacitação de pessoal da rede pública e privada e revisão dos fluxos de informação.

Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como: “O uso intencional da força ou do poder físico, de fato ou como ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos do desenvolvimento ou privações (OMS, 2002)”. Nesse sentido, a violência intrafamiliar contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos, repercute de forma significativa sobre a saúde das pessoas a ela submetidas. Trata-se de um problema de saúde pública relevante para o Sistema Único de Saúde.

A Área Técnica do Departamento de Supervisão Técnico-Metodológica (DESUM) e da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVIG) trabalham de forma integrada, tendo como objetivo principal a implantação/implementação das

Políticas Nacional e Estadual da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, definindo componentes prioritários no Município.

A vigilância às violências objetiva: identificar e monitorar os casos de violência notificados; caracterizar e monitorar o perfil das violências segundo características da vítima, da ocorrência e do (a) provável autor (a) da agressão; identificar fatores de risco e de proteção associados à ocorrência da violência; identificar áreas de maior vulnerabilidade para ocorrência de violência; monitorar os encaminhamentos para a rede de atenção e proteção integral; intervir nos casos, a fim de prevenir as consequências das violências e encaminhar para a rede de atenção e proteção; formular políticas públicas e ações estratégicas de prevenção, de atenção integral às pessoas em situações de violência, de promoção da saúde e da cultura de paz (BRASIL, 2014).

Em Niterói, a Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências foi implementada no final de 2009. Esta ficha foi modificada em 2015 pelo Ministério da Saúde, passando a denominar-se Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada.

Durante 2010 a 2016, registraram-se 2.693 casos de violência. Desses, 2.650 (98%) foram notificados por unidades localizadas no município de Niterói **(Tabela 81)**.

Tabela 81

FREQUÊNCIA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA, SEGUNDO MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO, NO PERÍODO DE 2010 A 2016.									
MUNICÍPIO de Residência - RJ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL	%
Itaboraí	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Niterói	320	300	267	302	305	622	534	2650	98
Rio Bonito	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Rio de Janeiro	0	0	1	9	15	6	9	40	1
São Gonçalo	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Total	320	300	268	311	322	628	544	2693	100

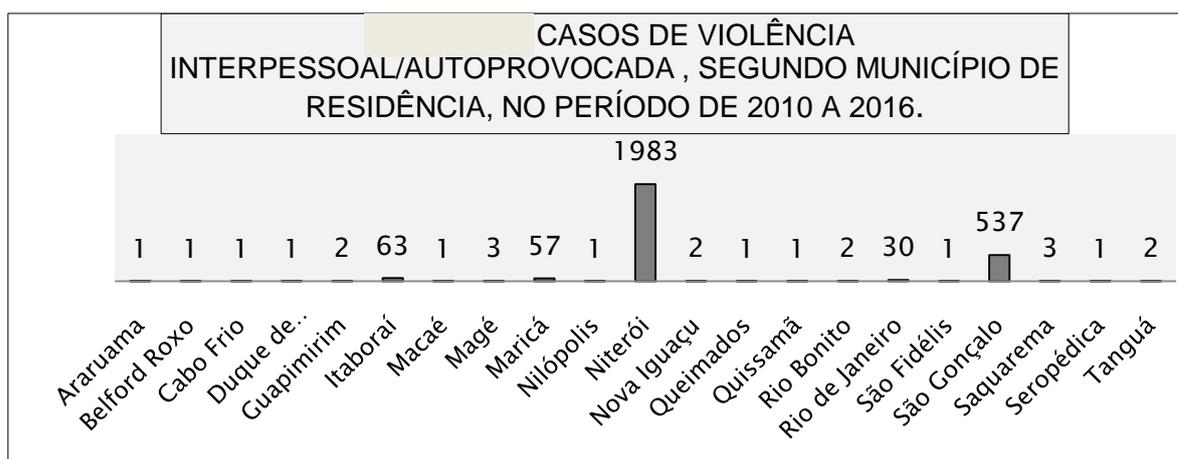
Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói

Dados sujeitos a revisão, atualizados em 21/02/2017.

Nesse período, do total de casos registrados, 1.983 (73,6%) eram residentes de Niterói e 711 (26,4%) usuários vítimas de violência que residem em outros municípios foram atendidos por unidades localizadas em Niterói, a citar, residentes de: São Gonçalo (537 casos); Itaboraí (63 casos) e Maricá (57 casos).

(gráfico 59)

Gráfico 59

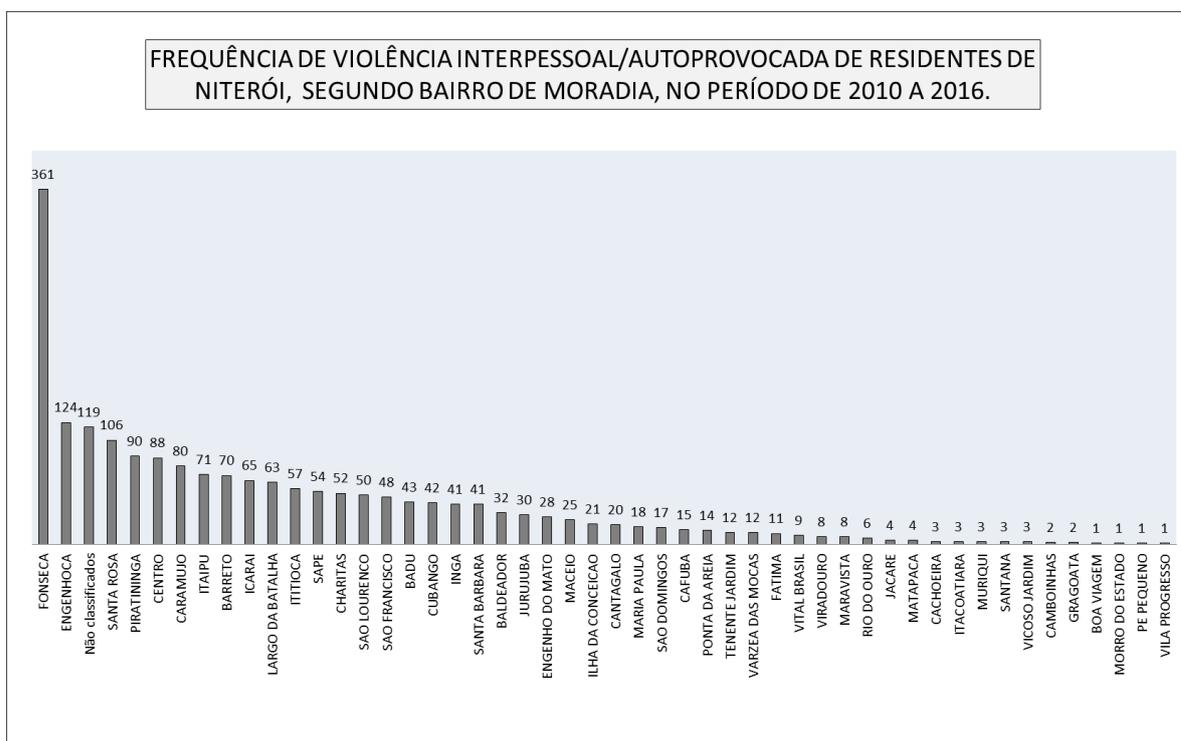


Fonte de informações: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói. Dados sujeitos a revisão em 21/02/2017

Conforme dados do SINAN, o bairro Fonseca concentra o maior número de residentes de Niterói em situação de violência. Essa informação é importante para

o estabelecimento de ações estratégicas de atendimentos/acompanhamentos realizados pela rede de atenção às vítimas de violência (Gráfico 60).

Gráfico 60

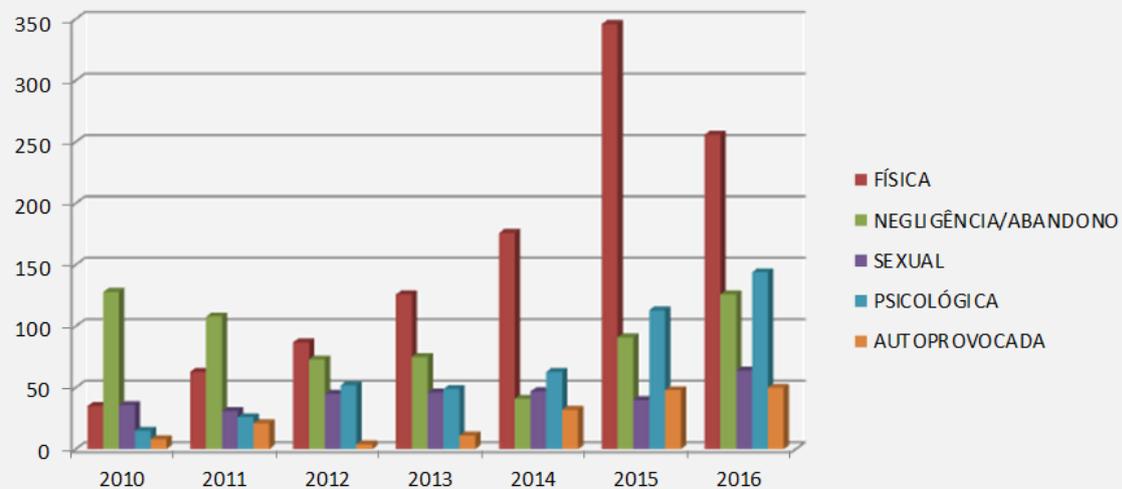


Fonte de informações: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói. Dados sujeitos a revisão em 21/02/2017.

A quantidade de casos de violência física aumentou em residentes de Niterói no decorrer do período, havendo uma queda no ano de 2016. De 2010 a 2016, observa-se um aumento de notificações de violência psicológica, sugerindo uma melhora na capacidade de identificação dessa tipologia por parte dos profissionais de saúde. Além disso, a autoprovocada também aumentou ao longo do período, indicando a necessidade de implantação de novas medidas preventivas ao suicídio. Durante 2010 a 2014, as negligências decresceram, havendo um aumento em 2015 e 2016. A violência sexual manteve um padrão estável durante o período de 2010 a 2015, havendo um aumento moderado em 2016 (gráfico 61). Cabe ressaltar que, comumente, as situações de violência envolvem mais de um tipo de abuso. Assim, a soma das frequências por tipo de abuso é maior que o total de notificações.

Gráfico 61

FREQUÊNCIA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA SEGUNDO TIPO DE VIOLÊNCIA, NO PERÍODO DE 2010 A 2016.



Fonte: SINANW/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói.
Dados sujeitos a revisão, atualizados em 21/02/2017.

Episódios de violência por ciclo de vida:

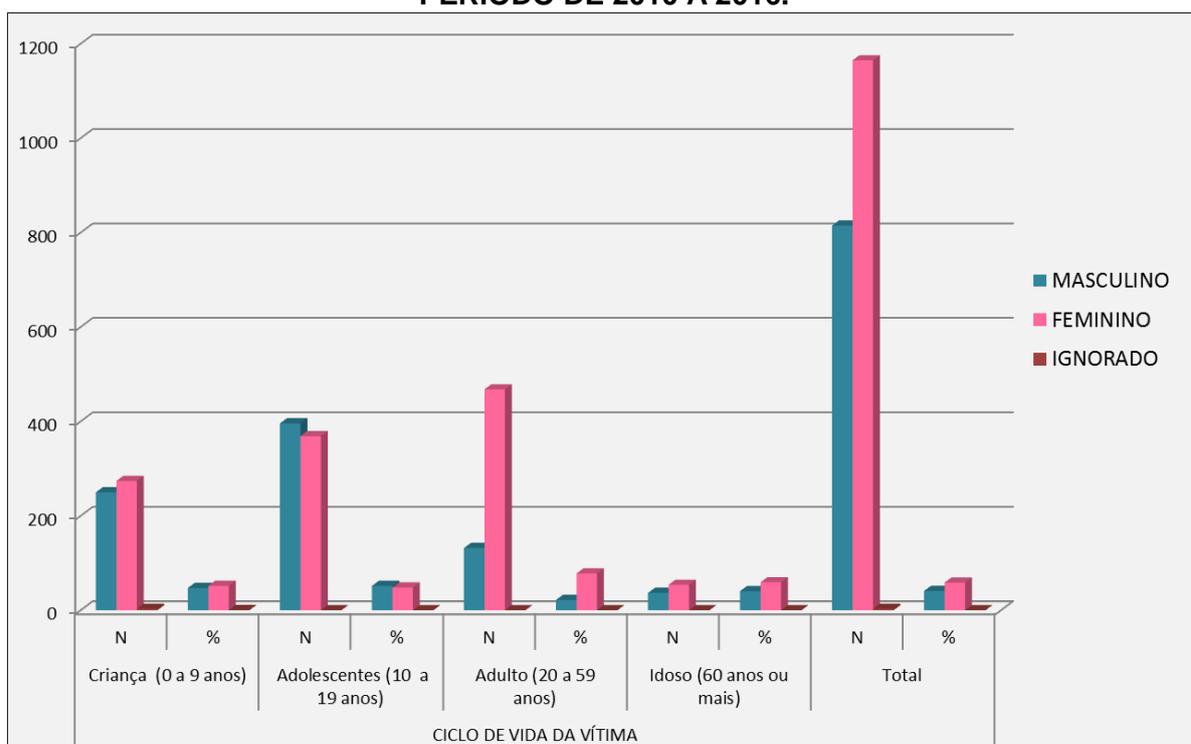
Tabela 82

FREQUÊNCIA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA DE RESIDENTES EM NITERÓI, SEGUNDO O CICLO DE VIDA DA VÍTIMA, NO PERÍODO DE 2010 A 2016.

SEXO	N	%
Criança (0 a 9 anos)	527	26,58
Adolescentes (10 a 19 anos)	765	38,58
Adulto (20 a 59 anos)	600	30,26
Idoso (60 anos ou mais)	91	4,59
Total	1983	100

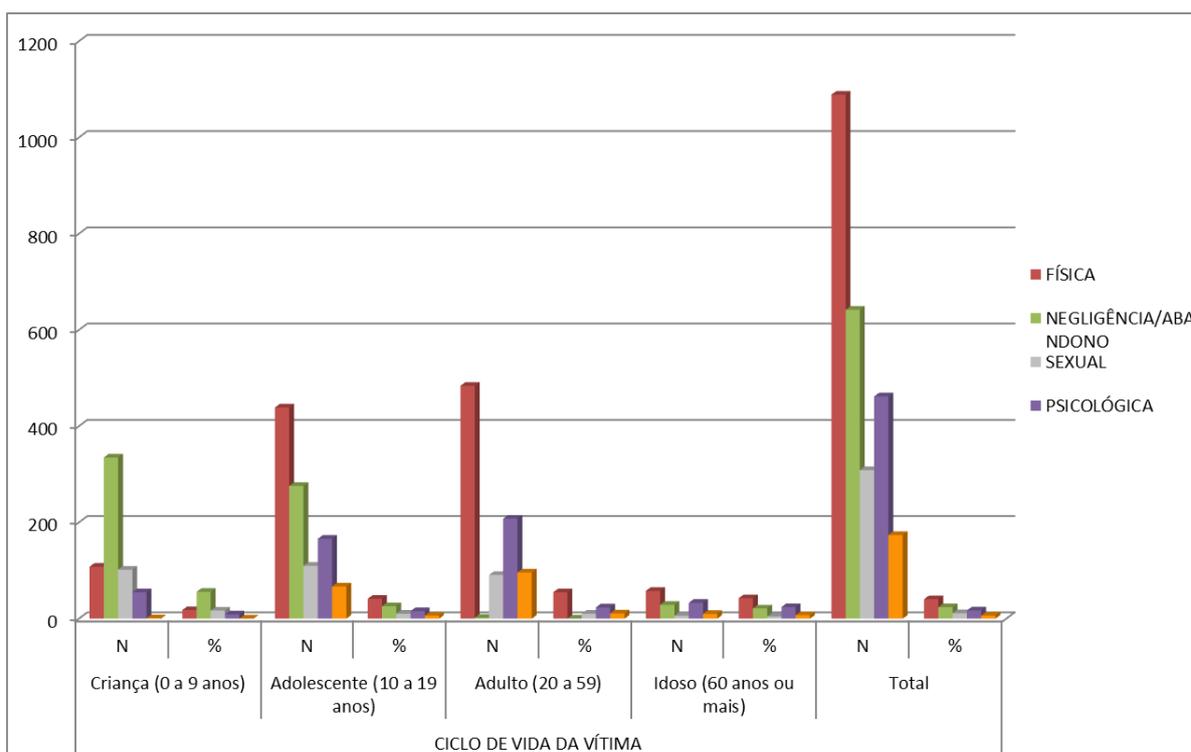
Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói
Dados sujeitos a revisão, atualizados em 21/02/2017.

Gráfico 62 - FREQUÊNCIA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA DE RESIDENTES EM NITERÓI, SEGUNDO O CICLO DE VIDA E SEXO DA VÍTIMA, NO PERÍODO DE 2010 A 2016.



Fonte de informações: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói. Dados sujeitos a revisão em 21/02/2017.

Gráfico 63 - FREQUÊNCIA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA DE RESIDENTES EM NITERÓI, SEGUNDO TIPO DE VIOLÊNCIA E CICLO DE VIDA, NO PERÍODO DE 2010 A 2016



Fonte de informações: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói. Dados sujeitos a revisão em 21/02/2017.

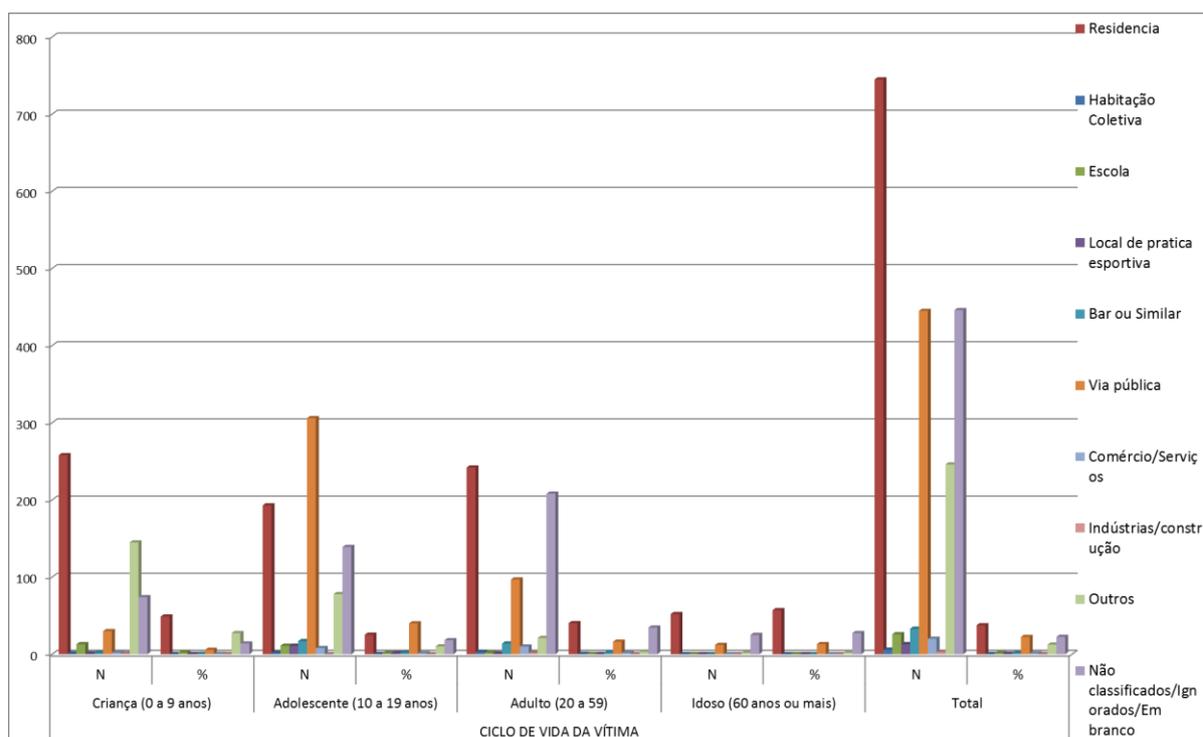
Tabela 83

FREQUÊNCIA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA DE RESIDENTES EM NITERÓI, SEGUNDO O AUTOR, NO PERÍODO DE 2010 A 2016.										
AUTOR DA VIOLÊNCIA	CICLO DE VIDA DA VÍTIMA									
	Criança (0 a 9 anos)		Adolescente (10 a 19 anos)		Adulto (20 a 59)		Idoso (60 anos ou mais)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PAI	150	24,39	135	16,75	3	0,50	0	0,00	288	13,64
MÃE	309	50,24	221	27,42	4	0,67	0	0,00	534	25,28
PADRASTO	21	3,41	24	2,98	0	0,00	0	0,00	45	2,13
MADRATA	4	0,65	3	0,37	1	0,17	0	0,00	8	0,38
CÔNJUGE	1	0,16	13	1,61	120	20,00	4	4,40	138	6,53
EX-CÔNJUGE	0	0,00	6	0,74	26	4,33	0	0,00	32	1,52
NAMORADO	0	0,00	2	0,25	20	3,33	0	0,00	22	1,04
EX-NAMORADO	0	0,00	12	1,49	9	1,50	0	0,00	21	0,99
FILHO	0	0,00	0	0,00	7	1,17	14	15,38	21	0,99
IRMÃO (A)	17	2,76	14	1,74	11	1,83	2	2,20	44	2,08
AMIGO/CONHECIDO	24	3,90	68	8,44	33	5,50	7	7,69	132	6,25
DESCONHECIDO	11	1,79	137	17,00	84	14,00	8	8,79	240	11,36
CUIDADOR	6	0,98	2	0,25	0	0,00	1	1,10	9	0,43
CHEFE	0	0,00	1	0,12	0	0,00	0	0,00	1	0,05
PESSOA COM RELAÇÃO INSTITUCIONAL	7	1,14	3	0,37	3	0,50	0	0,00	13	0,62
POLICIAL/ AG. DA LEI	0	0,00	23	2,85	1	0,17	0	0,00	24	1,14
PRÓPRIA PESSOA	0	0,00	56	6,95	91	15,17	12	13,19	159	7,53
OUTROS VÍNCULOS	65	10,57	63	7,82	23	3,83	13	14,29	164	7,77
IGNORADO	0	0,00	23	2,85	164	27,33	30	32,97	217	10,27
TOTAL	615	100	806	100	600	100	91	100	2112	100

Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói

Dados sujeitos a revisão, atualizados em 21/02/2017.

Gráfico 64 - FREQUÊNCIA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA DE RESIDENTES EM NITERÓI, SEGUNDO LOCAL DE OCORRÊNCIA E CICLO DE VIDA, NO PERÍODO DE 2010 A 2016



Fonte de informações: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói. Dados sujeitos a revisão em 21/02/2017.

Violência contra crianças (0 a 9 anos):

Com relação ao ciclo de vida das pessoas em situação de violência residentes em Niterói, 527 (26,58%) episódios foram contra crianças. Destas, 51,99% são do sexo feminino, 47,44% do sexo masculino. Ressalta-se que 0,57% apresentaram sexo ignorado na ficha de notificação. Quanto ao tipo da violência, predomina-se a negligência (55,74%), seguida pela violência física (17,97%) e sexual (16,57%). Cabe apontar, quanto à violência sexual, que o maior número de casos dessa tipologia é contra a criança. Referente aos autores das agressões, as mães (50,24%) e os pais (24,39%) foram os principais responsáveis, sendo a residência o principal local de ocorrência dos episódios (48,96%), seguida de outros locais (27,51%), a saber: veículos; residência de outras pessoas; hospitais; maternidades; motel; praia; entre outros.

Violência contra adolescentes (10 a 19 anos):

A violência contra adolescentes representa 38,58% (765 casos) do total de casos de violência em residentes, sendo a faixa etária mais prevalente. Nesse ciclo de vida há o predomínio no sexo masculino (51,76%), comparado ao sexo feminino (48,24%). No que se refere à tipologia, chama a atenção os 439 episódios (41,49%) de violência física e os 276 episódios (26,09%) de negligências no grupo etário. No que concerne à autoria, as mães (27,42%), os desconhecidos (17%) e os pais (16,75%) são os principais perpetradores das violências. Considerando o local de ocorrência, 306 casos (40%) ocorreram em via pública e 198 casos (25,23%) na residência. As atividades de vigilância e acompanhamento de casos tem indicado o aumento do número de acidentes de moto e violências por armas de fogo e branca nesta faixa de idade.

Violência contra adultos (20 a 59 anos):

No período de 2010 a 2016 foram notificadas 600 situações (30,26%) de violência contra adultos residentes no município, havendo prevalência em pessoas do sexo feminino (78%). Tal predominância pode se dar devido à indicação pelo Ministério da Saúde quanto à realização de notificação de violência extrafamiliar/comunitária cometida contra crianças, adolescentes, mulheres e

pessoas idosas. Também se recomenda a notificação em ambos dos sexos quando a pessoa for pertencente aos grupos vulneráveis (pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT) ou quando tratar-se de tipologias indicadas (doméstica, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo e intervenção legal).

Em referência ao tipo de violência, observa-se que mais da metade dos casos foram violência física (54,94%), seguindo de violência psicológica (23,61%), tendo como principais autores: autor ignorado (27,33%), cônjuge (20%) e desconhecido (14%). Observa-se que 40,33% dos casos ocorreram na residência, 34,67% correspondem a ignorados e 16,17% em via pública.

A violência psicológica geralmente acompanha a violência física. Com relação aos autores e locais de ocorrência, percebe-se um grande número de “ignorados” no preenchimento, o que sugere a necessidade de melhorias quanto à qualidade de preenchimento da ficha de notificação de violência.

Entretanto, o grande quantitativo de preenchimento com classificação “ignorado” e “desconhecido” referente à autoria da violência também pode estar relacionado ao medo da vítima de revelar o autor da agressão, visto que, ocorreram predominantemente no ambiente doméstico ou local ignorado.

Além disso, nota-se a predominância do cônjuge como perpetrador da agressão, ocorrendo principalmente na residência. Possivelmente, trata-se de violência baseada nas relações de gênero, o que pode traduzir o poder e a história de desigualdades culturais entre homens e mulheres na sociedade, legitimando ou exacerbando, assim, os comportamentos violentos de gênero.

Violência contra idosos (60 anos ou mais):

No tocante a violência contra a pessoa idosa residente no município, foram notificados 91 episódios de violência, correspondendo a 4,59% do total de registros em todos os ciclos de vida. (Tabela 83)

O baixo número de casos de violência contra idosos notificados indica a necessidade de conscientizar a sociedade a cerca dos direitos da pessoa idosa, assim como, a capacitação dos profissionais de saúde para diagnóstico e notificação das situações de violência no grupo etário.

Nos casos de violência contra o idoso, predomina o sexo feminino (59,34%), tendo como principais tipologias: violência física (42,65%), psicológica (24,26%) e negligência (21,32%); e autores: ignorado (32,97%), filhos (15,38%) e outros vínculos (14,29%). No que diz respeito ao local de ocorrência, destacam-se: residência (57,14%), ignorado (27,47%) e via pública (13,19%).

Percebe-se que mesmo tendo um grande quantitativo de casos com autores ignorados, mais de 50% dos episódios ocorreram em domicílios. Isso traduz o receio de revelação da autoria da violência por parte dos idosos, pois, grande parte dos agressores são familiares das vítimas.

Ainda nota-se o percentual de violência ocasionada pelos filhos e demais agressores geralmente pertencentes às famílias das vítimas (cunhado, genro, nora, irmão, entre outros). Cabe citar que os indivíduos idosos demandam cuidados por parte dos familiares, que muitas vezes encontram-se sobrecarregados com essa função.

Unidades Notificadoras de 2010 a 2016:

Com relação à unidade de notificação, nesse período, das 2.650 notificações realizadas por Niterói 2.343 (88,42%) notificações de violência foram provenientes de unidades hospitalares com emergência (Tabela 84). Esse fato mostra que, em Niterói, dentre os serviços de saúde, as emergências constituem a principal fonte de notificações e identificação das situações de violência doméstica.

Ressalta-se que no ano de 2016 toda a Rede Municipal de Educação foi capacitada pelo programa para a utilização da ficha de notificação. Entretanto, apenas 3 (0,11%) casos de violência foram notificados pela mesma, o que sugere

a necessidade de realização de capacitação permanente dos profissionais de toda a rede intersetorial para a notificação da violência, incluindo saúde, educação e assistência social.

Convém esclarecer que a notificação permite dar visibilidade ao problema da violência; proporciona informações para a formulação de políticas públicas; permite o conhecimento dos casos e acompanhamento dos mesmos pela rede intra e intersetorial; além de contribuir, a partir das informações dos perfis epidemiológicos, para a organização dos serviços e rede de atenção e proteção.

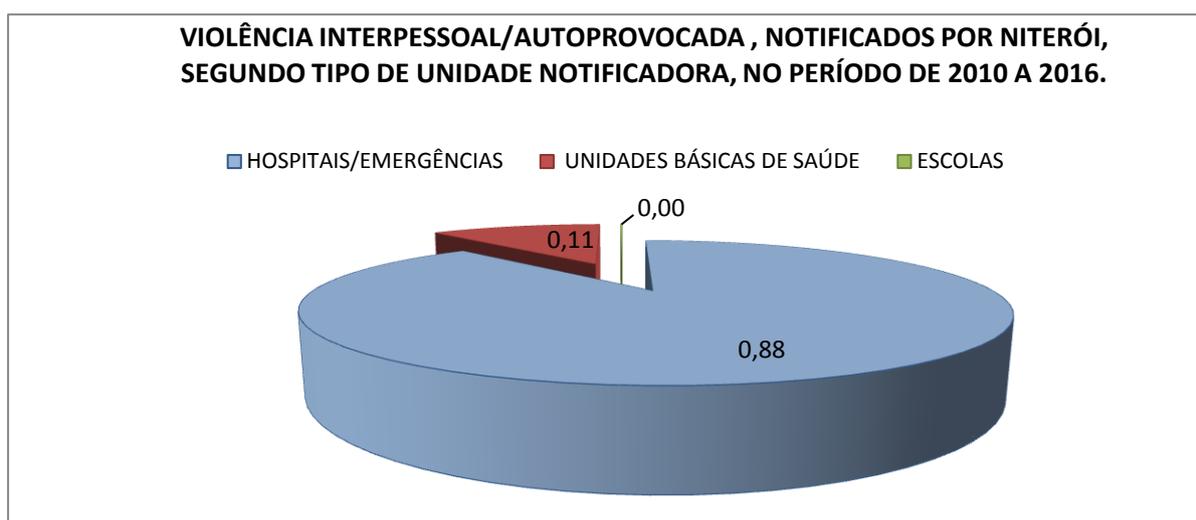
Tabela 84

FREQUÊNCIA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA, NOTIFICADOS POR NITERÓI, SEGUNDO TIPO DE UNIDADE NOTIFICADORA, NO PERÍODO DE 2010 A 2016.																
TIPO DE UNIDADE	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		TOTAL	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HOSPITAIS/EMERGÊNCIAS	283	88,44	268	89,33	226	89,33	281	93,05	265	86,89	569	91,48	451	84,46	2343	88,42
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	37	11,56	32	10,67	41	10,67	21	6,95	40	13,11	53	8,52	80	14,98	304	11,47
ESCOLAS	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,56	3	0,11
TOTAL	320	100	300	100	267	100	302	100	305	100	622	100	534	100	2650	100

Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói

Dados sujeitos a revisão, atualizados em 21/02/2017.

Gráfico 65



Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói. Dados sujeitos a revisão em 21/02/2017

A violência é um problema de saúde pública que necessita de vigilância contínua, e os profissionais de saúde, especialmente da atenção básica, tem um papel fundamental no atendimento a essas pessoas. A abordagem das situações

de violência doméstica/intrafamiliar demanda o acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, inviável no contexto das unidades de urgência/emergência. A atenção básica propicia o estabelecimento de um vínculo de confiança entre profissionais e usuários, com base na escuta e no diálogo, facilitando a abordagem das situações de violência junto às famílias, no sentido de prevenir as agressões e as lesões que convergem para as emergências.

Após a última análise de dados provenientes do SINAN, correspondentes aos anos de 2010 a 2013, constatou-se que mais de 80% das notificações recebidas pela Coordenação de Vigilância em Saúde de Niterói advinham das Unidades de Urgência e Emergência do município. Desse modo, não havia uma continuidade nos cuidados às vítimas de violência residentes no município, ou seja, dados eram inseridos no sistema sem o fluxo de retorno às unidades de atenção primária responsáveis pelos acompanhamentos das vítimas de violência. Tal fato resultava na: 1) descontinuidade de ações de cuidado e atenção integral às vítimas de violência; 2) fragilidade de ações de vigilância; e 3) falta de interação entre os equipamentos da rede intersetorial na atenção integral às pessoas em situação de violência.

Portanto, a Área Técnica de Violência do Departamento de Supervisão Técnico-Metodológica – DESUM em conjunto à Coordenação de Vigilância e Saúde de Niterói – COVIG, criaram o “Projeto de Vigilância às Violências nas Regionais de Saúde de Niterói” como estratégia de enfrentamento às violências no município. Esse trabalho consiste-se em: 1) Identificar os casos de violência notificados à COVIG; 2) Na COVIG, ocorre a análise das fichas e identificação da regional correspondente a partir do local de moradia da vítima; 3) Envio das informações dos casos de violência para as unidades de atenção básica

responsáveis pelos atendimentos dos respectivos usuários, a partir da identificação do local de residência; 4) As unidades de Atenção Primária buscam e acompanham os casos; 5) Realização de reuniões com um representante de cada unidade para discussão de casos; 6) Alimentação das planilhas de controle quanto aos acompanhamentos.

A proposta de realização das reuniões objetiva criar um momento em que são postas em pauta as possíveis dificuldades de abordagem, bem como as possibilidades de ação, cuidado e atenção dos casos de violência dos residentes de Niterói.

Pretendia-se que o Projeto de Vigilância fosse realizado de forma conjunta pela: Coordenação de Vigilância em Saúde – COVIG; Área Técnica de Violência do Departamento de Supervisão Técnico-Metodológica – DESUM; Núcleo de Atenção Especial à Crianças, Adolescentes e Adultos – NAECAA; Saúde Mental; Policlínicas; Unidades de Atenção Básica; Unidades de Saúde da Família e representantes da rede intersetorial (CRAS; CREAS; Conselho Tutelar; Escolas, entre outros).

Inicialmente, como projeto piloto, implantou-se na Regional Norte II do município de Niterói em setembro de 2014. Atualmente esse trabalho foi expandido para todas as regionais: Norte I; Norte II; Praias da Baía I; Praias da Baía II; Pendotiba; e Leste-oceânica. O Projeto se dá de forma peculiar em cada Regional de Saúde.

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) é uma unidade regional especializada do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa atender a questões relativas à saúde dos trabalhadores. Em Niterói, é um órgão ligado à área hospitalar, embora desenvolva ações ligadas também à área ambulatorial, abrangência esperada a uma unidade de atenção a saúde do trabalhador. O Programa atende aos municípios de Niterói e São Gonçalo e seu quadro profissional é composto por 09 funcionários, sendo: 4 médicos, 1 assistente social, 2 enfermeiro, 1 agente administrativo e um auxiliar de enfermagem; que têm como responsabilidade diagnosticar o estado de saúde do usuário.

A função deste Centro de referência é prestar atendimento especializado aos trabalhadores acometidos por doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho. Realiza promoção e proteção dos trabalhadores, investiga as condições do ambiente laboral, utilizando dados epidemiológicos obtidos através dos atendimentos clínicos e das notificações e comunicações de acidente do trabalho (NAT e CAT), bem como informações provenientes das visitas aos locais de trabalho, em conjunto com as Vigilâncias: Epidemiológica, Sanitária e Ambiental (Vigilância em Saúde do Trabalhador).

As atividades do CEREST devem, necessariamente, estar articuladas com os demais serviços da rede do SUS e outros setores de governo (intra e interinstitucional), que devem orientar e fornecer retaguarda, a fim de que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção, de forma integral e hierarquizada.

Este suporte deve se traduzir pela função de inteligência, acompanhamento e práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo ações de vigilância e formação de recursos humanos.

Vigilância Sanitária e Controle de Zoonoses.

A Vigilância Sanitária pode ser definida como um campo de conhecimento técnico e científico que compreende ações com bases legais, capazes de

diminuir, eliminar ou prevenir riscos e intervir sobre os problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de mercadorias, da prestação de serviços e das intervenções sobre o meio ambiente, inclusive o de trabalho, objetivando a proteção da saúde da população em geral.

Com o processo de municipalização das ações de VISA, o município de Niterói assumiu o papel de executor das ações de baixa e média complexidade através do Departamento de Vigilância Sanitária e Controle de Zoonoses - DEVIC. Neste contexto, o serviço de Vigilância Sanitária municipal busca alterações no comportamento institucional, no sentido de mudar a prática tradicional de ação verticalizada compartimentada e quase sempre ineficaz. A VISA, investida do poder de polícia, exerce responsabilidade intransferível do setor público e buscará por princípio, enfatizar o desenvolvimento das atividades educativas e de orientação aos usuários. A imprensa e a população redescobriram os serviços da Vigilância Sanitária. Agora, todos têm a percepção de que contam com um órgão para a proteção da saúde e que dele virão ações firmes e decisórias de prevenção, promoção e/ou intervenção de que tanto necessitam, uma vez que são “consumidores” destes serviços.

O DEVIC faz parte da estrutura administrativa da VIPACAF / FMS e conta com duas frentes de trabalho, a Fiscalização Sanitária propriamente dita que contempla os macrossetores de VISA (medicamentos, alimentos, saúde e interesse à saúde) com equipe multiprofissional dotada de Médicos, Enfermeiro, Farmacêuticos, Médicos Veterinários, Biólogos, Odontólogos, Engenheiro Químico, Engenheiro Civil e Sanitaristas atuando de maneira a atingir as metas de pactuações da VISA e ainda, o setor de Vigilância Ambiental em Saúde, hoje na figura do Centro de Controle de Zoonoses.

Desde 1998, através da Resolução SES/RJ nº 1262/98 as ações de Vigilância Sanitária (VISA) vêm sendo municipalizadas, isto é, a competência para a realização de atividades de VISA como licenciamento, fiscalização, interdição e outros, em estabelecimentos, atividades, produtos e serviços de interesse sanitário, vêm sendo delegadas da Secretaria Estadual de Saúde, para a Fundação Municipal de Saúde de Niterói, sendo o DEVIC, o responsável por sua realização através de seu corpo fiscal.

Até aquele momento, as atribuições da VISA municipal (DEVIC) se restringiam aos setores de alimentos e de engenharia sanitária. Esta primeira

tentativa de municipalização que repassava as ações de baixa e média complexidade, não se concretizou na prática totalmente pois houve baixa adesão da maior parte dos municípios do Estado do Rio de Janeiro; sendo que muitos, sequer tinham equipe mínima formada para qualquer atividade de VISA. Houve, após este primeiro movimento, a publicação de outras resoluções estaduais (Resoluções SES/RJ nº. 562/90, 1262/98, 2655/05, 2964/06 e 1411/10) com conteúdo e objetivos semelhantes, mas só a partir da Resolução nº 1411/SESDEC/2010, e através de pactuação na CIB é que houve grande avanço devido a uma maior participação dos gestores, defendendo os interesses de seus municípios.

Hoje se encontra em vigor a Resolução SESRJ nº1058 DE 06/11/2014, que “Define competências de ações de vigilância sanitária no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências”. Assim, na forma do artigo 1º, é de competência da FMS a execução das ações de VISA, pelo DEVIC.

Assim, o processo de modernização do processo de trabalho do DEVIC terá como eixo norteador uma nova política de atuação no sentido de fortalecer e dinamizar o desempenho técnico e articulação político-institucional caracterizando novos paradigmas de atuação na área de VISA.

Esta nova política terá como metas principais:

Definir prioridades de atuação levando em consideração as necessidades locais e peculiaridades dos estabelecimentos por atividade, sempre com a participação/interlocução do setor regulado, da população, e do setor civil organizado;

Desenvolver sistemas de informações adequado à elaboração e acompanhamento dos programas de atuação, transformando a informação em efetiva ferramenta gerencial, através de informatização;

Investir de forma planejada e sistemática na capacitação de seu corpo técnico;

Desburocratizar e otimizar a qualidade dos serviços de VISA prestados aos usuários;

A partir da construção dos paradigmas enumerados iniciará uma transformação institucional que terá que contar com a participação e adesão de todo o corpo funcional, e dos gestores municipais movidos fundamentalmente por

princípios éticos e ideológicos, para a efetiva intervenção do setor saúde em processos muitas vezes considerados perversos nas relações de produção e consumo.

Uma nova instalação para o Centro de Controle de Zoonoses - CCZ, muito mais do que um anseio dos servidores, é uma necessidade e um direito da população da nossa cidade. Desde 2009, portanto há nove anos, as atividades inerentes a todas as atribuições do CCZ, algumas vezes não estão sendo desenvolvidas e outras vezes estão de forma precária, visto que até hoje o CCZ continua instalado de forma provisória no 5º andar da PESP.

Essa nova instalação será projetada para alojar os seguintes serviços:

1 – Serviço de Controle de Vetores e Roedores. Abrigará a gerência desse serviço, além do armazenamento de materiais, insumos e equipamentos. Composto por 350 agentes em atividade, esses serviços serão gerenciados na nova sede, abrigando cerca de 10 funcionários administrativos diariamente. Um almoxarifado terá uma área útil de armazenamento de no mínimo 120 m², além de uma pequena sala para 2 funcionários.

2 – Serviço de Controle de População Animal e Fiscalização Sanitária. Prestará os seguintes serviços, demandando sala/ambientes específicos:

- Canil (um) e Gatil (um) individuais de observação.
- Necropsia
- Guarda de carcaças
- Consultório de triagem de zoonoses
- Guarda de equipamentos e materiais de apreensão e contenção animal
- Guarda e estoque de vacinas e medicamentos veterinários
- Administração do Serviço contemplando arquivamento de processos administrativos, computadores, local de reunião dos fiscais, armários, etc. Nesse local trabalharão cerca de 6 a 12 pessoas diariamente.

3 – Laboratório de Zoonoses e Entomologia. Com cerca de 10 servidores trabalhando diariamente, realizará exames entomológicos, sorológicos e físico-químicos de atribuição e competência municipal. Contará com equipamento e material específico.

4 – Informação, Educação e Comunicação em Saúde – IECS.

5 – Setor Administrativo do CCZ. Contando com 8 funcionários diariamente, será o local responsável pelo atendimento à população, aonde ocorrerá a tramitação de expedientes administrativos e documentais relativos ao CCZ.

6 – Local para refeitório, banheiros em quantidade suficiente, vestiário, guarda de material de limpeza e lixeira seletiva.

2.5. Assistência Farmacêutica

A assistência farmacêutica tem como finalidade assegurar o acesso aos medicamentos a partir da promoção do seu uso racional, garantindo a manutenção e recuperação da saúde da população.

Niterói tem em sua rede assistencial à saúde, unidades de distribuição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e Medicamentos da Assistência Farmacêutica Hospitalar. O financiamento do Componente Básico é de responsabilidade do Ministério da Saúde, Estado e Município conforme determinado na Portaria nº 1555 de 30 Julho de 2013 do MS. Já a Assistência Farmacêutica Hospitalar é de responsabilidade do município.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica com amplo trabalho de coleta de dados das diferentes especialidades médicas no Município, elaborou a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos), publicada em 04 de Dezembro de 2012 na Portaria nº 290/2012 tendo como referência a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos) e estudo epidemiológico do município, conforme orientação do Ministério da Saúde.

A REMUME é anualmente avaliada para a inclusão de novos medicamentos aprovadas no SUS e exclusão de outros, a partir de amplo estudo baseado em evidências e de farmacoeconomia.

Para o abastecimento de medicamentos são abertos processos com a relação necessária de medicamentos da REMUME e seus quantitativos de consumo médio mensal, informações estas solicitadas às Unidades de Saúde pela coordenação de Farmácia. A aquisição de medicamentos é realizada pela Superintendência Administrativa cujos procedimentos são estabelecidos em Lei Federal, nº 8.666/93.

Os medicamentos adquiridos são armazenados no almoxarifado de medicamentos, de acordo com procedimentos técnicos e administrativos que envolvem atividades de recepção, recebimento, estocagem e guarda. São aplicadas as normas e RDC's da ANVISA.

A distribuição às unidades de saúde é realizada mensalmente pelo Sistema de Gerenciamento de Estoque obedecendo ao cronograma estabelecido entre a Coordenação de Farmácia e as Unidades de Saúde.

2.6. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

A Fundação Municipal de Saúde de Niterói conta hoje, em seu organograma, com 6 (seis) Laboratórios Públicos, próprios, tendo perfis diferenciados de acordo com suas localizações, incluindo um Laboratório Central de Saúde Pública, onde são centralizados todos os exames de média e alta complexidade do Município.

Este descritivo oportuniza uma avaliação desses serviços ofertados, tentando estabelecer uma correlação entre as metas pactuadas e as alcançadas e o acompanhamento da aplicação dos recursos à programação aprovada, tendo como pano de fundo o diagnóstico laboratorial 100% público e de acesso irrestrito à população.

Trata-se de uma extensa rede de serviços de exames de análises clínica no contexto de uma cidade com cerca de 497.883 habitantes. Prestamos serviços em vários níveis de complexidade tanto para os munícipes quanto para moradores de outros municípios, tendo em vista que o LMV é Laboratório referência para exames de alta complexidade para HIV de toda a região da baixada litorânea (Cabo Frio, Arraial do Cabo, Búzios, Saquarema, Araruama, Iguaba, São Pedro da Aldeia) e de toda região Metropolitana II (São Gonçalo, Maricá, Rio Bonito, Tanguá, Itaboraí, Silva Jardim).

Muitas das atividades desenvolvidas pelos Serviços de Vigilância Epidemiológica em Saúde e Vigilância Sanitária têm como base as informações concedidas em relatórios de agravos relacionados à saúde pública, como HIV, Tuberculose, Hepatites Virais, Sífilis, Leptospirose, Dengue, que são enviados mensalmente e nas análises de água de interesse fiscal.

Todos os demais Laboratórios de nossa rede pública têm suas programações feitas a partir das demandas da atenção básica (PRVZ e PRLB), emergência (HMCT, PRLB e UMAM) e hospitais (HMCT e HOF), e prestam serviços para estas finalidades. O perfil de atendimento voltado para pacientes internados, com suporte de exames de CTI, de emergência e também com compromissos junto às Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, traz um nível de complexidade a os Laboratórios Hospitalares diferente dos Laboratórios ambulatoriais.

2.7. Controle e Avaliação, Auditoria e Regulação

O desenvolvimento das ações de Controle avaliação e Auditoria estão sob a responsabilidade do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DECAU) integra a Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMSN) desde sua fundação no ano de 1990³. Com relação a Regulação, as ações mais afeitas ao DECAU consiste na Regulação de Sistema assim como da Atenção à Saúde com interface com a Centra de Regulação vinculada ao Gabinete da Secretária) responsável pela regulação do acesso, Inicialmente como uma estrutura dentro da Superintendência de Ações Integradas de Saúde (SUAIS - Decreto nº 6546/1992). Somente a partir de 1999 com o Decreto nº 8019/1999 é que se torna uma estrutura autônoma de assessoramento ao gabinete da presidência como um órgão responsável pelo desenvolvimento das funções do controle, regulação e avaliação que devem ser coerentes com os processos de “planejamento, programação e alocação de recursos em saúde, tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e diretrizes, contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população” (NOAS 01/2002 Capítulo II.3).

3Lei nº 718 de 01/011/1988 (DO de 30/08/1990) alterada pela lei nº 831 de 90/07/1990 (DO e13/07/1990) cujo texto em vigor foi alterado em 27/12/1995. <https://leismunicipais.com.br/a/rj/n/niteroi/lei-ordinaria/1988/71/718/lei-ordinaria-n-718-1988-cria-a-fundacao-municipal-de-saude-de-niteroi>.

Segundo a NOAS 01/2002 “o fortalecimento das funções de controle, regulação e avaliação dos gestores do SUS deve se dar principalmente atuando na relação com os prestadores de serviços; na qualidade da assistência, na aferição do grau de satisfação dos usuários e ainda na capacidade de obter resultados que traduzam de forma clara e precisa, o impacto sobre a saúde da população”.

Pode se afirmar que as primeiras ações desenvolvidas pelo DECAU assim como pelos recém criados órgãos de controle de um modo em geral, tiveram como principal objetivo e foco o controle das atividades dos prestadores privados em saúde por meio da fiscalização do faturamento. Outras ações voltadas para este tipo de prestador incluíam a regulação da relação destes com o SUS por meio do estabelecimento de instrumentos de contratualização, a vistoria das condições estruturais dos estabelecimentos e a fiscalização dos procedimentos médicos. A descentralização das funções aliadas à normatização da estruturação das instancias infra-nacionais de gestão em saúde levou a formalização de legislação específica, definição e ampliação de atribuições para cada um das funções objeto de departamento de controle, avaliação e auditoria.

Em razão disto o DECAU vem ampliando seu corpo técnico, estruturando/reestruturando suas ações de forma cumprir o determinado na NOA 01/2002 e em outras portarias como o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, a Portaria Nº 1.559 de 1º de agosto de 2008, Manual de Auditoria do SUS, 2011 no que tange as suas responsabilidades quanto ao:

1. Controle e avaliação: “conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e legislação específica, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados entre outras atribuições” (NOAS 01/2002)
2. Regulação é entendida na NOAS 01/2002 como “a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada.”

Segundo a Política Nacional de Regulação (Portaria nº 1.559 de 2008) as ações de regulação possuem três dimensões distintas:

- Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, seu respectivo gestor público, definindo, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;
 - Regulação da Atenção à Saúde: tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde,
 - Regulação do Acesso à Assistência: tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.
3. Avaliação dos resultados das "ações e serviços de saúde prestados deve ser sistematicamente realizada contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados. As ações atribuídas à avaliação compreendem: Avaliação da relação entre programação/produção/faturamento; Avaliação de qualidade e satisfação dos usuários do sistema; Avaliação de resultados e impacto das ações e serviços no perfil epidemiológico da população" (NOAS 01/2002).
4. No que tange a auditoria a definição estabelecida pela Portaria nº 1.069, de 19 de agosto de 1999 atribuía a auditoria a função de "observar o exame analítico e pericial da legalidade dos atos da administração orçamentária, financeira e patrimonial, bem como da regularidade dos atos técnicos profissionais praticados no âmbito do SUS por pessoas físicas e jurídicas integrantes ou participantes do Sistema. Esta definição foi ampliada e diversificada passando-se a reconhecer a auditoria como um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a alocação e

utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos” (Auditoria do SUS: orientações básicas, 2011). Esta concepção altera a lógica da produção/faturamento para a da atenção aos usuários e em defesa da vida, incorporando a preocupação com o acompanhamento das ações e análise dos resultados.

Regulação, Controle e Avaliação:

O SUS possui diversos sistemas de informação com diferentes objetivos. No que tange ao controle, avaliação e regulação podemos citar os sistemas relacionados à produção ambulatorial (SIA) e a produção hospitalar (SIH). Historicamente o uso destes sistemas sempre esteve associado apenas à função de faturamento. No entanto, não se pode dissociar a contribuição que tem para o aprimoramento das áreas de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria. O SIA possibilita a captação das informações do atendimento ambulatorial e também possibilita o processo de programação geral das ações e serviços de saúde consolidada na FPO (ficha de programação orçamentária). O Sistema SIHSUS tem por finalidade “registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS, e a partir deste processamento, gerar relatórios para que os gestores possam fazer os pagamentos dos estabelecimentos de saúde” (DATASUS, 2017)

Outra ação desenvolvida pelo departamento e que possibilita o desenvolvimento das funções de regulação, controle e avaliação é o monitoramento CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Este cadastro propicia aos gestores conhecimento efetivo da rede assistencial existente incluindo a capacidade instalada e o perfil de cada estabelecimento de saúde. Isto possibilitará que o departamento monitore o gerenciamento efetivo das ações e serviços de saúde de forma a possibilitar que se desenvolvam ações que assegurem o atendimento das necessidades de saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, tem como objetivo cadastrar todos os tipos de estabelecimento da área, sejam eles públicos, privados ou conveniados, pessoa jurídica ou física, desde que, por meio deles, sejam realizados serviços de atenção à saúde no Brasil. Em razão disso o CNES configura –se como um

instrumento de planejamento, controle e avaliação do SUS, que serve de base para: Sistema de Informações Ambulatorial; Sistema de Informações Hospitalar; Cartão Nacional de Saúde; Sistema Informatizado de Regulação do Acesso Assistencial; Sistema de Informações da Programação Pactuada e Integrada; Sistema de Informações da Atenção Básica; Sistema de Informações da ANVISA; Sistema de Informações da ANS.

O acompanhamento do faturamento, da atualização do CNES e da FPO das unidades próprias, contratadas e conveniadas compõe o quadro de ações regulares desenvolvidas por técnicos do DECAU.

A fim de assegurar e otimizar a continuidade do monitoramento regular dos prestadores da rede suplementar e qualificar a implementação do monitoramento das unidades próprias ambulatorial e hospitalar será necessário no curso deste quadriênio a incorporação de outros profissionais em razão da aposentadoria de alguns dos técnicos e também do aumento das ações de monitoramento. Para o período de 2018 a 2021 o departamento tem como meta fazer com que 100% dos gestores das unidades próprias atualizem e mantenham atualizado a FPO e o CNES dos serviços próprios. Para os serviços da rede suplementar o departamento manterá o monitoramento da FPO e CNES de 100% dos serviços contratualizados.

No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁴ em Niterói são descritos 114 estabelecimentos sob gestão pública municipal ou estadual, dos quais 105 são de gestão municipal considerando assistência básica, especializada e hospitalar, além das unidades de apoio, diagnose e terapia. Quanto à natureza administrativa, 87 são unidades públicas e 1.419 privadas, das quais os consultórios isolados correspondem a 71,6%, as clínicas especializadas a 10,1% e as de apoio diagnose e terapia a 9,4% (tabela 85).

⁴Consultado em 12/06/2017.

Tabela 85

Tipo de Estabelecimento	Tipo de prestador				Total
	Público	Filantropico	Privado	Sindicato	
Central de Regulação Médica das Urgências	1	-	-	-	1
Centro de Atenção Psicossocial	5	-	-	-	5
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	14	-	2	-	16
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1	-	-	-	1
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	2	5	144	1	152
Consultório	-	-	1.077	1	1.078
Hospital Especializado	6	-	13	-	19
Hospital Geral	5	-	15	-	20
Hospital Dia	-	-	2	-	2
Policlínica	11	1	10	-	22
Posto de Saúde	30	-	-	-	30
Pronto Atendimento	1	-	-	-	1
Pronto Socorro Geral	1	-	-	-	1
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	-	-	7	-	7
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	1	-	140	-	141
Unidade de Vigilância em Saúde	1	-	-	-	1
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar. (Urgência/Emergência)	8	-	-	-	8
Unidade Móvel Terrestre	-	-	1	-	1
Total	87	6	1.411	2	1.506

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

As ações da Central de Regulação do município apresentam interface com as ações de controle, avaliação e regulação tanto para o conjunto de unidades próprias, contratualizadas e conveniadas no que tange a produção e regulação da oferta. Neste sentido para o período de 2018-2021 a meta é a ampliação de procedimentos inseridos no sistema Regulação em Saúde de Niterói (RESNIT).

Dentre o quadro de ações otimizadas e/ou iniciadas pelo departamento na última gestão e que deverão ser objeto de ampliação neste quadriênio listamos as que seguem:

As ações de contratualização de prestadores contratados e/ou conveniados

- Todos os estabelecimentos de saúde que prestam serviços ao SUS devem ser contratados, em observância aos princípios e diretrizes do SUS (a regionalização, a pactuação, a programação, os parâmetros de cobertura assistencial e a universalidade do acesso). Contratualizar é o processo/conjunto de atos que resultam na contratação de serviços de saúde. Envolve desde a detecção da necessidade de complementar a rede até o ato de contratar. A necessidade de complementação dos serviços como estabelecido na regulamentação deve constar deste Plano de Saúde. A participação complementar ao SUS deve ser formalizada por convênio e/ou contrato administrativo. No momento da elaboração do PMS 2018-2021, o serviço complementar da Rede de Saúde de Niterói contava com 18 prestadores, dos quais 08 são filantrópicos e 10 são privados, conforme mostra a tabela abaixo:

Tabela 86

NOME / RAZAO SOCIAL	TIPO DE PRESTADOR	SERVIÇO CONTRATADO
Associação de Pais e Amigos dos Deficientes da Audição – APADA	Sem fins lucrativos com CEBAS	Oferece atendimento a pessoas com deficiência auditiva, Curso de Libras, Serviço de Interpretes/professores de Libra e audiometria.
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Niterói – APAE	Sem fins lucrativos com CEBAS	Oferece odontologia e escolaridade integrada ao serviço para pessoas com deficiências atendidas pela Instituição.
Associação Fluminense de Amparo aos Cegos – AFAC	Sem fins lucrativos com CEBAS	Unidade de reabilitação visual
Associação Fluminense de Reabilitação – AFR -	Sem fins lucrativos com CEBAS	Centro de referência de reabilitação em medicina física
Associação Pestalozzi de Niterói – APN	Sem fins lucrativos com CEBAS	Centro de referência de reabilitação em medicina física
Instituição Frederico Leomil	Sem fins lucrativos	Saúde Mental – internação psiquiátrica
Casa de Saúde Alfredo Neves	Sem fins lucrativos	Saúde Mental – internação psiquiátrica
CDR - Clínica de Doenças Renais S.A	Privado	Hemodiálise
Clínica Nefrológica	Privado	Hemodiálise
CRI - Clínica de Radioterapia Ingá	Privado	Radioterapia
DERT -Depuração Extra Renal E Trans.	Privado	Hemodiálise
Gabinete de Radiologia Dr. F. A. Cazes	Privado	Mamografia e radiografia
Hospital de Olhos Santa Beatriz – HOSB	Privado	Oftalmologia –média e alta complexidade
Inst. Bras. de Assistência Pesquisa	Sem fins lucrativos	Oftalmologia – média complexidade
Laboratório Dom Bosco	Privado	Análises clínicas e anatomia patológica
UROCENTRO	Privado	Litotripsia
Fresenius	Privado	Hemodiálise
Instituto de Medicina de Reabilitação	Privado	Rede de suporte a RCPD

Do total de prestadores acima listados, atualmente existem 12 serviços contratualizados. Para o período de 2018 - 2021 a meta é de ampliação do processo de contratualização dos casos elegíveis para tal.

No presente momento apenas encontram-se inseridos no RESNIT – o procedimento de Ressonância Magnética cujo prestador é o HUAP e os procedimentos relacionados a Reabilitação. No que tange ao sistema RESNIT a

perspectiva é de ampliação dos procedimentos regulados tomando por base a atual oferta do referido sistema.

Auditoria – na última gestão as ações de auditoria foram melhor estruturadas pela elaboração e implementação de um instrumento próprio utilizado nas visitas técnicas que passaram a ser realizadas mensalmente pelo conjunto de 05 auditores aos prestadores contratados e conveniados.

Para o período de 2018 a 2021 a meta do departamento é estruturar as ações de auditoria conforme o modelo proposto pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do M.S. realizando pelo menos 02 auditorias ao ano em todas as suas fases analítica, em loco e de relatório.

Regulação do Acesso no âmbito Municipal

A Regulação do acesso à Assistência é de responsabilidade da Central de Regulação de Niterói (CREG-Niterói), implantada em 2014, e tem no seu escopo as seguintes ações: regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar as urgências em parceria direta com a central de regulação do SAMU; pelo controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; pela padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e pelo estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

A constituição da Central de Regulação Municipal permite absorver o fluxo da assistência na atenção básica, na média e alta complexidade.

Algumas ações necessárias para implantar e/ou implementar a Central de Regulação Municipal, garantindo a sua efetividade:

1. O Plano Diretor de Regionalização (PDR).
2. A Programação Pactuada e Integrada (PPI).
3. O conhecimento dos recursos assistenciais disponíveis em sua área de abrangência.
4. A definição do fluxo de informações (estabelecimentos solicitantes, estabelecimentos executantes).
5. A definição das rotinas operacionais (horário de funcionamento, dias da semana, perfil dos profissionais, etc.).

6. A capacitação permanente dos recursos humanos envolvidos no processo regulatório.
7. O referenciamento das demandas às esferas superiores quando os recursos pactuados no território abrangido pela central forem insuficientes.
8. O exercício da autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes.
9. A identificação de pontos de estrangulamento existentes na rede de atenção à saúde.
10. A identificação da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do usuário, fundamentada nos protocolos.
11. A disponibilização de informações para o acompanhamento da PPI.

Central de Regulação de Internações: é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados. O escopo da central de internações hospitalares deve ser configurado com os leitos das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros.

Central de Regulação Ambulatorial: é responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas, aos exames especializados e aos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT).

É possível implantar, conforme necessidade, centrais de regulação específicas que atuem em um universo menor de procedimentos como, por exemplo: terapia renal substitutiva, oncologia, transplantes e outros.

A Ação Regulatória da Central de regulação

A ação regulatória é o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre a gestão e os vários serviços de saúde, assim como da relação entre esses serviços, deve ser iniciada na Atenção Primária que exerce função de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde.

Na prática, a ação regulatória é definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos,

realizada por um profissional de saúde, levando em conta a classificação de risco, o cumprimento de protocolos de regulação estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada.

A ação regulatória corresponde a quatro processos de trabalho:

- O levantamento e distribuição de cotas de procedimentos realizados pelos estabelecimentos executantes para os estabelecimentos solicitantes.
- A busca e disponibilização de leitos hospitalares.
- O processo de autorização prévio à execução da ação ou serviço de saúde, por exemplo, as Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC) ou a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).
- A execução da ação regulatória é feita por profissional competente, capaz de análise crítica e discernimento que o conduz a decisões baseadas em protocolos de regulação.

A ação regulatória deve estar fundamentada em Protocolos de Regulação que compreendem:

Os protocolos de fluxos de encaminhamento, que são instrumentos ordenadores e que qualificam o acesso viabilizando a assistência integral ao usuário, entre os diversos níveis de complexidade da atenção, e os protocolos clínicos, que tratam da forma de intervenção por patologia, para subsidiar as decisões terapêuticas, que atendam às necessidades do usuário.

A Autorização de Procedimentos

O processo de autorização de procedimentos realizados por meio da ação regulatória, é prévio e baseado nos protocolos de regulação pré-estabelecidos.

Nos casos de urgência, a autorização dar-se-á no menor espaço de tempo após a solicitação do mesmo.

A Central de Regulação autoriza, previamente, os procedimentos, concomitantes aos agendamentos solicitados, utilizando o mecanismo de cotação da oferta dos serviços de saúde disponibilizada para as unidades solicitantes e executantes da central.

A autorização é realizada por equipe, orientada pelos protocolos. Essa ação visa garantir o acesso ordenado, respeitando critérios clínicos de necessidade dos usuários e de disponibilidade da oferta.

2.8. Gestão em Saúde

Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Compete a Coordenadoria de Recursos Humanos (CORHU), a execução de um conjunto de ações voltadas ao planejamento, apoio à gestão e monitoramento das questões relacionadas à gestão do trabalho na FMS, entre elas: dimensionamento, composição, distribuição, mobilidade e lotação do quadro de trabalhadores, para o seu adequado funcionamento de modo a atender aos objetivos da Instituição.

No que se refere à gestão do capital humano, os profissionais da FMS estão vinculados sob regime estatutário, por meio de processo seletivo concurso público, no entanto, nos últimos anos, em razão do distanciamento da realização do último concurso público, percebe-se um desequilíbrio no quadro funcional decorrente também, das aposentadorias e exonerações, dos afastamentos e falecimentos.

Por este motivo, a adequação quantitativa e qualitativa dos recursos humanos é ação prioritária desta Coordenadoria. Desta forma, foram constituídas algumas frentes de trabalho, como por exemplo, as comissões responsáveis pela elaboração dos Processos Seletivos Públicos Simplificados e do V Concurso Público para atendimento às necessidades de pessoal da rede pública municipal de saúde.

Informação, Informática e Comunicação

Uma vez que as Unidades Básicas de Saúde constituem porta de entrada do cidadão no SUS, se faz necessária a informatização da rede de atenção a saúde, em especial da Atenção Básica. Desta forma para o quadriênio 2018 -

2021 pretende-se implantar o Prontuário Eletrônico do Cidadão nas unidades de Atenção Básica do município.

O Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde - PIUBS, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde preconiza o fornecimento de infraestrutura tecnológica, além de serviços de Tecnologia da Informação, que possibilite a implantação e a manutenção de prontuário eletrônico nas Unidades Básicas de Saúde do Município.

De acordo com a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) a ampliação do uso da informação no cotidiano do processo decisório da saúde favorece o controle social, a gestão e os processos de trabalho em saúde, sendo necessária uma responsabilização institucional em cada esfera. Desta forma, cabe a gestão municipal:

- ✓ Implementar as ações de informação e informática em saúde em consonância com a PNIIS, conforme previsto no sistema de planejamento regional;
- ✓ Apoiar a implementação da PNIIS por meio do processo de planejamento regional em saúde;
- ✓ Articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, intra e intersetoriais, bem como com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde;
- ✓ Implantar soluções de informática, segundo suas necessidades regionais, para atender a demandas informacionais no âmbito de seu território, garantida a interoperabilidade com os sistemas nacionais;
- ✓ Desenvolver ações de educação permanente, com foco nas especificidades de informação e informática em saúde, destinadas aos trabalhadores de saúde;
- ✓ Estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação das ações de informação e informática desta Política no âmbito local; e
- ✓ Coordenar ações que promovam o desenvolvimento das instâncias públicas de informação e tecnologia da informação em saúde.

Planejamento em Saúde

O planejamento em Saúde é de responsabilidade de cada esfera da federação, de modo que cada município deve desenvolver as suas respectivas atividades, em consonância com as políticas públicas e estratégias de planejamento em âmbito Estadual e Nacional. (Ministério da Saúde, 2016)

O Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS, em consonância com o Conselho Nacional de Saúde, definem as diretrizes gerais de elaboração do planejamento para todas as esferas de gestão, estabelecem as prioridades e os objetivos nacionais. Os Municípios, a partir das necessidades locais, das diretrizes e propostas estabelecidas pela Conferência Municipal de Saúde, das prioridades estaduais e nacionais, elaboram, implementam e avaliam o ciclo do planejamento municipal. (Ministério da Saúde, 2016)

O planejamento no SUS deve ter como base territorial as regiões de saúde, uma vez que essas são os espaços geográficos fundamentais de garantia da integralidade das ações e serviços de saúde para a população no SUS. A Região de Saúde representa a unidade de referência para a análise da dinâmica socioeconômica e da situação de saúde da população, o dimensionamento da capacidade instalada de produção de serviços, o levantamento dos recursos fiscais, dos profissionais e equipamentos disponíveis e para a projeção de uma imagem-objetivo da rede de atenção à saúde. (Ministério da Saúde, 2016)

Desta forma, o planejamento no SUS busca articular as diferentes esferas com suas atribuições específicas de modo a produzir um planejamento que norteie as estratégias de regionalização. Desta forma, a União, a partir de construção tripartite, estabelece diretrizes, objetivos e metas nacionais e o calendário nacional de elaboração para que os Estados possam definir as estratégias de coordenação do processo de planejamento em seu território e os Municípios iniciem, com seus pares, suas atividades nas respectivas regiões de saúde. (Ministério da Saúde, 2016)

O Plano Municipal de Saúde deverá nortear a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde. Ele é peça fundamental do planejamento, pois define todas as iniciativas no âmbito da Saúde municipal para o período de quatro anos, além de explicitar os compromissos do governo para o

setor saúde reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias do município.

O planejamento no âmbito do SUS tem como base os seguintes pressupostos:

I - planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada.

II - respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

III - monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS.

IV - planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.

V - compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão;

VI - transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade;

VII - concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada.

A elaboração do Plano de Saúde deve ser orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando a análise situacional, orientada pelos seguintes temas: a) estrutura do sistema de saúde; b) redes de atenção à saúde; c) condições socio sanitárias; d) fluxos de acesso; e) recursos financeiros; f) gestão do trabalho e da educação na saúde; g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão. Além disso, deverão constar no PMS a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e o processo de monitoramento e avaliação.

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza o Plano Municipal de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

A PAS municipal deverá conter:

I - a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde.

II - a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; e

III - a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS;

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orientar eventuais readequações que se fizerem necessários no Plano de Saúde. Ele contempla os seguintes itens: diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; as metas da PAS previstas e executadas; a análise da execução orçamentária; e as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

Já o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação.

A Constituição Federal de 1988 define a integração entre o planejamento estatal e o orçamento como sendo o fundamento do modelo orçamentário brasileiro, definido pela necessidade do estabelecimento de uma conexão coerente entre os respectivos instrumentos adotados. Desta forma, os instrumentos de planejamento da saúde — o Plano de Saúde e suas respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão — devem orientar, no que se refere à política de saúde, a elaboração dos instrumentos de planejamento de governo — Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), definidos a partir do art. 165 da CF.

O PPA compreende o planejamento governamental para o período de quatro anos. Deve definir diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública relativas às despesas de capital e aos gastos correntes delas derivados, ou seja, o PPA sintetiza as estratégias de médio prazo e as operacionaliza por meio dos programas. O PPA se estrutura em duas partes fundamentais que são a base estratégica e os programas. A base estratégica deve contemplar a análise da situação econômica e social, as diretrizes, objetivos e metas estabelecidas pelo chefe do Poder Executivo, a previsão dos recursos orçamentários e sua

distribuição entre os setores ou entre os programas e diretrizes, objetivos e metas dos demais órgãos de acordo com a orientação estratégica do chefe do Poder Executivo.

A LOA contém o detalhamento anual desse planejamento na forma das ações que deverão ser implementadas e dos recursos orçamentários que estarão disponíveis para o financiamento das políticas. Desta forma a LOA consiste no planejamento governamental anual, onde são previstos com maior detalhamento o volume de recursos arrecadados e como esses serão alocados ao longo do conjunto de programas e projetos a serem executados no exercício fiscal correspondente.

A LDO integra o PPA e a LOA. Ela estabelece para cada exercício fiscal, as metas e as prioridades da Administração Pública e os parâmetros de elaboração da LOA, além de expressar uma série de questões essenciais que para o planejamento de médio prazo, contido no PPA, possa ser operacionalizado.

Neste sentido, a Lei nº 141, de 2012, em seu art. 36, § 2º, estabelece que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão encaminhar para aprovação do respectivo conselho de saúde a Programação Anual de Saúde, antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente ao Legislativo, de forma a garantir que o setor saúde esteja contemplado nas regras dispostas na LDO aplicáveis ao ano subsequente.

Vale ressaltar que cada ente da Federação deve, obrigatoriamente, realizar a elaboração dos instrumentos de planejamento estabelecidos pela legislação que são, inclusive, obrigações condicionantes para o recebimento das transferências intergovernamentais.

Financiamento em Saúde

Os recursos da FMS Niterói são provenientes de cinco fontes, conforme mostrado em sequência. O Orçamento para 2018 realizou-se pela Lei Orçamentária Anual/LOA no valor de R\$ 454.566.863,91.

Tabela 87 - DISTRIBUIÇÃO DE DESPESAS - 2015 a 2018 – FMS.

RECURSO	FONTE DO RECURSO	2015	2016	2017	2018 (valor estimado)
Tesouro Municipal	100	229.400.588,53	234.053.787,77	269.696.466,80	252.573.863,91
Recurso Royalties	108	-	11.140.398,40	26.969.187,00	15.000.000,00
Convênios	202	-	68.961,71	736.844,55	900.000,00
DASS	203	6.088.428,32	8.540.841,20	5.714.070,94	8.631.000,00
Vigilância Sanitária	203	-	-	-	2.000.000,00
Cemitério		2.755,70	-	2.323,00	-
SUS	207	169.281.696,05	164.023.816,69	107.137.071,15	175.462.000,00
TOTAL		404.773.468,60	417.827.805,77	410.255.963,44	454.566.863,91

FONTES: Núcleo de Orçamento – ASPLAN – QDD 2018 e Superintendência de Finanças - SUAFI

A fonte 207⁵ (Fonte SUS) até o final de 2017 era regida pela portaria 204/2007 que dividia os repasses em seis blocos de financiamento, são eles: Bloco de Atenção Básica; Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; Investimentos na Rede de Serviços de Saúde com recursos previstos para o período de 2014 a 2017, conforme tabela 88.

⁵ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde. Para Entender a Gestão do SUS – Brasília: CONASS, 2011.

Tabela 88 - RECEITA POR BLOCOS DE FINANCIAMENTO - fonte 207

RECEITA POR BLOCOS DE FINANCIAMENTO - fonte 207	RECEITA RECEBIDA (UNIDADE DE MEDIDA R\$)			
	2014	2015	2016	2017
ASSIST. FARMACÊUTICA	2.497.572,00	2.289.441,00	2.705.703,00	2.591.110,40
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE - MAC	146.167.990,11	136.724.094,44	123.542.415,86	144.411.173,55
ATENÇÃO BÁSICA	22.425.731,02	25.986.944,70	29.411.315,84	24.952.251,04
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	4.519.061,28	4.171.617,89	5.077.937,36	4.386.766,59
GESTÃO SUS	40.000,00	34.000,00	40.000,00	40.000,00
INVESTIMENTO	4.676.090,60	1.205.171,00	565.875,00	321.793,00
TRANSF. DO ESTADO	3.520.180,05	2.717.612,50	150.000,00	0,00
RECEITA TOTAL RECEBIDA	183.846.625,06	173.128.881,53	161.493.247,06	176.703.094,58

Fonte: <http://portalfns.saude.gov.br/>

A partir de 2018, foi editada em 28 de setembro de 2017, Portaria de Consolidação nº 6, e modificada pela Portaria nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017, passando a considerar dois Blocos de financiamento para os recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde (MS), revogando assim a Portaria 204/2007 e ficando assim estabelecido os Blocos de Financiamento:

- I - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e
- II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

A principal mudança é a forma de transferência dos recursos financeiros para custeio e investimento, uma vez que os recursos para custeio serão transferidos para uma só conta corrente no bloco de custeio e os recursos para investimentos ainda não contemplados com repasse serão transferidos para uma só conta corrente no bloco de investimento.

A junção dos antigos blocos de financiamento de custeio em um único bloco, mantendo-se grupos de ações dentro do Bloco de Custeio. Esses grupos de ações deverão refletir a vinculação, ao final de cada exercício, do que foi definido em cada programa de trabalho do Orçamento Geral da União e que deu origem ao repasse do recurso, bem como o estabelecido no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde dos entes subnacionais.

Os blocos de financiamento passarão a ser constituídos de Grupos dentro de cada Bloco como forma de controle da prestação de contas.

Para fins de transparência, registro de série histórica e monitoramento, o FNS/SE/MS divulgará, em seu sítio eletrônico, as informações sobre as transferências de recursos federais transferidos para o custeio e investimento de ações e serviços públicos de saúde, organizando-as e identificando-as por grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação, tais como:

I- Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde:

- a) Atenção Básica;
- b) Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar;
- c) Assistência Farmacêutica;
- d) Vigilância em Saúde;
- e) Gestão do SUS; e

II - Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde:

- a) Atenção Básica
- b) Atenção Especializada
- c) Vigilância em Saúde;
- d) Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS;
- e) Gestão do SUS.

É vedado conforme determina a Portaria 3.992/2018 o uso dos recursos referentes ao Bloco de Custeio, para pagamento de:

- servidores inativos;
- servidores ativos, exceto se forem contratados para desempenharem funções relativas ao respectivo Plano de Saúde;
- gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles ligados diretamente ao respectivo Plano de Saúde;
- pagamento de assessorias e consultorias prestadas por servidor público pertencente ao quadro do próprio município ou estado;
- obras, exceto reformas e adequações.

Também é vedado conforme portaria acima, no Bloco de Investimento:

É vedada a utilização de recursos financeiros em órgãos e unidades voltados, exclusivamente, à realização de atividades administrativas.

Atividades de custeio

As despesas referentes ao recurso federal transferido devem obedecer às exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas públicas (formas de contratação, empenho, liquidação e pagamento), incluindo a respectiva documentação administrativa e fiscal exigida.

Portanto, sem prejuízo de outras formas de controle realizadas pelo Ministério da Saúde, a comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios far-se-á, por meio do Relatório de Gestão, que deve ser elaborado anualmente e submetido ao respectivo Conselho de Saúde.

Ouvidoria

Pautada em todos os princípios que regem o Sistema Único de Saúde, em maio de 2017 foi criada, implantada e implementada a Ouvidoria da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, com a proposta de acompanhar e avaliar a opinião pública, acerca dos serviços prestados pelas unidades de saúde e pelos profissionais, visando também a melhoria da qualidade do atendimento.

A Ouvidoria é um dos principais instrumentos de diálogo e articulação entre o controle social e a gestão pública, com o objetivo de melhoria da qualidade das ações e serviços prestados por toda a rede do Sistema Único de Saúde.

É notória a adesão dos profissionais e dos usuários pelos serviços prestados pela Ouvidoria, porém ainda possuímos dificuldades de logística, pois os meios de locomoção, ainda são um sério problema para os trabalhadores do SUS e por outro lado, ainda precisamos garantir toda a estrutura necessária, para prestarmos um melhor atendimento.

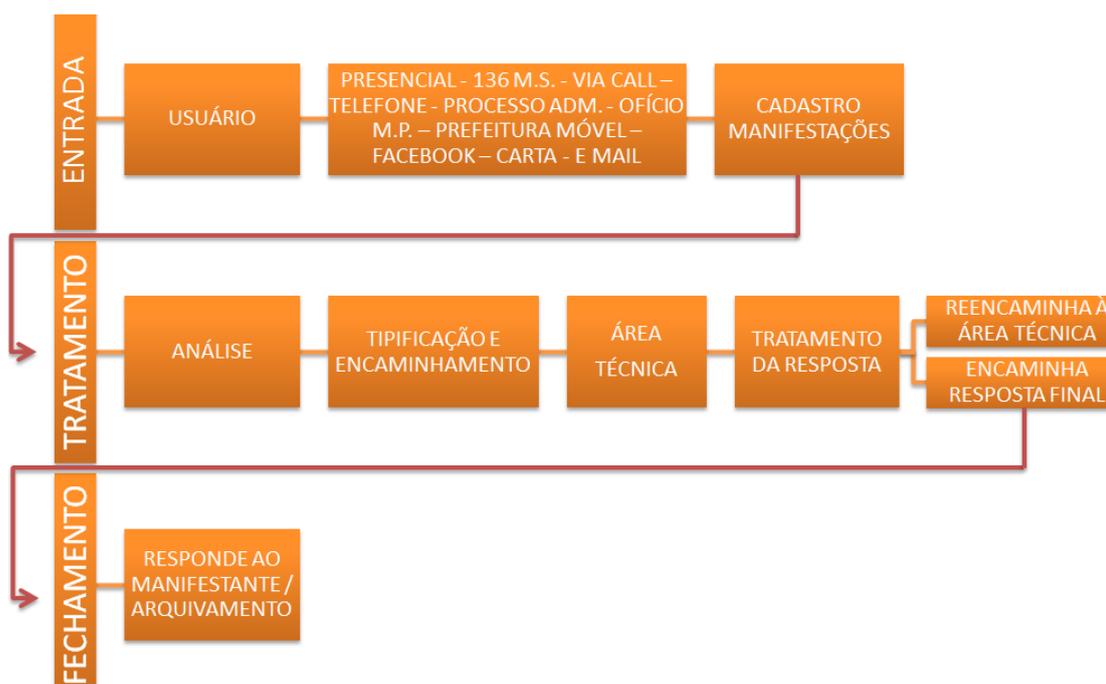
Outro grande problema reside em obter um retorno das demandas em tempo hábil para respostas aos usuários, (lembrando que temos um prazo legal de retorno em no máximo 20 dias), pois alguns profissionais da nossa rede, ainda não estão familiarizados com esta dinâmica de ação.

Desta maneira e a partir dos resultados apresentados, pode-se observar uma ampliação da utilização dos serviços, bem como o exercício do controle

social. Assim, esta experiência permite que a gestão avalie de forma concreta a satisfação dos usuários, bem como a valorização dos trabalhadores da Saúde e dos serviços como um todo. Esperamos neste próximo triênio, garantir que em cada unidade de nossa rede de saúde, exista um profissional que possa se responsabilizar em atender os usuários e responder as nossas demandas. Com isso certamente iremos garantir uma maior eficácia e eficiência em nossas ações e o retorno ao nosso maior patrimônio; a população de nossa cidade.

Conforme fluxo abaixo, o usuário pode entrar em contato com a ouvidoria por meio: presencial, *call-center*, ouvidoria geral do Ministério da Saúde (telefone 136) por meio de abertura de processo administrativo, ofício, prefeitura móvel, facebook, carta ou *e-mail* (Entrada). Após o contato é realizado um cadastro das manifestações. Em seguida, as manifestações serão analisadas, tipificadas e encaminhadas à área técnica. A área técnica irá emitir uma resposta a qual será tratada e esta poderá ser reencaminhada a área técnica (Tratamento) ou encaminhada como resposta final ao manifestante (Fechamento).

Figura 6 - Fluxo de Atendimento



No período de junho a dezembro de 2017 foram realizados 1.799 atendimentos pela ouvidoria. O número de atendimentos segundo mês de

ocorrência oscilou entre 100 atendimentos no mês de dezembro e 507 atendimentos no mês de agosto. Com relação ao meio de contato utilizado, o maior volume de manifestações foram realizadas através das ouvidorias existentes nas Unidades Hospitalares (VIPAHE), computando um total de 772 registros, seguido do call-center (611 atendimentos) e presencial (316 atendimentos)

TABELA 89

ATENDIMENTOS 2017								
	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	TOTAL
PRESENCIAL	85	68	58	61	60	48	21	316
VIA CALL	211	258	103	106	63	34	47	611
VIPAHE	41	57	341	51	28	270	25	772
TELEFONE	0	0	0	0	3	1	5	9
E MAIL	2	6	2	5	1	0	0	14
FACEBOOK	3	5	3	3	6	5	2	24
PREFEITURA MÓVEL	0	0	0	40	13	0	0	53
TOTAL	342	394	507	266	174	358	100	1799

Fonte: Ouvidoria Municipal de Saúde

Controle Social

O Conselho Municipal de Saúde de Niterói foi formado em julho de 1992. Atualmente, o CMS é formado por 32 conselheiros titulares e suplentes sendo 16 representantes do segmento de usuários, 08 do segmento de profissionais de saúde e 08 gestores. O Conselho é presidido pelo presidente da Fundação Municipal de Saúde. As reuniões ordinárias do conselho acontecem mensalmente no prédio da Policlínica Sylvio Picanço – Auditório do NEPP. A FMS tem buscado assegurar condições de funcionamento do conselho provendo espaço físico, infraestrutura e recursos humanos próprios para o conselho. Compete ao conselho municipal discutir, elaborar, planejar e deliberar quanto à política municipal de saúde, inclusive quanto à aplicação financeira.

O funcionamento é determinado pelo seu Regimento Interno (Decreto 6815/94 de 06/01/94). De caráter permanente, deliberativo e fiscalizador dos Conselhos de Saúde conferidas pela Lei Municipal nº1085, Lei Federal 8.142/90, Lei Federal 8.080/90, Resolução Nº453/2012 Ministério da Saúde, Lei Federal 141 /2010.

As reuniões são mensais. O CMS/Niterói possui as seguintes Comissões:

1. Comissão de Legislação, Planejamento, Financiamento e Recursos Humanos.
2. Comissão Executiva
3. Comissão de Acompanhamento da Gestão SUS.
4. Comissão de Monitoramento da Vigilância em Saúde.
5. Comissão de Saúde do Trabalhador.
6. Comissão de Educação Permanente - Portaria MS 1996 de 20/08/2007.
7. Comissão de Atenção aos Ciclos de vida a Situação Especial de Saúde (Mulher, LGBT, Idoso, Criança e Adolescente)

“A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A Legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde é composto por representantes de Usuários, de Trabalhadores de Saúde, do Governo e de Prestadores de Serviços de Saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.” (Conselho Nacional de Saúde - Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003).

Nesse sentido ressalta-se a importância de desenvolver processos educação permanente, tendo em vista a qualificação dos conselheiros nas decisões e deliberações da Política de Saúde.

Regionalização

O Sistema de governança no âmbito do Sistema Único de Saúde é constituído por instâncias Gestoras de negociação e pactuação tendo na sua configuração institucional a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, a Comissão Intergestores Bipartite – CIB e as Comissões Intergestores Regionais – CIR.

CIB-Comissões Intergestores Bipartite

Segundo consta no portal da CIB-RJ, as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) foram instituídas gradativamente nos estados brasileiros durante os anos de 1993 e 1994, a partir de determinação da Portaria do Ministério da Saúde nº 545 de 20 maio de 1993, que estabeleceu a Norma Operacional Básica SUS (NOB SUS).

A CIB-RJ foi formalmente instituída pela Resolução Nº 855/SES-RJ. Formada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), sendo composta por 12 representantes titulares e 12 suplentes da SES e 12 membros efetivos do COSEMS-RJ, constituindo em espaço de negociação, decisão e deliberação sobre a Política de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

A CIB-RJ conta com uma Câmara Técnica formada por 12 representantes da SES-RJ e 12 Representantes do COSEMS-RJ e uma Secretaria Executiva com 5 membros. Possui Regimento Interno publicado pela deliberação CIB nº 1.481/2011, D. O. de 21/12/2012

CIR's- Comissões Intergestores Regionais

Cada uma das 09 Região de Saúde possui uma CIR que conta com Câmara Técnica, Secretaria Executiva e Grupos de Trabalho - GT (GT de planejamento, GT de Urgência e Emergência, GT de Vigilância em Saúde, GT da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, entre outros). É vinculada à Secretaria Estadual de Saúde - SES, com realização de reuniões ordinárias mensais, com participação dos Gestores, na qualidade de membros efetivos e Técnicos na qualidade de suplentes, dos municípios que compõem a região.

Os temas de interesse da Região de Saúde são debatidos na Câmara Técnica e apresentados na reunião ordinária da CIR para pactuação ou para informe. As pactuações são encaminhadas para área técnica da SES para

análise. Se necessário retornam a CIR e se aprovadas são remetidas para o Grupo Condutor Estadual e posteriormente para CIB passando pela Câmara Técnica e reunião ordinária para pactuação ou informe.

Conselhos de Saúde

Os Conselhos de Saúde são instâncias deliberativas, com competência para aprovar as propostas encaminhadas pela CIB, assim como fiscalizar suas ações. Os Conselhos de Saúde acompanham a organização federativa, municipal, estadual e nacional. As regiões de Saúde não possuem conselhos por não serem instâncias federativas.

3. FORMULAÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

EIXO TEMÁTICO 1 : Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade	
Diretriz: Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas.	
Objetivo: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar	
META	INDICADOR
Garantir a cobertura de 75% da Atenção Básica	Percentual de Cobertura da Atenção Básica
Alcançar a cobertura de 100% do Programa Médico de Família nas áreas de maior vulnerabilidade	Percentual de cobertura do PMF nas áreas de maior vulnerabilidade alcançado
Implantar 5 NASFs	Número de NASFs implantados
Fortalecer a estratégia de implementação de 2 Consultórios na Rua para atendimento à População em Situação de Rua	Consultório na Rua para atendimento à População em Situação de Rua implementado
Readequar a estrutura física e equipamentos de 58 Unidades de Saúde	Número de Unidades de Saúde readequadas
Executar 01 Projeto Escola da família: Promovendo Práticas Parentais com Afeto, Sem Violência	Projeto executado
Ampliar a oferta de consultas de especialidade em 4%	Percentual de consultas de especialidade ampliada
Implantar uma Coordenação de Atenção Especializada e Rede de Atenção à Saúde	Coordenação de Atenção Especializada e Rede de Atenção à Saúde implantada
Implantar um projeto de atenção à saúde da população LGBT com foco na transexualização	Projeto de atenção à saúde da população LGBT implantado
Ampliar a cobertura de Saúde Bucal em 21 unidades no Programa Médico de Família.	Serviço implantado e funcionando.
Implantar 01 serviço de prótese dentária.	Serviço implantado.
Implantar 01 serviço central de RX odontológico.	Serviço implantado.

Aumentar a média de ação coletiva de escovação dental supervisionada para 1%.	Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada.
Reduzir o percentual de exodontias em relação aos procedimentos preventivos e curativos para 5,5%.	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.
Garantir o atendimento especializado em 01 Centro de Especialidades Odontológicas do tipo II (4 cadeiras), com um consultório para rede de cuidados de pessoa com deficiência (RCPD).	Serviço funcionando.
Implantar 01 Centro de Especialidades Odontológicas do tipo I (3 cadeiras).	Serviço implantado.
Garantir o atendimento odontológico hospitalar em 02 consultórios e em 01 centro cirúrgico, no Hospital Carlos Tortelly.	Número de Serviços funcionando.
Implantar Práticas Integrativas e Complementares (PICS) em 10 Unidades de Saúde do Município de Niterói	Nº de Unidades de Saúde com PICS Implantada
Implementar 19 modalidades de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) em 10 Unidades de Saúde do Município de Niterói	Nº de Unidades de Saúde com PICS Implementada
Diretriz: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS	
Objetivo: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar	
META	INDICADOR
Implantar o Programa de Tabagismo em 3 novas unidades/ano	Número de unidades da rede de saúde com o programa implantado e funcionando
Aumentar em até 70% dos usuários que concluem o Programa de Tabagismo	Proporção de usuários cadastrados que concluem as 4 sessões nos grupos de tabagismo

Implantar ações educativas contra o tabaco nos programas municipais de Saúde do Idoso, Hipertensão e Programa Saúde na Escola	Número de programas municipais com ações educativas contra o tabaco implantado
Manter em funcionamento 1 pólo de atendimento a pacientes ostomizados em local de fácil acesso	Pólo de ostomizados em funcionamento
Reestruturar o fluxo de atendimento de anemia falciforme	Fluxo de atendimento de anemia falciforme reestruturado
Qualificar a Central de Regulação Municipal já existente, transformando-a em 24 horas.	Central de regulação municipal qualificada funcionando 24 horas
Assegurar 100% de Cobertura do serviço de atendimento Móvel de urgência (SAMU 192)	Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Atender 100% das solicitações recebidas pela Central de Regulação do SAMU da Metropolitana II	Proporções das solicitações atendidas pela Central de Regulação do SAMU
Assegurar que as 6 unidades hospitalares UMAM (UPAIII), MMARVF, HPJ, HOF, HMCT, HGVF prestem assistência hospitalar de forma adequada e conforme perfil assistencial	nº de unidades prestando assistência de forma adequada e conforme perfil assistencial
Realizar obras para readequação do Hospital Psiquiátrico Jurujuba como dispositivo integrado aos princípios normativos da rede de atenção psicossocial	Obras de readequação realizadas
Realizar obras de adequação na Maternidade Alzira Reis	Obras de readequação realizadas
Implantar 13 leitos de UTI, 14 leitos psiquiátricos e 2 leitos clínicos no Hospital Municipal Carlos Tortelly	Leitos implantados e operativos
Implantar de 4 novos leitos na UTI no Hospital Orêncio de Freitas	Leitos implantados e operativos
Implantar de 16 novos leitos na Maternidade Alzira Reis (sendo 2 de UCI neonatal) e 14 obstétricos.	Leitos implantados e operativos

Manter funcionando o HGVF	HGVF funcionando
Rever o Plano Operativo Assistencial entre a Fundação Municipal de Saúde e Hospital Universitário Antonio Pedro de forma a contemplar a assistência de maior complexidade junto à população da região Metropolitana II.	Plano operativo em curso e avaliado sistematicamente por comissão própria
Implantar um Centro de Exames de Imagem.	Centro implantado e em funcionamento
Realizar adequação do Serviço de Pronto Atendimento (SPA) 1 Largo da Batalha para UPA II - Região Pendotiba	UPA II em funcionamento
Manter o Funcionamento de 100% dos serviços de apoio diagnóstico e de emergência	Percentual dos Serviços de apoio diagnóstico e de emergência em funcionamento
Concluir 100% da obra de reforma do Laboratório Miguelote Viana	Proporção da obra concluída
Reformar o laboratório do HMCT	Laboratório do HMCT reformado
Readequar 30 salas de coleta de sangue e recepção de outras amostras de origem biológica em Unidades de Saúde para se adequar à legislação.	Número de salas readequadas
Objetivo: Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS	
META	INDICADOR
Implantar o Programa Mais Saúde – Remédio em Casa	Programa Mais Saúde – Remédio em Casa implantado
Garantir o abastecimento em no mínimo 80% dos medicamentos da REMUME	Proporção da REMUME atendida
Qualificar 100% da Assistência Farmacêutica no Município	Proporção da Assistência Farmacêutica qualificada
Diretriz: Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas.	

Objetivo: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

META	INDICADOR
Alcançar, no mínimo, 75% das coberturas vacinais adequadas do calendário básico de vacinação da criança	Proporção de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação para crianças menores de dois anos de idade com coberturas vacinais preconizadas
Aumentar a proporção da cura de casos novos de Tuberculose pulmonar bacilífera para 85%	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.
Aumentar a proporção de realização de exames anti-HIV entre os casos novos de tuberculose para 80%	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose
Aumentar a proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de Hanseníase examinados para 95 %	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de Hanseníase examinados
Aumentar para 96% a proporção de cura nas coortes de casos novos de Hanseníase.	Proporção de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
Encerrar 85% dos casos de notificação compulsória imediata (Doenças de Notificação Compulsória Imediata - DNCI) em até 60 dias após a notificação	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após a notificação
Manter o número de óbitos por Dengue igual a zero	Número absoluto de óbito por Dengue
Investigar, no mínimo, 75% dos óbitos infantis e fetais	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados
Investigar 75% dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados
Investigar 100% dos Óbitos Maternos	Proporção de óbitos maternos investigados
Obter no mínimo 95% do registro de óbitos com causa básica definida	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida
Implementar em 100% das unidades de saúde da rede ações de prevenção das IST/Aids/Hepatites virais para população geral e segmentos em maior vulnerabilidade	Percentual das unidades de saúde da rede realizando ações de prevenção das IST/Aids/Hepatite virais para população geral e segmentos em maior vulnerabilidade

Aumentar em, no mínimo, 10% o número de testes sorológicos anti-HCV realizados no ano	Número de testes sorológicos anti-HCV realizados em relação ao ano anterior
Encerrar 90% dos casos (confirmados ou descartados) através do marcador HCV-RNA dos casos notificados de Hepatite C com Anti-HCV reagente	Proporção de casos com encerramento oportuno (confirmados ou descartados) através do marcador HCV-RNA dos casos notificados de Hepatite C com Anti-HCV reagente
Reduzir a zero transmissão vertical do HIV	Número absoluto de casos novos de Aids em menores de 05 anos de idade
Reduzir em 20% o número de casos de Sífilis Congênita	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade em relação ao número de casos do ano anterior multiplicado por 100
Implementar a oferta de assistência aos casos de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) de maior complexidade em 100% das Policlínicas Regionais.	Proporção de Policlínicas Regionais que oferecem assistência aos casos de IST de maior complexidade
Implementar a Abordagem Síndrômica às IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) em 100% das Unidades de Atenção Básica de Saúde do município.	Percentual das Unidades de Atenção Básica de Saúde do município que utilizam a Abordagem Síndrômica às IST.
Aumentar a proporção de PVHA (Pessoas Vivendo com HIV/AIDS) com carga viral de HIV indetectável em 20% a cada período de 12 meses	Número de PVHA com carga viral de HIV indetectável no ano atual/ número total de PVHA com carga viral de HIV indetectável no ano anterior multiplicado por 100
Implementar em 100% dos serviços de assistência especializada (SAEs), ações para fortalecimento da adesão ao tratamento HIV/AIDS	Percentual de serviços de referência com ações de adesão ao tratamento HIV/AIDS
Garantir que 100% dos exames solicitados para Sífilis, HIV e Hepatite B sejam realizados (excluindo os testes rápidos)	Proporção de exames realizados para Sífilis, HIV e Hepatite B em relação aos exames solicitados (excluindo os testes rápidos)
Aumentar o número de Serviços Municipais de Atenção Especializada em HIV/AIDS de 8 para 11 Unidades	Números de Serviços Municipais de Atenção Especializada em HIV/AIDS implementadas ao final do período
Investigar 100% das gestantes com exantema notificadas	Proporção de gestantes notificadas para zika com investigação laboratorial realizada

Coletar, codificar, digitar e transferir 90% dos bancos SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) e SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos) nos prazos estabelecidos	Proporção de DO's e DNV's codificadas, digitadas e transferidas pelo número de DO's e DNV's recebidas nos prazos estabelecidos
Aumentar para 25% a proporção de unidades de saúde que atendem o SUS e realizam notificação de violência interpessoal/autoprovocada	Proporção de unidades de saúde do SUS que realizam notificação de violência interpessoal/autoprovocada
Implantar em 10% do total de escolas da rede pública municipal de educação a notificação de violência interpessoal/autoprovocada	Proporção de escolas da rede pública municipal de educação que notificam casos de violência interpessoal/autoprovocada
Aumentar para 20% a proporção de Unidades de Atenção Básica que notificam casos de violência	Proporção entre Unidades Básicas que realizam notificação de violência interpessoal/autoprovocada e o total de Unidades notificadoras
Aumentar em 40% a proporção de casos notificados de violência acompanhados pela Rede de Atenção Básica	Porcentagem de casos notificados de violência acompanhados pela Rede de Atenção Básica
Objetivo: Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor	
META	INDICADOR
Realizar seis grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias de acordo com a Pactuação Interfederativa 2017-2021 aprovada pela resolução da CIT nº 8 de 24/11/2016	Número de grupos de ações de vigilância sanitária realizados
Readequar a ambiência do DEVIC	DEVIC com ambiência readequada
Criar e implantar 01 Unidade Arrecadadora Informatizada no DEVIC/FMS	Unidade Arrecadadora Informatizada no DEVIC/FMS criada e implantada
Propor 01 Projeto de Lei Municipal, adequando o organograma do DEVIC frente às mudanças impostas pela legislação sanitária vigente, incluindo alterações e atribuições funcionais do servidor.	Projeto de lei proposto, adequando o organograma, conforme o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

Propor 01 Projeto de Lei Municipal adequando 100% da legislação sanitária municipal para acompanhar e recepcionar às novas legislações estaduais e federais.	Projeto de lei proposto adequando Legislação sanitária municipal conforme o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
Alcançar 80% de visita domiciliares realizadas para controle de vetores nos imóveis do município, em cada ciclo de trabalho.	Proporção de visitas domiciliares realizadas para controle vetorial da dengue, em cada ciclo de trabalho
Realizar 100% da análise da água de consumo de acordo com VIGIAGUA.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez
80 % de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica por ano	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina .
Realizar o controle de ratos em 80% das áreas públicas do Município.	Percentual de áreas públicas com controle de ratos
Implantar uma Unidade Móvel de Zoonose	Unidade Móvel de Zoonose implantada
Realizar 4000 cirurgias de castração para o controle das populações de cães e gatos.	Número de cirurgias de castração realizadas
Construir/Adequar espaço, para abrigar a nova sede do CCZ	Nova sede do CCZ adequada
Diretriz : Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde	
Objetivo : Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde	
META	INDICADOR
Aumentar a Prevalência de Aleitamento Materno em 5% ao ano nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família	Percentual de aleitamento materno em lactentes até 6º mês de vida

Realizar a Triagem Neonatal em 100% das unidades de saúde da atenção básica e policlínicas (número de unidades básicas de saúde e policlínicas = 50)	Número de unidades de saúde da atenção básica e policlínicas com o teste implantado.
Assegurar atendimento ao adolescente em 80% das Unidades de Saúde que possuem Equipe Multiprofissional de Saúde em atividade	Percentual de Unidades de Saúde do Município que prestam atendimento multidisciplinar ao adolescente
Vacinar 80% de adolescentes do sexo feminino para HPV	Nº de meninas de 11 a 13 anos vacinadas/total de meninas de 11 a 13 anos no município X 100
Implantar a Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA) em 100% das Unidades de Saúde	Proporção de Unidades de Saúde com a Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA) implantadas.
Implantar a Ficha de Marcadores de Consumo Alimentar em 50% das Unidades de Saúde	Percentual de Unidades de Saúde com a Ficha de Marcadores implantada
Reduzir em 2 % a ocorrência de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos no período (média de 0,5% ao ano)	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos
Alcançar a razão de 0,30 exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos	Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente no município de Niterói e a população na mesma faixa etária.
Alcançar a razão de 0,35 exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de Niterói e a população na mesma faixa etária.
Implementar 01 Projeto Escola da família: Promovendo Práticas Parentais com Afeto, Sem Violência	Projeto Implementado
Implantar em 32 escolas pactuadas com o PSE ações preventivas à saúde masculina.	Nº de escolas pactuadas com ações preventivas à saúde masculina implantadas
Implantar e implementar em 54 unidades de Atenção Básica ações de atenção integral a saúde do homem na faixa etária de 20 a 59 anos.	Nº de unidades de atenção básica com ações de atenção integral à saúde do homem na faixa etária de 20 a 59 anos implantadas.

Criar o Projeto intergeracional Bem Vividos para a terceira idade	Projeto Intergeracional criado
Reduzir em 2% a taxa de internação por fratura de fêmur na população maior de 60 anos.	Taxa de internação por fratura de fêmur na população maior de 60 anos.
Reduzir em 2% a taxa de internação por pneumonia na população maior de 60 anos.	Taxa de internação por pneumonia na população maior de 60 anos.
Reduzir em 2% a taxa de mortalidade nos maiores de 70 anos pelo conjunto das 4 principais DCNT's (Doenças Crônicas não transmissíveis)	Taxa de mortalidade nos maiores de 70 anos pelo conjunto das 4 principais DCNT's (Doenças Crônicas não transmissíveis)
Expandir o Programa Saúde na Escola de 32 para 38 unidades escolares até 2021.	Nº de escolas pactuadas no PSE
Manter o Programa Saúde na Escola em 32 unidades escolares	número de unidades escolares com o Programa Saúde na Escola funcionando
Diminuir em 1% a prevalência de obesidade em crianças de 0 a 5 anos	Percentual de prevalência de obesidade de crianças de 0 a 5 anos avaliadas pelo SISVAN Web.
Diminuir em 1% a prevalência de obesidade em crianças de 5 a 7 anos	Percentual de prevalência de obesidade de crianças de 5 a 7 anos avaliadas pelo SISVAN Web.
Diminuir em 1% a prevalência de sobrepeso em crianças de 0 a 5 anos	Percentual de prevalência de sobrepeso de crianças de 0 a 5 anos avaliadas pelo SISVAN Web.
Diminuir em 1% a prevalência de sobrepeso em crianças de 5 a 7 anos	Percentual de prevalência de sobrepeso de crianças de 5 a 7 anos avaliadas pelo SISVAN Web.
Aumentar em 2% ao ano a cobertura de doses de vitamina A administradas em crianças de 6 a 11 meses	Cobertura de doses de vitamina A administradas em crianças de 6 a 11 meses no ano.
Aumentar em 2% ao ano a cobertura de doses de vitamina A administradas em crianças de 12 a 59 meses	Cobertura de doses de vitamina A administradas em crianças de 12 a 59 meses no ano.
Aumentar em 20% a produção da fonoaudiologia	Número de atendimentos realizados na rede/ número de atendimentos realizados no ano anterior * 100

Atingir a meta de 58% da cobertura das famílias acompanhadas pelo Programa Bolsa Família	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).
Objetivo: Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	
META	INDICADOR
Implantar Plano de enfrentamento à Síndrome Congênita da ZIKA	Plano de enfrentamento à Síndrome Congênita da ZIKA implantado.
Reduzir a taxa de mortalidade infantil para 9,5	Número de óbitos em menores de 1 ano de idade em 1000 nascidos vivos
Implantar 01 Serviço de Follow- up de recém nascido de risco, e de crianças em vulnerabilidade social em unidade terciária própria do município.	Serviço de Follow -up de recém nascido de risco e de crianças em vulnerabilidade social implantado
Alcançar 87 % de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal
Aumento na proporção de parto normal até 37,0%.	Proporção de parto normal na rede pública e na saúde suplementar
Alcançar zero óbito materno	Número de óbitos maternos
Alcançar 100% de óbitos maternos investigados	Proporção de óbitos maternos investigados
Reduzir em 30% a mortalidade prematura por doenças crônicas com especial atenção a doenças do aparelho circulatório e diabetes mellitus	Número de óbitos ocorridos em residentes por doenças do aparelho circulatório e diabetes mellitus
Aumentar a produtividade dos Serviços de Fisioterapia em até 20%	Produção do ano atual/Produção do ano anterior x 100
Implantar atendimento fisioterápico de avaliação de riscos e prevenção de incapacidades em Diabetes Mellitus nas 10 (dez) Policlínicas da Rede Própria Municipal	Número de Policlínicas da Rede Própria Municipal com atendimento fisioterápico de avaliação de riscos e prevenção de incapacidades em Diabetes Mellitus implantado e funcionando
Implantar Projeto de avaliação e intervenção fisioterapêutica em Saúde do Idoso	Projeto de avaliação e intervenção fisioterapêutica em Saúde do Idoso implantado
Implantar uma coordenação de Reabilitação	Coordenação de reabilitação implantada

Implantar e implementar o projeto "refletindo nossas práticas"	Projeto "refletindo nossas práticas" implantado e implementado
Realizar 100% das ações pactuadas vigentes pelo DESUM	percentual de ações pactuadas realizadas
Implantar em pelo menos duas Regionais duas equipes do programa "Melhor em Casa"	Número de Regionais com o programa "Melhor em Casa" implantado
Qualificar 100% das ações necessárias para o DESUM	Proporção das ações realizadas
Alcançar no mínimo 1 de cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial
Manter 1 Unidade de Acolhimento Infantil, 8 Residências Terapêuticas, 6 Ambulatórios de Saúde Mental, 1 Centro de Convivência e equipe de Desinstitucionalização	Número de equipamentos de Saúde Mental em funcionamento
Realizar 120 ações de Matriciamento sistemático realizados por CAPS com Equipes de Atenção Básica	Número de ações de matriciamento realizadas
Qualificar 21 equipamentos da Rede de Saúde Mental	Número de equipamentos da Rede de Saúde Mental qualificados
Fechar 92 leitos psiquiátricos.	Número de leitos psiquiátricos fechados
Prevenir o Uso Abusivo de Crack, Álcool e outras Drogas	Ações de Prevenção ao Uso Abusivo de Crack, Álcool e outras Drogas executadas
EIXO TEMÁTICO 2: Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde	
Diretriz: Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho.	
Objetivo: Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.	
META	INDICADOR

Implementar a rede sentinela de Vigilância em Saúde do Trabalhador em 100% das unidades de saúde de emergência públicas e privadas do município de Niterói.	Percentual das unidades de saúde de emergência públicas e privadas com a rede sentinela implementada
Aumentar em 56% as notificações de acidentes de trabalho tendo como base 2016	Percentual de aumento da notificações de acidente de trabalho
Realizar matriciamento de prevenção de acidentes de trabalho em 24 unidades públicas de saúde do município de Niterói	Número de unidades de saúde capacitadas
Auxiliar na elaboração dos programas de controle de saúde e segurança nos locais de trabalho em 14 unidades de saúde pública do município de Niterói	Número de unidades de saúde com programas de controle de saúde e segurança elaborado
Aumentar em 20% as notificações de acidentes de trabalho no município de São Gonçalo, tendo como base o ano de 2016.	Percentual de aumento da notificações de acidente de trabalho
Acompanhar e apoiar programas de Residência Médica existentes na FMS	Proporção de programas de Residência Médica acompanhados e apoiados existentes na FMS
Acompanhar e apoiar 100% dos programas de estágio nas áreas de saúde de nível superior	Proporção de programas de estágio nas áreas de saúde de nível superior acompanhados e apoiados
Garantir dotação orçamentária para manutenção da força de trabalho da FMS	Dotação orçamentária garantida
Implantar uma Fundação Estatal	Fundação Estatal implantada
Realizar processo seletivo para reposição da força de trabalho	Processo seletivo realizado
Reestruturar o setor de Educação em Saúde incorporando o NEPP ao DIDES	Setor de Educação em Saúde reestruturado
Realizar 144 atividades de capacitação para 50 profissionais de saúde por atividade.	número de atividades de capacitação para 50 profissionais de saúde realizadas
Realizar 8 ações por ano de Qualificação continuada das equipes de saúde, assistência social e educação sobre programas sociais, intersetoriais .	número de ações por ano de Qualificação continuada das equipes de saúde, assistência social e educação sobre programas sociais, intersetoriais realizadas

Facilitar e orientar 100% o processo de inserção de pesquisa no município	Percentual de processos de inserção de pesquisa no município facilitados e orientados
Executar 100 % da capacitação da rede cegonha	Percentual de capacitação da rede cegonha executado
Desenvolver projetos proposto pela programação da CIES da METRO II	Projeto desenvolvido
Eixo Temático 3: Participação e Controle Social	
Diretriz: Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.	
Objetivo: Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã	
META	INDICADOR
Executar 100% das ações previstas para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde	Percentual das ações previstas para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde executadas
Eixo Temático 4: Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde	
Diretriz: Aprimorar a gestão de saúde com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades locais e regionais, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.	
Objetivo: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar	
META	INDICADOR
Operacionalizar 01 sistema de regulação em saúde de Niterói (RESNIT)	sistema de regulação em saúde de Niterói (RESNIT) operacionalizado
Implantar 01 sistema de Auditoria SUS na FMS-Niterói	Sistema de Auditoria SUS na FMS-Niterói implantado
Implementar 01 serviço de controle e avaliação das unidades próprias, contratadas e conveniadas)	serviço de controle e avaliação das unidades próprias, contratadas e conveniadas implementado
Descentralizar e informatizar 100% do processo de renovação da Licença Sanitária	Processo de renovação de licença sanitária descentralizado e informatizado
Informatizar e integrar 100% das unidades de saúde	Proporção de unidades de saúde e administrativas, informatizadas e integradas

Implantar a TV Saúde de Niterói, em parceria com a Uniteve (canal universitário da UFF), com extensão para a Rádio Comunitária.	Tv Saúde de Niterói implantada
Reativar a assinatura de Jornais diários para produção do clipping	Assinatura de jornais diários reativada
Reedição do Guia da Saúde de Niterói	Guia da Saúde de Niterói reeditado
Realizar divulgação de 100% dos eventos de saúde realizados pelo município durante o ano.	Percentual de eventos divulgados
Implementar e monitorar 100% dos instrumentos de Planejamento do SUS	Número de instrumentos de planejamento implementados e monitorados/total de instrumentos utilizados pela ASPLAN
Implantar Núcleo de Apoio à Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências	Núcleo de Apoio à Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências implantado
Assessorar a Gestão no processo de tomada de decisão em 100% das instâncias gestoras e grupos estratégicos	% de instâncias gestoras e grupos estratégicos assessorados
Apoiar a implementação de projetos estratégicos para gestão em parceria com os diversos setores da FMS	01 Projeto Implementado
Implantar Pregão Eletrônico	Pregão Eletrônico Implantado
Garantir o funcionamento adequado da Superintendência jurídica (SAJ)	Superintendência Jurídica funcionando adequadamente
Implantar um núcleo de assistência técnica multidisciplinar na SAJ	Núcleo de assistência técnica multidisciplinar implantado
Fiscalizar e auditar 100% dos processos internos	Percentual de processos internos auditados e fiscalizados
Garantir 100% da infraestrutura do Nível Central	Percentual da infraestrutura do Nível Central funcionando
Implantar o Projeto de Transporte Sanitário Eletivo	Projeto de Transporte Sanitário Eletivo implantado
Aumentar em 10% a captação de recursos	Percentual dos recursos captados
Acompanhar 100% dos convênios e afins	Percentual de convênios e afins acompanhados
Viabilizar 100% da estrutura necessária para o funcionamento adequado do DEAD (Departamento Administrativo)	Percentual da estrutura do DEAD funcionando adequadamente
Capacitar na área de gestão pública 70% dos servidores envolvidos em ações gerenciais	Percentual de funcionários capacitados

Otimizar 100% dos processos de trabalho do DEAD	Percentual de novos fluxos construídos
Fiscalizar 100% dos Contratos da FMS	Percentual dos Contratos fiscalizados
Manter 100% dos Contratos em vigor	Percentual de Contratos em vigor
Reduzir em 10% os custos com as concessionárias	Percentual dos gastos com concessionárias
Readequar 100% da estrutura física do Nível Central aprimorando layout, rede de dados e telefonia e uma nova estruturação da rede elétrica e hidráulica	Percentual de espaço readequado
Controlar 100% dos bens patrimoniais	Percentual de bens patrimonializados
Manter 80% da frota de transporte em funcionamento	Percentual da frota de transporte em funcionamento
Estruturar as instalações do SATRA	Instalações do SATRA estruturadas
Qualificar 100% do processo de compra para abastecimento da Rede de Saúde	Percentual do processo de compra qualificado
Adequar e ampliar 100% do Almoxarifado Central	Percentual do almoxarifado adequado e ampliado
Regularizar 100% dos processos de aquisições relacionadas ao Almoxarifado Central	Percentual de processos de aquisição regularizados
Regularizar a realização de exames pendentes e aquisição de medicamentos provenientes de mandados judiciais	Realização de exames pendentes e aquisição de medicamentos provenientes de mandados judiciais regularizados
Regularizar a contratação de serviços de apoio ao funcionamento das unidades da FMS	Contratação de serviços de apoio ao funcionamento das unidades da FMS regularizados
Estruturar as instalações do SAPRA e do Arquivo Geral	Instalações do SAPRA e do Arquivo Geral estruturadas
Capacitar 100% dos funcionários envolvidos na gestão financeira do Fundo.	Percentual dos funcionários envolvidos na gestão financeira do Fundo capacitados
Implementar 100% de melhorias físicas/operacionais da SUFIN	Percentual de melhorias físico-operacionais implementadas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde. Para Entender a Gestão do SUS – Brasília: CONASS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. DAB. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

_____. _____. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

_____. _____. DATASUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 27 set. 2017.

_____. _____. DATASUS. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitales/sihsus>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

_____. _____. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 138 p

_____. _____. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a NOAS-SUS 01/2002 – Norma Operacional de Assistência à Saúde. Diário Oficial da União, 27 fev. 2002.

_____. _____. Portaria nº 1555 de 30 Julho de 2013.

_____. _____. Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008.

_____. _____. Portaria nº 1.069, de 19 de agosto de 1999.

_____. _____. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS : orientações básicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Leitura Técnica da Revisão do Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Niterói: Caderno de Mapas, 2015

NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS - NOAS-SUS 01/02

OMS. Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito; 9ª Revisão. São Paulo, Centro da OMS Para Classificação de Doenças em Português, 1980

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundação João Pinheiro. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

TCE. Estudos Socioeconômicos dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro. 2016.