

COSEMS 

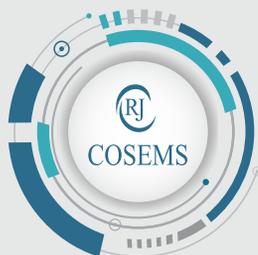


POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO DO RJ  
**OBSERVATÓRIOSUS**

**Estudos sobre indicadores e redes de saúde 2021-2023**

Ana Maria Auler Matheus Peres  
Marcela de Souza Caldas  
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues  
Rodrigo Lages Dias  
Thauanne de Souza Gonçalves  
*Organizadores*

Rio de Janeiro  
2023



---

**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Reitor: Mario Sergio Alves Carneiro

---

**Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro**

Diretora: Claudia de Souza Lopes  
Vice-diretor: Rossano Cabral Lima

---

**Grupo de Pesquisa Saúde, Sociedade, Estado, Mercado: Estudos Socioeconômicos em Saúde Coletiva**

Coordenador: Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

---

**Centro de Pesquisa em Saúde Coletiva**

Presidente: Mário Roberto Dal Poz

---

**Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro**

Presidente: Maria Augusta Monteiro Ferreira  
Primeira Vice-Presidente: Maria da Conceição de Souza Rocha  
Segunda Vice-Presidente: Izabel Aparecida Mendonça Ferreira  
Secretário Geral: Emerson Trindade Costa  
Diretor Financeiro: Leônidas Heringer Fernandes  
Diretor de Comunicação: Higino Reis Lira  
Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares: Anamaria Carvalho Schneider  
Diretor de Regionalização e Descentralização: Wueliton Pires  
Diretor de Direito Sanitário: Paulo Roberto Hirano  
Secretária Executiva: Marcela de Souza Caldas

---

**Observatório de Políticas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro**

**Organizadores**

Ana Maria Auler Matheus Peres  
Marcela de Souza Caldas  
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues  
Rodrigo Lages Dias  
Thauanne de Souza Gonçalves

---

**CEPESC Editora**

Editora do Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva  
Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar  
Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-013  
Telefone: (xx-21) 2334-0235 ramais 108 e 152  
URL: [www.ims.uerj.br/cepesc](http://www.ims.uerj.br/cepesc)



## Organizadores

Ana Maria Auler Matheus Peres, Marcela de Souza Caldas, Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, Rodrigo Lages Dias e Thauanne de Souza Gonçalves

## Estudos sobre indicadores e redes de saúde 2021-2023

1º edição / Julho 2023

*Revisão técnica:* Ana Maria Auler Matheus Peres e Marcela de Souza Caldas

*Projeto de capa e editoração eletrônica e Design:* Wagner Nagib  
*Projeto editorial e revisão de texto:* Renata Fontoura

### CATALOGAÇÃO NA FONTE

UERJ / REDESIRIUS / BIBLIOTECACB / C

M614

Estudos sobre indicadores e redes de saúde 2021-2023. COSEMS RJ / CEPESC. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ. Ana Maria Auler Matheus Peres, Marcela de Souza Caldas, Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, Rodrigo Lages Dias, Thauanne de Souza Gonçalves (organizadores) – Edição 1, Vol.1. – Rio de Janeiro: Editora CEPESC, 2023.

103 p.

ISBN 978-85-9536-013-6

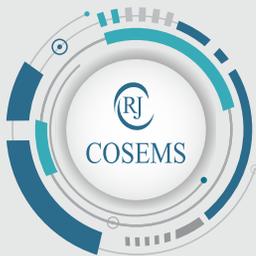
1. Sistema Único de Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Saúde Pública. 4. Administração em saúde pública. 5. Política de saúde. 6. Regionalização. 7. Atenção primária à saúde. 8. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 9. Município

## Informações

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS RJ)  
Rua México, nº 128 · sobreloja 01 · sala 17 · Centro Rio de Janeiro  
21 2220- 2528. E-mail: cosemsrj@cosemsrj.org.br

## Distribuição

Direitos exclusivos, para esta edição, de CEPESC Editora. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa da editora.



**Apresentação**

**Introdução**



**Boletim - Edição 1**

Mortalidade no Estado do Rio de Janeiro:  
Principais indicadores de saúde

**Boletim - Edição 2**

Um olhar sobre as taxas de internação na  
década de 2010 no Estado do Rio de Janeiro



**Boletim - Edição 3**

Um retrato da atenção oncológica fluminense:  
desafios e perspectivas

**Boletim - Edição 4**

O coração nos fluxos da rede: Análise da  
morbimortalidade e da rede de atenção às doenças  
cardiovasculares no Estado do Rio de Janeiro em 2021



**Boletim - Edição 5**

Distribuição e disponibilidade de profissionais médicos  
no Estado do Rio de Janeiro

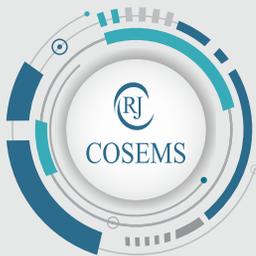
**Boletim - Edição 6**

Análise da rede de urgência e emergência (rue) do Sistema  
Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro



**Sobre os Autores**

# SUMÁRIO



## APRESENTAÇÃO

Após 35 anos da promulgação da Constituição Federal de 1988, momento histórico para garantia do Estado Democrático de Direito brasileiro, em que a saúde passa a ser reconhecida como direito social de todos os cidadãos e 33 anos depois da publicação da Lei 8.080 de 1990, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), consideramos motivo de comemoração o caminho que percorremos e os destinos que alcançamos até o atual momento na saúde pública do Brasil.

A Reforma Sanitária Brasileira é um processo constante, de aposta e de insistência, portanto, além de comemorarmos, torna-se crucial seguirmos nesse movimento de busca por um sistema de saúde que seja permeado por políticas públicas que assegurem universalidade, integralidade e equidade no cotidiano dos territórios. Quando trazemos o olhar para o estado do Rio de Janeiro, temos um cenário muito desafiador nesse sentido, diante da grande diversidade social, étnica e racial, cultural, territorial, política e econômica. Dentro desse contexto, o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems RJ), atua no sentido de construir e implementar estratégias para fortalecimento do SUS fluminense, sobretudo, dos municípios.

O Observatório de Políticas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro é uma importante inovação para contribuir com a formulação de políticas públicas que atendam às necessidades da população do estado, a partir da construção e divulgação de estudos que viabilizam a compressão das características epidemiológicas locais, levando em consideração limites, potencialidades e desafios das redes de saúde.

A parceria com o Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), através do Centro

de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (CEPESC), é essencial para que iniciativas como essa possam gerar efeitos potentes no SUS, contribuindo para qualificação da gestão e do cuidado em saúde.

A publicação de seis boletins dentro de um período menor que dois anos de existência, torna o Observatório uma estratégia de relevância para a saúde pública do estado do Rio de Janeiro, uma vez que os temas abordados são de grande interesse de gestores e trabalhadores da saúde, sendo evidente a grande adesão desse público nos webinários de lançamento desses materiais e o retorno dos mesmos sobre os conteúdos.

Acreditamos que essa obra contribuirá para maior conhecimento e aprimoramento da gestão e da atenção à saúde, reforçando a importância do projeto do Observatório de Políticas Públicas no Estado do Rio de Janeiro para o avanço do SUS. Sigamos apostando na saúde pública para todos, buscando formas de fortalecimento das políticas de saúde. Desejamos boa leitura!





## INTRODUÇÃO

No estado do Rio de Janeiro, uma série de desafios complexos e urgentes assola a área da saúde pública. A vasta diversidade e desigualdade social, aliada a fatores econômicos e especificidades territoriais, está distribuída em 92 municípios e 9 regiões de saúde, o que torna o planejamento e a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) uma tarefa extremamente complexa.

A saúde pública, como campo de conhecimento e prática, está em constante transformação. Novos desafios emergem, sejam na forma de doenças infecciosas, epidemias, doenças crônicas não transmissíveis ou desigualdades socioeconômicas, demandando uma resposta ágil e eficiente.

Recentemente, a pandemia de Covid-19, atravessou todas as necessidades de saúde, mobilizando profissionais e serviços para atuarem em seu combate. Essa emergência internacional de saúde pública provocou reflexões importantes sobre a organização das políticas de saúde e as características da população do ERJ. Tornou-se ainda mais notável a relevância de, para apoiar a organização dos serviços, ter-se análises detalhadas sobre como os indicadores estão dispostos no ERJ e como dá-se o funcionamento das redes de saúde.

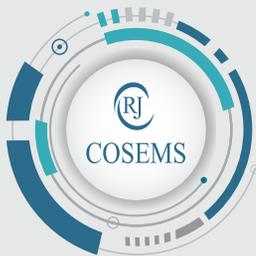
Por isso, em meio a essas adversidades, percebeu-se a importância da realização de estudos e da produção de dados e informações, como uma ferramenta essencial para o enfrentamento desses desafios. Neste contexto, o Cosems RJ propôs a criação de um Observatório, que pudesse analisar a realidade e produzir estudos, dados e informações.

Para esse fim, a parceria entre instituições acadêmicas, órgãos governamentais, profissionais e gestores de saúde se mostrou fundamental. A colaboração e a troca de conhecimento entre esses atores têm sido capazes de impulsionar a produção de dados e informações de qualidade, fortalecendo a capacidade de planejamento e gestão do sistema de saúde.

O objetivo do Observatório, implantado em junho de 2021, é elaborar e difundir estudos e informações que auxiliem na compreensão das características epidemiológicas da população do ERJ, da realidade das regiões de saúde e de seus municípios, do funcionamento das redes de atenção à saúde – fluxos, limites e potencialidades –, em nível local, regional e estadual, contribuindo para a formulação de políticas de saúde que atendam as necessidades da população fluminense.

O Observatório é uma iniciativa do Cosems RJ em parceria com o IMS/UERJ, por meio do CEPESC, e com o Instituto de Estudos de Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Ele integra a linha de pesquisa sobre “Gestão de sistemas, políticas e serviços de saúde” do Grupo Saúde, Sociedade, Estado e Mercado (SEM) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).



## INTRODUÇÃO

Os estudos desenvolvidos pela equipe são disponibilizados em formato de boletins no site do COSEMS([cosemsrj.org.br/observatorio/](http://cosemsrj.org.br/observatorio/)).

Antes da divulgação, o boletim é apresentado e discutido por um Conselho Consultivo do Projeto composto por representantes de instituições de ensino e pesquisa – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), UERJ, UFRJ, Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), entidades do campo da saúde como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação Brasileira da Rede Unida (Rede Unida) e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), dentre outros convidados.

Após ser analisado pelo Conselho Consultivo, o Boletim é lançado, através de um webinar, transmitido pelo canal oficial do Cosems RJ no Youtube e conta com a presença de um debatedor externo e um membro da Diretoria/Equipe do COSEMS.

No período de junho de 2021 a abril de 2023 foram produzidos e divulgados estudos sobre os seguintes temas: “Mortalidade no Estado do Rio de Janeiro: principais indicadores de saúde”; “Um olhar sobre as taxas de internação na década de 2010 no Estado do Rio de Janeiro”; “Um retrato da atenção oncológica fluminense: desafios e perspectivas”; “O coração nos fluxos da rede: análise da morbimortalidade e da rede de atenção às doenças cardiovasculares no Estado do Rio de Janeiro em 2021”; “Distribuição e disponibilidade de profissionais médicos no Estado do Rio de Janeiro” e “A organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) no Estado do Rio de Janeiro e seus efeitos na política de saúde”.



## INTRODUÇÃO

No quadro abaixo, sistematizamos a ordem de publicação dos Boletins, seus respectivos temas e os participantes de cada webinar.

Número	Data de Lançamento	Título do Estudo	Participantes do Webinar de Lançamento	Link de acesso
1	17/11/2021	Mortalidade no estado do Rio de Janeiro: Principais Indicadores de Saúde	Paulo Eduardo Xavier de Mendonça, José Carvalho de Noronha e Rodrigo Oliveira	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=dKJ2dNruUwprw&amp;t=78s">https://www.youtube.com/watch?v=dKJ2dNruUwprw&amp;t=78s</a>
2	15/12/2021	Um olhar sobre as taxas de internação na década de 2010 no estado do Rio de Janeiro	Rodrigo Lages, Arthur Chiero, Maria da Conceição de Souza Rocha e Marcela Caldas	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=R9IUTQrHB9D0">https://www.youtube.com/watch?v=R9IUTQrHB9D0</a>
3	08/04/2022	Um retrato da Atenção Oncológica fluminense	Paulo Henrique Rodrigues, Gulaar Azevedo, Isabel Mendonça, e Ana Maria Auler	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=cd1vip4V-us">https://www.youtube.com/watch?v=cd1vip4V-us</a>
4	23/09/2022	O coração aos fitos da rede: uma análise dos dados do Rio de Janeiro	Paulo Eduardo Xavier de Mendonça, Maria Augusta Monteiro Ferreira, Cláudia Maria Rezende Trivassos e Rodrigo Lages	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=50aJBu-IPCg">https://www.youtube.com/watch?v=50aJBu-IPCg</a>
5	12/12/2022	Análise da disponibilidade de médicos no país e no Estado do Rio de Janeiro	Paulo Henrique Rodrigues, Hélder Pinto, Daniel de Medeiros Gonzaga e Rodrigo Lages	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=kzMuSsHCA3o&amp;t=1s">https://www.youtube.com/watch?v=kzMuSsHCA3o&amp;t=1s</a>
6	04/05/2023	A organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) no estado do Rio de Janeiro e seus efeitos nas políticas de saúde	Paulo Henrique Rodrigues, Gisele O'Dwyer, Eduardo Leitini e Rodrigo Lages	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=5A6OGsMEkZA&amp;t=104s">https://www.youtube.com/watch?v=5A6OGsMEkZA&amp;t=104s</a>

Esta publicação apresenta os boletins produzidos pelo Observatório.

Acesse o website da iniciativa





POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO DO RJ

# OBSERVATÓRIOSUS

**BOLETIM** EDIÇÃO  
01

COSEMS 





## MORTALIDADE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: PRINCIPAIS INDICADORES DE SAÚDE

O primeiro boletim publicado pelo Observatório de Políticas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro aborda aspectos gerais e descritivos da mortalidade no território fluminense. Estudos como esses, desenvolvidos há mais de um século na tentativa de aproximar às condições concretas de se viver a vida com níveis adequados de saúde, apresentam subsídios para a discussão e elaboração da agenda de problemas de saúde que podem e devem ser enfrentados para se buscar a melhoria nas condições de vida e saúde das populações.

Assim, governos e dispositivos da sociedade civil, se debruçam sobre as ocorrências de mortes no âmbito dos territórios de existência, sejam eles em suas dimensões políticas, econômicas, demográficas ou socioculturais. A mortalidade como conjunto de indicadores, busca uma aproximação a partir dos registros de ocorrência dos óbitos, com suas causas, nas pessoas atingidas e nos locais de existência e trânsito e a experiência de morrer com suas cargas de sofrimentos, bem como as diversas explicações e compreensões em qualquer dimensão das humanidades dos mais variados e diversos povos nos quais se inscrevem estas experiências.

Como primeiras abordagens e aproximações ao problema, apresentamos como principais indicadores as características sociodemográficas dos óbitos no Estado do Rio de Janeiro, apuradas a partir do processamento de dados das bases abertas do DATASUS; as taxas brutas de mortalidade (TBM), ou coeficiente

geral de mortalidade (CGM) por 1.000 habitantes, coletada no sítio da Secretaria Estadual de Saúde, segundo municípios e regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2000 e 2020; a taxa de mortalidade padronizada - TMP, por 1.000 habitantes, ajustadas pela estrutura etária do estado do Rio de Janeiro para 2014 e 2019; coeficientes de mortalidade por grandes grupos de causas, também geradas nas bases abertas do DATASUS; e da taxa de mortalidade infantil (TMI), por mil nascidos vivos, coletada por local de residência das mães, para o estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde, entre 2000 e 2020.





Os resultados apontam que apesar da tendência declinante para o período, certamente uma análise segmentada poderia demonstrar o quanto há entre 2016 e 2019 uma reversão da queda mantida nas duas décadas anteriores. Dada a sensibilidade deste indicador em relação à qualidade de vida e saúde e mesmo de segurança mínima na atenção perinatal, segurança nutricional e capacidades e funcionalidades das Redes de Atenção à Saúde, pode demonstrar as consequências da crise política, econômica e social instaurada desde 2016.

A partir dos dados, o estado do Rio de Janeiro e seus municípios podem começar a elaborar a agenda da próxima década e buscar-se uma reversão neste quadro de excesso de risco, dado provavelmente de forma consistente às crises e a manutenção persistente de todas as formas de vulnerabilização de importantes parcelas da população, particularmente as vinculadas aos racismos, seja em relação ao povo preto, como aos povos indígenas.

De forma criativa, alargar as possibilidades contidas no rigor das contingências situadas no interior das equações e inequações entre o mundo das necessidades de saúde dos usuários e as ofertas de serviços, atenções e cuidados, atravessadas permanentemente pelas opções que sustentam a construção de algumas políticas públicas em detrimento de outras.

## Coordenação:

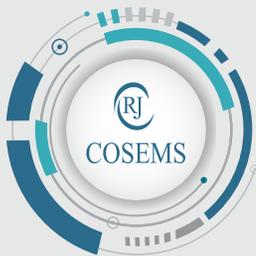
Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

## Equipe Técnica

Alice Medeiros Lima  
Ana Maria Auler Matheus Peres  
Lucas Manoel da Silva Cabral  
Marcela de Souza Caldas  
Monica Testa Morangueira  
Nívia Stuckenbruck  
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues  
Rodrigo Alves Torres Oliveira  
Rodrigo Lages Dias

## Estagiários

Édnei Cesar Arruda Santos Junior  
Paula Cristina Pungartnik



POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO DO RJ  
**OBSERVATORIO SUS**



**Boletim 1**

**Escaneie e acesse  
o material base  
deste boletim**

[www.cosemsrj.org.br/observatorio-material-base](http://www.cosemsrj.org.br/observatorio-material-base)



## Nesta edição

Análise Preliminar da Mortalidade no Estado do Rio de Janeiro

Taxas de Mortalidade nas duas últimas décadas

Características Gerais das pessoas que morreram

Comparação entre as Regiões de Saúde do Estado a Região Sudeste e o Brasil



## Taxa de Mortalidade

A Taxa de Mortalidade Geral é calculada pela relação entre o total de pessoas residentes num local, que faleceram num período determinado e a população residente neste mesmo local, no mesmo período. Normalmente expressamos em mortes por mil habitantes.



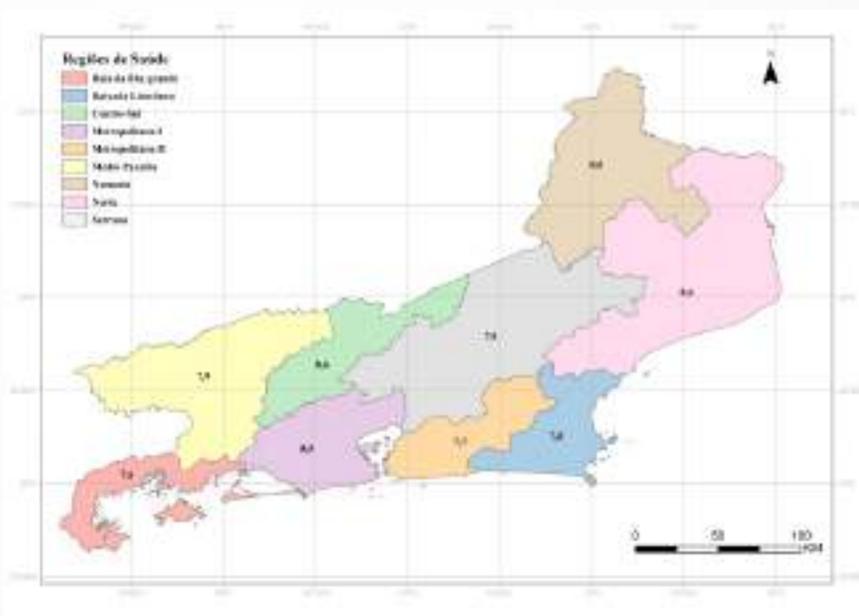
## O que as taxas nos dizem?

As Taxas estão subindo suavemente ao longo do tempo, com alguns períodos de elevação e recuo até 2019, tanto no Estado do Rio de Janeiro, como em todas as suas Regiões de Saúde.

Com a Pandemia de COVID-19 houve uma elevação acentuada em todas as taxas de Mortalidade.

As Regiões que mais pressionam a Taxa do Estado do Rio de Janeiro para cima são a Centro-Sul, Norte e Metropolitana I.

## Taxas de Mortalidade segundo regiões do Estado do Rio de Janeiro, 2019



Fontes: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Secretaria de Estado de Saúde do RJ (SES-RJ)

## Perfil da mortalidade segundo principais características sociais e de óbitos Estado do Rio de Janeiro, 2019

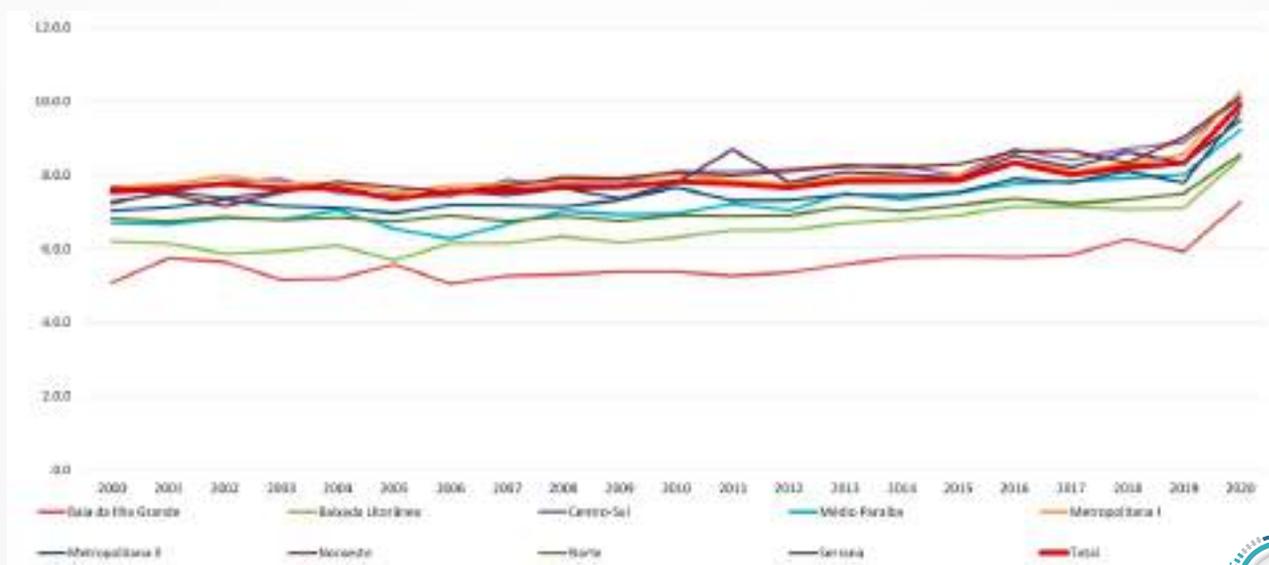
O quadro abaixo apresenta um perfil de pessoas que morreram, com discreto predomínio do sexo masculino, bem como o número de brancos, com maioria acima dos 70 anos de idade. Apresenta ainda um perfil predominante de baixa escolaridade. Quanto ao local de ocorrência da morte, verifica-se a predominância do ambiente hospitalar, seguido de outras unidades de saúde e o domicílio. As mortes violentas serão estudadas em edições futuras, visto que no preenchimento do campo "tipo de violência" há muita lacuna. Porém, o estudo das causas específicas permitirá melhorar o nível da informação.

Características	N óbitos - (%)	Características	N óbitos - (%)
<b>Total</b>	<b>144.600 (100%)</b>	<b>Total</b>	<b>144.600 (100%)</b>
<b>Sexo</b>		<b>Escolaridade</b>	
Masculino	75.114 (52%)	Nenhuma	13.057 (9,0%)
Feminino	69.369 (48%)	1 a 3 anos	41.288 (29%)
Ignorado	117 (<0,1%)	4 a 7 anos	31.096 (22%)
<b>Cor da pele</b>		8 a 11 anos	28.448 (20%)
Branca	75.784 (52%)	12 anos ou mais	11.686 (8,1%)
Parda	45.628 (32%)	Ignorado	19.025 (13%)
Preta	21.609 (15%)	<b>Local de ocorrência</b>	
Amarela	217 (0,2%)	Via pública	2.792 (1,9%)
Indígena	69 (<0,1%)	Domicílio	19.660 (14%)
Ignorado	1.293 (0,9%)	Hospital	96.602 (67%)
<b>Faixa etária</b>		Outro estabelecimento de saúde	21.073 (15%)
0 a 9 anos	3.398 (2,3%)	Outros	4.423 (3,1%)
10 a 19 anos	2.130 (1,5%)	Ignorado	50 (<0,1%)
20 a 29 anos	5.086 (3,5%)	<b>Tipo de morte violenta</b>	
30 a 49 anos	13.879 (9,6%)	Acidente	4.194 (2,9%)
50 a 69 anos	44.390 (31%)	Suicídio	555 (0,4%)
70 anos ou mais	74.772 (52%)	Homicídio	3.103 (2,1%)
Ignorado	945 (0,7%)	Outro	435 (0,3%)
		Ignorado	136.313 (94%)

Fonte: Sistema de Informação Sobre Mortalidade.

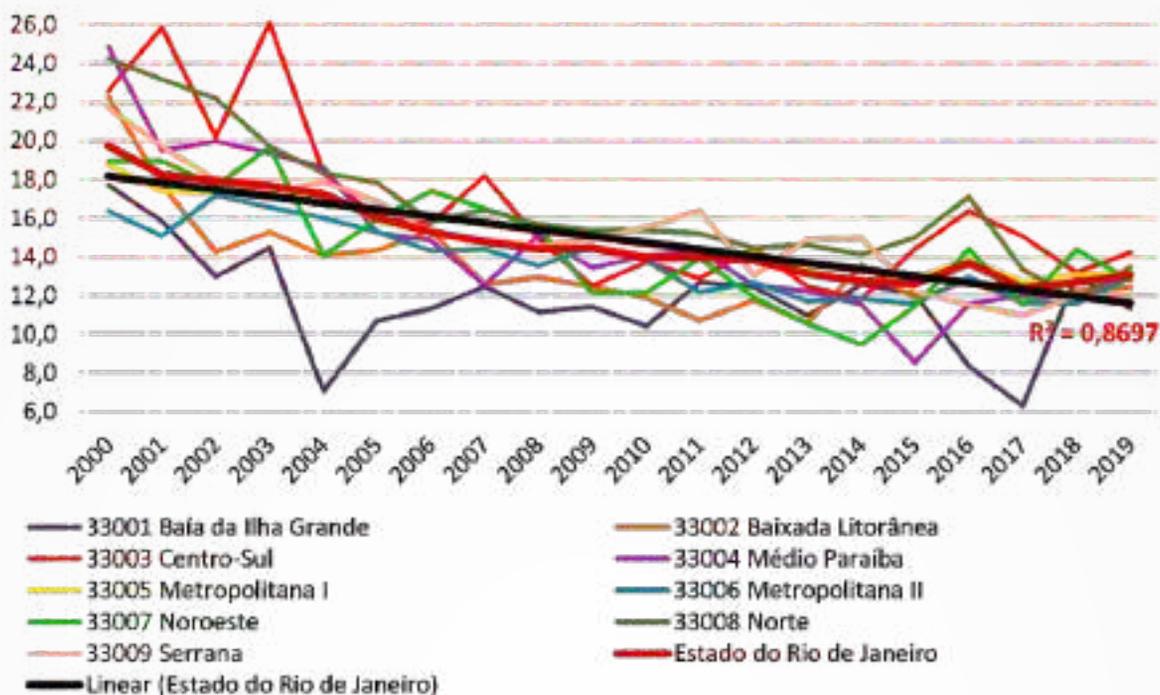
Fontes: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Secretaria de Estado de Saúde do RJ (SES-RJ)

## Taxa de Mortalidade nas duas últimas décadas, segundo Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2000 à 2020



Fontes: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Secretaria de Estado de Saúde do RJ (SES-RJ)

# Taxa de Mortalidade Infantil e Perinatal, segundo regiões do Estado do Rio de Janeiro, 2000-2019



Fontes: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Secretaria de Estado de Saúde do RJ (SES-RJ)

## Mortalidade Infantil - Série Histórica entre 2000 e 2019

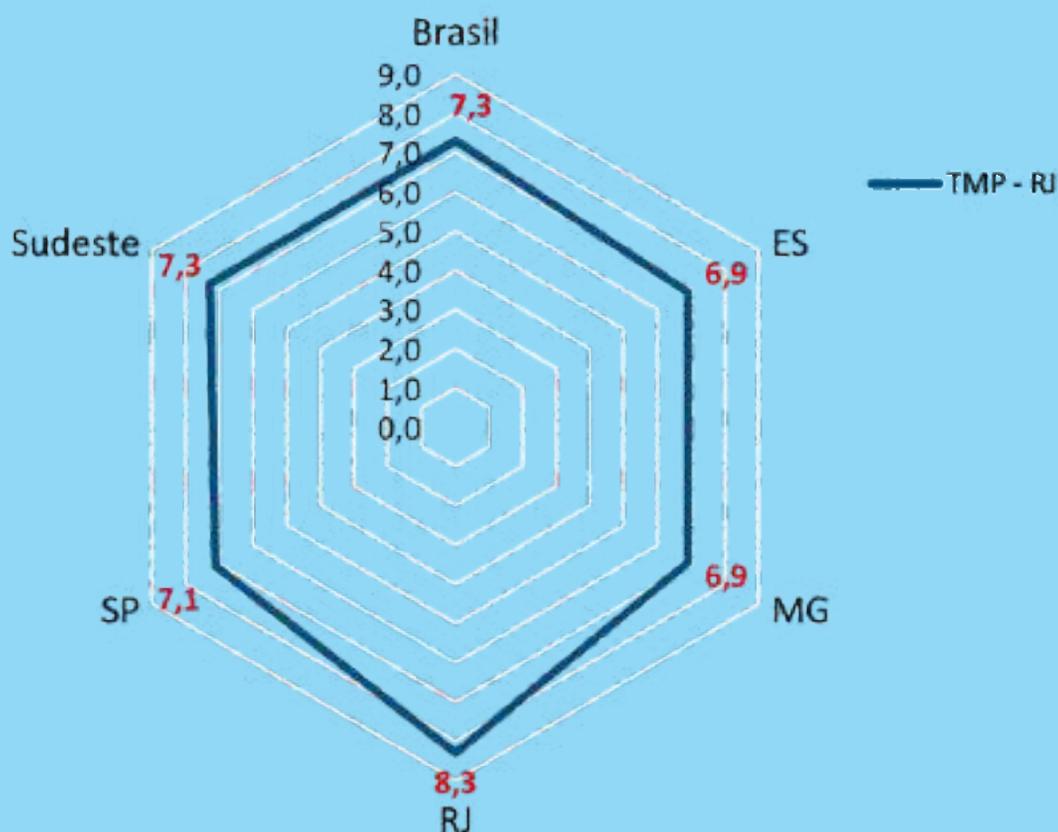
A série histórica da Mortalidade Infantil no estado do Rio de Janeiro permite verificar que esta se manteve em tendência declinante, pelo menos até o ano de 2015. A partir daí, pode estar ocorrendo uma desaceleração ou mesmo estagnação do processo secular de redução destes coeficientes. Porém, padrão intervalo entre 2017 a 2019, verificou-se uma aceleração positiva, ou seja, estas taxas podem estar em ascensão neste momento. Optou-se por não trabalhar com os registros ainda provisórios de 2020 pela atipia do momento pandêmico, mas este fenômeno será objeto de análise posterior. A mortalidade infantil é muito sensível às condições de vida da população e renda, desigualdade, habitação, saneamento, segurança alimentar e outros fatores, para além dos serviços de saúde, podem estar muito implicados com as medidas observadas.



## Coeficiente ou Taxa de Mortalidade Infantil

Este coeficiente é apurado através das informações do Registro Civil e expressa a relação entre o total de mortes ocorridas em menores de um ano de idade, filhos de mães residentes em um determinado território, em um período anual e a quantidade de nascidos vivos, filhos de mães residentes no mesmo território e período. É normalmente expresso em mortes de menores de um ano por mil nascidos vivos.

# Taxas Padronizadas de Mortalidade pela população do Estado do Rio de Janeiro, para o Brasil, Região Sudeste e seus Estados, 2019



Fontes: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

## O que as taxas nos dizem?

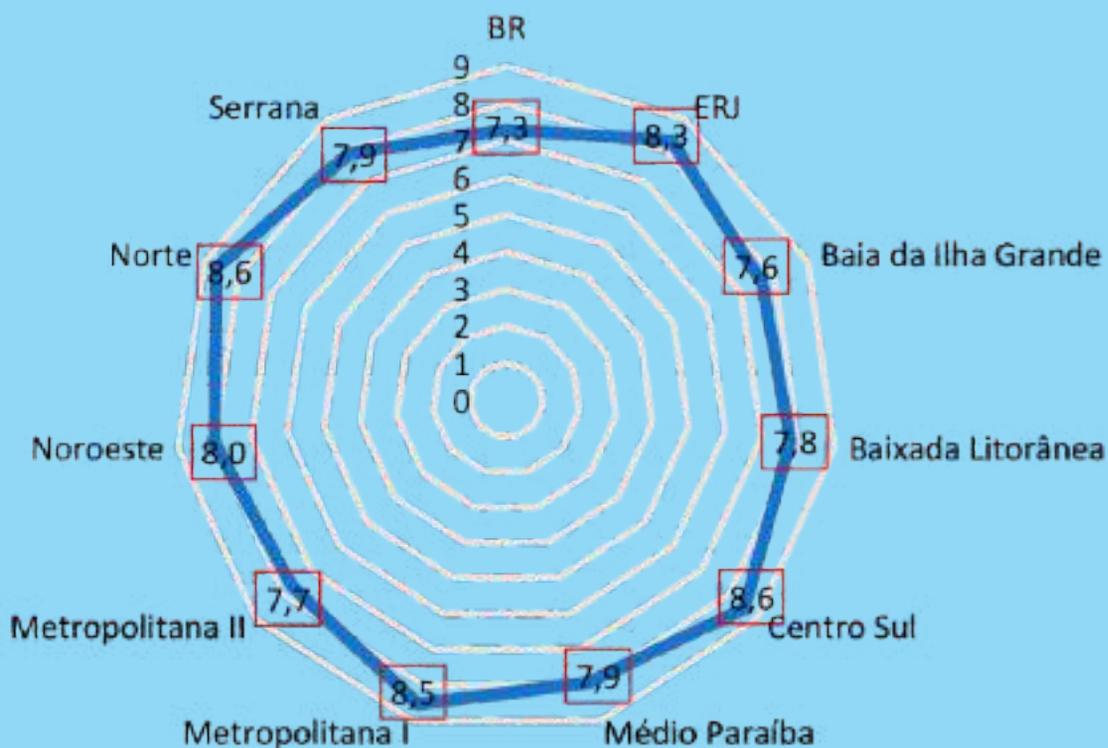
A situação da Taxa de Mortalidade Padronizada pela população do Estado do Rio de Janeiro nos diz que, as referentes ao estado são superiores àquelas observadas no Sudeste, em todos os seus estados e também é superior àquela do Brasil.

## Taxa de mortalidade Padronizada - O que é isto?

Para que se possa comparar a taxa de mortalidade de um local com outro, com estruturas populacionais diferentes, usamos a técnica de padronização, ou seja, corrigimos as taxas como se todas as regiões de saúde, os estados do Sudeste e o Brasil apresentassem a mesma estrutura demográfica do Rio de Janeiro.



# Taxas padronizadas de Mortalidade pela população do Estado do Rio de Janeiro, para o Brasil, Estado do Rio de Janeiro e suas Regiões de Saúde, 2019

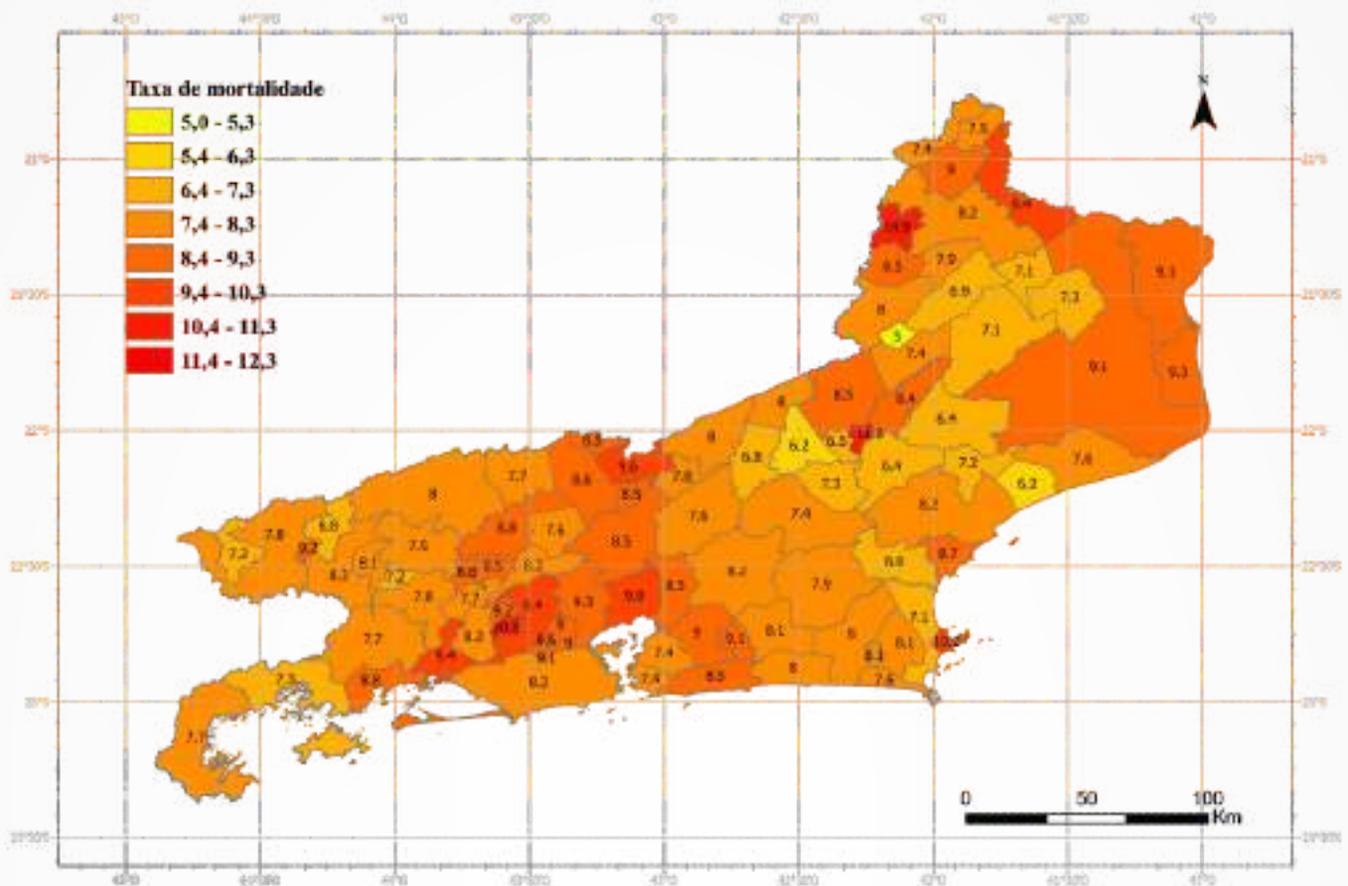


Fontes: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Secretaria de Estado de Saúde do RJ (SES-RJ)

## As Regiões do Estado são homogêneas?

Quando analisamos as taxas referentes às Regiões de Saúde, verificamos que nenhuma de nossas Regiões apresenta taxa de mortalidade inferior ao Brasil. Quanto à comparação com o próprio Estado do Rio de Janeiro, observamos que as Regiões Baía de Ilha Grande, Metropolitana II, Baixada Litorânea, Médio Paraíba, Serrana e Noroeste apresentaram, em 2019, taxas menores do que o estado e, por outro lado, as regiões de saúde Metropolitana I, Centro Sul e Norte apresentaram taxas maiores. As diferenças não são significativas, com uma variação de um óbito por mil habitantes entre elas (7,6 % a 8,6 %).

# Taxa de Mortalidade Padronizada, pela estrutura etária do Estado do Rio de Janeiro por Municípios, 2019



Fontes: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Secretaria de Estado de Saúde do RJ (SES-RJ)

## Como está a mortalidade do Estado do Rio de Janeiro?

A taxa de mortalidade do estado do Rio de Janeiro foi de 8,3%. O mapa de mortalidade por municípios, nos mostra um mosaico com taxas maiores que a do estado como um todo, no cinturão metropolitano excetuando-se a capital e Queimados um pouco abaixo e Niterói e São Gonçalo com uma diferença maior. Este mapa expressa a carga da mortalidade, porém este fenômeno não é autoexplicativo e, para a sua compreensão é necessário se proceder a um exercício de análise mais complexo, envolvendo as causas de morte, os padrões de adoecimento e de ocorrência de violências, bem como a estrutura e capacidade das Redes de Atenção à Saúde.

## Distribuição proporcional dos óbitos segundo capítulo CID -10, Estado do Rio de Janeiro, 2019



Fontes: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

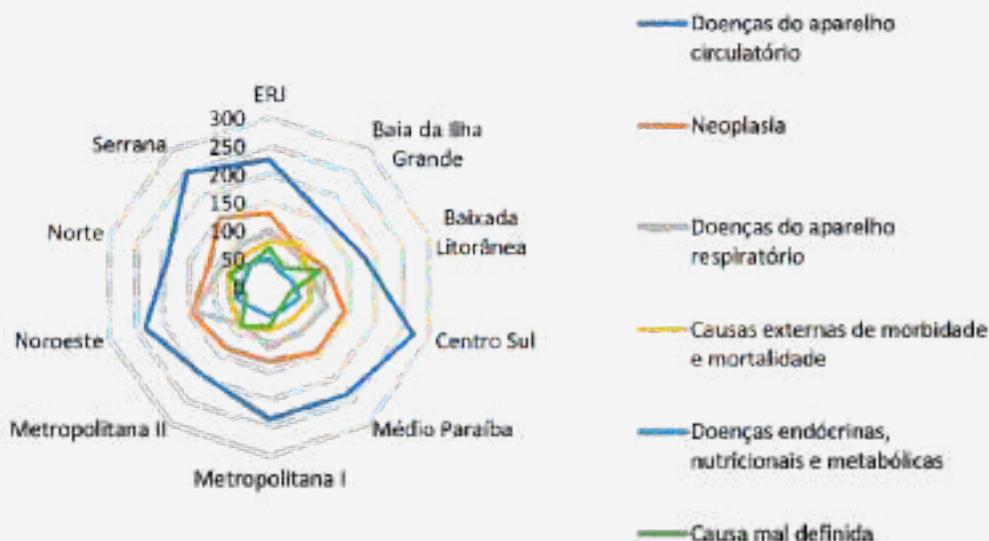
## Mortalidade Proporcional por Grandes Grupos de Causas

A mortalidade por Grandes Grupos de Causas pode nos mostrar o peso que cada um deles ocupa entre todas as ocorrências de mortes. Assim, o que se vê em 2019 é o predomínio franco das doenças crônico-degenerativas, sobretudo das Cardiovasculares, das Neoplasias, as Doenças do Aparelho Respiratório e das Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais. Chama a atenção o Grupo da Violências ocupar o quarto lugar nesta distribuição, ainda com uma participação muito grande, mostrando que quase 10% das mortes no estado se dão em decorrência de todos os tipos de violências.

Outro aspecto que nos convoca a pensar em estratégias de melhoria na gestão das redes e do sistema de saúde diz respeito às Causas Mal Definidas, representando 8,3% do total, taxa muito expressiva.

As Doenças Infecciosas ocupam a sexta posição, mostrando que apesar da transição epidemiológica e demográfica ser um fenômeno inquestionável, estas ainda apresentam um padrão de ocorrência muito importante.

# Taxa de Mortalidade Específica por 100.000 habitantes, segundo os seis principais Grupos de Causas por Capítulo CID-10, para o Estado do Rio de Janeiro e Regiões, 2019



Fontes: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Secretaria de Estado de Saúde do RJ (SES-RJ)

## Mortalidade Específica por Grandes Grupos de Causas no Estado do Rio de Janeiro e suas Regiões

A análise do gráfico de radar acima, nos mostra que apenas as doenças do aparelho circulatório significam o principal grupo de causas em todas as regiões do estado, ainda que seu peso não seja homogêneo (quanto mais o traçado da linha acompanha a grade do radar, mais homogênea é a participação destas causas no risco de se morrer).

Por outro lado, as causas externas – ainda que ocupem apenas a quarta posição no estado –, apresentam distribuição mais homogênea de seu risco em todas as regiões. Quanto às Causas Mal Definidas, estas apresentam a maior desigualdade entre as regiões, chamando a atenção para a Baixada Litorânea, Metropolitana II e Norte.

As Neoplasias apresentam coeficientes menores nas regiões da Baía de Ilha Grande, Baixada Litorânea e Norte. Talvez nestas regiões haja problemas em relação às capacidades diagnósticas e assistenciais da Rede de Atenção à Saúde.

No caso das Doenças do Aparelho Respiratório, cabe uma reflexão acerca das possibilidades explicativas de um aparente excesso na região Noroeste. Importante frisar que os coeficientes podem ser influenciados pela estrutura etária, como o envelhecimento populacional, mas também podem refletir a organização do SUS e os arranjos tecnoassistenciais que são colocados à disposição da população e suas necessidades de saúde. Por esta razão, as análises iniciais demandam complementação com maiores informações para aproximar-se de sua complexidade. Neste sentido não há que se produzirem escores e rankings, mas sim, diante da compreensão solidária das realidades territoriais, se produzirem nos níveis estadual, regional e municipal estratégias de equacionamento do que podem ser investidos para enfrentar as realidades díspares e múltiplas em nosso estado, bem como em nosso país.

## TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA – TME: O que é isto?

Diferente da Mortalidade Proporcional, que expressa o quanto uma causa é frequente no conjunto das mortes, a TME está relacionada à experiência particular de cada local, pois ela se define como a relação entre os óbitos por uma causa ou grupo de causas específicas ocorridas num território, num período de tempo e a população residente no mesmo território, no mesmo tempo. Normalmente para uma melhor compreensão se costuma apresentar em óbitos por 10.000 ou 100.000 habitantes.



POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO DO RJ

# OBSERVATÓRIOSUS

**BOLETIM** EDIÇÃO  
02

COSEMS 





## UM OLHAR SOBRE AS TAXAS DE INTERNAÇÃO NA DÉCADA DE 2010 NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

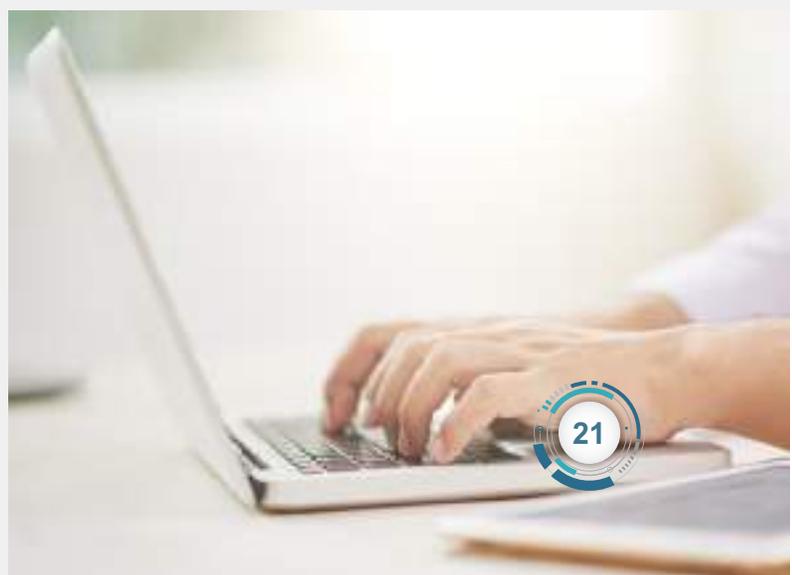
Os indicadores selecionados para este segundo boletim são compostos principalmente das taxas brutas de internações hospitalares segundo os municípios de residência, apresentados para cada município e região de saúde. Para compor os indicadores, foram analisadas as séries históricas entre 2010 e 2020, mas optou-se por destacar os mapas dos anos de 2019 e 2020, em razão das alterações das séries históricas promovidas pela pandemia de Covid-19 em 2020.

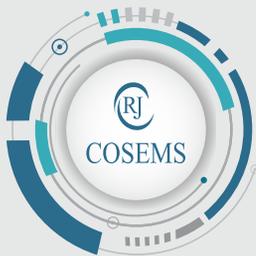
O trabalho apresenta uma análise temporal das taxas brutas de internação hospitalar do estado do Rio de Janeiro, com um levantamento realizado de janeiro de 2010 a dezembro de 2020, por regiões de saúde e municípios. O estudo utiliza como fonte o número de internações aprovadas para pacientes residentes no estado do Rio de Janeiro, segundo os municípios de residência dos pacientes, extraídas do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), sendo utilizado o sítio eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro para realizar as tabulações do projeto. Nas análises temporais há a preocupação de se destacar o período pré-pandêmico do período pandêmico, a fim de deixar evidentes os impactos causados pela pandemia, mas principalmente o comportamento dos indicadores avaliados ano a ano durante a década de 2000, nos municípios e regiões do estado.

O estudo traz também uma comparação com as taxas de internação dos estados da região Sudeste (Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo) e do Brasil e os

parâmetros de programação de ações e serviços de saúde do SUS.

É importante destacar algumas fragilidades dos dados utilizados e de sua fonte, o SIH/SUS. O Sistema de Informação Hospitalar foi criado inicialmente com uma perspectiva contábil e para o controle administrativo-financeiro, visando o pagamento aos serviços hospitalares contratados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Mas, apesar disso e com o seu desenvolvimento durante os últimos anos, é uma fonte importante para o estabelecimento de perfis epidemiológicos e para a formulação e avaliação de políticas públicas.





Nesse sentido, a abordagem trazida na série histórica de dez anos de internações, demonstra um estado de proporções reduzidas, com somente 92 municípios, mas com grandes diferenças no acesso à assistência. Além das diferenças de dimensões volumosas entre as regiões de saúde evidentes no trabalho, um dado preocupante são os extremos apresentados entre municípios na mesma região.

Essa evidência reforça a necessidade de um olhar mais próximo do tema regulação da atenção e do acesso, com a sinalização de melhorias e maiores investimentos – melhoria do sistema, estrutura e processos de trabalho - nos complexos reguladores do estado do Rio, em especial nas Centrais Regionais de Regulação (CREG). Outro fato importante a se destacar são os sinais claros de que há dificuldades de acesso à assistência nas regiões Metropolitana I, Metropolitana II e Baixada Litorânea, que contam com as menores taxas brutas de internação em toda a série histórica avaliada. Será necessário um estudo mais aprofundado para tratar do tema “rede assistencial”, com intuito de demonstrar a desproporção de oferta de leitos hospitalares e demais serviços de saúde entre os municípios e regiões do estado do Rio de Janeiro.

O trabalho sinaliza de maneira enfática o abismo social e a desigualdade de distribuição de renda vivenciada no estado do Rio de Janeiro e no Brasil evidenciado pela distância no acesso das pessoas que conseguem custear planos privados de saúde, com as pessoas menos favorecidas que contam exclusivamente com as políticas sociais do governo. Finalmente, o cenário apresentado pelo estado do Rio de Janeiro, comparativamente aos demais estados da região Sudeste e do Brasil, demonstra a fragilidade do sistema de saúde pública do ERJ. Esta disparidade assistencial é ampla e já percorre longos anos, nos colocando – gestores e técnicos de saúde pública - em uma realidade ainda mais desafiadora.

#### Coordenação:

Rodrigo Lages Dias

#### Equipe Técnica

Alice Medeiros Lima  
Ana Maria Auler Matheus Peres  
Lucas Manoel da Silva Cabral  
Marcela de Souza Caldas  
Monica Morangueira  
Nívia Stuckenbruck  
Paulo Eduardo Xavier de Mendonça  
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues  
Rodrigo Alves Torres Oliveira

#### Estagiários

Édnei Cesar Arruda Santos Junior  
Paula Cristina Pungartnik



POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO DO RJ  
**OBSERVATORIO SUS**

**BOLETIM** EDIÇÃO  
02

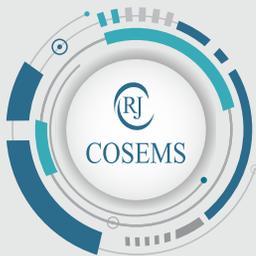


**Boletim 2**

**Escaneie e acesse  
o material base  
deste boletim**

[www.cosemsrj.org.br/observatorio-material-base](http://www.cosemsrj.org.br/observatorio-material-base)





## Nesta edição

Comparação das taxas de internação dos estados da região Sudeste e do Brasil.

Análise temporal das taxas brutas de internação hospitalar do estado do Rio de Janeiro, por regiões de saúde e municípios.

Destaque do período pré-pandêmico e do período pandêmico, evidenciando os impactos causados pela pandemia.

Impactos das internações da Saúde Suplementar no indicador proposto no estudo.



## Taxa Bruta de Internação Hospitalar

A Taxa Bruta de Internação Hospitalar é calculada pela relação entre o total de pessoas residentes em um local e que foram internadas em hospitais em determinado período, e a população residente nesse mesmo local, no mesmo período, multiplicado por 100.

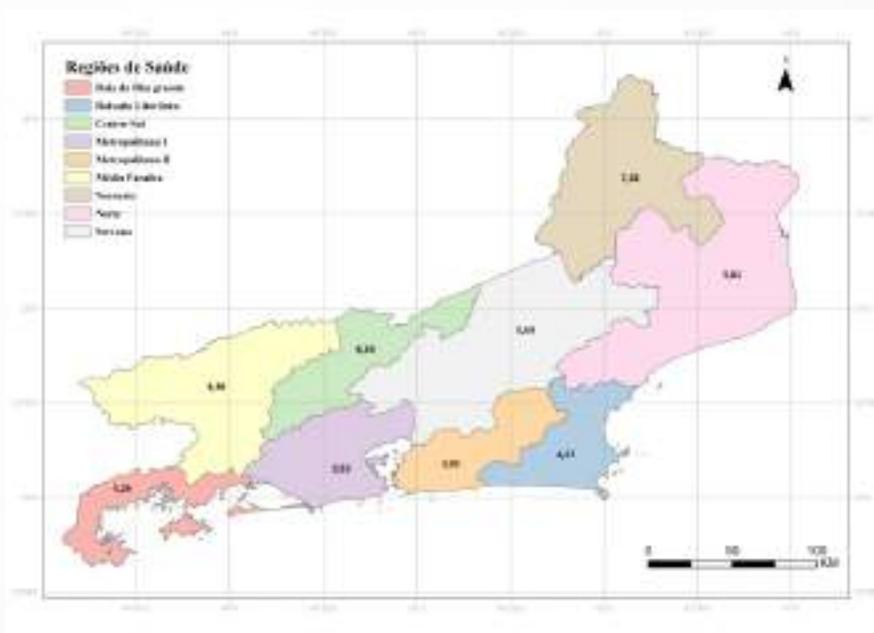


## O que as taxas nos dizem?

O ERJ apresentou pequena tendência crescente em sua Taxa Bruta de Internação no período de 2016 a 2019: 12,04%. O impacto da pandemia representou uma redução de 10,52% das Taxas de Internação no período de 2020 e 2019, ou seja, menos 71.925 internações no ERJ.

No comparativo entre os estados da região Sudeste e do Brasil, o ERJ tem valores sempre menores durante a década. As regiões Metropolitanas I e II somadas à região da Baixada Litorânea impactam fortemente na redução das Taxas do ERJ.

## Taxas de Internação Hospitalar, segundo regiões de saúde do ERJ, 2019.



Fontes: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)

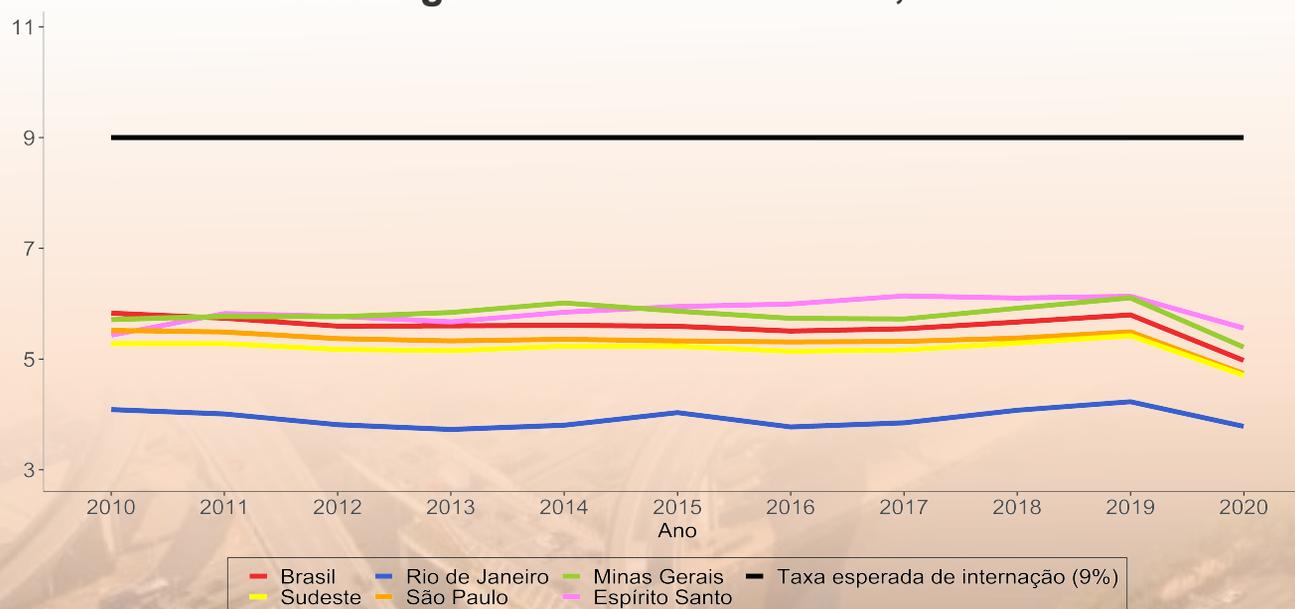
# Internações na Região Sudeste e no Brasil

Conforme demonstrado no gráfico, a média das taxas de internação da Região Sudeste (5,24%) na década é um pouco inferior à do Brasil (5,65%).

Já o Estado do Rio de Janeiro apresenta taxas muito abaixo dos demais estados da Região Sudeste e do país durante toda a década, com taxas variando de 3,73% (2013) até 4,23% (2019). Fica evidente que as taxas das unidades utilizadas na comparação com o estado do Rio de Janeiro se comportam de maneira semelhante e com pequenas variações. Já as taxas de internação do estado do Rio de Janeiro se destacam na linha azul na parte inferior do gráfico. O estudo utilizou como referência o parâmetro máximo de cobertura assistencial sugerido pela norma ministerial de 2020: 9% de necessidade de internação. Assim, a linha em cor preta, com 9% demonstrada no gráfico, sugere que todas as taxas calculadas no período analisado estão abaixo do parâmetro de necessidade de internações utilizada no trabalho.

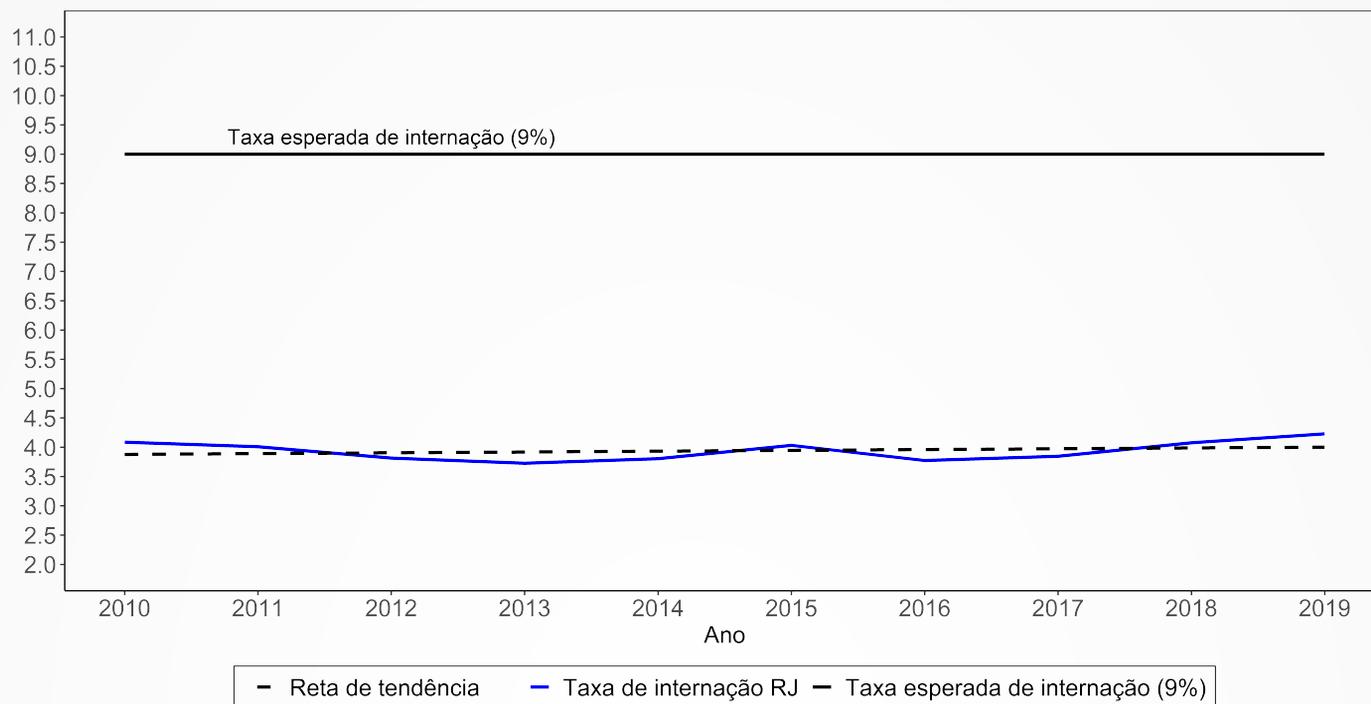


## Taxas de Internação hospitalar, segundo município de residência dos estados da região Sudeste e do Brasil, 2010 a 2020



Fontes: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)

## Taxas de Internação hospitalar, segundo município de residência, 2010 a 2019



Fontes: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)

## Internações no Estado do Rio de Janeiro

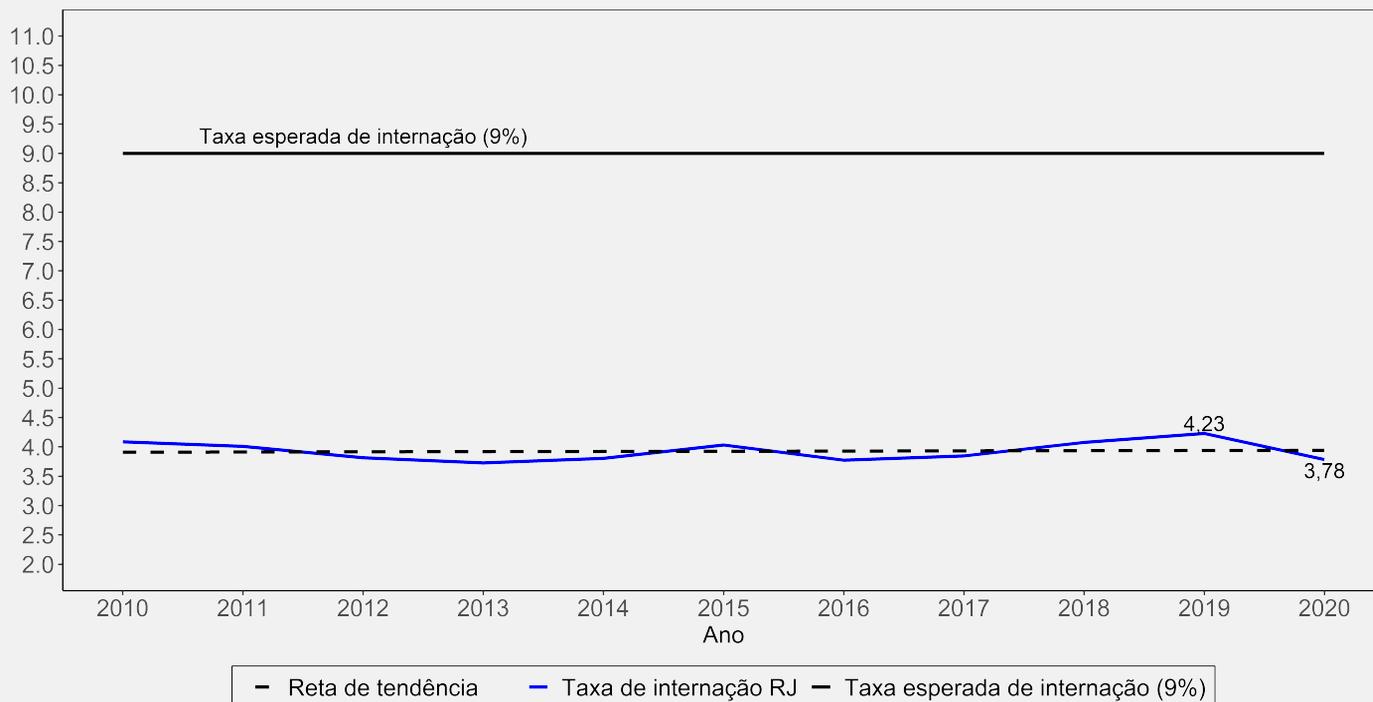
Ao observarmos o gráfico, percebemos uma pequena tendência crescente no período de 2016 a 2019, com o aumento de 12,04% do indicador nesse período. Já no período de 2010 a 2019, o aumento foi tímido (3,44%), com 666.365 internações em 2010 e 729.935 internações em 2019, uma diferença de apenas 63.570 internações. Mais uma vez se evidencia na linha em cor preta, a diferença entre as taxas de internação do estado na década de 2000, sempre com variações próximas a 4%, muito distante dos 9% sugerido pelo parâmetro assistencial. Os anos de 2013 (3,73%) e 2016 (3,77%) são os anos com as menores taxas de internação do período avaliado.



## A pandemia e seu impacto nas internações do ERJ

Destacamos o decréscimo de 10,52% entre os anos de 2020 e 2019, o que representa em números absolutos, menos 72.925 internações aprovadas no estado do Rio de Janeiro, conforme registros no Sistema de Informações Hospitalares/MS.

## Taxas de Internação hospitalar, segundo município de residência, 2010 a 2020 .



Fontes: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)

Ao analisarmos o diagnóstico principal que levou às internações, segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), observamos em números absolutos, a maior diminuição de internações na comparação dos anos de 2019 e 2020, nos eventos do Capítulo 11 – Doenças do Aparelho Digestivo, seguido do Capítulo 14 – Doenças do Aparelho Geniturinário e do Capítulo 9 – Doenças do Aparelho Circulatório.

## Internação hospitalar, por Diagnóstico principal segundo CID-10, segundo município de residência, 2019 a 2020

Diagnóstico principal - capítulo	2019	2020	Dif 2020-2019	%
Capítulo 11 - Doenças do aparelho digestivo	64.841	45.108	-19.733	-30,43
Capítulo 14 - Doenças do aparelho geniturinário	53.115	37.310	-15.805	-29,76
Capítulo 9 - Doenças do aparelho circulatório	73.183	61.572	-11.611	-15,67
Capítulo 10 - Doenças do aparelho respiratório	53.857	42.278	-11.379	-21,21
Capítulo 2 - Neoplasias (tumores)	57.063	48.629	-10.434	-18,29
Capítulo 7 - Doenças do olho e anexos	11.468	5.641	-5.827	-50,81
Capítulo 12 - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	18.590	13.397	-5.193	-27,93
Capítulo 21 - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	15.256	10.633	-4.623	-30,3
Capítulo 13 - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	13.870	9.426	-4.444	-32,04
Capítulo 6 - Doenças do sistema nervoso	11.688	8.269	-3.419	-29,25
Capítulo 5 - Transtornos mentais e comportamentais	12.355	9.159	-3.196	-25,87
Capítulo 19 - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	76.946	73.848	-3.098	-4,03
Capítulo 17 - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	7.176	4.719	-2.457	-34,24
Capítulo 4 - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	13.070	10.986	-2.084	-15,94
Capítulo 15 - Gravidez, parto e puerpério	159.897	157.821	-2.076	-1,3
Capítulo 3 - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	9.101	7.453	-1.648	-18,11
Capítulo 18 - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	12.963	11.429	-1.534	-11,83
Capítulo 8 - Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1.488	626	-642	-43,73
Capítulo 16 - Algumas afecções originadas no período perinatal	17.692	18.774	1.082	6,12
Capítulo 1 - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	48.534	81.714	35.180	75,6
<b>Total</b>	<b>729.935</b>	<b>657.012</b>	<b>-72.923</b>	<b>-9,99</b>

Fontes: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)

Quando investigamos as categorias diagnósticas dos capítulos, percebemos claramente a diminuição de internações relacionadas às cirurgias eletivas, conforme elenco das 5 (cinco) principais categorias demonstradas na tabela abaixo.

## Doenças do Aparelho Digestivo, segundo município de residência, 2019 a 2020

Diagnóstico principal - categoria	2019	2020	Dif 2020-2019	%
K80 Colelitíase	11.214	6.564	-4.650	-41,47
K40 Hérnia inguinal	8.624	4.461	-4.163	-48,27
K42 Hérnia umbilical	4.543	2.282	-2.261	-49,77
K81 Colecistite	4.206	2.952	-1.254	-29,81
K43 Hérnia ventral	1.637	810	-827	-50,52

Fontes: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)

## Internações nas Regiões de Saúde do Estado

Observamos na tabela abaixo que as regiões Metropolitana I, Metropolitana II e Baixada Litorânea, apresentam taxas de internação sempre próximas a 3% e 4%, sendo as menores do estado no decorrer da década. Em contrapartida, a região Noroeste registra as maiores taxas na década com 7,56% de média.

No ano de 2019, as regiões com o maior número de internações por 100 habitantes são: região Noroeste (7,36%), seguida da Médio Paraíba (6,56%) e da Centro-Sul (6,39%).

A tabela demonstra o decréscimo das taxas de internação em todas as regiões de saúde no período entre 2019 e 2020, porém com as mesmas realidades distintas entre certas regiões do estado do Rio de Janeiro.



## Taxas de Internação hospitalar, segundo município de residência das regiões de saúde, 2010 a 2020

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Baía da Ilha Grande	4,54	4,35	4,06	3,92	4,26	4,32	3,89	4,51	4,75	5,26	4,58
Baixada Litorânea	3,54	3,74	3,38	3,11	3,53	3,6	3,39	3,32	3,92	4,27	3,71
Centro-Sul	6,74	6,04	6,11	6,16	5,76	5,99	5,98	5,61	6,21	6,39	5,11
Médio Paraíba	5,94	6,27	5,9	5,4	5,53	5,89	5,6	5,93	6,16	6,56	5,31
Metropolitana I	3,26	3,26	3,15	3,28	3,36	3,67	3,33	3,4	3,57	3,63	3,36
Metropolitana II	4,9	4,39	4,09	3,5	3,51	3,64	3,42	3,28	3,63	3,93	3,8
Noroeste	9,37	9,22	8,25	6,97	6,81	7,21	6,9	7,45	7,58	7,36	6,07
Norte	5,82	5,57	5,28	4,85	4,83	4,81	4,77	4,9	5,34	5,61	4,56
Serrana	5,6	5,21	4,97	4,75	4,93	4,95	5,01	5,29	5,26	5,63	4,65
<b>Total</b>	<b>4,09</b>	<b>4,01</b>	<b>3,82</b>	<b>3,73</b>	<b>3,8</b>	<b>4,03</b>	<b>3,77</b>	<b>3,85</b>	<b>4,08</b>	<b>4,23</b>	<b>3,78</b>

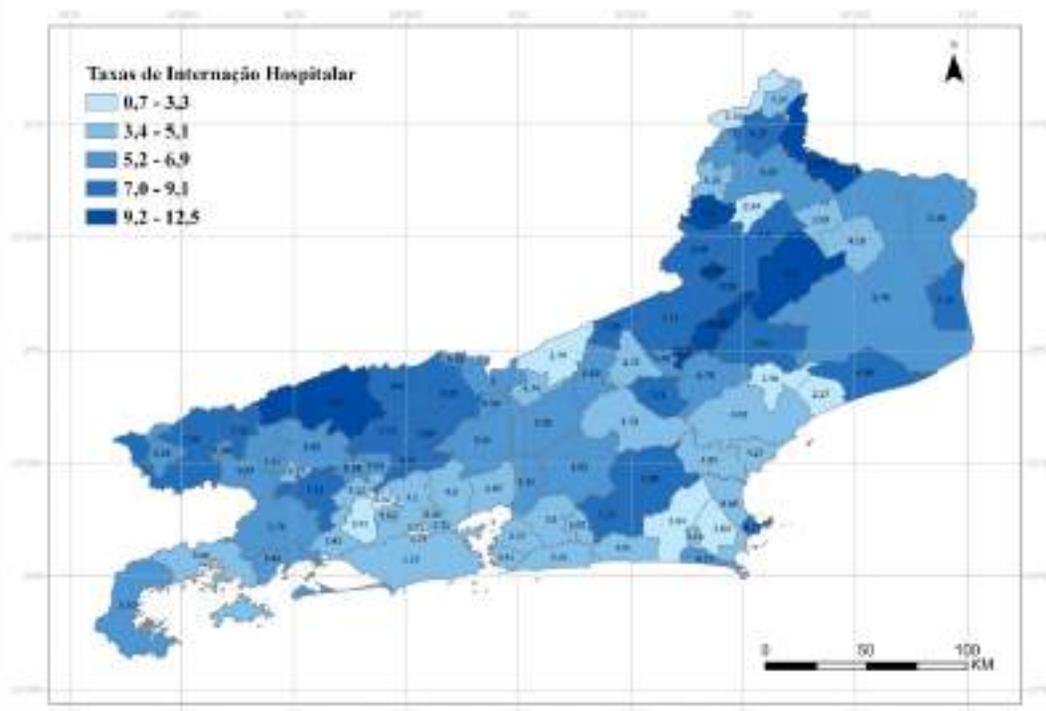
Fontes: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)

No mapa demonstramos as taxas de internação por município do estado no ano de 2019, utilizando o gradiente de cores para facilitar a diferenciação entre os municípios e seus indicadores.

Enfatizamos na análise dos indicadores dos 92 municípios durante a década, a amplitude das taxas no comparativo dos municípios. Como extremos temos o município de Armação de Búzios que apresentou uma taxa de internação de apenas 0,72% no ano de 2010 e o município de Bom Jesus de Itabapoana, que por sua vez, realizou 4.640 internações no ano de 2019, para uma população de 37.096 habitantes, ou seja, 12,51%.

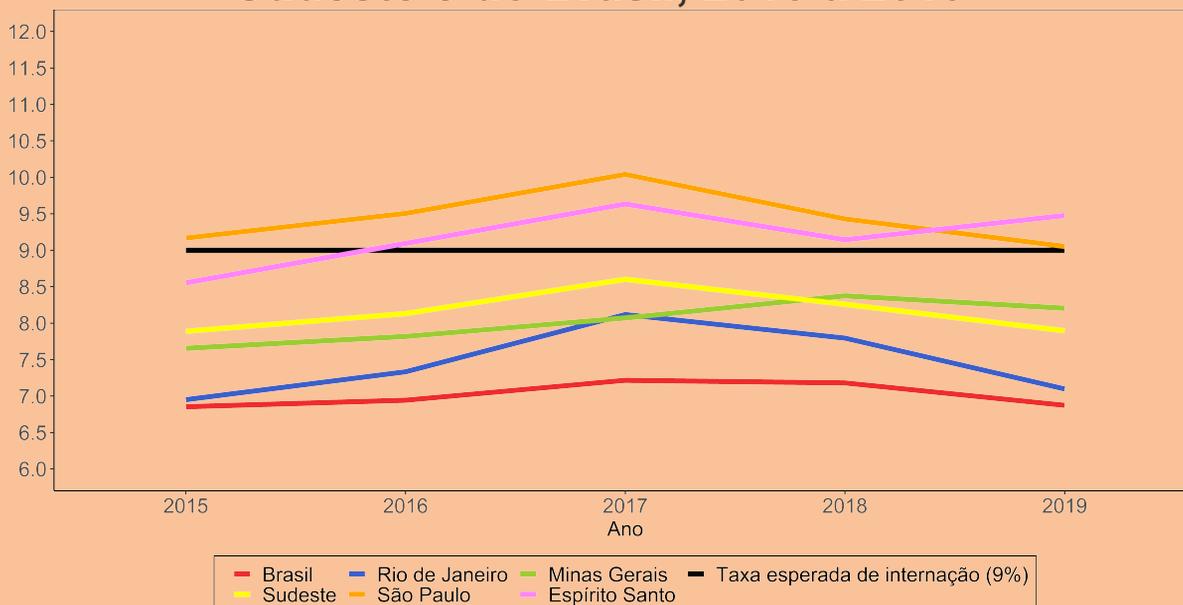
Além de Bom Jesus de Itabapoana com altas taxas de internação, destacamos na série histórica e por região de saúde, os municípios de São Fidélis na região Norte; São Sebastião do Alto e Macuco na região Serrana; Rio Bonito e Silva Jardim na Metropolitana II; Valença e Rio das Flores no Médio Paraíba; e Miguel Pereira e Paty de Alferes na Região Centro-sul.

## Taxas de Internação hospitalar, por município de residência, 2019



Fontes: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)

## Taxas de internação hospitalar (SUS + Saúde Suplementar), segundo município de residência dos estados da região Sudeste e do Brasil, 2015 a 2019

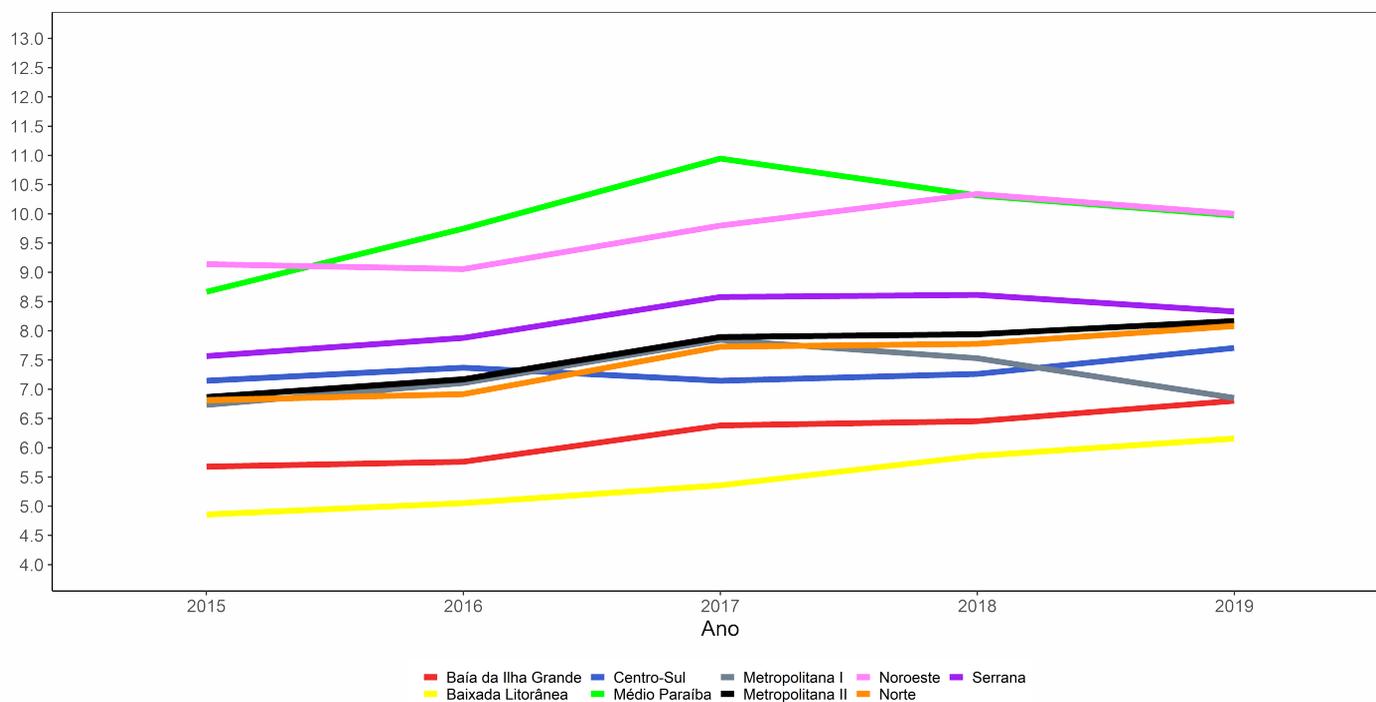


Fontes: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)

No ERJ a região Metropolitana I, com os 45% de cobertura de plano privado do município do Rio de Janeiro, obteve um grande aumento em sua taxa média, passando de 3,39% (SUS) para 7,21% (SUS+ANS), ou seja, aumento de 112,68%. A região Metropolitana II também teve comportamento semelhante, impactado principalmente pelos 55% de cobertura de plano privado do município de Niterói, com um aumento de 98,69% de sua taxa média.

Outras regiões com coberturas importantes de planos privados também obtiveram crescimento expressivo em suas taxas, quando somadas as internações da ANS: Médio Paraíba com aumento de 70,03% e Serrana com aumento de 60,27%. Em contrapartida, as regiões Noroeste (27,91%) e Centro-Sul (21,80%) demonstraram um aumento tímido em suas taxas médias, já que as suas populações contam principalmente com a assistência exclusiva do SUS.

## Taxas de internação hospitalar (SUS + Saúde Suplementar), segundo município de residência, por região de saúde 2015 a 2019



Fontes: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)

### Temas para reflexão:

- Os sistemas oficiais do governo e em especial o SIH/SUS possuem limitações, porém são extremamente importantes para os levantamentos diagnósticos, visando o planejamento e a formulação de políticas públicas em saúde. É necessário estabelecer um processo de planejamento visando a melhoria da qualidade da informação e análise em saúde.

- O estudo enfatiza as grandes diferenças no acesso à assistência, principalmente nas regiões Metropolitanas e Baixada Litorânea, e reforça a necessidade de um olhar mais próximo ao tema regulação da atenção e do acesso, com a sinalização de melhorias e maiores investimentos.

- O impacto das internações da saúde suplementar, que atenuariam os cenários ruins do acesso à saúde das regiões Metropolitanas, desnudam ainda mais o abismo social e a desigualdade de distribuição de renda vivenciada no estado do Rio de Janeiro e no Brasil.

- Assim como o primeiro Boletim, os estudos reforçam a fragilidade do sistema de saúde pública do estado do Rio e nos provocam – gestores e técnicos de saúde pública – para ações e atitudes em uma realidade ainda mais desafiadora.



POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO DO RJ

# OBSERVATÓRIOSUS

**BOLETIM** EDIÇÃO  
03

COSEMS 



## UM RETRATO DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA FLUMINENSE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

O terceiro boletim dá início à análise da rede de serviços do SUS no Estado do Rio de Janeiro, a partir dos serviços de oncologia existentes. A decisão de se começar a análise da rede de serviços do SUS pela oncologia é um desafio pela complexidade das atividades de prevenção, rastreamento de alguns tipos de câncer, diagnóstico e tratamento, as quais dependem da participação efetiva de todos os níveis de atenção à saúde e da existência de um conjunto amplo de recursos de diagnóstico e tratamento de alta complexidade.

Para o estudo da rede de serviços de oncologia existentes no estado, foram selecionados os tipos mais prevalentes de câncer: pulmão, intestino, mama feminina, próstata, estômago e colo do útero. Esses tipos foram responsáveis por 48,4% dos óbitos por câncer em 2019 no estado (DATASUS/SIM/TABNET). A análise se concentrou nos dados sobre casos confirmados no SUS, através da informação diagnóstica dos exames anatomopatológicos, internações para tratamento oncológico realizadas pelo SUS e óbitos, além da produção de procedimentos diagnósticos, cirurgia e os principais tratamentos: quimioterapia e radioterapia.

Devido a precariedade encontrada nos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) com relação aos números dos procedimentos realizados relativos ao rastreamento, detecção precoce e ao diagnóstico precoce, não foi possível incorporá-los na análise, o que constitui uma limitação do estudo sobre a efetividade da

rede, uma vez que tais ações são realizadas principalmente pelas unidades e equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) e pelos serviços ambulatoriais especializados, que compõem o nível secundário de atenção.

Este documento está estruturado em três itens, o primeiro traz uma breve discussão sobre a evolução da política nacional de atenção oncológica, sobre a relação entre as definições e a organização da rede de serviços do SUS e seu impacto sobre a atenção aos pacientes com câncer e limitações dos sistemas de informações relativos aos serviços privados da chamada 'saúde suplementar'.





O segundo item apresenta uma comparação entre o número de casos confirmados e internações no SUS e o total de óbitos no estado do Rio de Janeiro (ERJ) e os demais estados da Região Sudeste, assim como entre as diferentes regiões de saúde do ERJ. O terceiro item apresenta e analisa os dados de produção de exames anatomopatológicos, cirurgias oncológicas, quimioterapia e radioterapia e os fluxos regionais e inter-regionais para tratamento.

A situação da atenção oncológica na rede SUS do ERJ é muito grave. Os dados indicam baixa capacidade de diagnóstico e de internação, tanto quando comparada com a situação dos demais estados da Região Sudeste, quanto com a estimativa de produção de procedimentos de alta complexidade – cirurgias, quimioterapias e radioterapias – calculada com base nos parâmetros da Portaria SAES/MS nº 1.399/2019. As proporções desses procedimentos no ERJ se apresentam como uma pirâmide invertida, com uma oferta de quimioterapias muito superior ao recomendado (155,41%), uma oferta muito insuficiente de radioterapias (51,1%) e ainda menor de cirurgias oncológicas (40,5%). O cenário fica ainda mais grave quando se avalia o custo dos procedimentos oncológicos em detrimento do diagnóstico precoce: um gasto excessivo com quimioterapias paliativas em usuários que deveriam ter tido um diagnóstico precoce, com maiores possibilidades de um desfecho terapêutico positivo.

#### Coordenação:

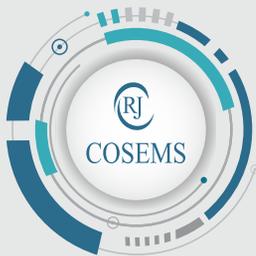
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues  
Rodrigo Lages Dias

#### Equipe Técnica

Alice Medeiros Lima  
Ana Maria Auler Matheus Peres  
Lucas Manoel da Silva Cabral  
Marcela de Souza Caldas  
Monica Morangueira  
Paulo Eduardo Xavier de Mendonça  
Rodrigo Alves Torres Oliveira

#### Estagiários

Édnei Cesar Arruda Santos Junior  
Paula Cristina Pungartnik



POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO DO RJ  
**OBSERVATORIO SUS**

**BOLETIM** EDIÇÃO  
03



**Boletim 3**

**Escaneie e acesse  
o material base  
deste boletim**

[www.cosemsrj.org.br/observatorio-material-base](http://www.cosemsrj.org.br/observatorio-material-base)



## Nesta edição

Casos diagnosticados e internações pelo SUS

Estimativas de casos de câncer

Internações no SUS e óbitos totais

População não coberta por planos e seguros privados de saúde

Produção de procedimentos oncológicos no SUS

Cirurgias oncológicas, quimioterapias e radioterapias 2019

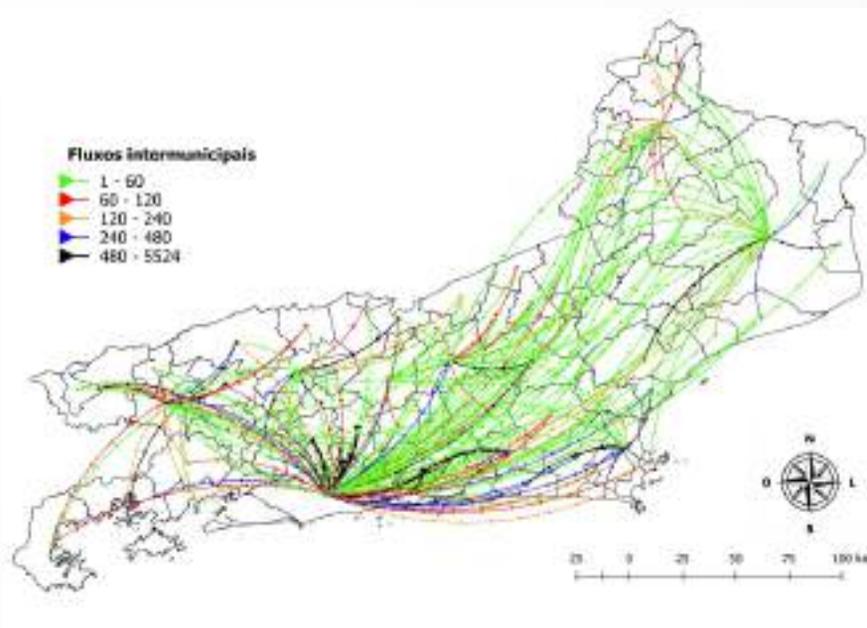


## Casos diagnosticados e internações pelo SUS

Estado do Rio de Janeiro se compara desfavoravelmente em termos da proporção dos diagnósticos, internações e óbitos por câncer em relação aos demais estados do Sudeste.

## Há uma grande concentração de unidades de alta complexidade em oncologia em poucos municípios

### Fluxos intermunicipais para tratamento em quimioterapia no Estado do Rio de Janeiro



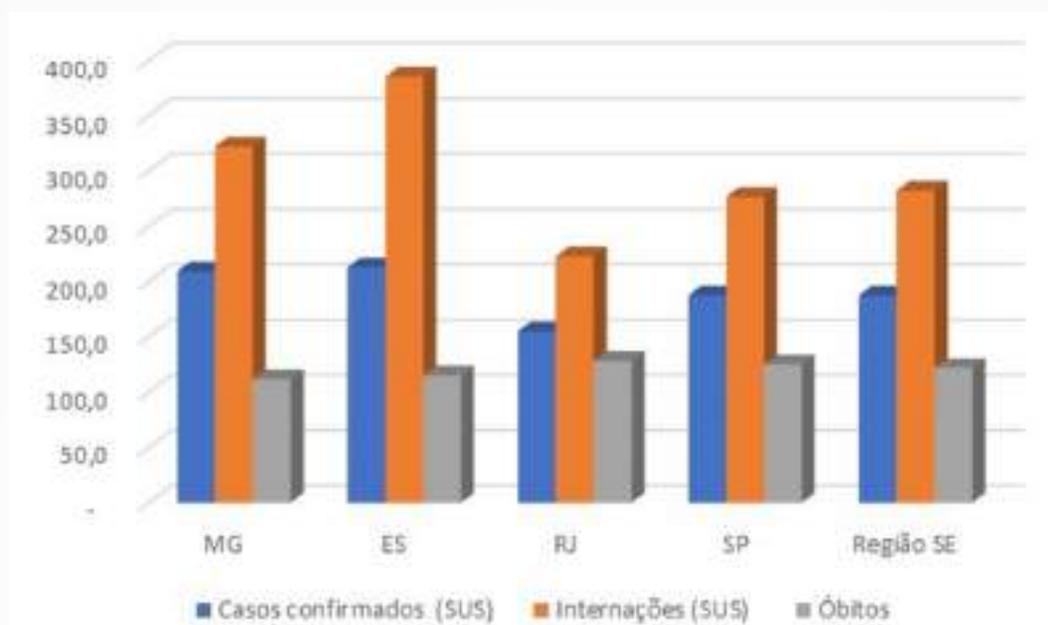
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS/SIA-SUS

A alta concentração da oferta gera fluxos intensos de pacientes para tratamentos, como nos tratamentos de quimioterapia.

## Casos diagnosticados e internações pelo SUS e óbitos totais em 2019 - O Rio e os demais estados da Região Sudeste

Os dados indicam baixa capacidade de diagnóstico e de internação, tanto quando comparada com a situação dos demais estados da Região Sudeste, quanto com a estimativa de produção de procedimentos de alta complexidade cirurgias, quimioterapias e radioterapias calculada com base nos parâmetros da Portaria SAES/MS n 1.399/2019

**Número de casos diagnosticados e internações por câncer no SUS e número total de óbitos por câncer no Estado do Rio de Janeiro comparado com os demais estados da Região Sudeste, 2019.**



Fontes: População estimada – IBGE; Casos de câncer (Painel de Oncologia - DATASUS/TABNET); Internações por câncer SIH/SUS (DATASUS/TABNET); e Óbitos por neoplasias - SIM (DATASUS/TABNET).

Número de casos diagnosticados, internações por local de residência e óbitos por todos os tipos de câncer (C00 a C97, menos C44)

Menos casos diagnosticados e menos internações indicam que muitas pessoas iniciam seu tratamento em estádios avançados.

O ERJ apresentou em 2019, o menor número de casos diagnosticados no SUS por 100 mil habitantes (155,0), o menor número de internações por 100 mil habitantes (222,9) no SUS e o maior número de óbitos por cem mil habitantes (128,1). São múltiplas as causas que podem explicar esses números desfavoráveis, mas os números sugerem a existência de problemas quanto ao funcionamento e a efetividade da rede de serviços de saúde do SUS no ERJ, que demandam estudos específicos para serem compreendidos plenamente.



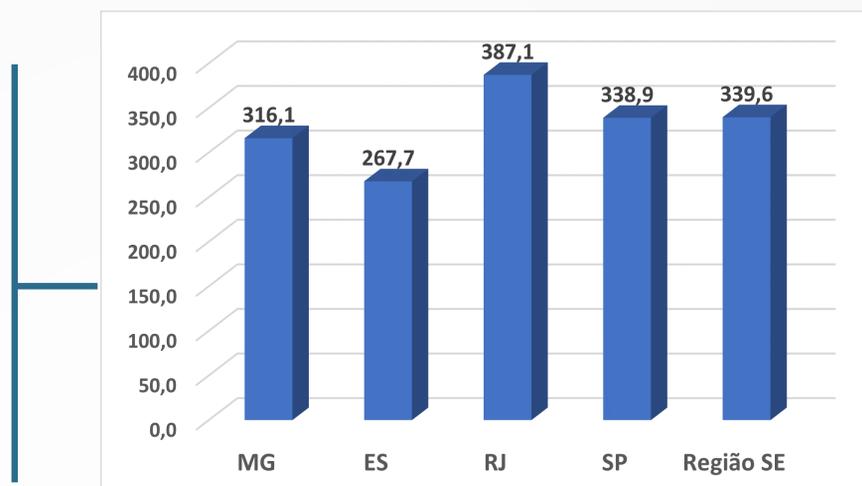
### Observação:

Não há disponibilidade de dados sobre o setor de saúde suplementar, que permitam tratamento compatível com os dados do SUS. Dessa forma, os dados sobre casos diagnosticados e internações se restringem ao que ocorre no SUS.

# O Rio de Janeiro é o estado do Sudeste com mais casos de câncer por ano

Estimativas de novos casos de câncer na Região Sudeste, por 100 mil habitantes em 2020

As estimativas do INCA mostram que a população do ERJ tem mais casos de câncer relativamente aos outros estados da Região Sudeste.



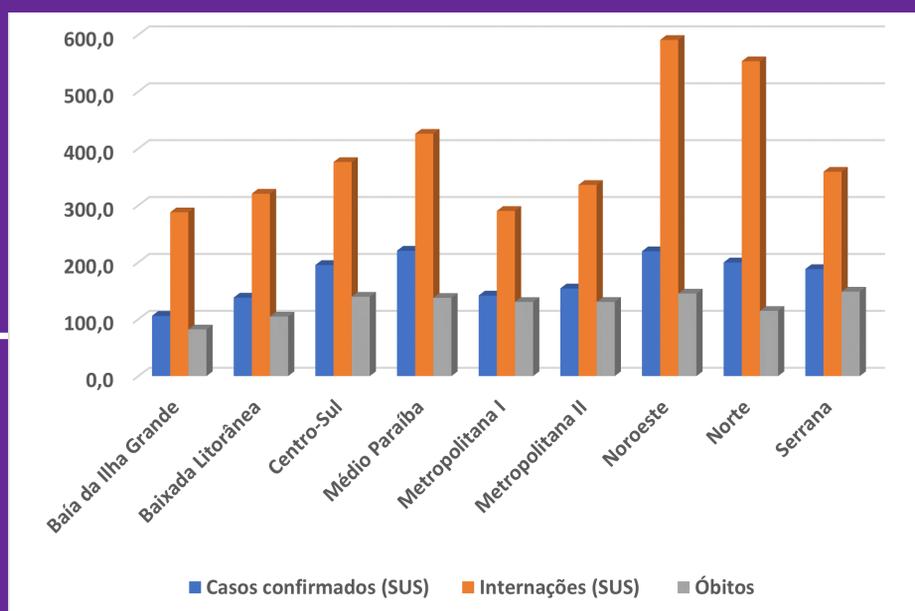
A proporção de casos novos de câncer por 100 mil habitantes no ERJ é de 387,1, segundo os dados do INCA (2019, p. 55), contra 339,6 na Região Sudeste

Fontes: população (IBGE, 2020), novos casos de câncer (INCA, 2019)

## A distribuição dos casos, internações no SUS e os óbitos é muito desigual entre as regiões de saúde do ERJ

Número de casos diagnosticados e internações por câncer no SUS e número total de óbitos por câncer por 100 mil pessoas, por Região de Saúde do ERJ, 2019

Fontes: População estimada (IBGE – DATASUS/TABNET); Casos (Painel de Oncologia DATASUS/TABNET); e Óbitos por neoplasias (SIM - DATASUS/TABNET).



- **Há grande disparidade entre as regiões de saúde do ERJ :**

- A menor incidência de casos confirmados é na Baía da Ilha Grande (106 por 100 mil pessoas)
- A maior incidência é no Médio Paraíba (220,4 por 100 mil pessoas).

- **Em relação às internações por local de residência a variação é ainda maior:**

- As regiões com menor taxa de internações foram a Baía da Ilha Grande (287,9 por 100 mil pessoas) e a Metropolitana I (290,3 por 100 mil habitantes)
- A maior taxa ocorreu na Região Noroeste (590,8 por 100 mil pessoas).

- **As variações são menos intensas em relação aos óbitos por câncer:**

- O menor coeficiente ocorreu na Baía da Ilha Grande (82 por 100 mil pessoas)
- O maior na região Serrana (148,4 por 100 mil habitantes).

# Tipos de câncer mais prevalentes

- **Estômago**
- **Intestino** (*Cólon, reto e junção retossigmoide*)
- **Pulmão** (*Traqueia, Brônquios e Pulmões*)
- **Mama feminina**
- **Colo do útero** (*Carcinoma in situ do colo do útero*); e *Próstata*.



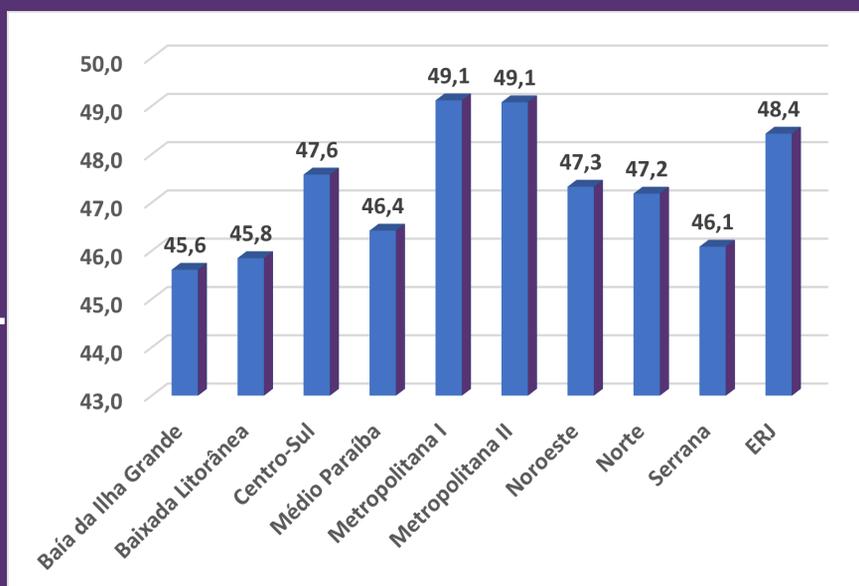
## Estimativas das taxas ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária, para os estados do Sudeste, 2020.

UF	Sexo	Estômago	Intestino	Pulmão	Mama feminina	Colo do útero	Próstata
MG	H	7,50	15,63	14,30	-	-	43,78
	M	3,26	14,25	8,89	59,43	6,89	-
ES	H	10,76	11,90	17,05	-	-	69,96
	M	4,61	11,21	8,20	32,82	10,33	-
RJ	H	7,57	25,35	16,84	-	-	55,87
	M	3,22	18,76	10,32	68,88	12,80	-
SP	H	10,05	33,10	15,96	-	-	45,69
	M	3,28	20,97	8,85	55,39	5,93	-

Fonte: População estimada (IBGE – DATASUS/TABNET);  
Casos (Painel de Oncologia - DATASUS/TABNET)

## Proporção dos óbitos pelos tipos de câncer mais prevalentes sobre o total de óbitos por Região de Saúde do ERJ, 2019

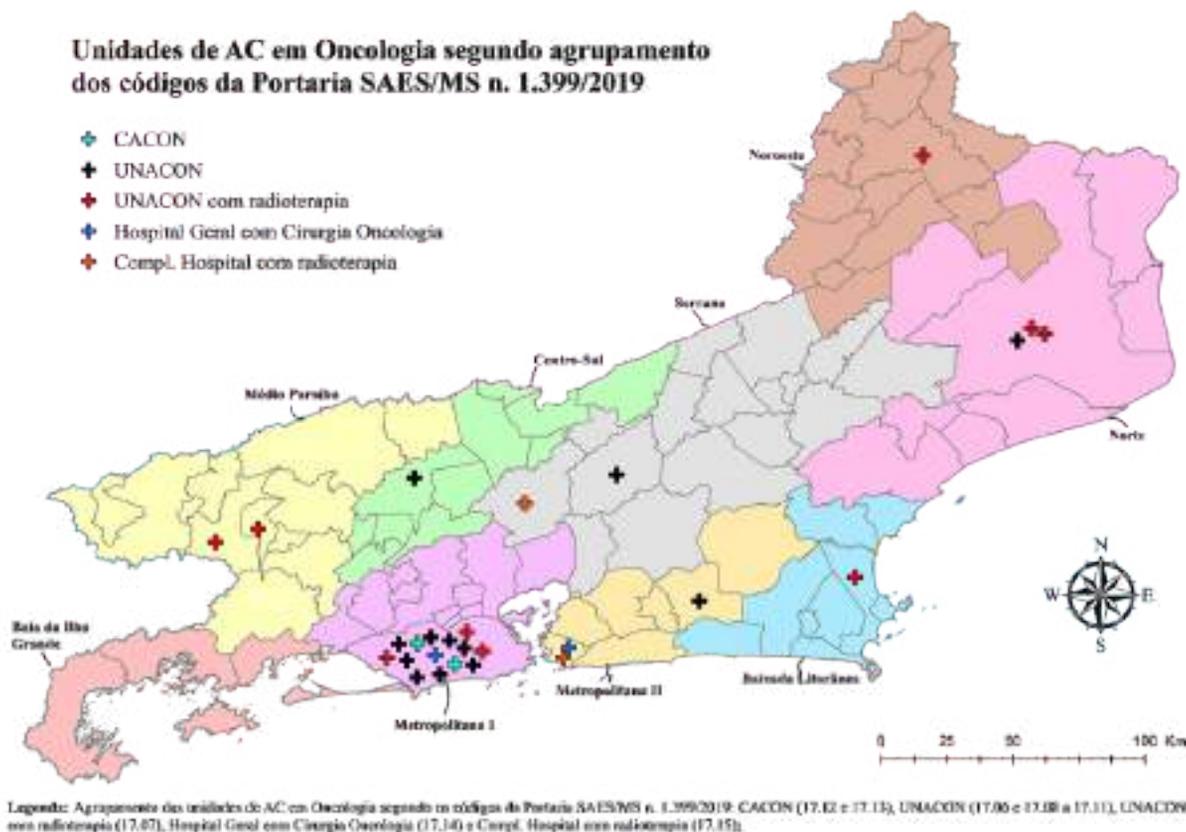
Quase metade (48,4%) dos óbitos por câncer no ERJ em 2019 foram causados pelos cânceres de: pulmão (12,2%); Intestino (11,5%); mama feminina (10,2%); próstata (6,8%); estômago (5,2%) e colo do útero (2,5%).



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade – SIM (DATASUS/TABNET).

# Onde estão as unidades habilitadas de alta complexidade para tratar câncer no SUS do ERJ

## Unidades de AC em Oncologia segundo agrupamento dos códigos da Portaria SAES/MS n. 1.399/2019



Fonte: SNCES/DATASUS/TABNET

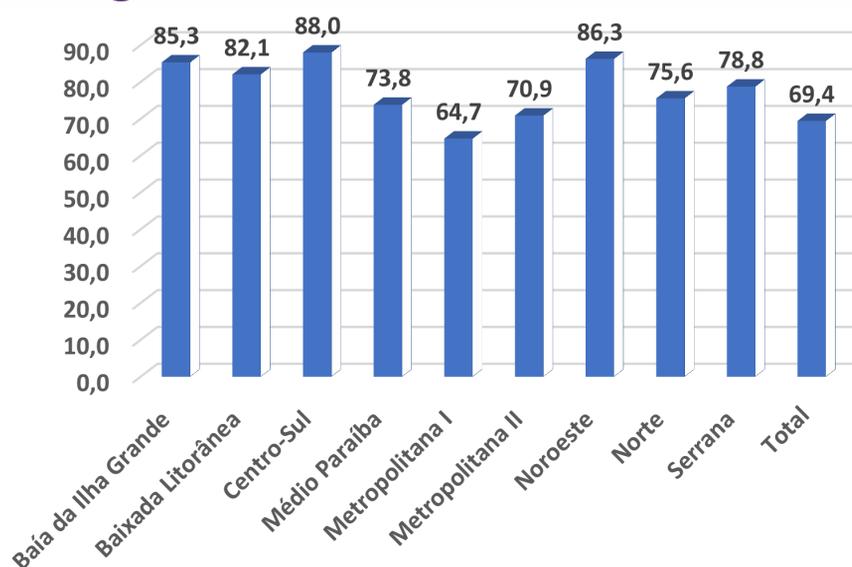
Há uma grande predominância de unidades públicas federais na Região Metropolitana I – todas localizadas na capital – enquanto no interior predominam unidades privadas.

As unidades de AC na Região Metropolitana I estão na capital, há um vazio sanitário em termos de AC oncológica na Baixada Fluminense, situação parecida com a da Região Metropolitana II.

Os parâmetros para os serviços de alta complexidade – cirurgias oncológicas, quimioterapia e radioterapia – no SUS são estabelecidos pela Port. SAES/MS n.º. 1399/2019. Mas o cálculo dos serviços necessários é afetado pela existência do setor de saúde suplementar, que cobre cerca de 30% da população do ERJ.

A oferta de procedimentos de alta complexidade em oncologia é muito desigual entre as diferentes regiões de saúde do estado, com elevada concentração de oferta na capital, concentrada nas redes hospitalar públicas federal e universitária, sendo que muitos desses hospitais vêm apresentando uma situação histórica de decadência e redução gradual da oferta de serviços.

## Estimativa de população não coberta por planos e seguros privados de saúde de assistência médica por região de saúde do ERJ em 2021

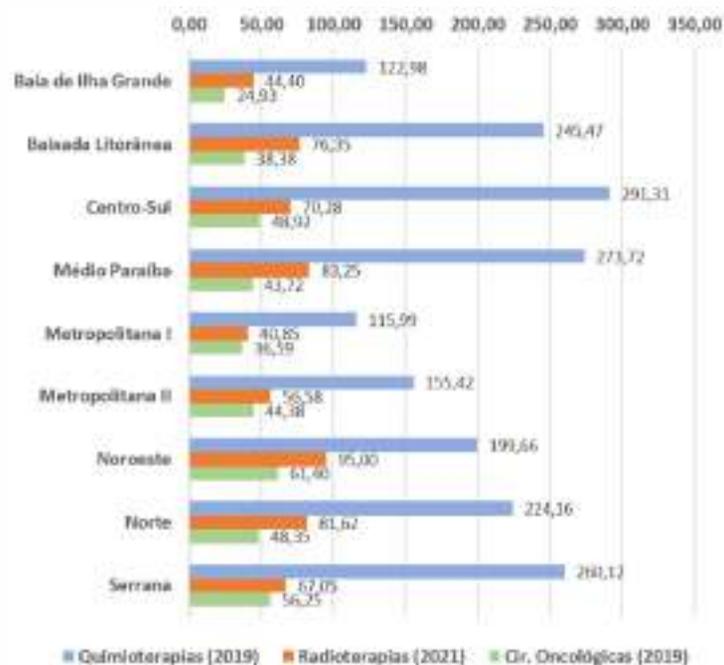


IBGE (População estimada); ANS (cobertura por plano ou seguro privado de assistência médica)

## Cobertura de procedimentos de AC em oncologia

Cobertura estimada para a população não coberta pela saúde suplementar por região de saúde do ERJ, para quimioterapias e cirurgias em 2019 e radioterapia em 2021

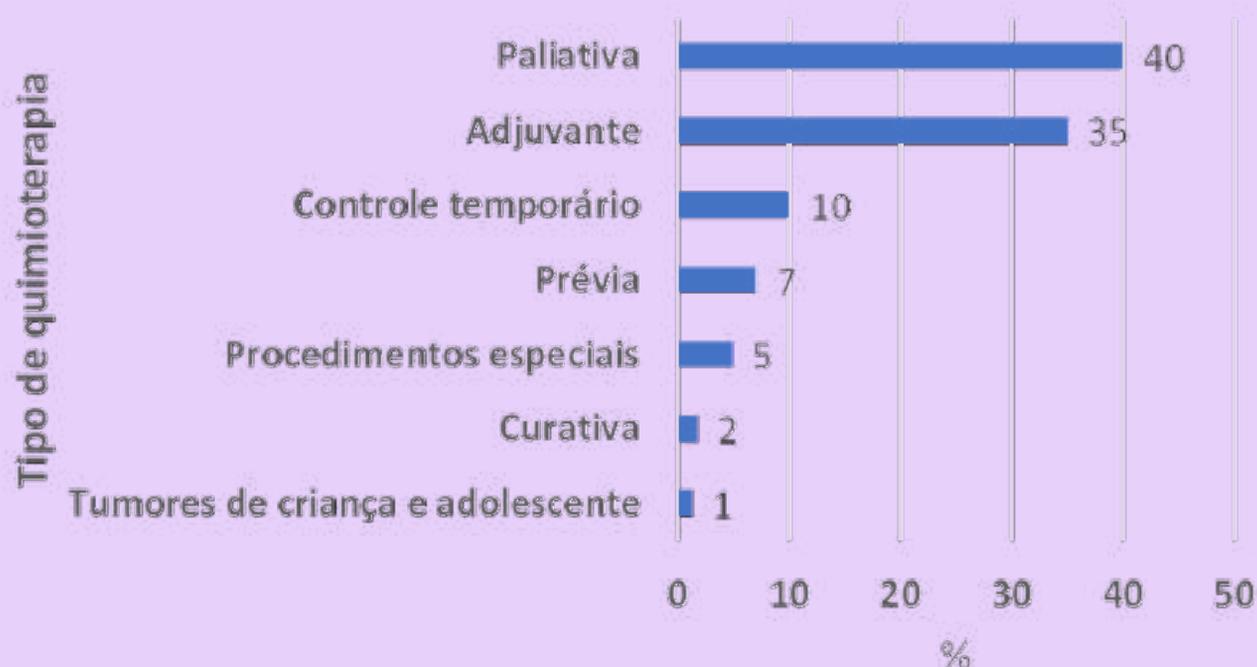
- A oferta de tratamentos quimioterápicos é bastante superior a necessidade estimada em relação aos procedimentos em todas as regiões, chega a ser superior a 200% em diversas regiões
- A pior cobertura é de cirurgias (apenas 40%), com menor cobertura na BIG (24,93%) e na METRO I (36,59%). Já a maior cobertura foi observada na região NOROESTE (61,40%)
- A variação de cobertura para a radioterapia está entre 40,85% na METRO I e 95% na NOROESTE. Isso mostra grande desigualdade no acesso a essa tecnologia entre as regiões



Fonte: IBGE (População estimada); ANS (cobertura por plano ou seguro privado de assistência médica)

Para o cálculo de coberturas, utilizou-se as estimativas de incidência de câncer para 2019 do INCA, a produção registrada nas bases de dados do SIA/SUS e SIH/SUS de 2019 para cirurgias oncológicas e quimioterapias por ser período mais típico, anterior à pandemia. As do SIA/SUS e SIH/SUS para as Radioterapias de 2021, porque houve uma modificação no mês de junho de 2019, não foram usados os dados de 2020 por ser o de maior atipia, com suspensão de diversas atividades nos serviços de saúde em função das internações por COVID-19.

## Proporção dos tipos de quimioterapia realizados no SUS, 2019



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS/SIA-SUS

• A oferta de procedimentos de alta complexidade em oncologia se apresenta como uma pirâmide invertida, com uma oferta de quimioterapias muito superior ao recomendado (155,41%), uma oferta muito insuficiente de radioterapias (51,1%) e ainda menor de cirurgias oncológicas (40,5%). As quimioterapias são o tipo mais caro dos procedimentos oncológicos de alta complexidade e há uma proporção muito elevada de procedimentos paliativos (40%) em função da baixa capacidade que a rede de serviços do SUS vem tendo em diagnosticar, realizar cirurgias e radioterapias nos pacientes de câncer do estado.

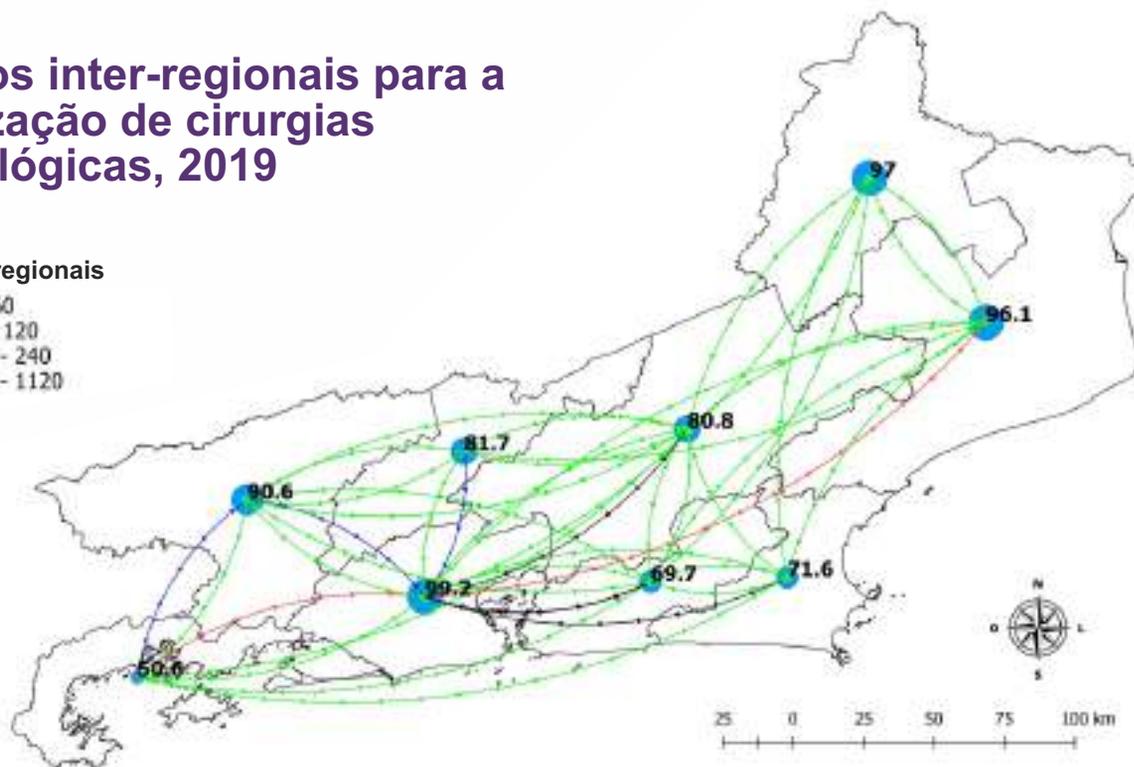
• Os resultados disso são: maior sofrimento, maior dificuldade de cura e maiores custos para o SUS.

• Há problemas no funcionamento da rede de atenção oncológica

# A desigualdade regional na oferta de procedimentos oncológicos determina intensos fluxos de pacientes

## Fluxos inter-regionais para a realização de cirurgias oncológicas, 2019

### Fluxos regionais

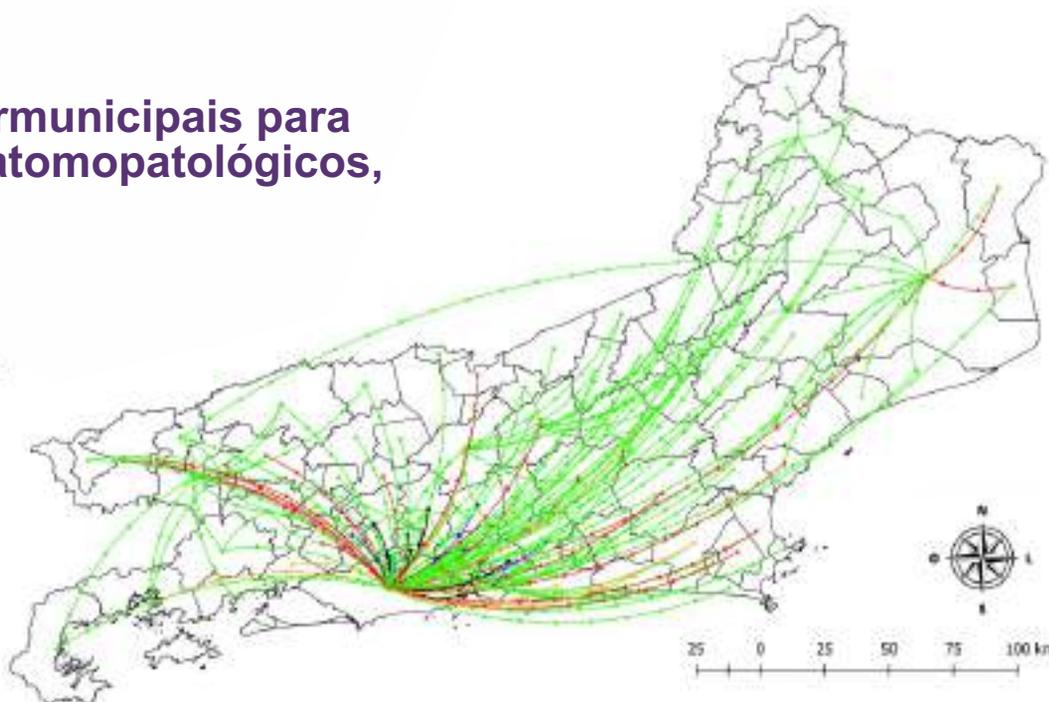


Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS/SIA-SUS

- Note-se que o percentual de produção em cada região (círculos azuis), não significam cobertura alcançada, mas o volume atendido, a diferença para 100% é o que gerou fluxo para outra região. Isto é grave porque as piores coberturas de cirurgia oncológica são das regiões da Baía da Ilha Grande e Metropolitana I, mesmo assim atende 99% de seus residentes na própria região.
- O maior fluxo inter-regional é verificado na BIG, que só consegue realizar 50,6% das cirurgias em seus pacientes oncológicos.

## Fluxos intermunicipais para exames anatomopatológicos, 2019

### Fluxos intermunicipais



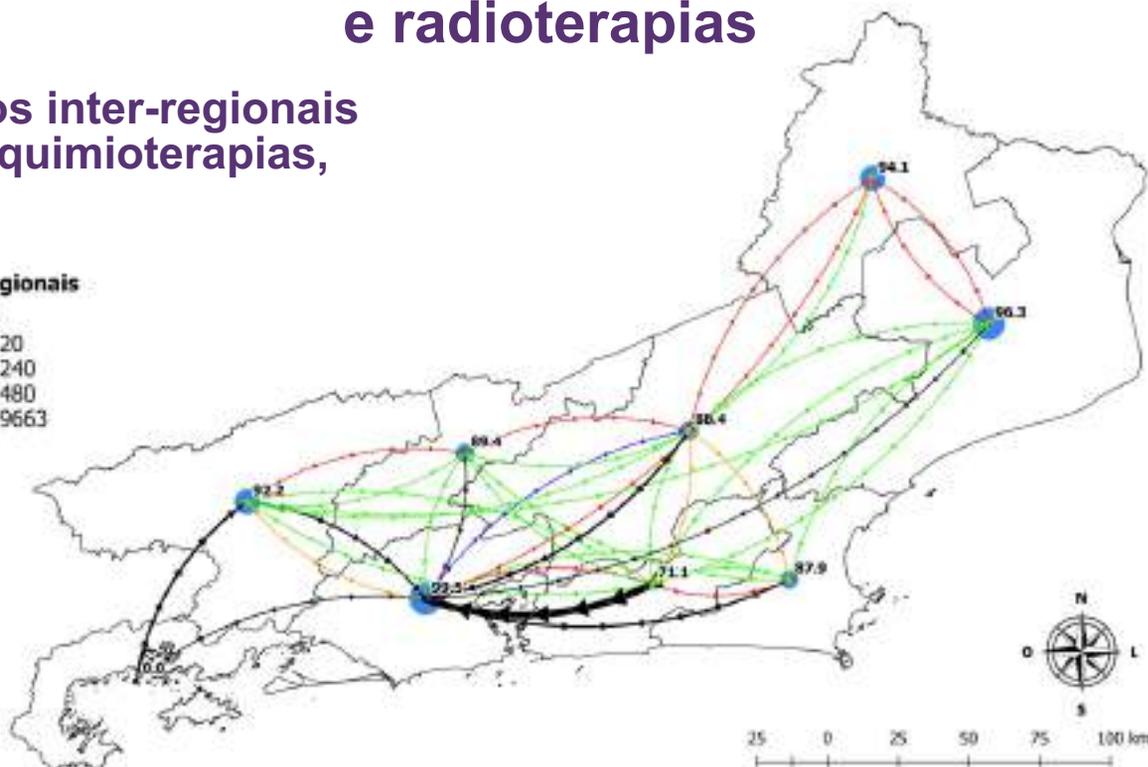
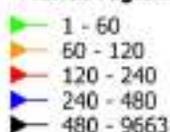
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS/SIA-SUS

- Os fluxos são bastante mais intrincados pela alta concentração da oferta
- A maior parte desses fluxos, entretanto, é de baixa intensidade (cor verde).

# Fluxos de pacientes para quimioterapias e radioterapias

## Fluxos inter-regionais para quimioterapias, 2019

### Fluxos regionais

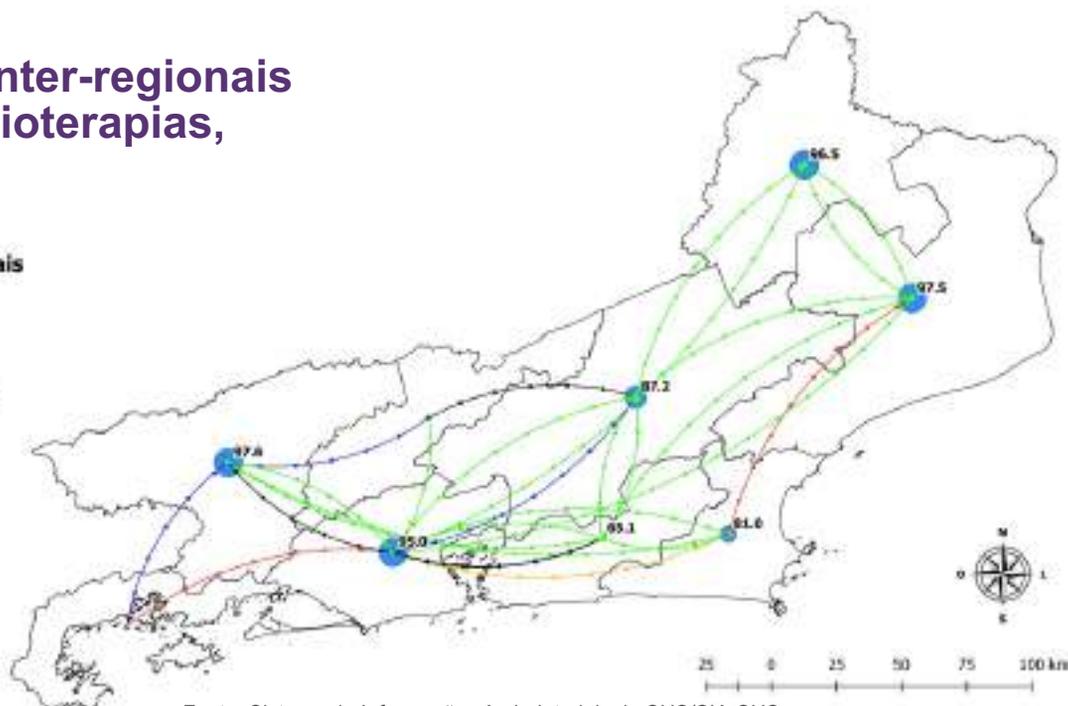


Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS/SIA-SUS

A desigualdade em termos de oferta de serviços de quimioterapia também é grande. A maior taxa de referenciamento está concentrada na BIG, 100% das quimioterapias foram realizadas fora de sua região. O fluxo referenciado mais intenso para a quimioterapia, foi da região METROPOLITANA II para a região METROPOLITANA I.

## Fluxos inter-regionais para radioterapias, 2019

### Fluxos regionais



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS/SIA-SUS

- Como não há serviços de radioterapia nas regiões da Baía da Ilha Grande e Centro-Sul Fluminense, todos os pacientes com câncer residentes tiveram de ser deslocados para a realização de radioterapias
- A oferta desse tipo de serviço também é insuficiente nas regiões Metropolitana II, Baixada Litorânea e Serrana
- Dada a baixa cobertura de radioterapia verifica-se referenciamento inter-regional em todas as regiões

## **A grave situação da atenção oncológica no ERJ exige medidas drásticas e urgentes por parte dos governos federal, estadual e municipais**

- Algumas regiões apresentam uma pequena oferta de serviços, o que gera fluxos em alguns casos intensos principalmente para procedimentos de quimioterapia e radioterapia. Como o ERJ é um estado montanhoso e que conta com uma rede de rodovias antiquada sinuosa e, em geral, em estado deficiente de conservação, isso gera enorme desconforto para os pacientes de câncer, muitos dos quais sofre de cânceres em estádios avançados pelas más condições de diagnóstico e tratamento cirúrgico.
- Há evidente e urgente necessidade de ampliação da oferta de cirurgias no ERJ, que só pode ser atendida pelo setor público, uma vez que isso implica em investimentos de médio prazo – cinco a seis anos – em ampliação de capacidade, além do aumento do número de UNACONs existentes, principalmente na Região da Baía da Ilha Grande.
- O aumento do número de cirurgias deve ser feito sobretudo em hospitais habilitados ou que possam ser habilitados como CACONs e UNACONs, mas isto certamente demandará maior disponibilidade principalmente de oncologistas e de anestesistas, que são especialidades em que o SUS apresenta grande carência.
- A grande maioria dos municípios do Estado é de pequeno porte e pode fazer muito em relação à melhoria das ações de promoção e prevenção da saúde, rastreamento dos cânceres de colo de útero e de mama, além de diagnóstico preliminar de câncer de próstata e de pulmão, que estão entre os de maior prevalência.
- A melhoria da promoção, prevenção, rastreamento e diagnóstico preliminar do câncer é uma tarefa que precisa ser encarada com urgência por todas as secretarias municipais de saúde e requer apoio por parte da Secretaria de Estado de Saúde, em termos de planejamento, treinamento e monitoramento.
- O aumento do número de cirurgias depende de investimento público federal e/ou estadual.
- A formação de mais oncologistas e anestesistas é uma responsabilidade federal, que exige mudanças na regulação da profissão médica e investimento no aumento de vagas para residência nessas especialidades.
- Como as cirurgias e radioterapias são os tratamento preferencial para os estádios iniciais de câncer, só o aumento da produção desse procedimento pode diminuir o excesso de quimioterapias e o sofrimento dos pacientes.

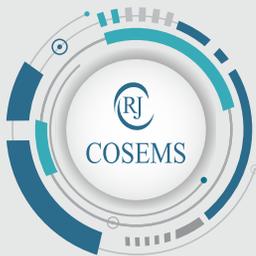


POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO DO RJ

# OBSERVATÓRIOSUS

**BOLETIM** EDIÇÃO  
04

COSEMS 



## O CORAÇÃO NOS FLUXOS DA REDE: ANÁLISE DA MORBIMORTALIDADE E DA REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM 2021

As discussões para a instituição da Política Nacional de Atenção Cardiovascular começaram em 2003, envolvendo diversas especialidades nas suas respectivas sociedades médicas brasileiras, resultando na emissão da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (PNACAC), em junho de 2004, regulamentada pela Portaria SAS/MS nº210/2004.

Os textos destacavam os mecanismos de credenciamento/habilitação dos serviços de alta complexidade, mas sem aprofundar o papel dos demais níveis da atenção. Não discorria, por exemplo, sobre as condutas para o acolhimento, acompanhamento e tratamento do paciente portador de agravo cardiovascular, desde a sua entrada no sistema via Atenção Primária à Saúde (APS) ou via Rede de Urgência e Emergência (RUE), percorrendo as etapas de diagnóstico e terapia, muitas vezes inerentes a média complexidade, até o acesso aos serviços mais complexos.

A política também listava exigências de parâmetros populacionais, do aporte tecnológico e de recursos humanos, que ignoravam as especificidades regionais de um país com porte continental. Dessa forma, não contribuiu para reduzir a concentração de serviços nas regiões mais favorecidas com especialistas e recursos financeiros disponíveis, o Sudeste e o Sul do país.

Em 2022 foi instituído o Programa de Qualificação da Assistência Cardiovascular, QualiSUSCardio, que estabeleceu dois critérios para a avaliação dos serviços habilitados da

Rede de Atenção Cardiovascular: um primeiro critério com a aferição quantitativa dos procedimentos realizados; e um segundo critério com a aferição de indicadores combinados denominado Índice Combinado de Assistência Cardiovascular (IC-Cardio).

Com base nesse panorama histórico, esse estudo reforça os grandes desafios dessa rede no Estado do Rio de Janeiro, incluindo a cobertura inadequada para a maior parte dos procedimentos; a mortalidade por doenças do aparelho circulatório em idades precoces; as disparidades das estruturas regionais; entre outros aspectos.





A proposta é a elaboração de diagnóstico da rede de atenção cardiovascular no estado, de forma a estabelecer através de mecanismos colaborativos e solidários, uma rede negociada a partir do encontro entre capacidades e demandas estabelecidas em um plano regional; de um plano de investimentos de médio e longo prazo e sua consequente política de custeio posterior; além da revisão da política atual de compra de procedimentos nos equipamentos privados para executar a expansão com investimentos públicos em instituições públicas com suas estruturas organizacionais revistas e ajustadas para estas tarefas, compromissos e responsabilidades

## Coordenação:

Paulo Eduardo Xavier de Mendonça  
Rodrigo Lages Dias

## Equipe Técnica

Alice Medeiros Lima  
Ana Maria Auler Matheus Peres  
Lucas Manoel da Silva Cabral  
Marcela de Souza Caldas  
Monica Morangueira  
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues  
Rodrigo Alves Torres Oliveira  
Rodrigo Lages Dias  
Thauanne de Souza Gonçalves

## Estagiários

Carine dos Santos Lima  
Patrícia dos Santos da Silva



POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO DO RJ  
**OBSERVATORIO SUS**

**BOLETIM** EDIÇÃO  
04



**Boletim 4**

**Escaneie e acesse  
o material base  
deste boletim**

[www.cosemsrj.org.br/observatorio-material-base](http://www.cosemsrj.org.br/observatorio-material-base)





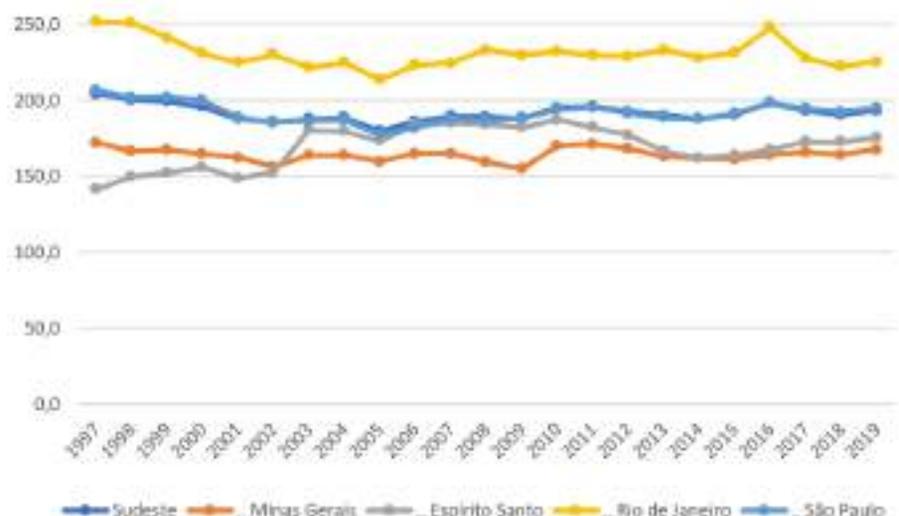
## Nesta edição

- Análise de morbidade
- Taxas de mortalidade
- Causas de mortalidade
- Taxas por regiões de saúde
- Proporção de óbitos
- Distribuição proporcional de óbitos
- Cobertura de procedimento
- Internações por faixa etária
- Ocorrências de procedimento
- Série histórica
- Fluxos intermunicipais
- Análise da rede de atenção

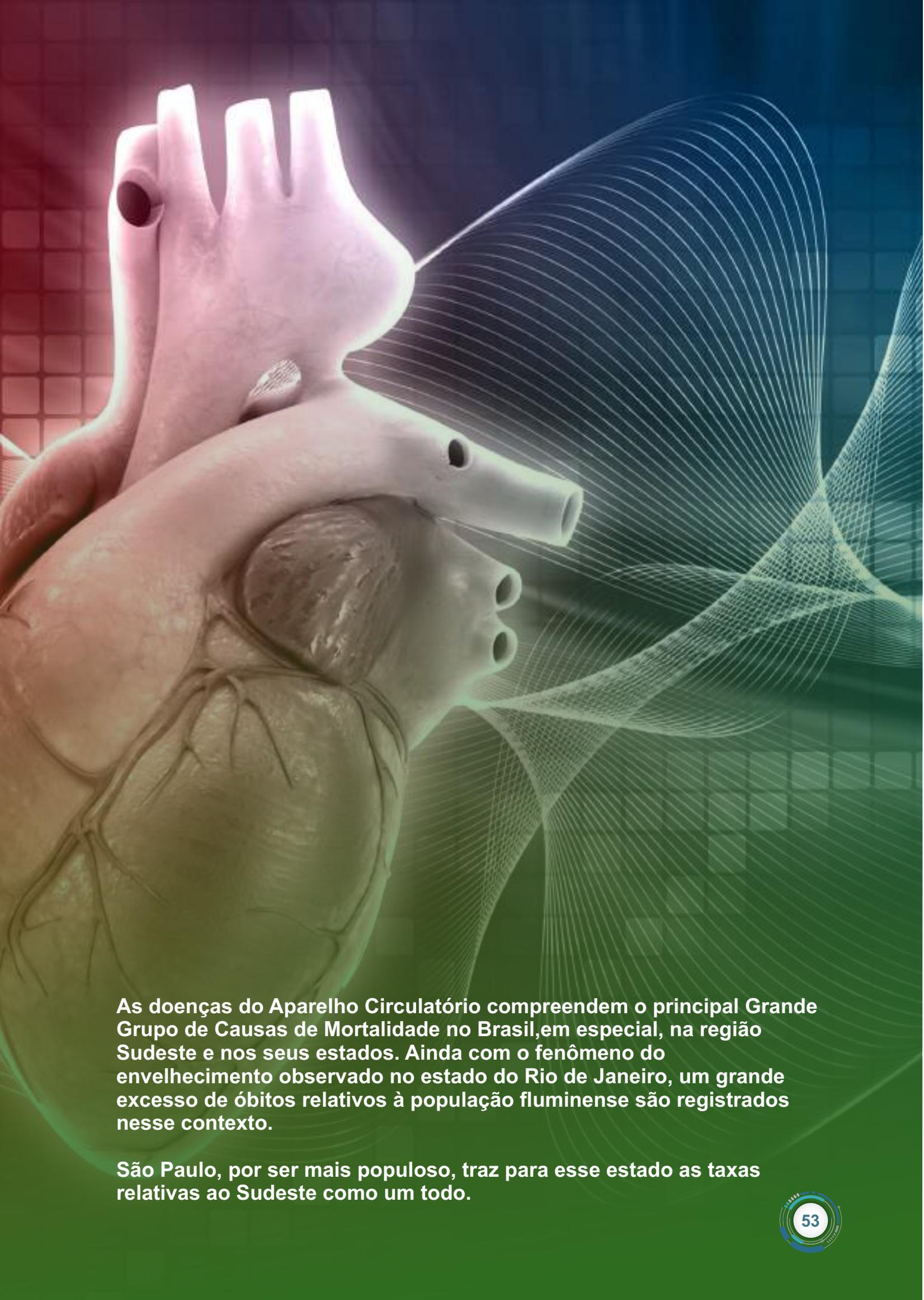
## O CORAÇÃO NOS FLUXOS DA REDE: ANÁLISE DA MORBIMORTALIDADE E DA REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM 2021

Neste número do Boletim Observatório do COSEMS – RJ procedeu-se a uma análise dos perfis de morbidade e mortalidade pelas doenças do aparelho circulatório, comparando-o com àqueles dos estados da Região Sudeste, acompanhado das análises de cobertura de procedimentos selecionadas e dos fluxos que podem ser observados entre municípios e regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, tanto no que se refere às informações de mortalidade específica por este grupo de doenças, como também nos fluxos derivados do processo de regulação da atenção de alta complexidade em doenças cardiovasculares. Por fim apresenta-se um conjunto de observações sintéticas que se mostraram relevantes e algumas pistas para animar o debate sobre a Rede de Atenção à Saúde no Estado, sua constituição e aspectos que nos convidam à reflexão acerca das propostas de Regionalização desta Atenção.

### Taxas de Mortalidade Específica por Doenças do Aparelho Circulatório, Região Sudeste e Estados, 1997 a 2019.



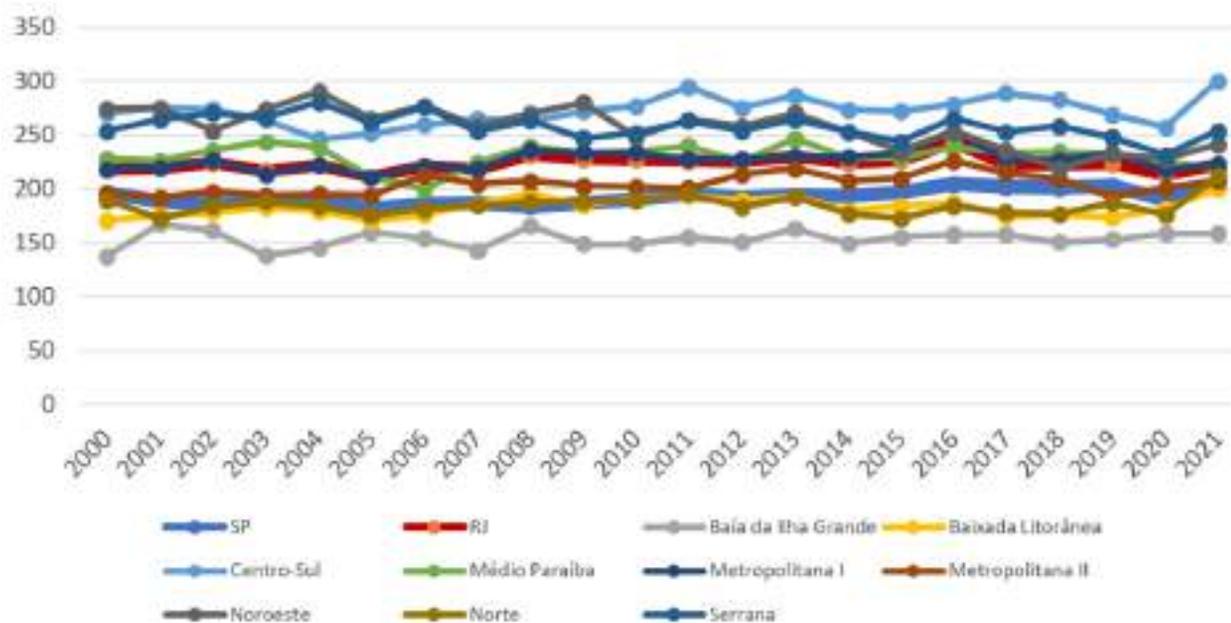
Fonte: DATASUS



**As doenças do Aparelho Circulatório compreendem o principal Grande Grupo de Causas de Mortalidade no Brasil, em especial, na região Sudeste e nos seus estados. Ainda com o fenômeno do envelhecimento observado no estado do Rio de Janeiro, um grande excesso de óbitos relativos à população fluminense são registrados nesse contexto.**

**São Paulo, por ser mais populoso, traz para esse estado as taxas relativas ao Sudeste como um todo.**

## Taxas de Mortalidade Específica por Doenças do Aparelho Circulatório para os Estados do Rio de Janeiro e São Paulo e para as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, por 100.000 habitantes, 2000 a 2021.



Fonte: Tabnet SES RJ e Tabnet SES SP

Na realização da análise das Taxas de Mortalidade Específica para as regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro, utilizou-se a informação disponibilizada pelas Secretarias Estaduais de Saúde do Rio de Janeiro e de São Paulo, para avaliar – mesmo ainda com dados provisórios – os prováveis efeitos da pandemia de Covid-19 (SARS-CoV-2) especificamente sobre as pessoas portadoras de doenças crônicas do aparelho circulatório.

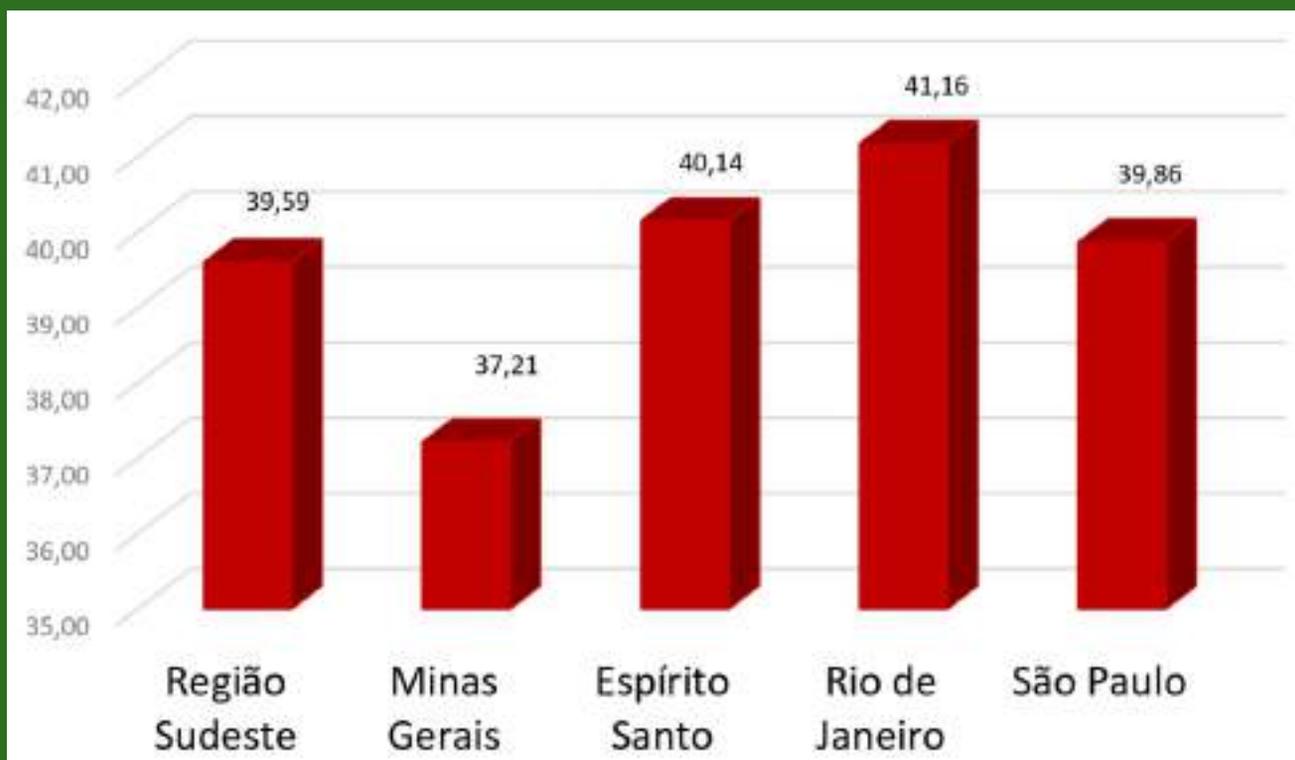
Das três regiões que se encontram abaixo de São Paulo em taxas de mortalidade, espelhando a curva do Sudeste, temos as duas com maior proporção de causas mal definidas como visto no Boletim nº 1 do Observatório COSEMSRJ

(<http://www.cosemsrj.org.br/observatorio-boletins/>).

A outra, a Região Norte Fluminense, também é apresentada abaixo e próximo ao observado em São Paulo e no Sudeste. Com padrão de série próximo a São Paulo, tem-se a Metropolitana II que junto ao Médio Paraíba, ficam aproximadamente compreendidas entre São Paulo e Rio de Janeiro. As demais regiões estão acima da Taxa do Estado e da Região Metropolitana I, sendo que esta última, pela importância populacional, situa-se pareada com a série histórica observada para o estado fluminense como um todo.

É importante assinalar que nos anos de 2020 e 2021, apenas a região Médio Paraíba apresentou redução na taxa e a Baía de Ilha Grande manteve-se com a mesma durante esse período. As demais regiões experimentaram uma elevação muito grande em suas taxas, provavelmente em decorrência dos esforços e da desorganização sistêmica que o estado enfrentou.

## Proporção de Óbitos Precoces por Doenças do Aparelho Circulatório, para a Região Sudeste, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo, 2021

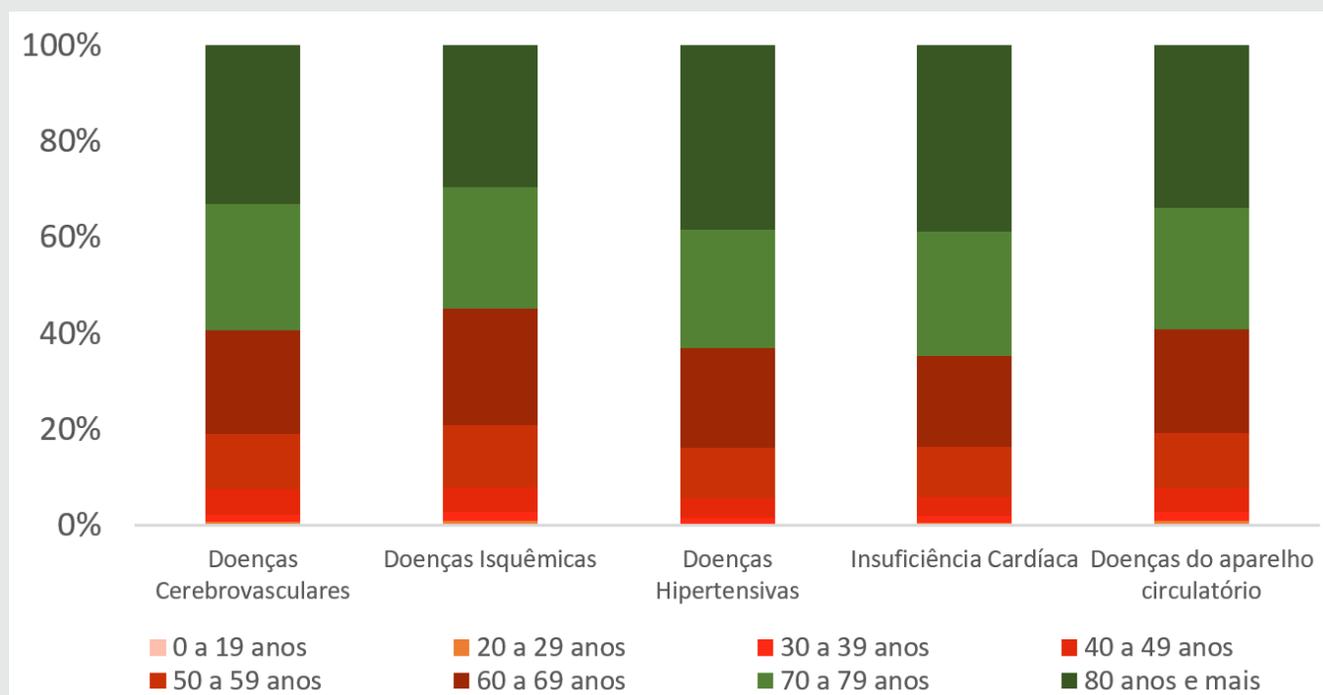


Fonte: DATASUS, dados preliminares, publicação de 08/2021.

Quando se avalia a mortalidade por doenças do aparelho circulatório, utiliza-se como indicador a proporção dos óbitos ocorridos em indivíduos com menos de 70 anos, que é chamado de indicador de Mortalidade Precoce por Doenças do Aparelho Circulatório – DAC. Nesse contexto, pode ser observado que para o ano de 2021, tem-se o Estado do Rio de Janeiro com o pior indicador, ou seja, comparado com Sudeste e os demais estados da região, é o que apresenta maior mortalidade precoce com 41,16% dos óbitos por DAC em idades inferiores a 70 anos.



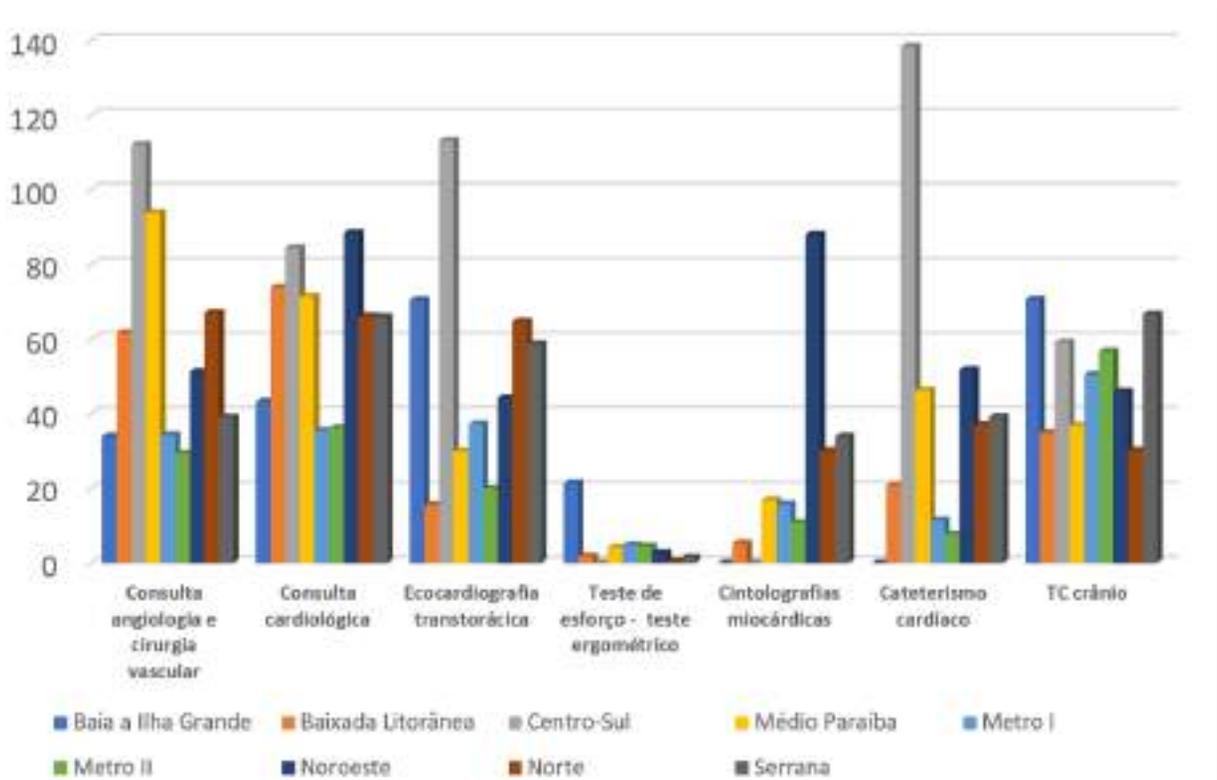
### Distribuição Proporcional dos Óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório, segundo o Total e Principais Grupos de Causas e faixas etárias, estado do Rio de Janeiro, 2021.



Fonte: DATASUS - SIA-SUS

Quando são observados os óbitos por grupos etários em relação às causas mais frequentes, evidencia-se que as Doenças Isquêmicas do Coração apresentam uma taxa de precocidade em seus óbitos superior até mesmo àqueles da totalização das doenças do aparelho circulatório.

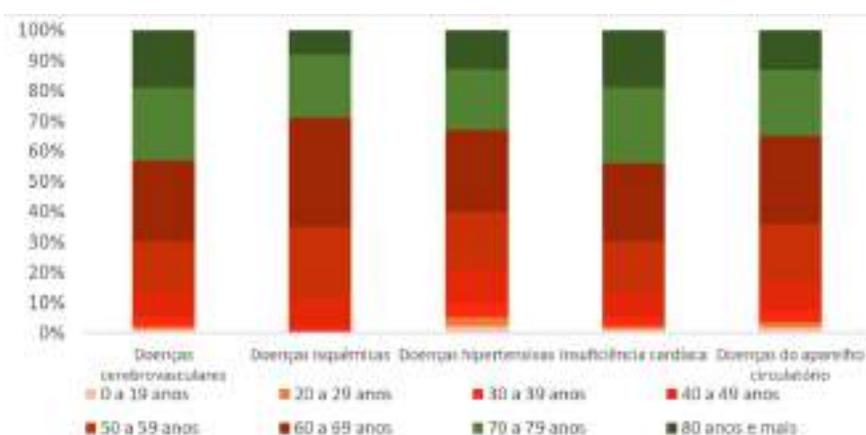
## Cobertura atingida para procedimentos selecionados, segundo parâmetros assistenciais, por regiões do Estado do Rio de Janeiro, 2021.



Fonte: DATASUS - SIA-SUS

Quando se observa a produção ambulatorial de procedimentos vinculados à atenção cardiovascular, encontram-se as coberturas expressas no gráfico, que demonstram uma deficiência de grande monta, ou concentração de alguns procedimentos específicos em algumas regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro. Estes procedimentos ambulatoriais são referentes ao processo de investigação diagnóstica. Se esta etapa do processo assistencial falha, o resultado é a sobrecarga das unidades dedicadas às urgências e emergências, como também à atenção hospitalar secundária e de alta complexidade em atenção cardiovascular.

### Distribuição Proporcional das internações por faixa etária, segundo principais grupos de causas do aparelho circulatório, ERJ, 2021.



Fonte: DATASUS - SIA-SUS

Verifica-se que, ao se tratar das internações por doenças do aparelho circulatório, tem-se uma predominância das faixas etárias com idade inferior a 70 anos, particularmente no grupo dos indivíduos entre 60 e 69 anos. Ainda há uma grande participação daqueles entre 40 e 59 anos, o que vai de encontro com a informação citada anteriormente, em relação às baixas coberturas dos procedimentos diagnósticos e da ainda alta mortalidade específica precoce para este grupo de doenças.

## Frequência e distribuição proporcional de Procedimentos em Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, estado do Rio de Janeiro, 2021.

Procedimento	N.	%	% acum.
Cardiologia Intervencionista	7.019	49,0	49,0
Cirurgia Cardiovascular	3.523	24,6	73,7
Cirurgia endovascular	2.620	18,3	92,0
Cirurgia vascular	1.150	8,0	100,0
<b>Total</b>	<b>14.312</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Fonte: DATASUS – SIH - SUS

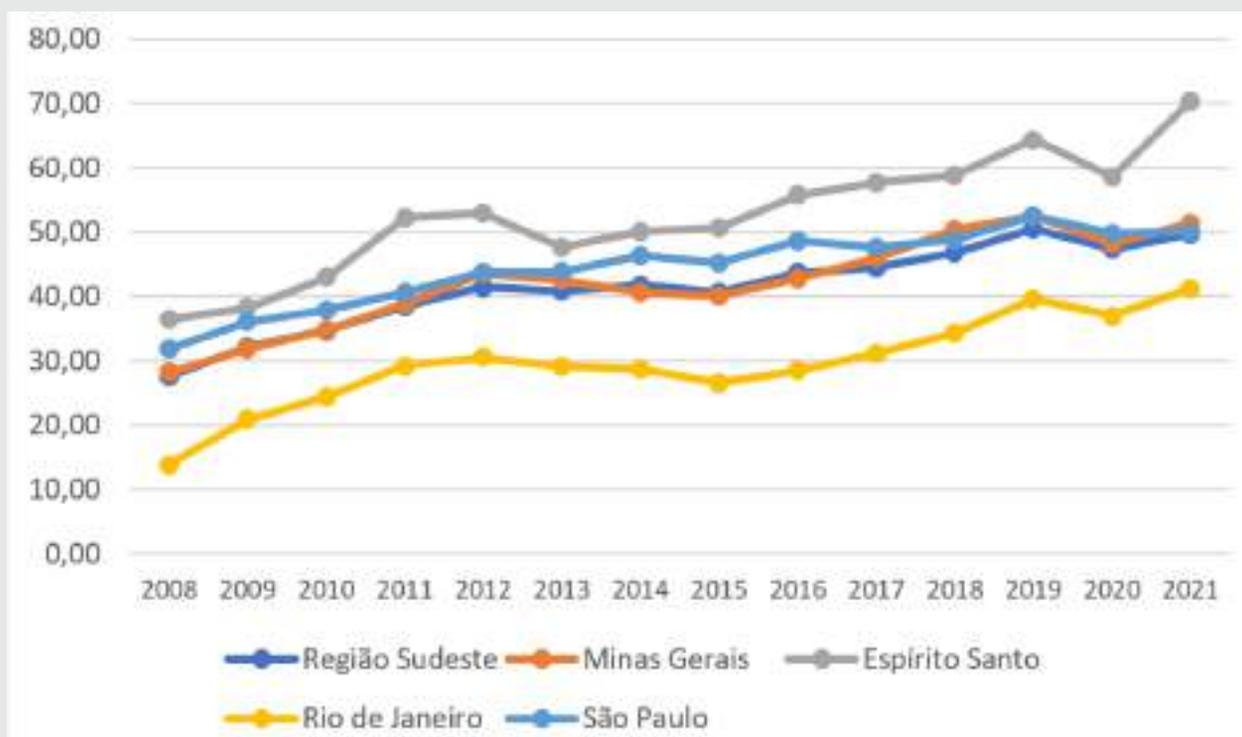
## Taxa de ocorrência de procedimentos de cardiologia intervencionista por 100.000 habitantes na Região Sudeste, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo, 2021.



Fonte: DATASUS – SIH - SUS

O procedimento terapêutico de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular mais frequente no estado é o da Cardiologia Intervencionista. Neste sentido, na tentativa de lançar mais olhares sobre os desfechos deste grande grupo de doenças do aparelho circulatório, recorreremos novamente a análise comparativa com o Sudeste do Brasil e os seus Estados. Pode ser observado que a menor taxa de oferta realizada de Cardiologia Intervencionista se deu no Rio de Janeiro em 2021, além de perceber-se e chamar-se a atenção para a taxa observada no Espírito Santo, em muito diferente do SUDESTE.

## Série histórica das taxas de ocorrência de procedimentos de cardiologia intervencionista por 100.000 habitantes na Região Sudeste, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo, 2008 a 2021.



Fonte: DATASUS – SIH - SUS

Na análise da série histórica de procedimentos de Cardiologia Intervencionista observa-se o pior desempenho do Rio de Janeiro, que se mantém em todo o período da série em questão. Existe uma similaridade no processo de crescimento mantido com o Sudeste e demais estados, bem como o entalhe de redução no primeiro ano pandêmico, com forte crescimento da oferta em 2021, retomando as tendências históricas, com excessão do estado de São Paulo, que manteve em 2021 uma taxa pouco abaixo da observada em 2020.

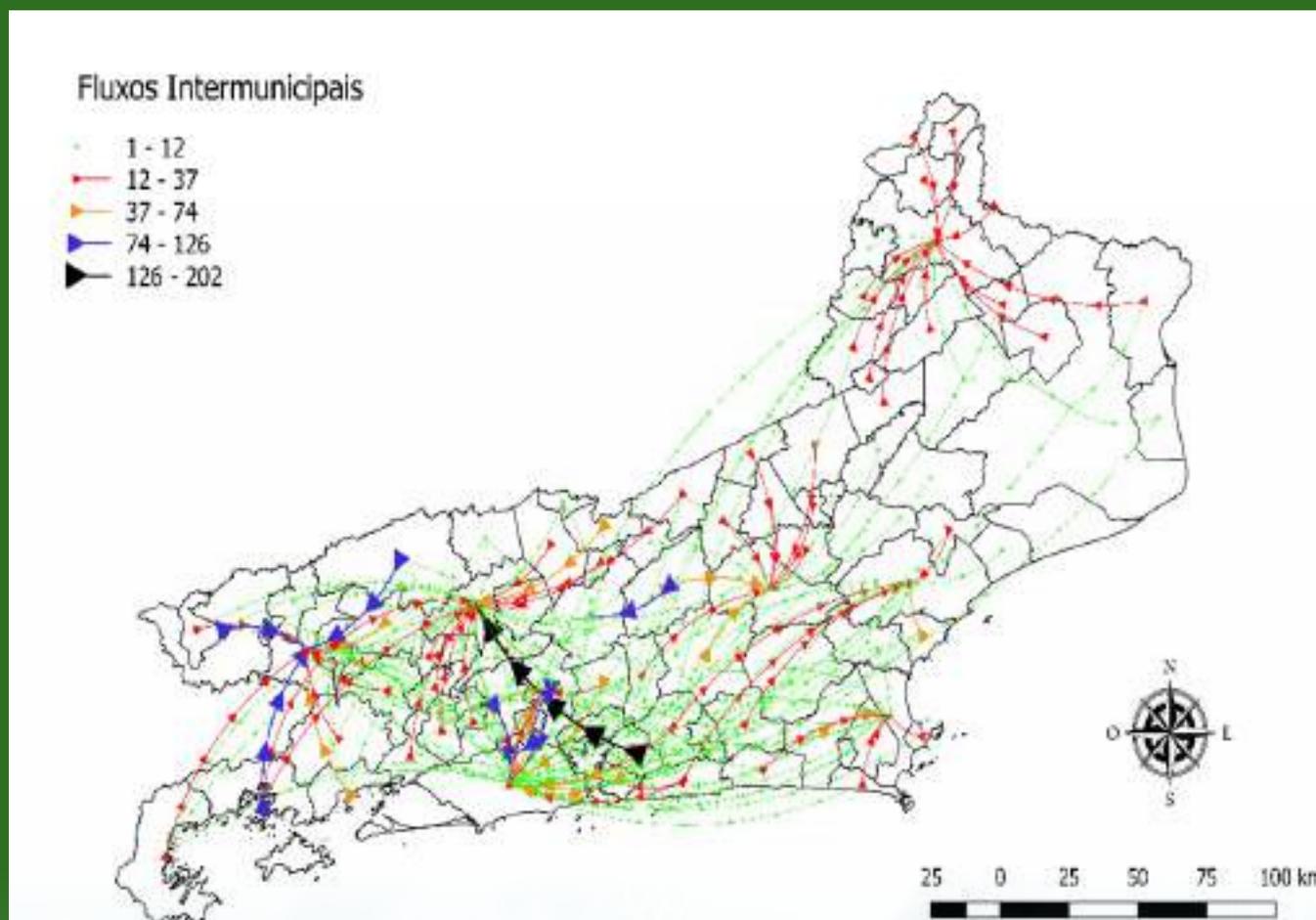
## Taxas de Mortalidade Hospitalar Específica por 100 procedimentos entre os selecionados de Alta Complexidade em Assistência Cardiovascular, segundo a realização em estabelecimentos habilitados ou não para esta política específica, estado do Rio de Janeiro, 2021.



Fonte: DATASUS – SIH - SUS

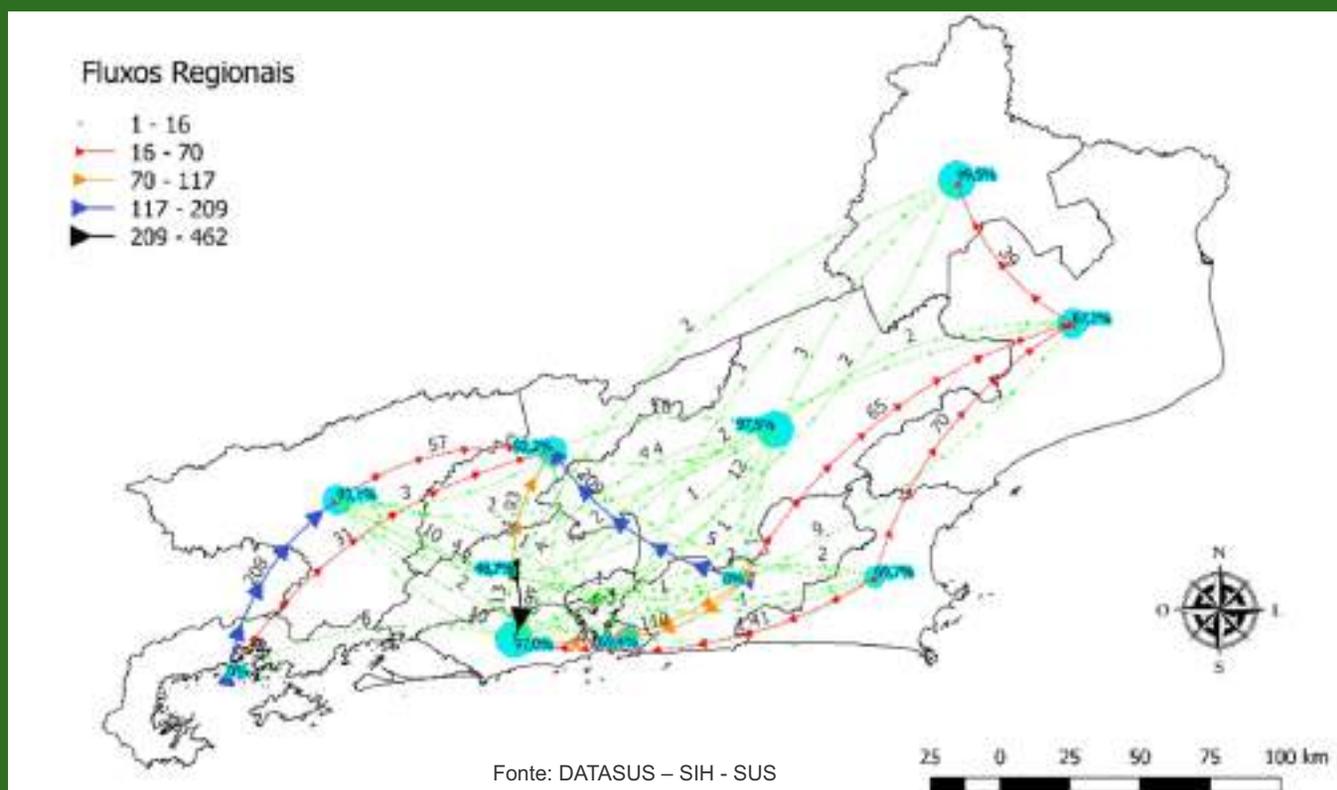
Ainda que se pese a necessidade da realização de procedimentos de alta complexidade em situações de urgência –onde qualquer urgência poderia ter uma “espera autorizada” –, cabe a reflexão sobre uma afirmação clara na atenção à saúde, qual seja: procedimentos técnico-específicos devem ser realizados, por quem já os faz, particularmente, em um volume mínimo considerado razoável para demonstrar as condições técnicas e de infraestrutura para a sua realização.

**Figura: Fluxos intermunicipais para realização de procedimentos em cardiologia intervencionista, Rio de Janeiro, 2021.**



Fonte: DATASUS – SIH - SUS

**Figura: Proporção de procedimentos em Cardiologia Intervencionista realizados na mesma região de residência e fluxo de excedentes inter-regionais, para o Estado do Rio de Janeiro, suas regiões e Metropolitanas I e II segmentando os municípios polo de seus entornos, 2021.**

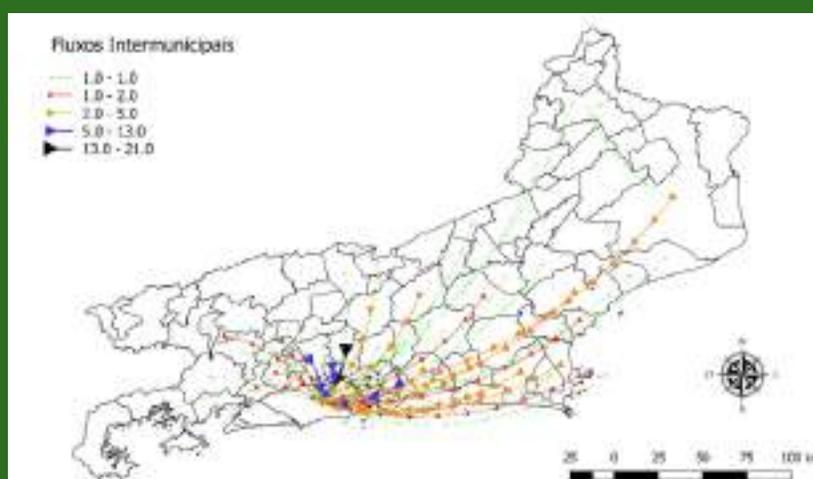


Os fluxos intermunicipais para a realização de procedimentos da Cardiologia Intervencionista apontam para alguns polos de atendimento, com fluxo mais intenso de São Gonçalo para Vassouras e municípios como Barra Mansa, Rio de Janeiro, Petrópolis, Friburgo, Cabo Frio, Macaé, Itaperuna e Campos, concentrando esses procedimentos.

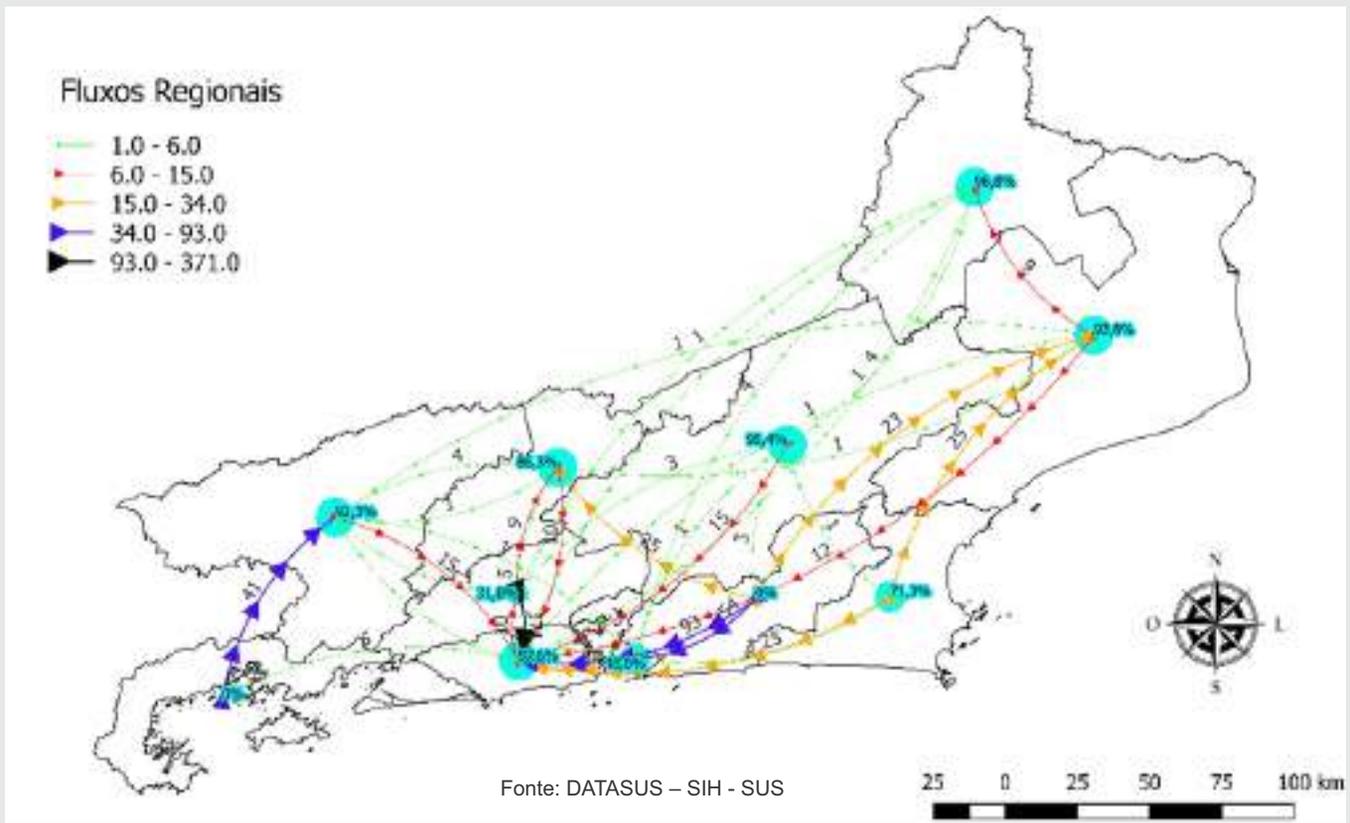
Para os fluxos regionais, os municípios Rio de Janeiro e Niterói foram segmentados de suas regiões para separar as cidades polo dessas regiões de seus entornos. Evidencia-se que o município do Rio de Janeiro, a região Médio Paraíba, Centro-sul e Noroeste apresentam mais de 90% desses procedimentos circunscritos ao seu território. Já a Baixada Litorânea consegue resolver em seu território quase 70%, enquanto a Norte Fluminense atinge 87,2%.

A Baixada Fluminense resolve 48,7% das demandas referidas para seu território e entorno da Metro II, sem o município de Niterói e Região da Baía da Ilha Grande, onde não se realizam esses procedimentos.

**Figura: Fluxos intermunicipais para realização de procedimentos em cirurgia cardiovascular pediátrica, Rio de Janeiro, 2021.**

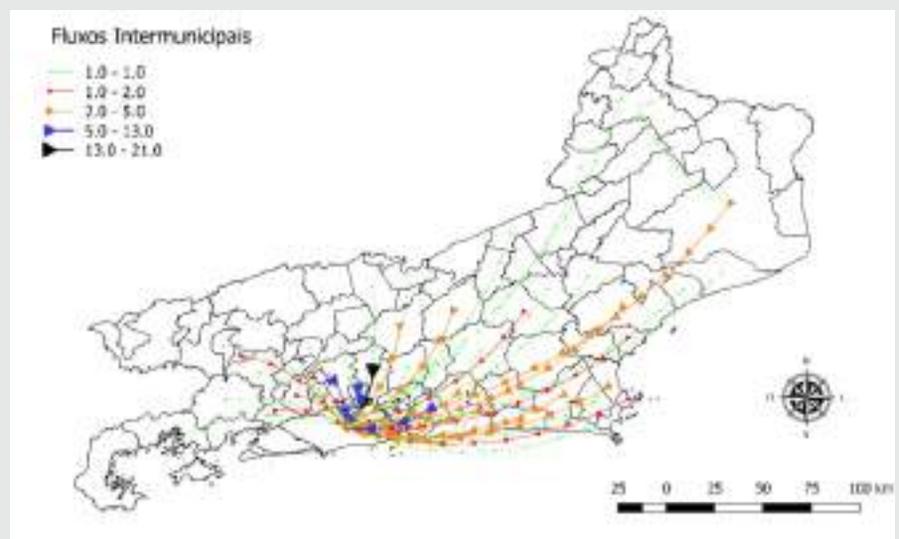


**Figura: Proporção de procedimentos de cirurgia cardiovascular realizados na mesma região de residência e fluxo de excedentes inter-regionais, para o Estado do Rio de Janeiro, suas regiões, Metropolitanas I e II segmentando os municípios polo de seus entornos, 2021.**

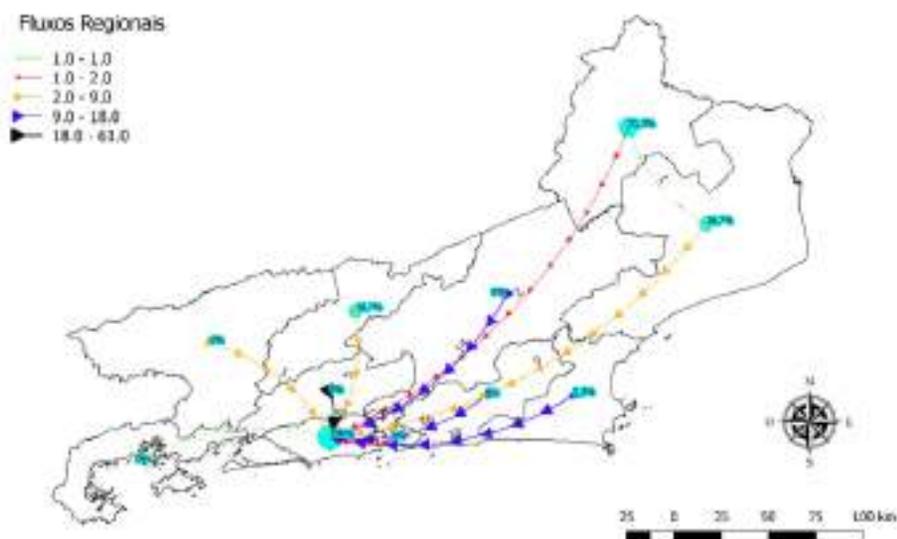


Para as cirurgias cardiovasculares, observa-se o mesmo padrão de polo de atração das cardiologias intervencionistas. Chama atenção a maior intensidade de fluxos em direção ao município do Rio de Janeiro. As regiões Noroeste, Norte, Serrana, Médio Paraíba e a cidade do Rio de Janeiro atenderam mais de 90% das cirurgias de seus residentes em seus respectivos territórios. Já as regiões Centro-Sul e Baixada Litorânea, atenderam respectivamente 86% e 71% referenciando os demais. A Baixada Fluminense respondeu a 31% desses procedimentos internamente e a Baía da Ilha Grande e entorno da Metro II referenciaram todas as cirurgias.

**Figura: Fluxos intermunicipais para realização de procedimentos em cirurgia cardiovascular pediátrica, Rio de Janeiro, 2021.**



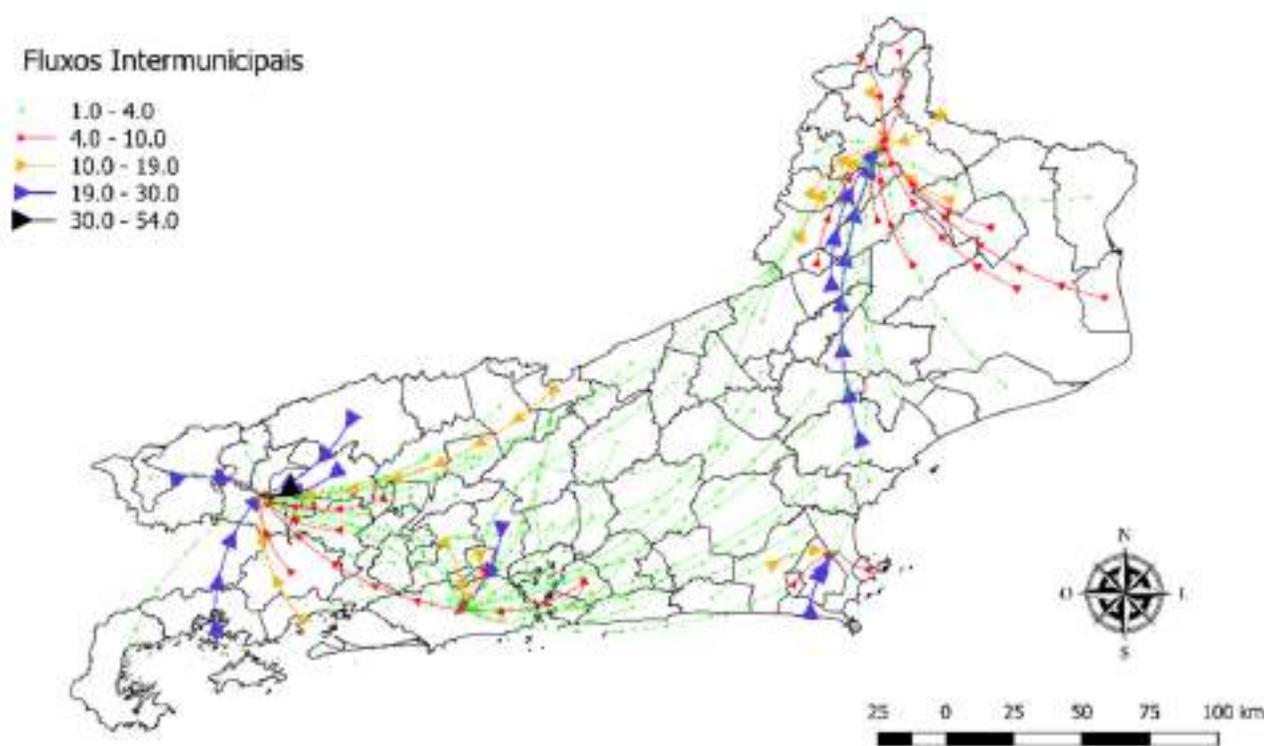
**Figura: Proporção de procedimentos de cirurgia cardiovascular pediátrica realizados na mesma região de residência e fluxo de excedentes inter-regionais, para o Estado do Rio de Janeiro, suas regiões, Metropolitanas I e II segmentando os municípios polo de seus entornos, 2021.**



Fonte: DATASUS – SIH - SUS

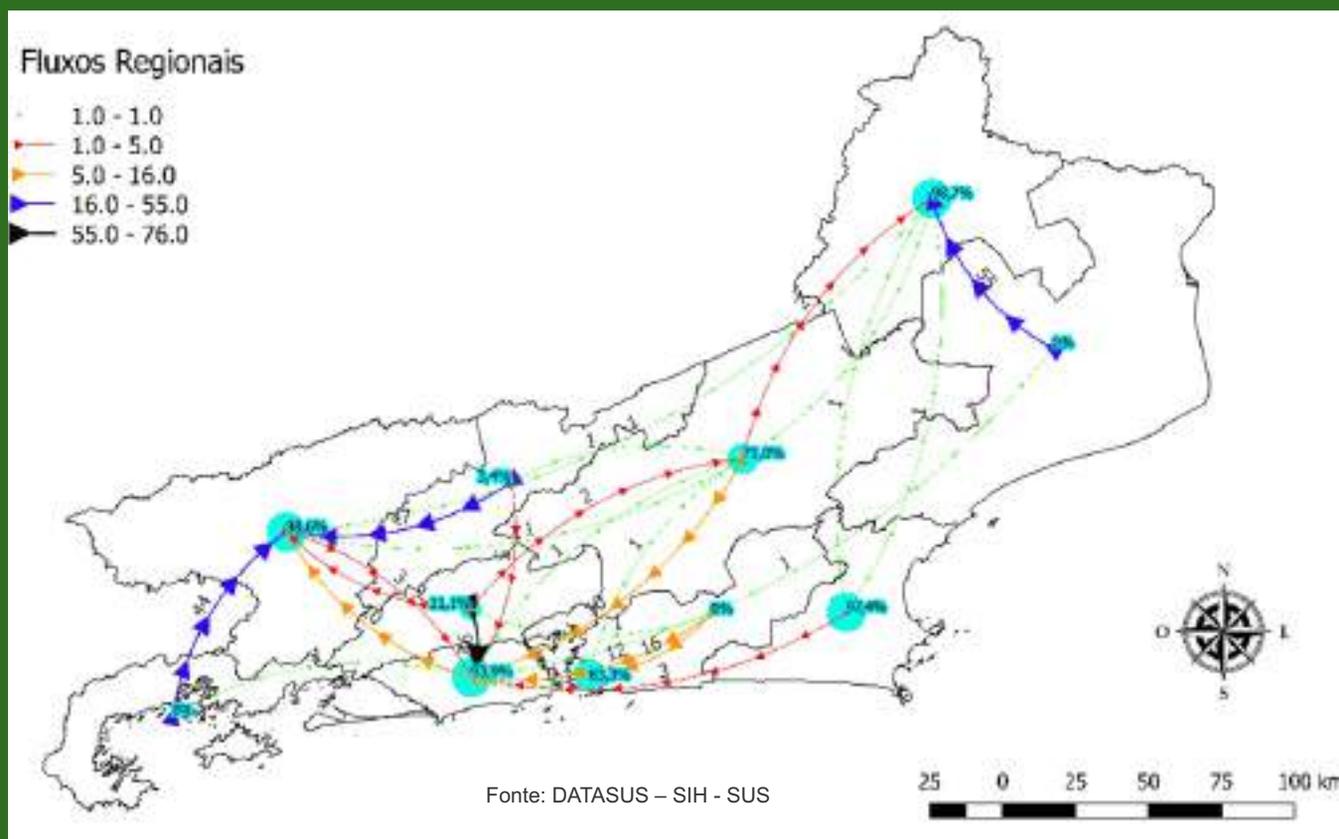
Quanto as cirurgias cardiovasculares pediátricas, verifica-se a concentração no município do Rio de Janeiro. Ainda que haja uma pequena produção e consequente atendimento intrarregional no Noroeste Fluminense (33,3%), no Norte Fluminense e Médio Paraíba (16,7%), e Baixada Litorânea (5,3%) de seus procedimentos realizados intrarregionalmente.

**Figura: Fluxos intermunicipais para realização de procedimentos em cirurgia endovascular, Rio de Janeiro, 2021.**

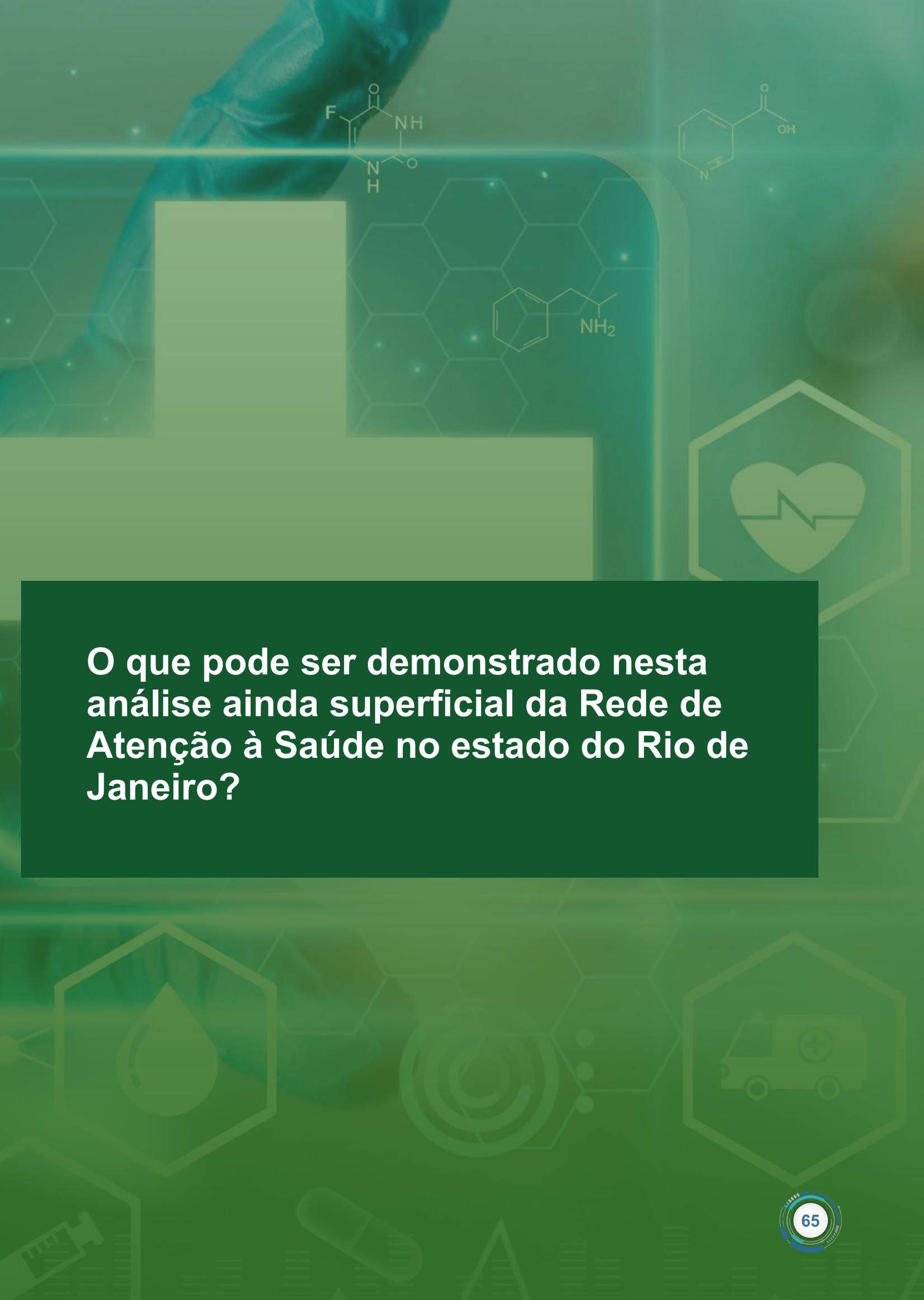


Fonte: DATASUS – SIH - SUS

**Figura: Proporção de procedimentos de cirurgia endovascular realizados na mesma região de residência e fluxo de excedentes inter-regionais, para o Estado do Rio de Janeiro, suas regiões, Metropolitanas I e II segmentando os municípios polo de seus entornos, 2021.**



Para as cirurgias endovasculares, os grandes polos de atração foram o município do Rio de Janeiro e as regiões Médio Paraíba e Noroeste. Quanto a capacidade de realização em seus próprios territórios, apresenta-se mais de 90% de resolução interna no Médio Paraíba, Noroeste, Baixada Litorânea e o município do Rio de Janeiro. Niterói realiza 83% em seu município, a Região serrana 75%, a Baixada Litorânea 11% e Centro Sul apenas 3,4%. Baía da Ilha Grande, Norte Fluminense e o entorno da Metro II exportam todos os procedimentos para outras regiões.

The background is a teal-green gradient with various icons and chemical structures. At the top, there are three chemical structures: a fluorinated amide, a pyridine ring with a carboxylic acid group, and a benzene ring with an amine group. On the right side, there is a hexagonal icon containing a heart with an ECG line. At the bottom, there are several hexagonal icons: a water drop, a target, and an ambulance. The text is centered in a dark green box.

**O que pode ser demonstrado nesta análise ainda superficial da Rede de Atenção à Saúde no estado do Rio de Janeiro?**

- A RAS não provê cobertura adequada para quase todos os procedimentos técnicos de suporte à vida e intervenção no sentido do manejo clínico e cirúrgico;
- Mortalidade por doenças do aparelho circulatório ainda levam a óbitos em idades precoces em grande monta;
- A estrutura regional hoje existente não é equivalente e equânime, com disparidades importantes que devem produzir iniquidades do ponto de vista do acesso universal à saúde;
- As duas cidades polos das regiões metropolitanas, quando retiradas analiticamente das regiões Metropolitanas I e II, mostram a baixa ou nenhuma capacidade local de enfrentar estes problemas no que tange aos recursos diagnósticos e terapêuticos de grande efetividade no impedimento de mortes precoces e redução dos possíveis danos e sequelas permanente ou não após os acometimentos;
- Existe uma possibilidade de que equipamentos e recursos físicos e tecnológicos existentes não consigam estar à disposição da população em seus sofrimentos e não há razão clara para o baixo funcionamento de algumas unidades que produzem, mas que deixam no ar a pergunta: por que tão pouco? Qual seria o constrangimento a uma produção plena?
- Aparentemente, o sistema de regulação tem mostrado uma capacidade de regular da forma prevista os movimentos e fluxos de usuários pela rede de atenção cardiovascular, mantendo-se relações de acomodamento da oferta à demanda no espaço intrarregional, porém, há que ser salientada a insuficiência de cobertura nos procedimentos diagnósticos, produzindo artificialmente uma demanda inferior ao adoecimento que poderia ser observado caso houvesse esta capacidade diagnóstica;
- Um achado fortuito nos mostra que do universo de ações, atos e procedimentos técnicos realizados, não dispõem de informação precisa acerca dos municípios de residência e, principalmente, acerca dos diagnósticos que se relacionam com os procedimentos realizados, fazendo que uma análise mais completa só possa ser feita com uma sub-base que não chega a 20% do total e que ainda por cima seja bastante enviesada pelo fato de o melhor registro ser amarrado ao mais complexo e oneroso.

### **vamos colocar algumas propostas ainda gerais em cima da mesa?**

- Elaboração de diagnóstico da rede de atenção cardiovascular no estado, de forma a estabelecer, através de mecanismos colaborativos e solidários, uma rede negociada a partir do encontro entre capacidades e demandas estabelecidas em um plano regional;
- Elaboração em complemento ao diagnóstico básico da rede, de um plano de investimentos de médio e longo prazo e sua consequente política de custeio posterior, com ênfase na atenção ambulatorial, de atenções pré-hospitalar e hospitalar de urgência e emergência, inclusive com uma preparação em termos pragmáticos do conceito, ainda não operacionalizado de forma objetiva, das unidades de Atenção Básica/Saúde da Família como pontos de atenção de urgência;
- Rever a política atual de compra de procedimentos nos equipamentos privados para executar a expansão com investimentos públicos em instituições públicas, com suas estruturas organizacionais revistas e ajustadas para estas tarefas, compromissos e responsabilidades.



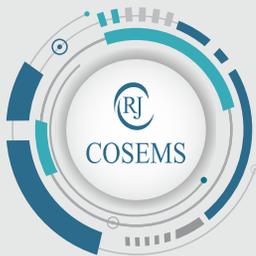
POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO DO RJ

# OBSERVATÓRIOSUS

**BOLETIM** Edição  
05

COSEMS 





## **DISTRIBUIÇÃO E DISPONIBILIDADE DE PROFISSIONAIS MÉDICOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Este estudo surgiu das constatações dos dois boletins anteriores que trataram sobre as redes de alta complexidade de atenção oncológica e cardiovascular, nos quais a questão da disponibilidade de recursos humanos, especialmente profissionais médicos especializados, se mostrou como um fator crítico para a melhora da atenção. A atenção à saúde, embora venha incorporando cada vez mais recursos tecnológicos, utiliza de forma intensiva o trabalho humano, exercido por um número crescente de profissões de saúde, suas especialidades e subespecialidades.

As prescrições médicas têm papel central na formação da demanda de bens e serviços no setor da Saúde. O mesmo acontece em relação aos prestadores de serviço privados, principalmente nas clínicas de alta tecnologia e nos hospitais, uma vez que, nenhum cliente faz procedimentos diagnósticos e terapêuticos ou é internado, sem que haja uma prescrição médica prévia. Pode-se dizer, desta forma, que as relações entre os médicos e as empresas privadas constitui uma das chaves mais importantes de compreensão da economia política do setor.

Os padrões estabelecidos pelas sociedades médicas especializadas se impõem sobre as práticas realizadas nos serviços de atenção à saúde e, até mesmo, sobre as políticas e os sistemas públicos, definindo os protocolos, as diretrizes clínicas e as práticas profissionais. Tais padrões influenciam, ainda, de forma decisiva, as próprias regras estatais que procuram reger a formação profissional, a forma

com que o trabalho médico é exercido, a remuneração desse trabalho, e as relações entre os médicos e outras profissões de saúde. As consequências são maiores principalmente quando a regulação estatal sobre o setor de saúde é deficiente, como ocorre no Brasil, onde a regulação sobre a formação e a atividade profissional é relativamente frágil, o que assegura uma grande influência das sociedades médicas especializadas sobre a formação profissional, principalmente na pós-graduação, e o exercício profissional.





Um esforço para regular alguns aspectos da profissão da medicina, foi a criação do Programa Mais Médicos (PMM) em 2013. Seus objetivos incluem a criação de mais vagas e novos cursos de Medicina baseados em Diretrizes Curriculares revisadas; investimentos na construção de Unidades Básicas de Saúde; provimento de médicos brasileiros e estrangeiros em municípios com áreas de vulnerabilidade. A iniciativa marcou uma mobilização do Governo Federal para diminuir a desigualdade na distribuição dos médicos pelo país, considerando a grande concentração desses profissionais nos grandes centros urbanos, sobretudo da região Sudeste, e na provisão desses profissionais para a Atenção Básica.

Em 2019, o Governo Federal propôs a substituição gradual do PMM pelo Programa Médicos Pelo Brasil, modificando os critérios para seleção dos municípios eleitos para receberem os profissionais, o plano de carreira e os salários e retirando a parceria com o Ministério da Educação na realização do Programa.

A partir desse cenário, o levantamento realizado por esse estudo reforça que houve pouco avanço por parte do Estado brasileiro em relação ao planejamento, controle do efetivo médico e regulação da profissão de forma a assegurar maior disponibilidade de médicos no SUS, principalmente em relação aos menores municípios, populações mais pobres e localidades mais distantes dos grandes centros. Essa falta de iniciativa por parte do Estado brasileiro faz com que o SUS conte com um número insuficiente de profissionais de diversas especialidades médicas. Essa situação tem forte impacto negativo sobre a capacidade dos gestores municipais organizarem a atenção à saúde de forma a atender as necessidades da população.

## Coordenação:

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

## Equipe Técnica

Alice Medeiros Lima  
Ana Maria Auler Matheus Peres  
Lucas Manoel da Silva Cabral  
Marcela de Souza Caldas  
Monica Testa Morangueira  
Paulo Eduardo Xavier de Mendonça  
Rodrigo Alves Torres Oliveira  
Rodrigo Lages Dias  
Thauanne de Souza Gonçalves

## Estagiários

Carine dos Santos Lima  
Patrícia dos Santos da Silva



POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO DO RJ  
**OBSERVATORIO SUS**

**BOLETIM** EDIÇÃO  
04

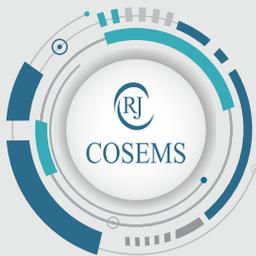


**Boletim 5**

**Escaneie e acesse  
o material base  
deste boletim**

[www.cosemsrj.org.br/observatorio-material-base](http://www.cosemsrj.org.br/observatorio-material-base)





## Nesta edição

Razão de médicos por mil habitantes, Brasil e Sudeste

Disponibilidade de médicos segundo o porte dos municípios

Cobertura de planos e seguros privados de saúde no ERJ

Variáveis relacionadas com a distribuição dos médicos pelos municípios

Disponibilidade de médicos nos municípios Razão por mil habitantes

Faculdades de medicina e razão de médicos por mil habitantes

Especialidades básicas, distribuição no ERJ

Especialidades cirúrgicas, distribuição no ERJ

Especialidades cardiológicas e afins

Especialidades oncológicas e afins

Considerações finais

# Distribuição e disponibilidade de profissionais médicos no estado do Rio de Janeiro

# Razão de médicos por mil habitantes, Brasil e Sudeste, 2020.

- Há uma grande disparidade na disponibilidade de médicos nos municípios
- As regiões Norte e Nordeste apresentam as piores razões de médicos por 1 mil habitantes:
  - No SUS (0,93 e 1,16) e
  - Quanto ao total de médicos (1,10 e 1,40)
- A cobertura de planos e seguros privados de saúde (assistência médica) é muito desigual:
  - As regiões Norte e Nordeste apresentam a menor cobertura (9,5% e 11,5%)
  - A região Sudeste tem a maior cobertura (32,4%)
  - Com destaque para o estado de São Paulo (37%)
- Há correlação entre a cobertura de planos de saúde e a distribuição dos médicos:
  - As regiões com maior cobertura apresentam melhor relação médicos por 1 mil habitantes
  - As regiões com menor cobertura, são as que apresentam pior relação entre médicos e a população.

## Brasil por regiões com destaque para os Estados da Região Sudeste - distribuição da cobertura de planos e seguros privados de saúde e da razão de médicos totais, do SUS e privados 2022.

Região e UF	População residente (estimativas para o TCU)	Pop. coberta por plano ou seguro de saúde de assist. médica		Médicos do SUS	Médicos setor privado	Total de Médicos	Razão de médicos por 1 mil hab.		
		N	Cobert. %				SUS	Setor privado	Total
Região Norte	18.672.591	1.770.535	9,5	17.313	3.298	20.611	0,93	1,86	1,10
Região Nordeste	57.374.243	6.583.435	11,5	66.809	13.414	80.223	1,16	2,04	1,40
Região Sudeste	89.012.240	28.817.474	32,4	155.013	69.761	224.774	1,74	2,42	2,53
Minas Gerais	21.292.666	5.194.802	24,4	35.172	14.070	49.242	1,65	2,71	2,31
Espírito Santo	4.064.052	1.145.564	28,2	6.526	2.867	9.393	1,61	2,50	2,31
Rio de Janeiro	17.366.189	5.350.438	30,8	29.768	12.910	42.678	1,71	2,41	2,46
São Paulo	46.289.333	17.126.670	37,0	83.547	39.914	123.461	1,80	2,33	2,67
Região Sul	30.192.315	6.876.976	22,8	53.427	18.786	72.213	1,77	2,73	2,39
Região Centro Oeste	16.504.303	3.364.244	20,4	26.317	9.173	35.490	1,59	2,73	2,15
<b>Total</b>	<b>211.755.692</b>	<b>47.456.197</b>	<b>22,4</b>	<b>318.879</b>	<b>114.432</b>	<b>433.311</b>	<b>1,51</b>	<b>2,41</b>	<b>2,05</b>

Fontes: 1) DATASUS - População Residente - Estimativas para o TCU; 2) ANS – Beneficiários por operadora; 3) CNES - Recursos Humanos - Profissionais - Indivíduos - segundo CBO 2002

# Disponibilidade de médicos segundo o porte dos municípios

Brasil, Estimativa da razão de médicos totais e do SUS, por habitantes, 2020

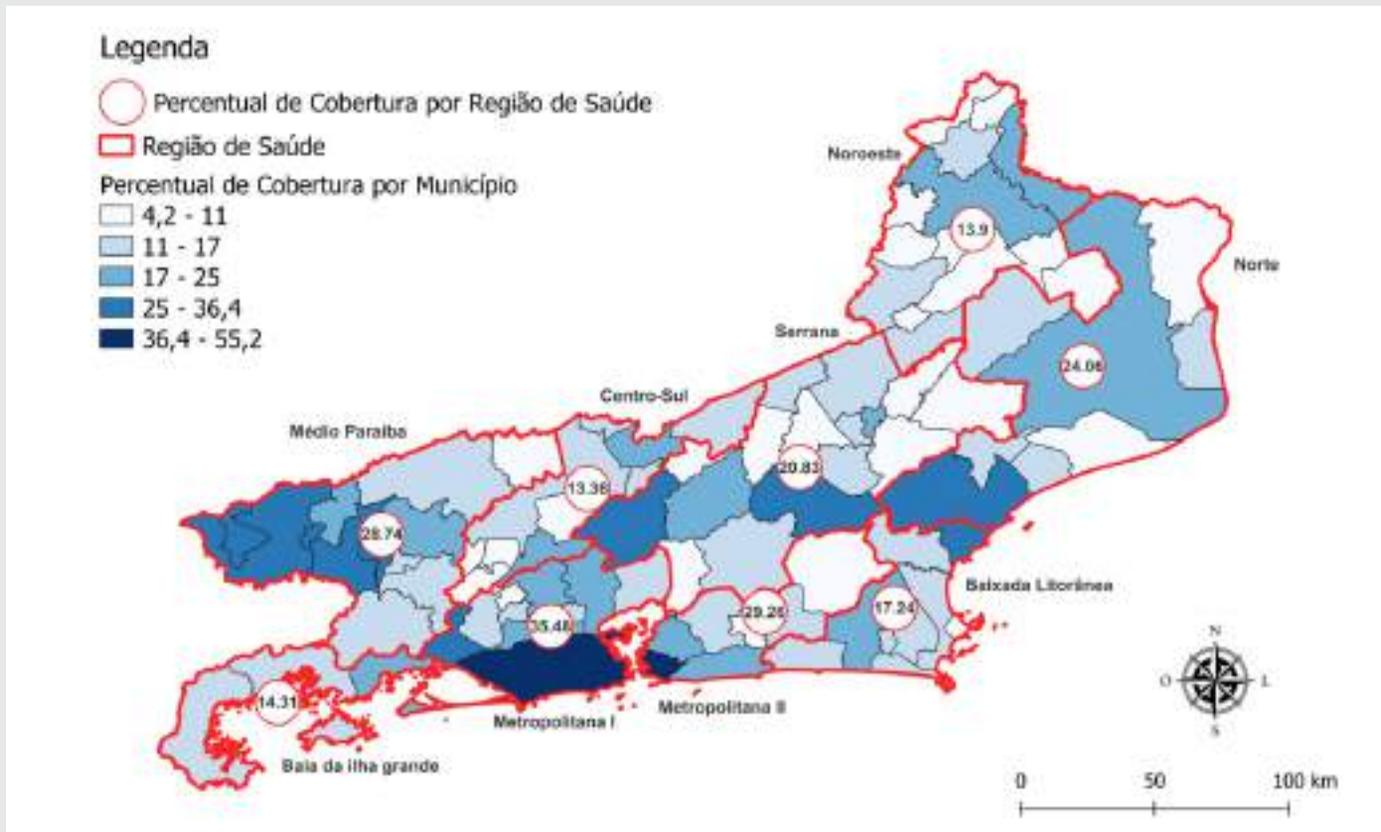
Faixa de população	N. de Municípios	População estimada	Médicos do SUS	Total de Médicos	Razão méd. do SUS por mil hab.	Razão total méd. por 1 mil hab.
Até 5 mil	1.249	41.877.879	40.960	48.938	0,98	1,17
5 a 10 mil	1.200	41.056.984	59.874	76.768	1,46	1,87
10 a 20 mil	1.333	60.990.866	96.424	134.814	1,58	2,21
20 a 50 mil	1.111	45.303.313	81.502	119.962	1,80	2,65
50 a 100 mil	351	10.543.846	21.164	26.815	2,01	2,54
100 a 500 mil	277	8.015.119	10.669	14.189	1,33	1,77
Mais de 500 mil	49	3.967.685	8.286	11.825	2,09	2,98
<b>Total</b>	<b>5.570</b>	<b>211.755.692</b>	<b>318.879</b>	<b>433.311</b>	<b>1,51</b>	<b>2,05</b>
Municípios sem médico	178	710.861	0	0	0,00	0,00

Fontes: 1) DATASUS - População Residente - Estimativas para o TCU; 2) CNES - Recursos Humanos - Profissionais - Indivíduos - segundo CBO 2002.14

- As maiores razões de médicos por mil habitantes se verificam nos 49 maiores municípios (população acima de 500 mil pessoas):
  - 2,09 para médicos do SUS e
  - 2,98 para o total de médicos
- A faixa de municípios com população entre 100 mil e 500 mil pessoas (277 municípios), apresenta razões de:
  - 1,33 para médicos do SUS e
  - 1,77 para o total de médicos

# Cobertura de planos e seguros privados de saúde no ERJ, 2020.

Mapa da distribuição do percentual de cobertura de planos e seguros privados de saúde de assistência médica, por municípios e regiões de saúde, do ERJ



Fontes: 1) DATASUS - População Residente – Estimativas para o TCU - Rio de Janeiro; 2) Cobertura de Saúde Suplementar – Sistema de Informações sobre Beneficiários (SIB) – ANS;.

- Como vai ser mostrado adiante, é a presença dos planos e seguros privados de saúde a principal explicação para a disponibilidade de médicos nos municípios
- É notável a concentração de cobertura nos municípios do Niterói e Rio de Janeiro, que possuem respectivamente 55,2% e 44,6% das suas populações cobertas
- Há variações importantes tanto entre os municípios, quanto entre as regiões

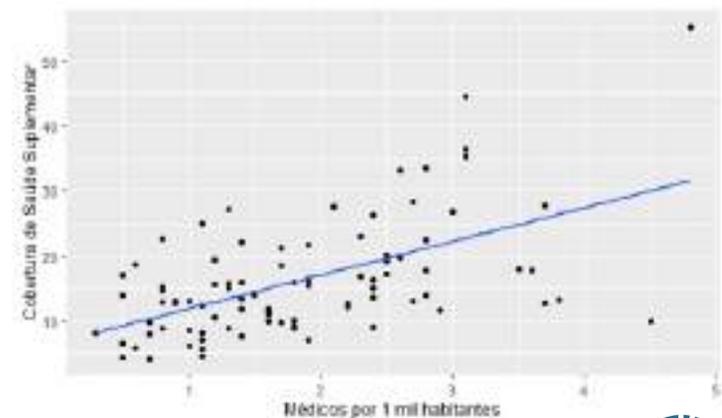
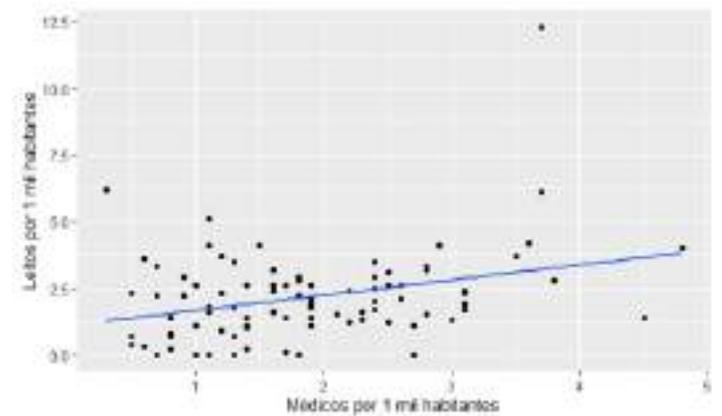
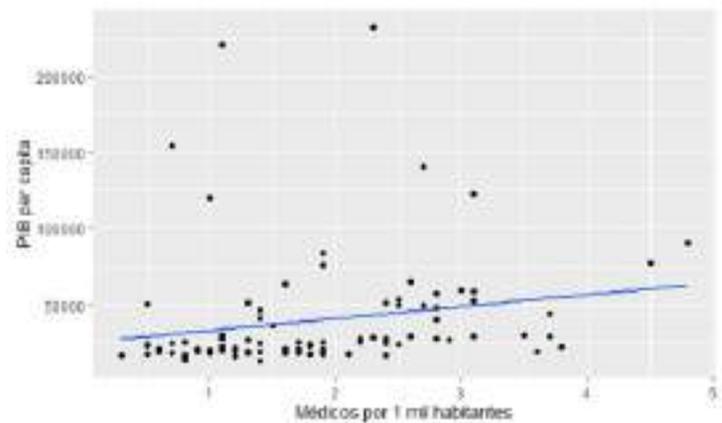
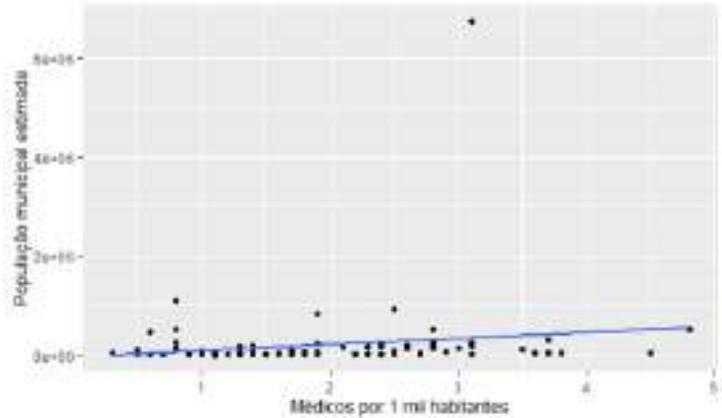
# Variáveis relacionadas com a distribuição dos médicos pelos municípios

Os gráficos foram dispostos desde a variável que menos parece explicar a distribuição de médicos (população) até a que parece ter maior correlação (cobertura).

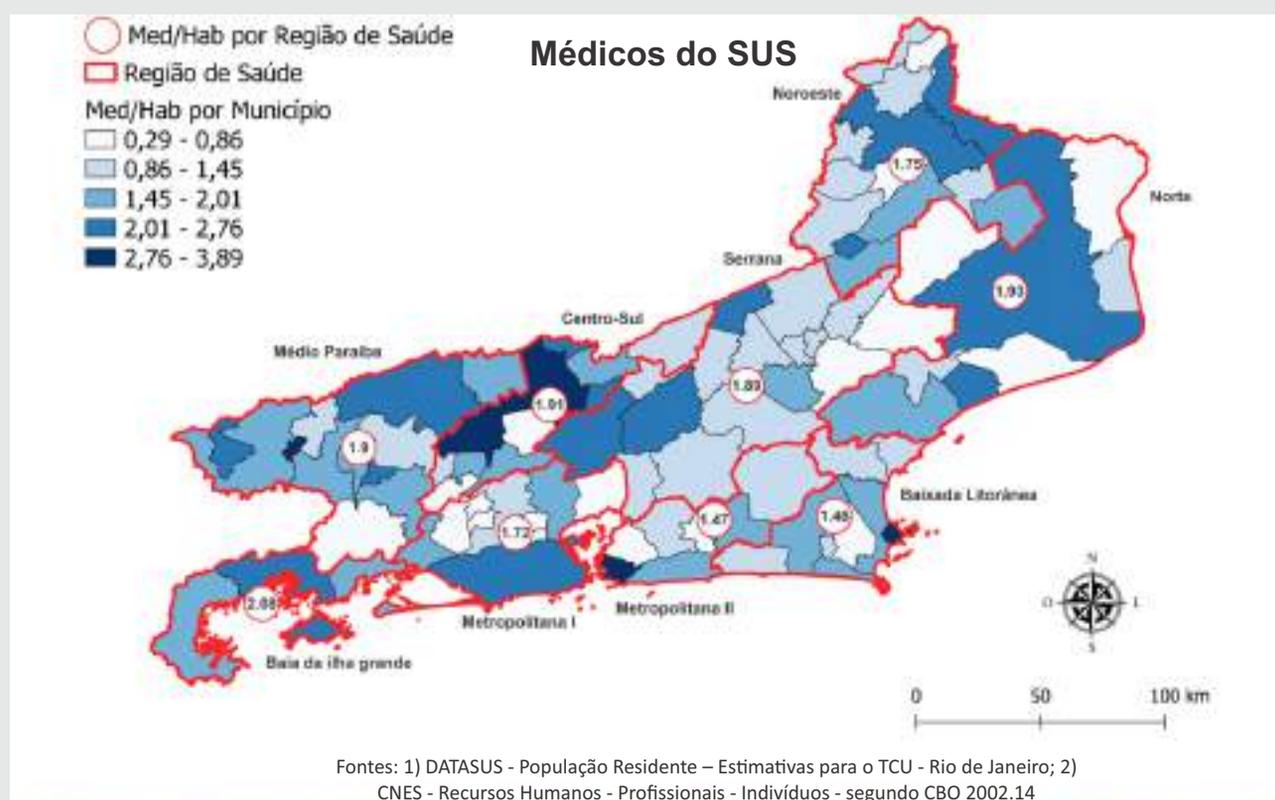
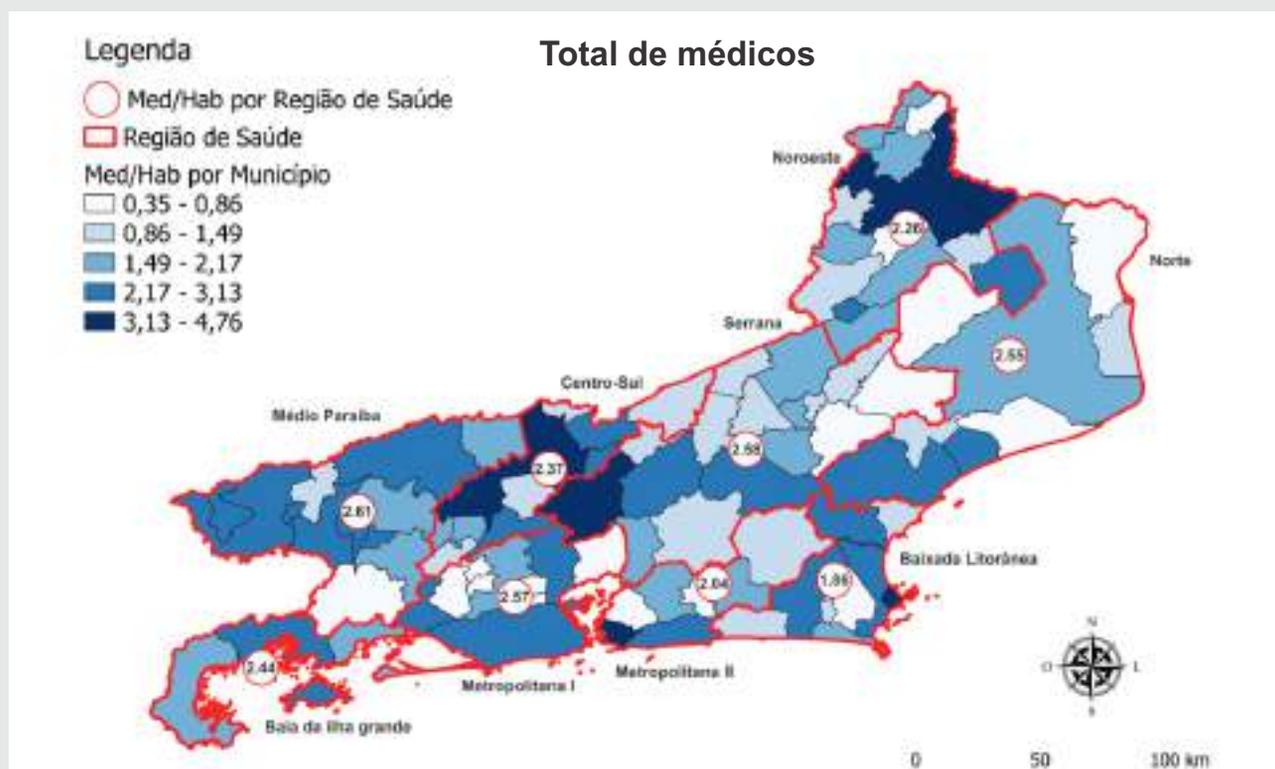
Quanto mais a reta da regressão aproxima-se do ângulo de 45° entre o eixo X e o eixo Y, em sentido crescente, maior parece ser a correlação positiva entre as variáveis. No caso, a ordem crescente de correlação positiva entre as variáveis é: população, PIB, razão de leitos e cobertura de saúde suplementar.

Quanto maior a cobertura de planos e seguros de saúde, maior a disponibilidade de médicos.

Fontes: 1) DATASUS - População Residente – Estimativas para o TCU - Rio de Janeiro; 2) Cobertura de Saúde Suplementar – Sistema de Informações sobre Beneficiários (SIB) – ANS; 3) CNES - Recursos Humanos - Profissionais - Indivíduos - segundo CBO 2002.14 e CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação; 4) IBGE – Cidades, PIB per capita, 2019



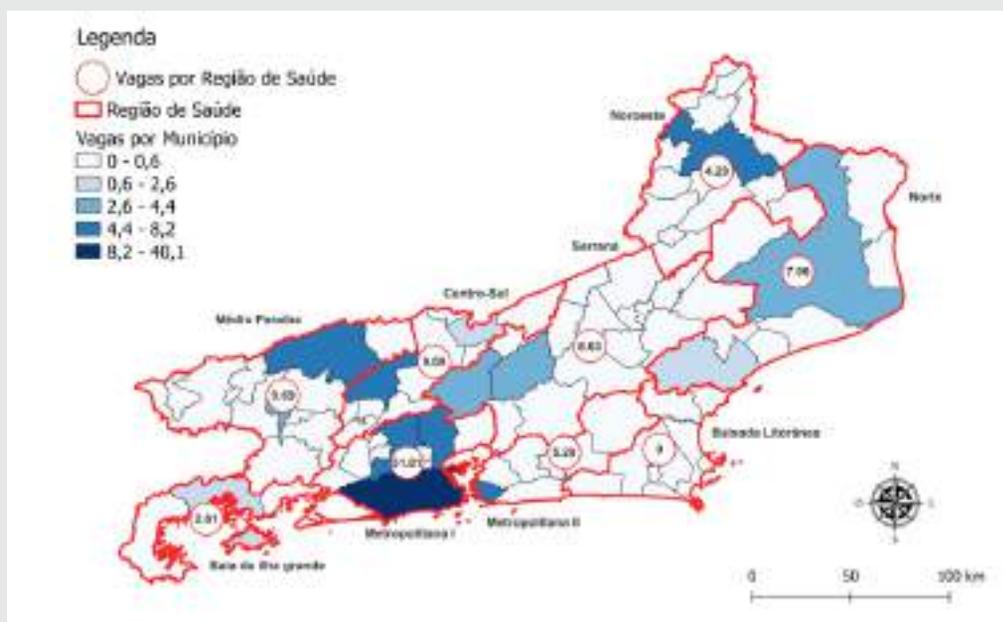
# Disponibilidade de médicos nos municípios Razão por mil habitantes, 2020.



- Nestes dois mapas é notável a ampla variação intrarregional, bem como a forma que a razão de médicos para as regiões se aproxima dos municípios mais populosos, com exceção de São Gonçalo (Metropolitana II).
- As regiões Metropolitana I e II, Rio de Janeiro e Niterói possuem altas taxas, mas é grande a diferença entre os municípios sede (Rio de Janeiro e Niterói) e os demais.

# Faculdades de medicina e razão de médicos por mil habitantes

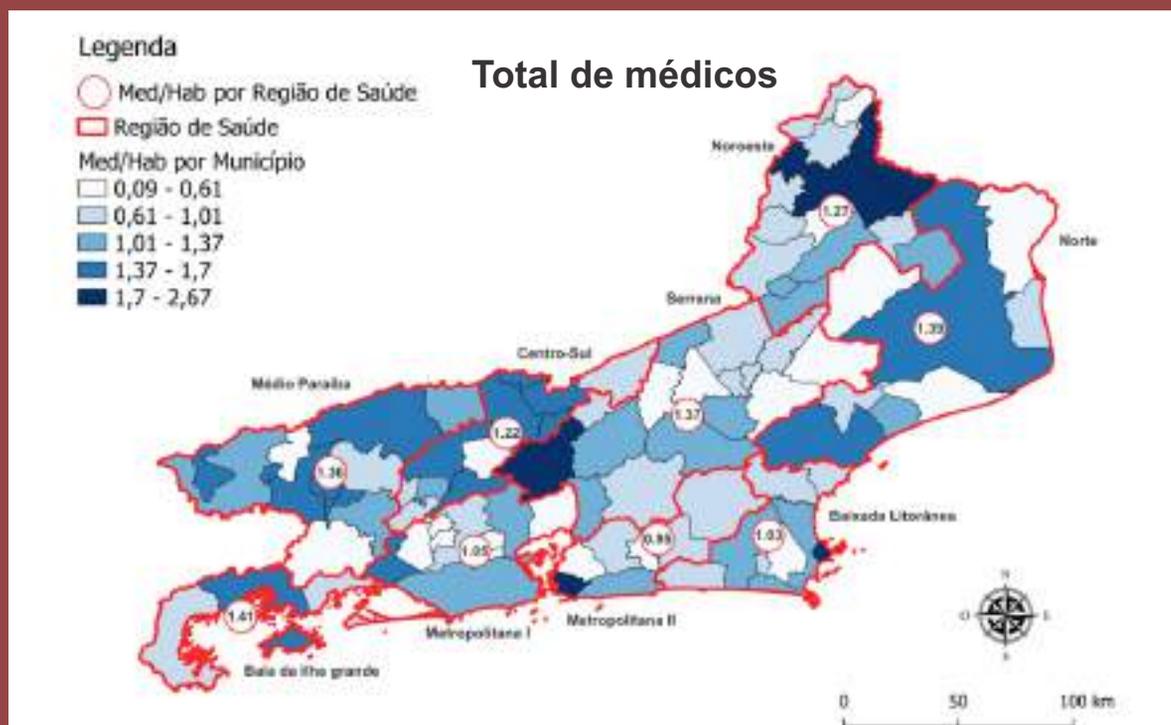
Mapa da distribuição do percentual de vagas em cursos de medicina por municípios e regiões de saúde, ERJ 2022



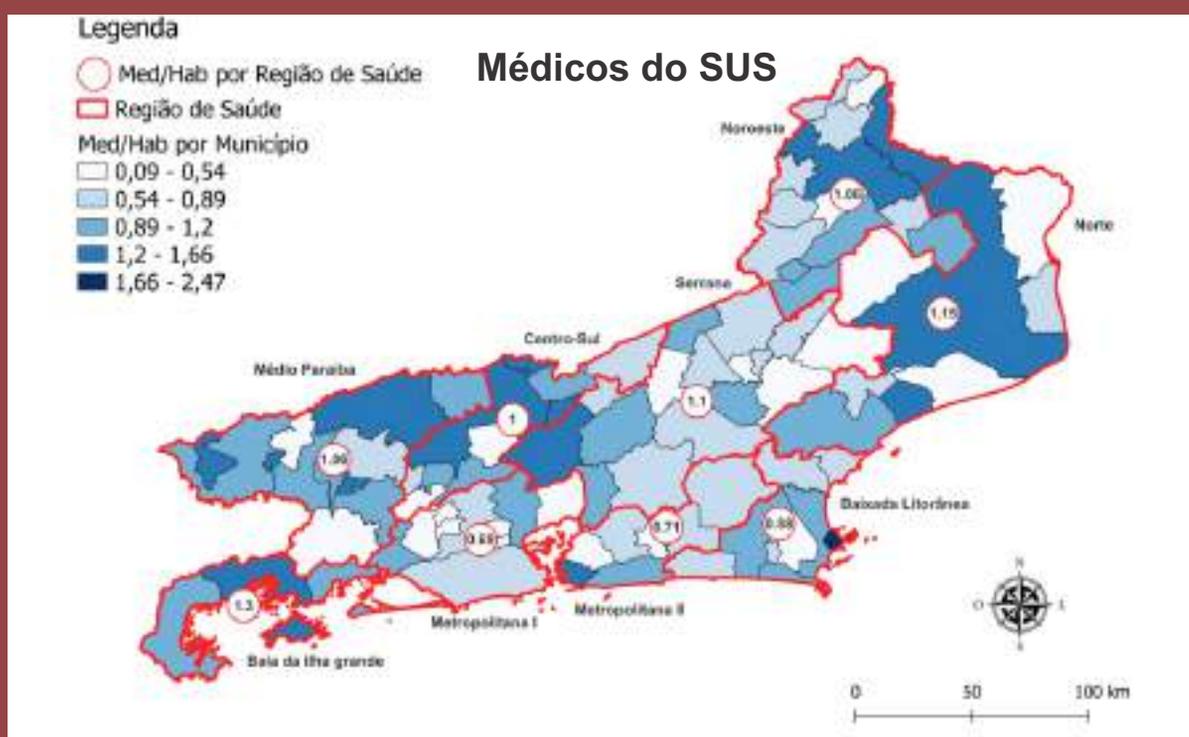
Região de Saúde	Município	Cursos de Med.		Vagas autorizadas		Razão méd. por 1 mil hab. municípios	
		N	%	N	%	Total de méd.	SUS
Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis	1	4,5	89	2,6	2,78	2,26
Baixada Litorânea	-	0	0,0	0	0,0	0,00	0,00
Centro-Sul	Três Rios	1	4,5	50	1,5	2,52	1,78
	Vassouras	1	4,5	280	8,2	3,69	3,29
Médio Paraíba	Valença	1	4,5	210	6,2	2,93	2,48
	Volta Redonda	1	4,5	120	3,5	2,79	1,92
Metropolitana I	Duque de Caxias	1	4,5	198	5,8	2,46	1,82
	Nova Iguaçu	1	4,5	200	5,9	1,85	1,07
	Rio de Janeiro	7	31,8	1.366	40,1	3,13	2,07
Metropolitana II	Niterói	1	4,5	180	5,3	4,76	3,47
Noroeste	Bom Jesus do Itabapoana	1	4,5	20	0,6	3,63	2,45
	Campos dos Goytacazes	1	4,5	126	3,7	2,79	2,23
Norte	Itaperuna	2	9,1	212	6,2	3,50	2,63
	Macaé	1	4,5	60	1,8	3,10	2,00
Serrana	Petrópolis	1	4,5	150	4,4	3,68	2,76
	Teresópolis	1	4,5	144	4,2	2,59	2,16
<b>Total</b>		<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>3.405</b>	<b>100,0</b>	<b>2,46</b>	<b>1,71</b>

Fontes: 1) Ministério da Educação - Sistema e-MEC – Escolas de Medicina e vagas autorizadas; 2) CNES – Recursos Humanos - Profissionais - Indivíduos - segundo CBO 2002 (2020).

# Especialidades básicas, distribuição no ERJ, 2020.

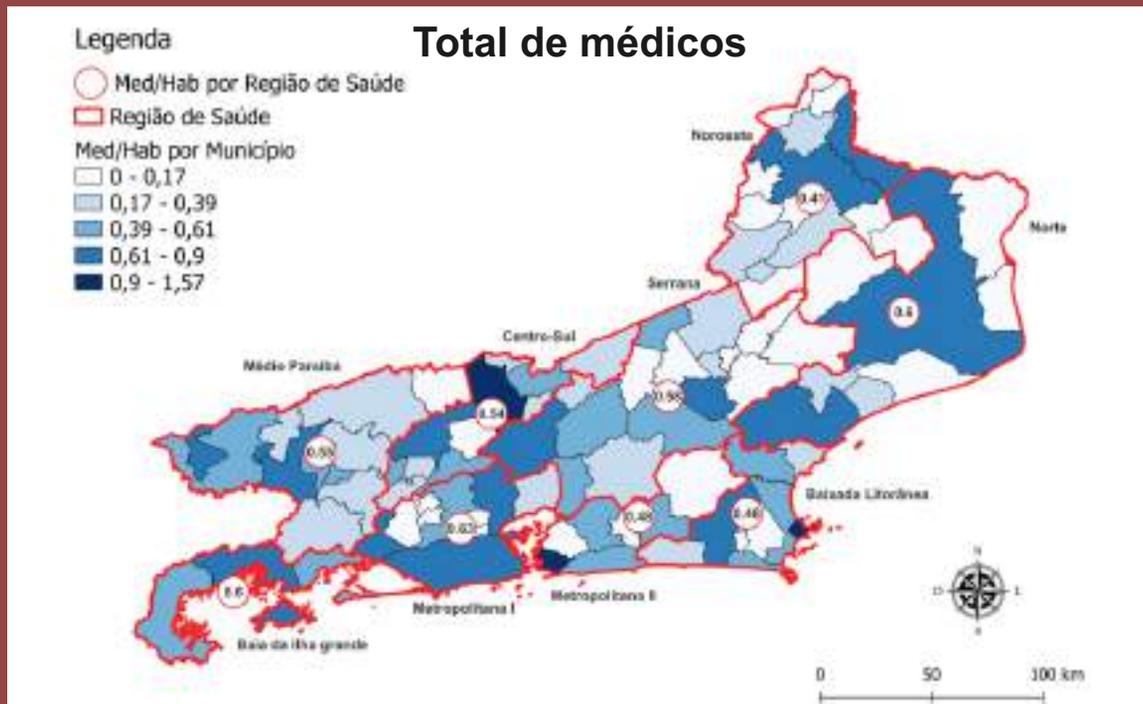


- Em todas as regiões, entre 40% e 50% dos médicos atuam nessas especialidades.
- Há diferenças importantes entre as regiões, entretanto.
- As regiões com maior razão de médicos por habitantes nessas especialidades em ambas as tabelas, é a Baía da Ilha Grande, Norte, Serrana e Médio Paraíba
- As menores razões estão nas regiões Metropolitana I e Metropolitana II.

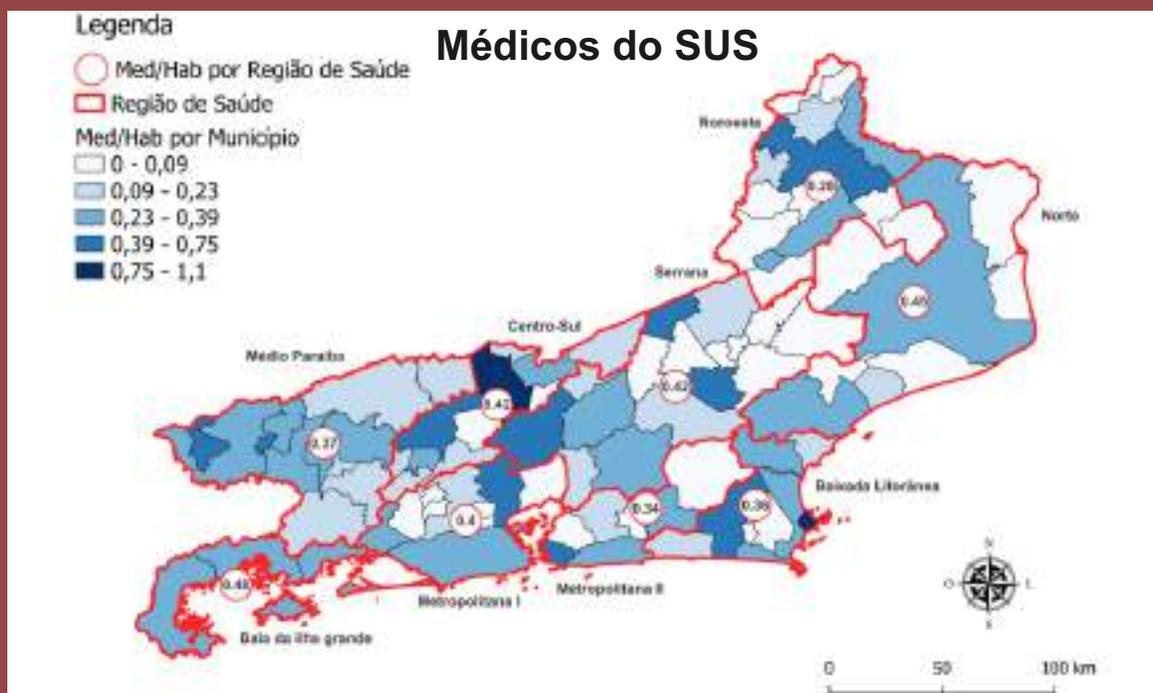


Fontes: 1) DATASUS - População Residente – Estimativas para o TCU - Rio de Janeiro; 2) CNES - Recursos Humanos Profissionais - Indivíduos - segundo CBO 2002.14

# Especialidades cirúrgicas

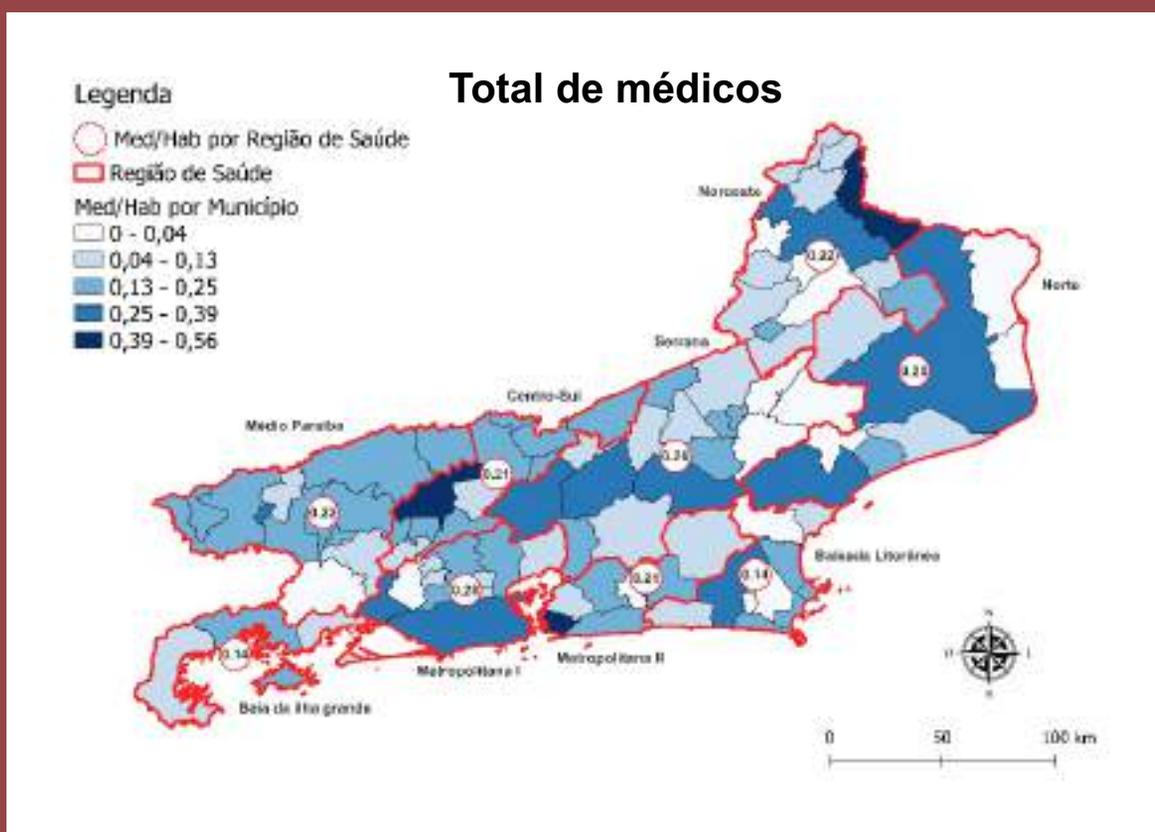


- A região Metropolitana I é a que detém a maior razão de médicos por habitantes, seguida de Baía da Ilha Grande e Norte
- Entre os municípios, as diferenças são bastante marcantes
- Além de Armação dos Búzios, lideram a razão médicos por habitantes, Paraíba do Sul e Niterói
- Há municípios que não possuem nenhum médico, sobretudo nas regiões Norte, Noroeste e Serrana

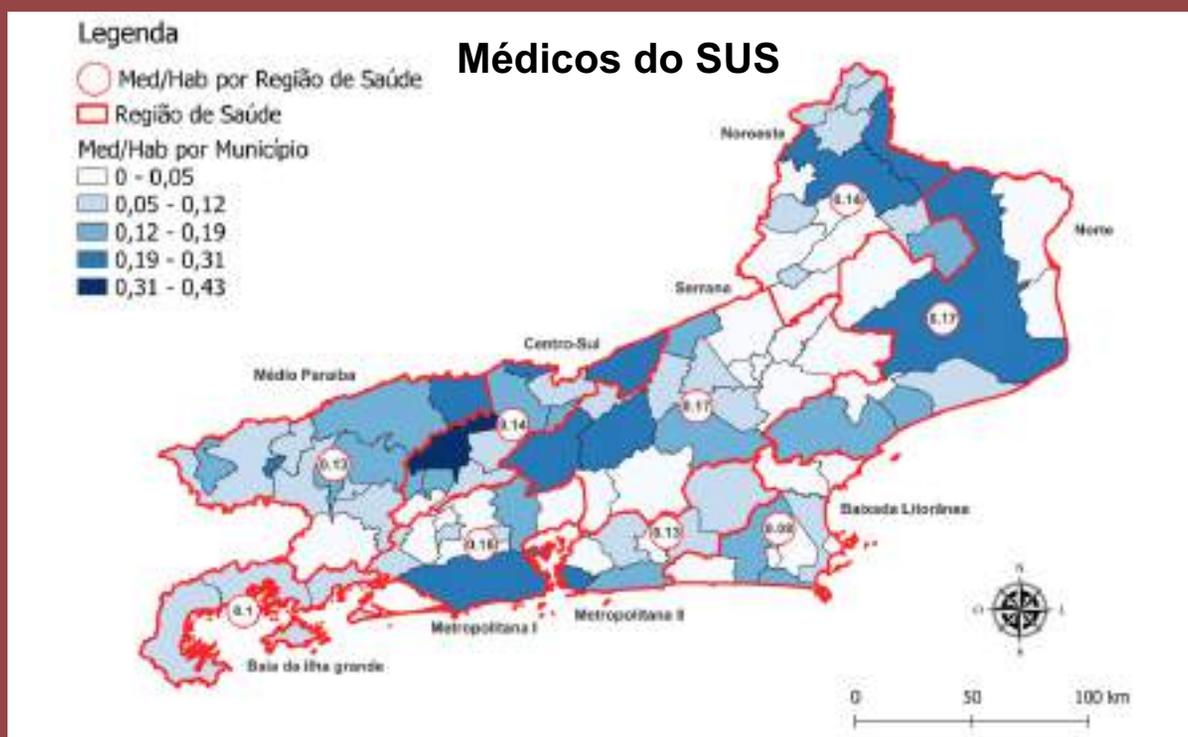


Fontes: 1) DATASUS - População Residente – Estimativas para o TCU - Rio de Janeiro; 2) CNES - Recursos Humanos - Profissionais - Indivíduos - segundo CBO 2002.14

# Especialidades cardiológicas e afins, 2020.

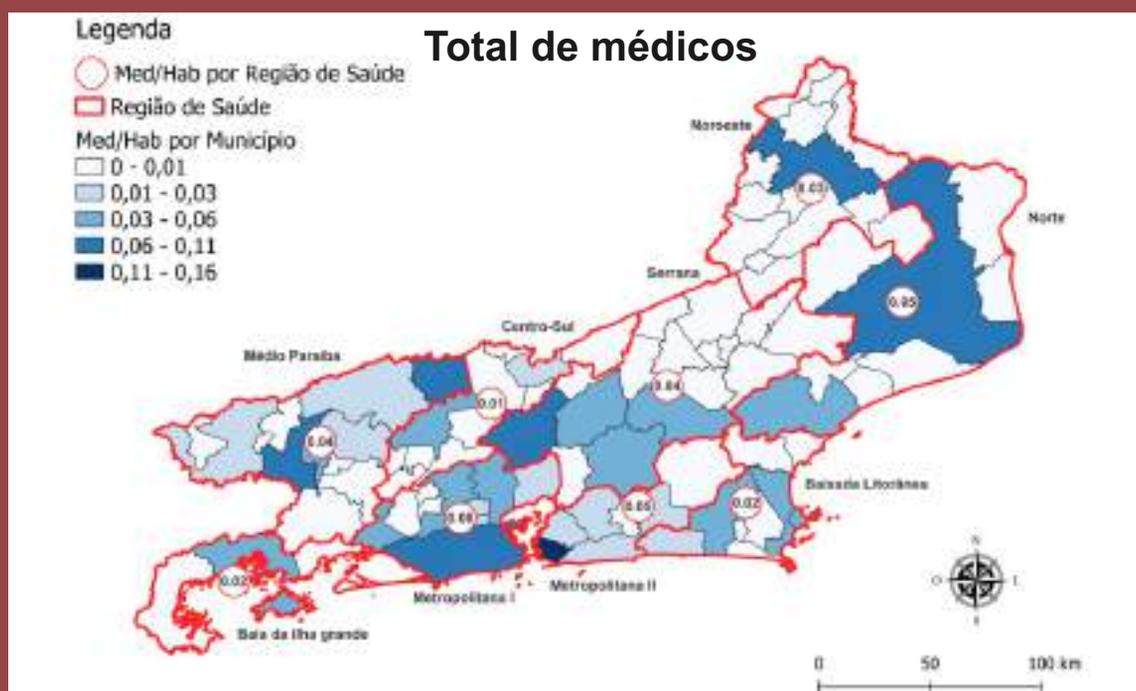


- Os mapas apresentam a distribuição municipal e regional do total de médicos e dos médicos do SUS.
- Há importantes vazios em municípios de pouca estrutura de serviços de saúde.
- Vários municípios não possuem nenhum cardiologista ou médico de especialidade associada, tanto no total de médicos quanto no SUS.

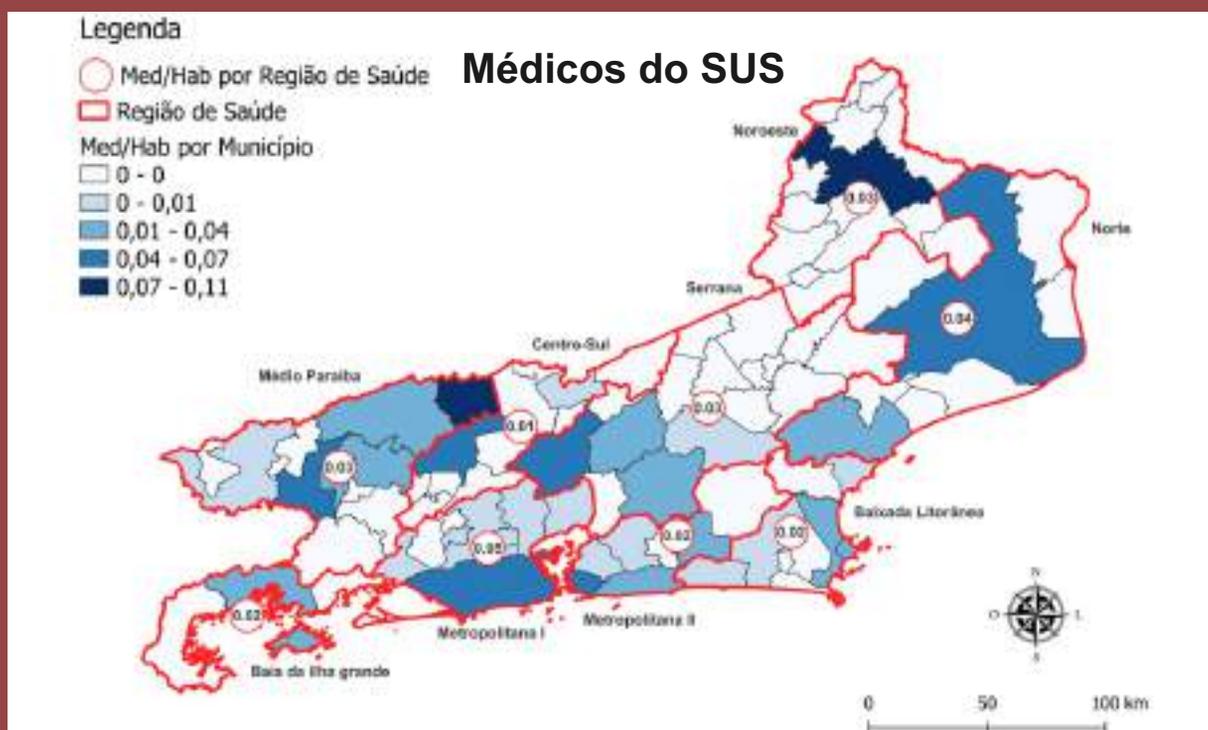


Fontes: 1) DATASUS - População Residente – Estimativas para o TCU - Rio de Janeiro; 2) CNES - Recursos Humanos Profissionais - Indivíduos - segundo CBO 2002.14

# Especialidades oncológicas, 2020.



- Há grandes vazios, com municípios sem nenhum especialista, sobretudo nas regiões Noroeste, Norte, Serrana e Centro-Sul.
- A Região da Baía da Ilha Grande também conta com vazios, com exceção de Angra dos Reis.
- Para total de médicos, a maior razão encontra-se no município de Niterói.
- Enquanto para o SUS estão em Itaperuna e Rio das Flores



Fontes: 1) DATASUS - População Residente – Estimativas para o TCU - Rio de Janeiro; 2) CNES Recursos Humanos - Profissionais - Indivíduos - segundo CBO 2002.14

# Considerações finais

- O histórico de autorregulação da profissão por medicina formou um imaginário e uma prática individualista e liberal da profissão
  - A ascensão das políticas e ideias neoliberais nos anos 1980 no mundo e nos anos 1990 no Brasil reforçou essas características
  - A existência de um forte setor privado no Brasil é outro fator que reforça o imaginário e a prática liberal da profissão
- É insuficiente a regulação da profissão médica no país, para a garantia do acesso aos tratamentos de saúde, sobretudo:
  - Em relação às principais causas de internações e mortes, como as doenças cardiovasculares e os cânceres
  - Há distribuição desigual entre as regiões e os municípios
  - A concorrência com o setor privado de saúde constitui a maior dificuldade para o SUS atrair e manter os profissionais médicos de que necessita
- A cobertura dos planos e seguros privados de saúde é a variável que mais influencia a distribuição dos médicos pelo estado
  - Os interesses do mercado privado prevalecem sobre a necessidade pública em relação ao exercício da medicina no país
  - Não há possibilidade de alterar este quadro sem maior regulação pelo Estado da formação e do exercício da medicina no país.
- O Estado brasileiro não planeja nem controla o efetivo médico nem regula a profissão de forma a assegurar maior disponibilidade de médicos no SUS, em consequência:
  - Os mais prejudicados são os menores municípios, as populações mais pobres e as localidades mais distantes
  - O SUS conta com número insuficiente de profissionais de diversas especialidades médicas
  - Os gestores municipais têm pequena capacidade organizarem a atenção à saúde de forma a atender as necessidades da população.



POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO DO RJ

# OBSERVATÓRIOSUS

**BOLETIM** Edição 06

COSEMS 





## **ANÁLISE DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE) DO SISTEMA UNICO DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

O objeto deste trabalho é a análise da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), com foco na organização e produção de serviços relativos à atenção às urgências e emergências no estado.

Os conceitos de urgência e emergência contém altas doses de subjetividade, mesmo quando definidos por uma lógica 'técnica', isso faz com que sejam frequentemente confundidos não só pelo público leigo, mas também pelos profissionais envolvidos com o setor de saúde. As percepções sobre o que é um caso de urgência e emergência por parte dos pacientes e profissionais de saúde são muito diferentes e até opostas. Pacientes, principalmente que não tem possibilidade, ou hábito de terem sua saúde acompanhada regularmente, muitas vezes procuram serviços de emergência hospitalares para tratar problemas de saúde que consideram urgentes, na esperança de conseguirem ser examinados e encontrarem alívio para seus sintomas.

Esse uso inadequado dos serviços de emergências hospitalares, aumenta a demanda e prejudica a capacidade desses serviços prestarem atenção adequada aos casos realmente de risco. Os resultados são filas, superlotação, mau atendimento e custos exagerados. Pode-se acrescentar no caso brasileiro, uma grande oferta desde 2009 de serviços de atenção à urgência ambulatorial, realizadas em um componente de saúde singular

em todo o mundo, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24H), de custo bastante alto, cuja demanda é constituída fundamentalmente de casos classificados como correspondentes a riscos muito baixos à saúde e à vida dos pacientes.

No Brasil, o Ministério da Saúde é responsável pela relativa confusão existente sobre o significado dos dois termos, desde pelo menos 2001, quando passou a adotar a denominação genérica de 'urgências' ao estabelecer o conceito geral, os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências, por meio da Portaria GM/MS nº 814, de 1 de junho de 2001. Em 2014, entretanto, ao definir "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência".





Até 2002, pelo menos, o Ministério da Saúde tinha posição crítica em relação às unidades exclusivas de pronto-atendimento existentes no país, no entanto, estabeleceu “Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências” como “estruturas” de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências.

A partir de 2011, a Portaria GM/MS nº 1.600/2011 utilizou, pela primeira vez na legislação federal como “Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h)” (BRASIL, 2011, art. 4º, VI). As UPA haviam sido criadas no ERJ em 2008 e rapidamente se espalharam primeiro pelo território fluminense, sendo adotadas em seguida pelo governo federal, se multiplicando pelo país, em um ritmo exponencial. A partir de 2011, a organização dos serviços de atenção às urgências e emergências passou a ser voltada para a organização de uma Rede de Urgências e Emergências (RUE).

O documento base para a confecção do Boletim está organizado em duas partes principais, a primeira trata da evolução das políticas do Estado brasileiro com relação à atenção às urgências e emergências, incluindo as normas de repasse de recursos, além de discutir os conceitos de urgência e emergência em perspectiva internacional e analisar os resultados da PNAU. A segunda trata da distribuição e capacidade de atenção das unidades da RUE no ERJ.

#### **Coordenação:**

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues  
Rodrigo Lages Dias

#### **Equipe Técnica**

Ana Maria Auler Matheus Peres  
Marcela de Souza Caldas  
Monica Testa Morangueira  
Paulo Eduardo Xavier de Mendonça  
Thauanne de Souza Gonçalves



POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO DO RJ  
**OBSERVATORIO SUS**

**BOLETIM** EDIÇÃO  
06



**Boletim 6**

**Escaneie e acesse  
o material base  
deste boletim**

[www.cosemsrj.org.br/observatorio-material-base](http://www.cosemsrj.org.br/observatorio-material-base)



## Nesta edição

Políticas de organização e custeio da Rede de Urgência e Emergência (RUE)

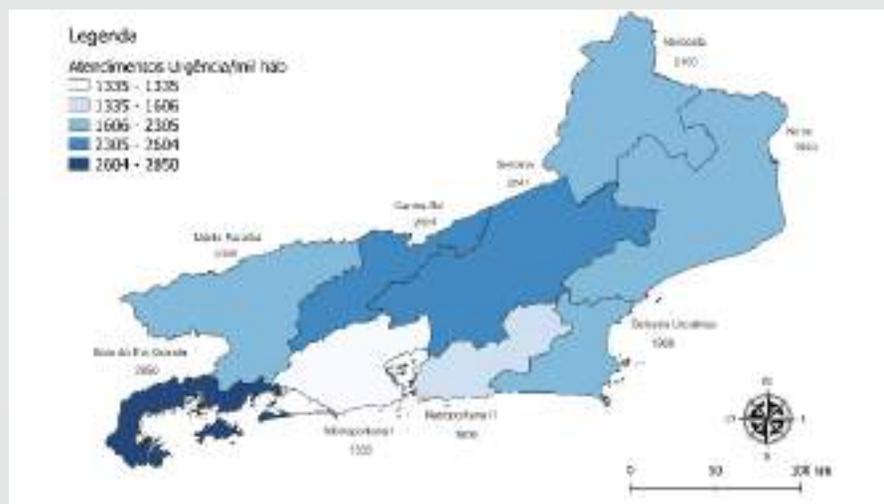
Expansão das unidades de urgência e emergência por regiões do Brasil

Proporção dos atendimentos de emergência segundo classificação de risco

Distribuição da taxa de recursos federais e Estaduais no ERJ, segundo regiões de saúde, por mil habitantes

## A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE) NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E SEUS EFEITOS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE

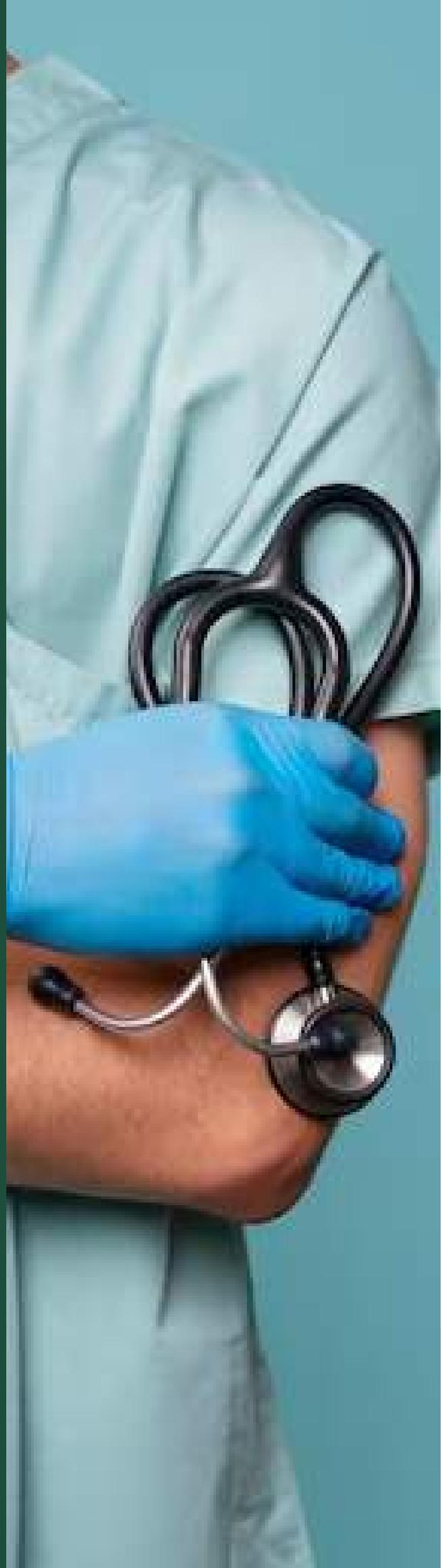
**Taxa de atendimento às urgências em geral por mil habitantes, segundo regiões de saúde do ERJ, 2022**



Fonte: SIA-SUS / Forma de Organização - 03.01.06

# Histórico da Rede de Urgência e Emergência no Brasil

- Desde a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988, foi necessário esperar 10 anos para que saíssem as primeiras disposições a respeito do atendimento às urgências e emergências.
- A primeira norma do SUS que tratou explicitamente sobre a atenção às urgências foi a Portaria GM/MS nº 2.923, de 09 de junho de 1998, que instituiu “o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento de Urgência e Emergência”.
- Em 2003, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), pela Portaria GM/MS nº 1.863, de 29 de setembro daquele ano. É importante destacar que desde a publicação desta Política, houve a adoção, pelo Ministério da Saúde, da generalização “urgências”, no lugar da distinção urgência/emergência.
- Os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU-192 foram instituídos em 2003 junto com a PNAU com a implantação dos serviços em municípios e regiões de todo o território brasileiro.
- Na Portaria GM/MS nº 2.922/2009, surge, pela primeira vez, a definição das Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h. Essas unidades também estão incluídas nas “Redes de Atenção Integral às Urgências” pela Portaria GM/MS nº 1.020/2009 (Art. 1º, § 1º, I).
- Em 2011, o Ministério da Saúde reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências, vigente desde 2003, por meio das Portarias GM/MS nº 1.600 e de GM/MS nº 1.601, ambas publicadas em 7 de julho daquele ano. A primeira delas reformulou a PNAU e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS. A utilização do termo genérico de 'urgências' foi mantida. A Portaria GM/MS nº 1.601/2011, além de revogar a Portaria GM/MS nº 1.020/2009, estabeleceu diretrizes para a implantação do componente UPA24h, classificando a UPA em três níveis.
- No mesmo ano, a Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, voltou-se especificamente para a organização do “Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Ainda em 2011, a Portaria GM/MS nº 2.338/2011 tratou especificamente das salas de estabilização (SE).



# Rede de Atenção às Urgências passa a ser Rede de Urgência e Emergência

- Em 2013, voltou a haver uma inflexão na terminologia adotada pelo Ministério da Saúde. As Portarias GM/MS nº 1.365/2013 e nº 1.366/2013, publicadas no mesmo dia, 8 de julho, passaram a adotar a expressão “Rede de Atenção às Urgências e Emergências” (RUE).
- Em 2014, a Portaria GM/MS nº354, de 10 de março de 2014, estabeleceu as seguintes definições:
  - Emergência: Constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.
  - Urgência: Ocorrência imprevista de agravo a saúde como ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

## Atendimento à População pelos Componentes da RUE no Estado do Rio de Janeiro em 2022

Os principais tipos de atendimentos estão classificados nas formas de organização de:

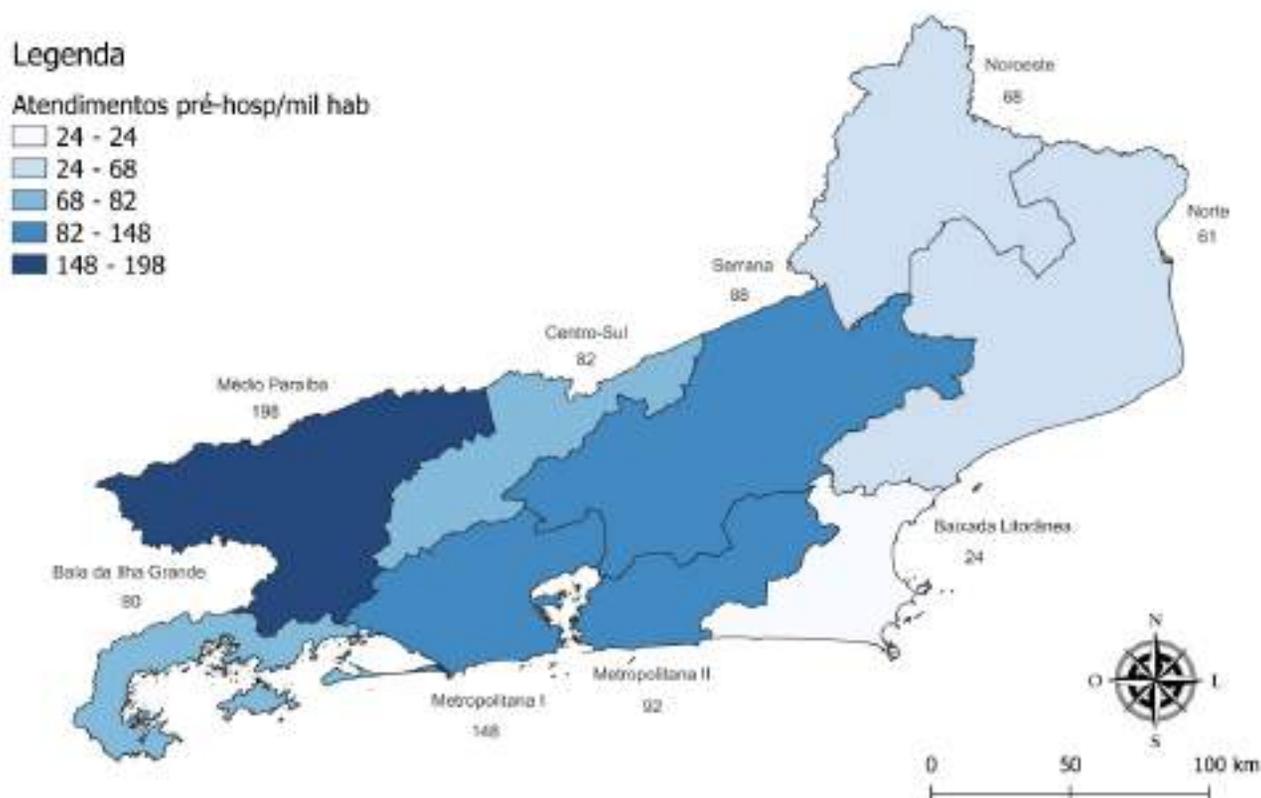
**03.01.03**

**Atendimentos pré-hospitalar de urgências em geral**

**03.01.06**

**Atendimentos às Urgências em geral**

# Taxa de atendimento pré-hospitalar de urgência, por mil habitantes, segundo Regiões do ERJ, 2022

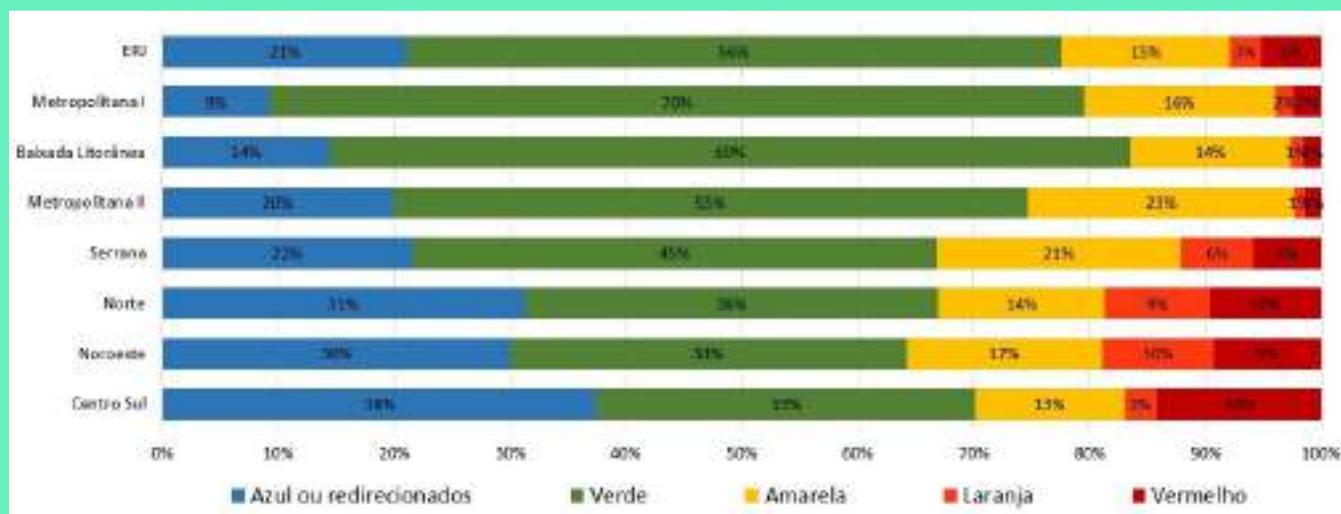


Fonte: SIA-SUS / Forma de Organização - 03.01.03

Os atendimentos que ocorrem nas unidades de Urgência e Emergência, principalmente nas portas de entrada hospitalares, passam pelo processo da classificação de risco.

Segundo a definição de atendimentos de urgência da PNAU de 2014, os atendimentos em caráter de emergência são aqueles com risco iminente de morte. O documento do MS (2009) estabelece eixos e definições para “área vermelha” para o atendimento das pessoas com quadros clínicos graves.

# Distribuição percentual dos atendimentos de urgência, segundo classificação de risco, Regiões do ERJ, 2022.



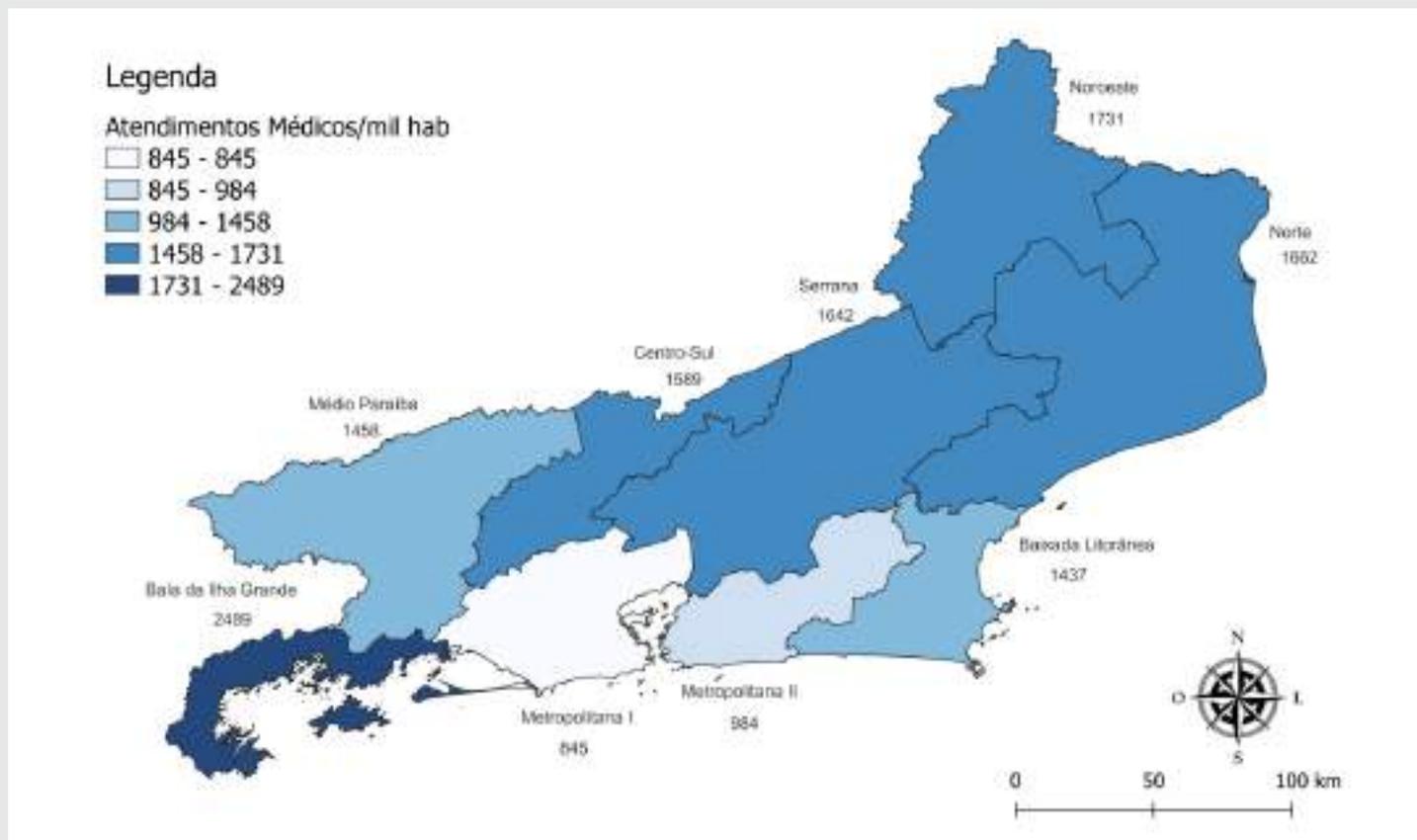
Fonte: Cosems - RJ/2023. Obs.: Não foi possível obter informações da Região do Médio Paraíba e da Baía da Ilha Grande.

De acordo com a estratificação dos atendimentos da classificação de risco dos componentes da RUE no ERJ, dos pacientes classificados nos componentes da RUE em 2022, cerca de 3% (135.651 pessoas classificadas com risco na área vermelha) poderiam estar em risco iminente de morte ou seqüela grave. Se considerarmos que as pessoas classificadas na área de risco laranja podem evoluir para vermelho, esse percentual se aproximaria de 5%.

No entanto, as classificações mais prevalentes são azuis e verdes, em algumas regiões como a Baixada Litorânea, ultrapassam os 80%. Isso indica claramente que há demanda excessiva de usuários, cuja situação não requer atenção em unidades de urgência e emergência especializadas, e que deveriam estar sendo atendidos na atenção primária ou secundária.



# Taxa de atendimentos médicos de urgência, por mil habitantes, segundo Regiões do ERJ, 2022

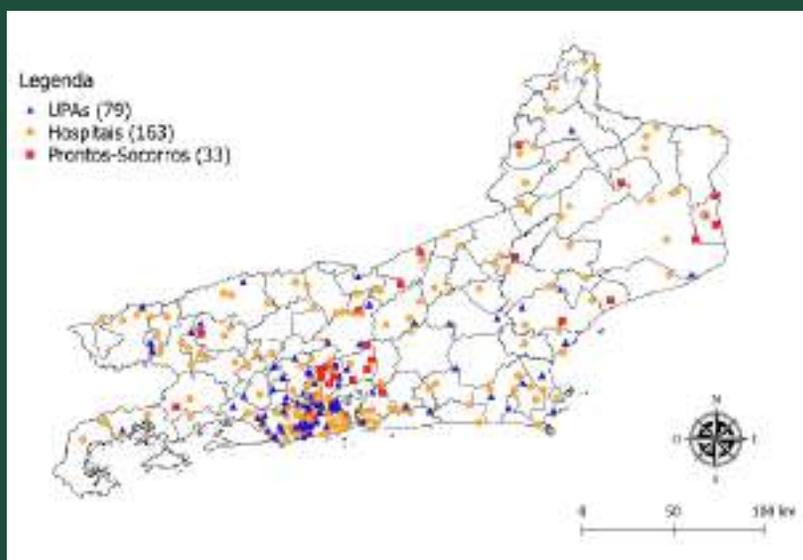


Fonte: SIA-SUS / Forma de Organização - 03.01.03

A Baía da Ilha Grande novamente lidera em relação às taxas, e isso pode ter relação com as diferenças populacionais, considerando que as taxas não são padronizadas.

## Distribuição das principais unidades de atendimento às urgências em geral, segundo Municípios do ERJ, 2022

Fonte: Cosems - RJ/2023. Obs.: ver nota técnica.



O mapa a cima mostra um esquema da distribuição das principais unidades com registros de atendimento às urgências em geral de acordo com o município de sua localização. Importante ressaltar, que dentro dos municípios, a localização das unidades não está representada por georreferenciamento. Percebe-se uma clara concentração de unidades nos municípios da região Metropolitana I.

## Capacidade instalada da RUE em números absolutos por componente habilitada, por regiões de saúde do ERJ, 2022

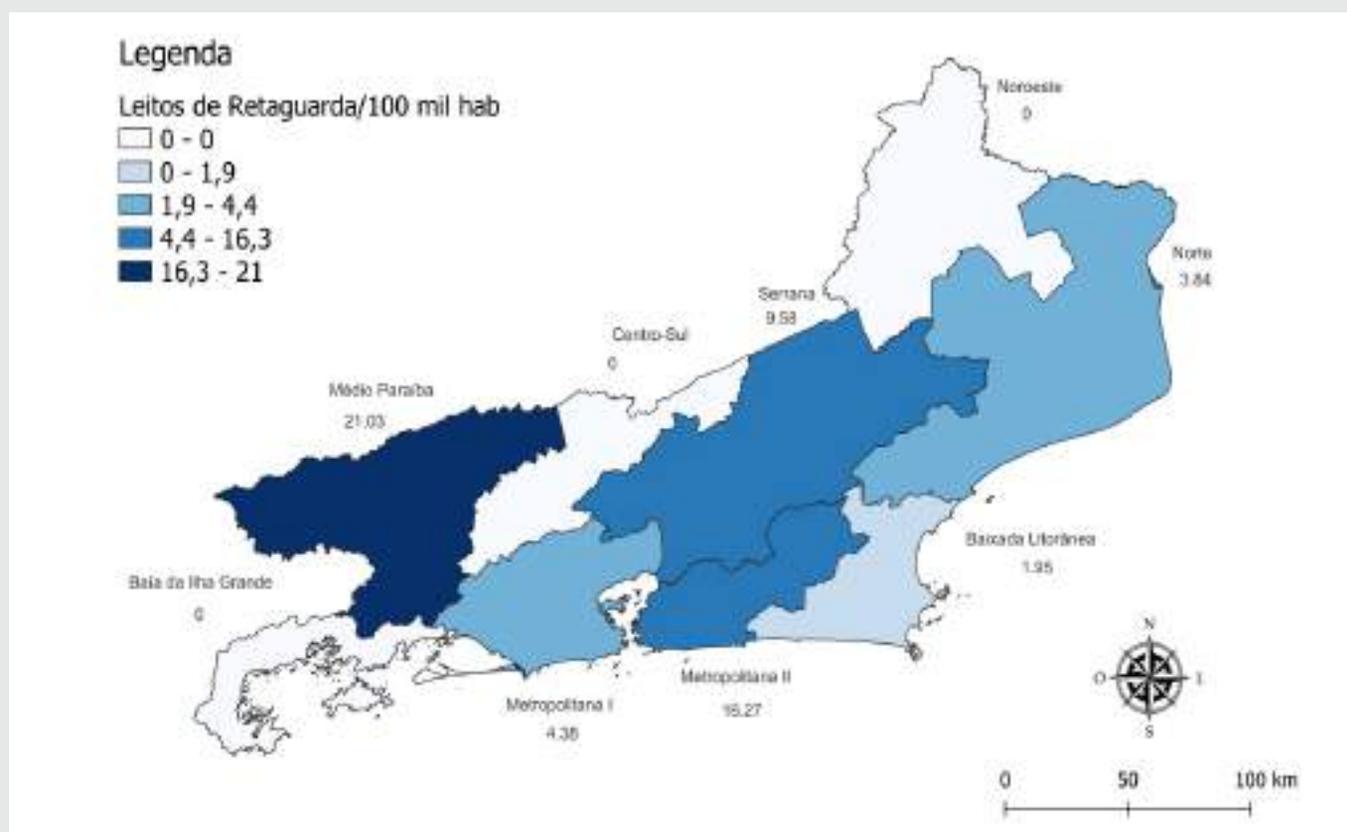
Região	Leitos de Retaguarda	Portas de Entrada RUE (Geral, Tipo I e Tipo II)	Leitos de UTI (Tipo II, Tipo III e Pediátrica tipo II)	SAMU	UPA (Porte I, II e III)
Baía da Ilha Grande	0	0	0	10	1
Baixada Litorânea	17	0	0	0	6
Centro-Sul	0	2	28	12	1
Médio Paraíba	194	5	36	21	3
Metropolitana I	464	8	90	69	47
Metropolitana II	349	1	50	29	9
Noroeste	0	0	0	0	1
Norte	37	3	96	0	1
Serrana	94	3	69	9	5
<b>ERJ</b>	<b>1.155</b>	<b>22</b>	<b>369</b>	<b>150</b>	<b>74</b>

Fonte: NEPI - Núcleo de Epidemiologia Pesquisa e Informação (NEPI/CGURG/SAES/MS).

Nota-se por essa tabela, que o quantitativo dos componentes da RUE habilitados pelo MS são inferiores ao conjunto de unidades apresentados no mapa da página 7. Ocorre que a distribuição das unidades apresentadas no mapa foi aquela que registraram alguma produção pelas formas de organização selecionadas nessa análise.

# Como estão distribuídos os componentes habilitados da RUE pelas regiões de Saúde do ERJ?

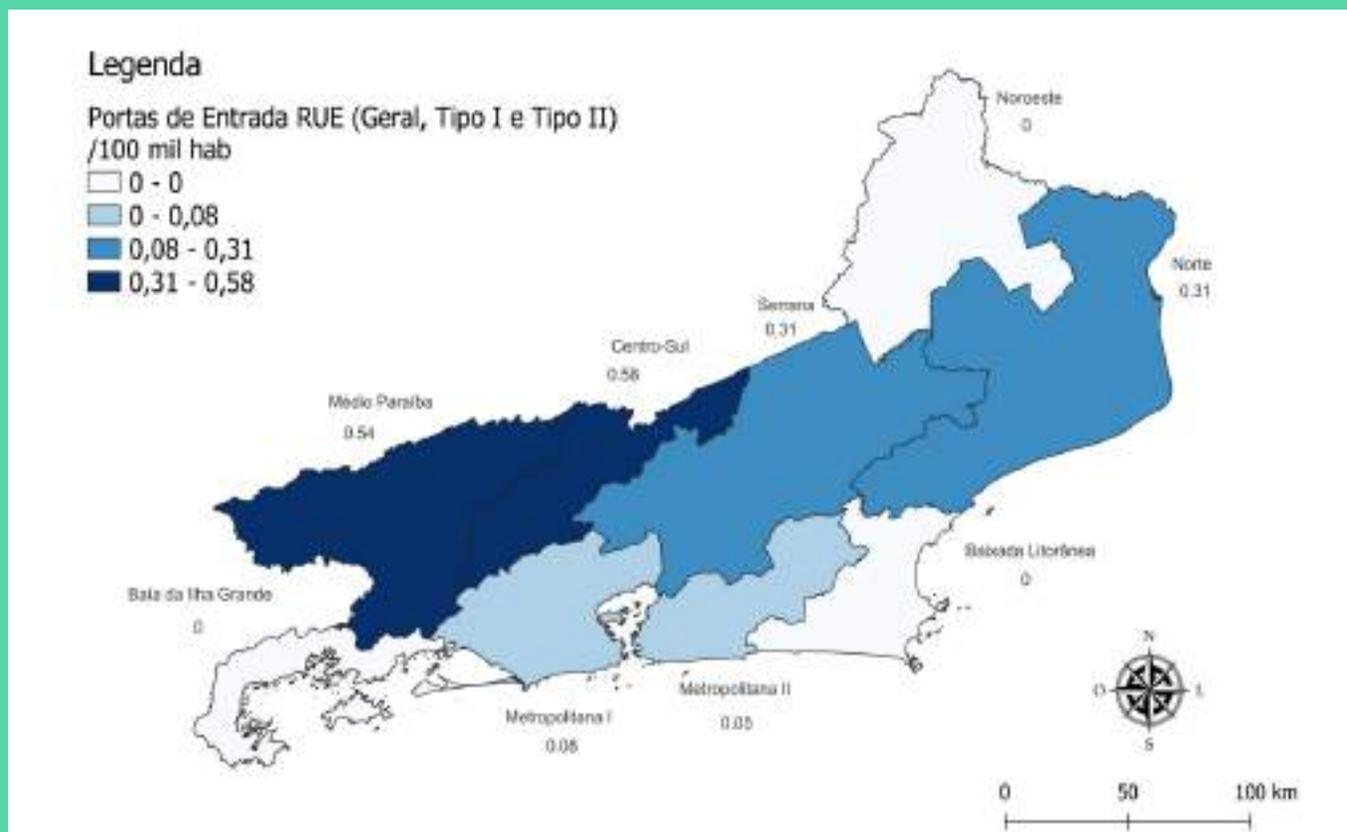
**Distribuição da capacidade instalada dos leitos de retaguarda habilitados da RUE em taxa por 100 mil pessoas, por regiões de saúde do ERJ, 2022**



Fonte: NEPI - Núcleo de Epidemiologia Pesquisa e Informação (NEPI/CGURG/SAES/MS).

A região do Médio Paraíba destaca-se em relação às demais. Também se observa os grandes vazios deixados pela ausência de leitos na região Noroeste, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande.

# Distribuição da capacidade instalada das portas de entrada (geral, tipo I e tipo II) habilitadas da RUE em taxa por 100 mil pessoas, por regiões de saúde do ERJ, 2022

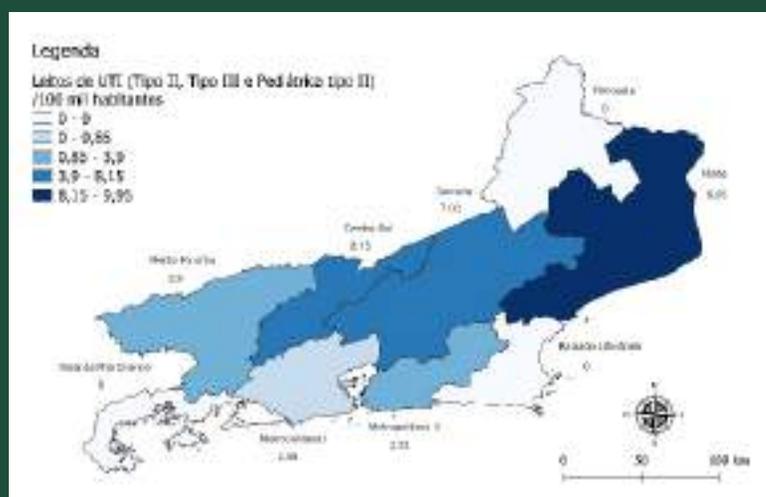


Fonte: NEPI - Núcleo de Epidemiologia Pesquisa e Informação (NEPI/CGURG/SAES/MS).

Nota-se o destaque das regiões Centro-Sul e Médio Paraíba. As regiões Norte e Serrana apresentam-se com valores intermediários nesta categoria, enquanto as demais mostram valores muito baixos, inferiores a 0,01 ou iguais a zero.

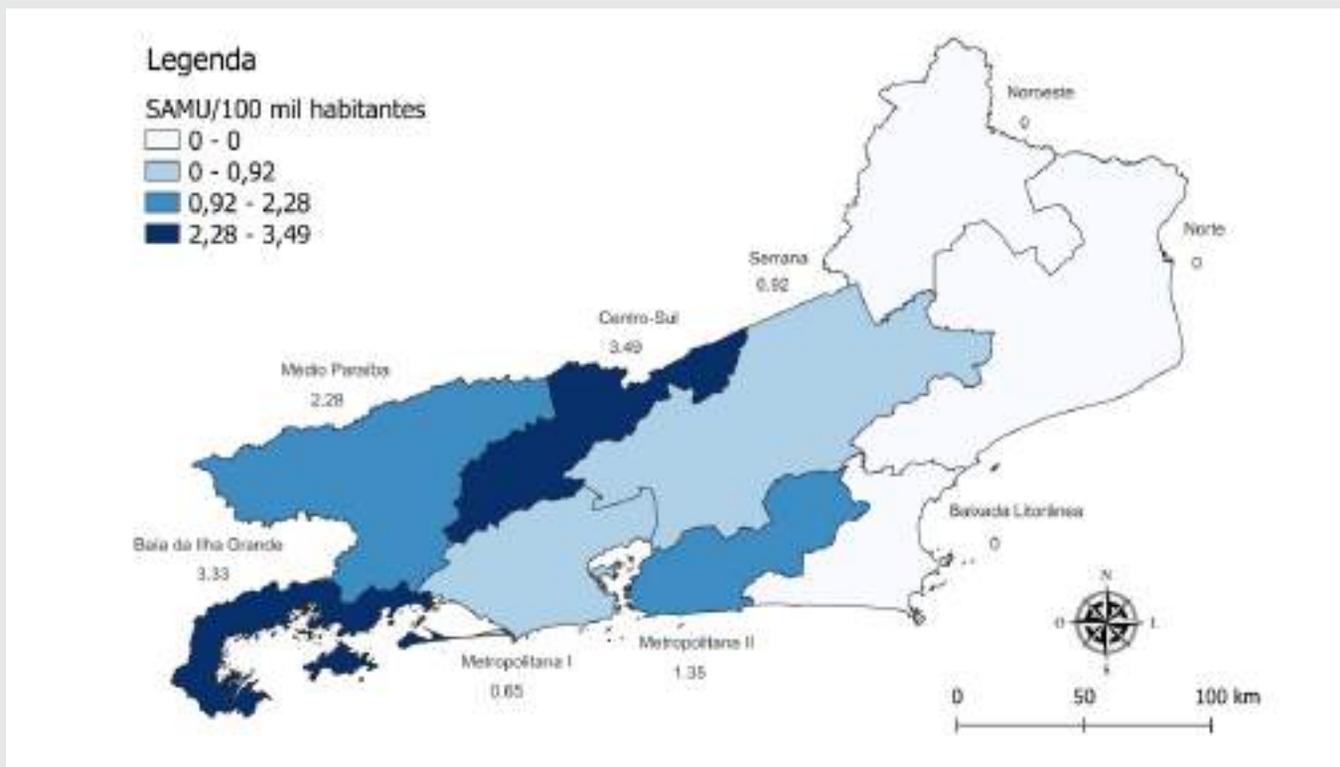
## Distribuição da capacidade instalada dos leitos de UTI (tipo II, tipo III e pediátrico tipo II) habilitados da RUE em taxa por 100 mil pessoas, por regiões de saúde do ERJ, 2022

A região Norte, seguida da Centro-Sul e da Serrana, apresentam os valores mais destacados. A Baía da Ilha Grande e a região Noroeste demonstram vazios assistenciais nesse componente.



Fonte: NEPI - Núcleo de Epidemiologia Pesquisa e Informação (NEPI/CGURG/SAES/MS)

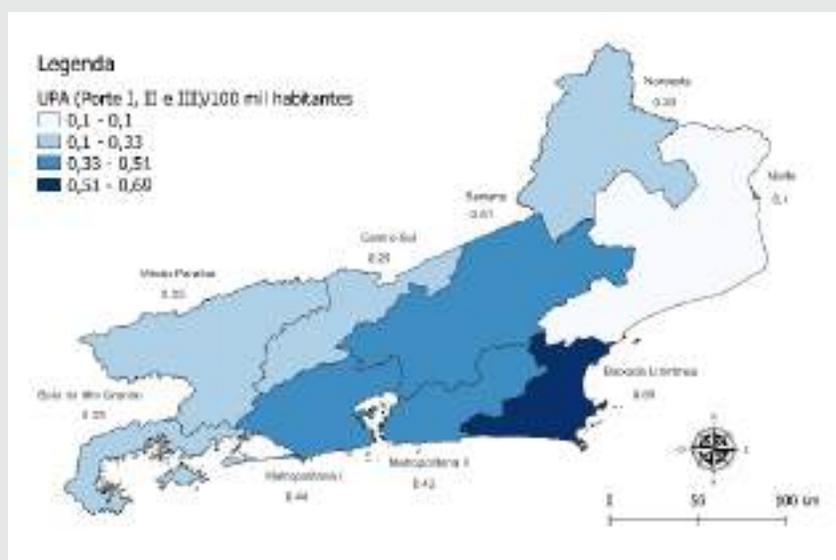
# Distribuição da capacidade instalada das unidades de SAMU habilitadas da RUE em taxa por 100 mil pessoas, por regiões de saúde do ERJ, 2022



Fonte: NEPI - Núcleo de Epidemiologia Pesquisa e Informação

A ausência de unidades ficam bem demarcado nas regiões Noroeste, Norte e Baixada Litorânea. A Baía da Ilha Grande apresenta junto com Centro-Sul as maiores taxas do ERJ.

# Distribuição da capacidade instalada das unidades de UPA (porte I, II e III) habilitados da RUE em taxa por 100 mil pessoas, por regiões de saúde do ERJ, 2022



A UPA é o único componente que está presente em todas as regiões de saúde, apesar de ser apenas uma unidade em 4 das 9 regiões.

Quando comparado com o quantitativo populacional, é a que aparece menos divergente em relação à capacidade instalada.

NEPI - Núcleo de Epidemiologia Pesquisa e Informação (NEPI/CGURG/SAES/MS).

# Recursos totais de repasses por portarias do Ministério da Saúde e cofinanciamento do Governo Estadual para a RUE das regiões de saúde do ERJ

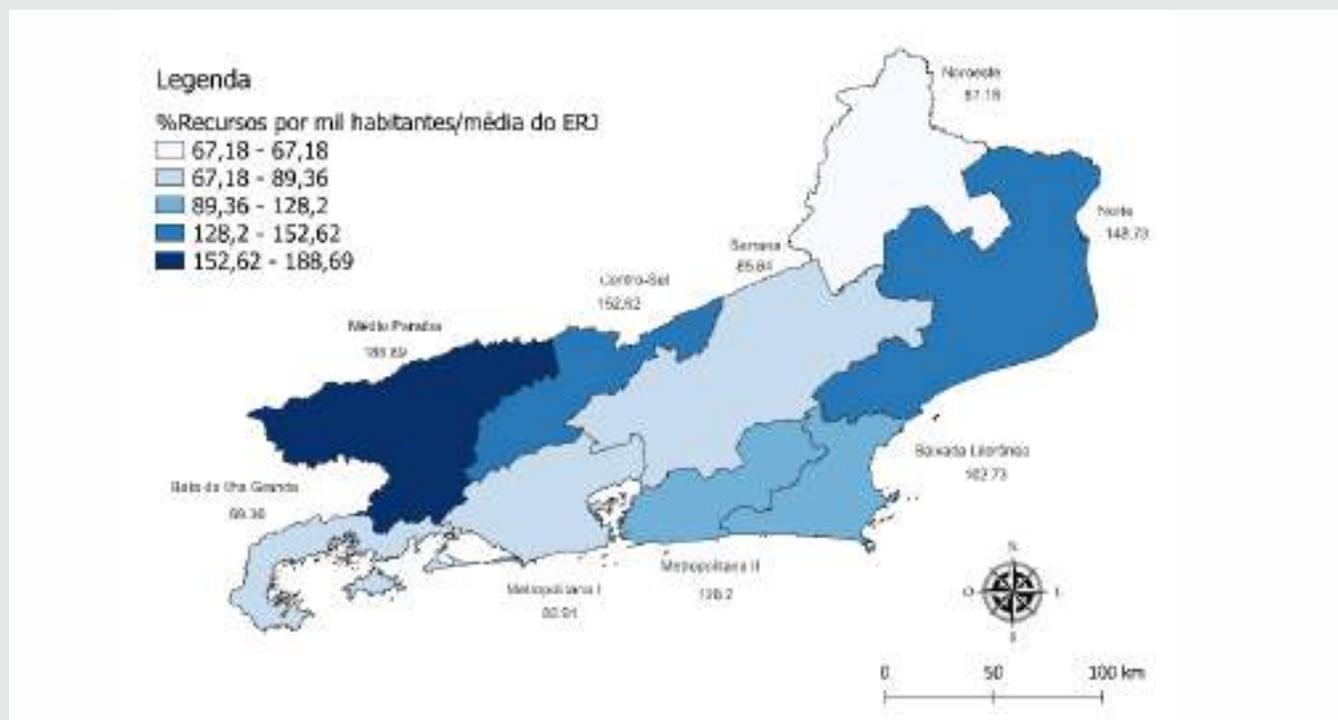
Região	Leitos de Retaguarda	Portas de Entrada RUE (Geral, Tipo I e Tipo II)	Leitos UTI (Tipo II, Tipo III e Pediátrica tipo II)	SAMU	UPA (Porte I, II e III)	Total de Recursos RUE	População	Recursos por mil habitantes
	R\$ mil	R\$ mil	R\$ mil	R\$ mil	R\$ mil	R\$ mil	N	R\$
Baía da Ilha Grande	0,00	0,00	0,00	6.903,53	5.400,00	12.303,53	300.287,00	40.972,56
Baixada Litorânea	1.396,13	0,00	0,00	0,00	39.600,00	40.996,13	870.304,00	47.105,52
Centro-Sul	0,00	2.400,00	3.164,81	7.678,46	10.800,00	24.043,28	343.570,00	69.980,72
Médio Paraíba	15.605,58	12.000,00	3.869,35	17.422,18	30.900,00	79.797,10	922.318,00	86.517,99
Metropolitana I	40.270,45	20.400,00	22.340,00	60.354,84	259.044,00	402.409,29	10.585.667,00	38.014,54
Metropolitana II	28.511,98	1.200,00	7.373,82	18.208,00	70.800,00	126.093,79	2.145.025,00	58.784,30
Noroeste	0,00	0,00	0,00	0,00	10.800,00	10.800,00	350.591,00	30.805,13
Norte	2.947,38	3.600,00	12.424,39	0,00	46.800,00	65.771,76	964.428,00	68.197,69
Serrana	7.446,00	6.000,00	7.594,69	6.688,85	10.800,00	38.529,54	981.159,00	39.269,41
<b>ERJ</b>	<b>96.177,50</b>	<b>45.600,00</b>	<b>56.767,06</b>	<b>117.255,85</b>	<b>484.944,00</b>	<b>800.744,41</b>	<b>17.463.349,00</b>	<b>45.852,85</b>
% s/ total de recursos	12,01	5,69	7,09	14,64	60,56	100,00		

Fonte: NEPI - Núcleo de Epidemiologia Pesquisa e Informação (NEPI/CGURG/SAES/MS).

Nota-se que em geral, as UPAs recebem a maior parte do total de recursos da RUE, sendo aproximadamente 60% de todos os recursos para o ano de 2022, chegando a R\$ 484 milhões, do montante total de R\$ 800 milhões. Desses R\$ 484 milhões, apenas R\$ 122 milhões foram custeados pelo ERJ, correspondendo a 25,2% do financiamento, enquanto os outros 74,8% são provenientes de recursos federais.

Enquanto para o SAMU, dos R\$ 117 milhões, 37% dos recursos foram financiados pelo ERJ enquanto os demais 63% pelo Governo Federal. Destacamos que o SAMU do município do Rio de Janeiro não recebe cofinanciamento do Governo do Estado.

## Distribuição do percentual de recursos por mil habitantes em relação à média de recursos do ERJ, por regiões de saúde



Fonte: NEPI - Núcleo de Epidemiologia Pesquisa e Informação (NEPI/CGURG/SAES/MS)

Nota-se que em geral, as UPAs recebem a maior parte do total de recursos da RUE, sendo aproximadamente 60% de todos os recursos para o ano de 2022, chegando a R\$ 484 milhões, do montante total de R\$ 800 milhões. Desses R\$ 484 milhões, apenas R\$ 122 milhões foram custeados pelo ERJ, correspondendo a 25,2% do financiamento, enquanto os outros 74,8% são provenientes de recursos federais.

Enquanto para o SAMU, dos R\$ 117 milhões, 37% dos recursos foram financiados pelo ERJ enquanto os demais 63% pelo Governo Federal. Destacamos que o SAMU do município do Rio de Janeiro não recebe cofinanciamento do Governo do Estado.

Dentre as regiões, Médio Paraíba e Centro-Sul possuem as taxas de recursos em geral por mil habitantes mais elevadas, sendo respectivamente 188% e 152% quando comparados com a taxa de recursos por mil habitantes do ERJ. Ainda, as regiões Metropolitana II, Norte e Baixada Litorânea, também recebem acima da média do estado. As demais recebem menos que a média do ERJ.

## Considerações Finais

A argumentação apresentada ao longo do texto e os números compilados sugerem que a 'menina dos olhos' da Política Nacional de Atenção às Urgências foi a expansão e manutenção das UPA 24H. É importante considerar que as UPA 24H são unidades que não encontram paralelo na experiência mundial. Constituem assim mais uma das 'jaboticabas' brasileiras na área da saúde?

Os dados de classificação de risco apresentados, mostra que a imensa maioria dos atendimentos realizados pela RUE do ERJ são classificados como 'azuis' ou 'verdes' (mais de 60% a 80%). Isto revela como há uma demanda exagerada aos serviços da RUE, uma vez que os atendimentos classificados como 'azuis' ou 'verdes', em termos de risco à saúde poderiam estar sendo realizados nas unidades da APS, com menor custo para o Sistema.

Como nos demais estudos realizados pelo Observatório de Políticas de Saúde do ERJ do COSEM-RJ, os dados levantados e analisados apresentam uma situação de enorme desigualdade entre as regiões de saúde. A Região Noroeste é a que apresenta maior deficiência, pois só conta com uma UPA 24H habilitada na RUE.

Nos últimos anos percebemos um maior apoio por parte da Secretaria de Estado da Saúde, no sentido de promover uma maior articulação entre os municípios de regiões menos sorvidas de recursos físicos e financeiros da RUE, demonstrada através de deliberações no fórum bipartite de gestores do SUS (CIB), aprovando os Planos de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências. Esse planejamento é precursor da implantação dos componentes da RUE e assim, espera-se uma diminuição desse hiato assistencial e de recursos financeiros nas regiões apontadas no estudo.



# SOBRE OS AUTORES



**Alice Medeiros Lima** – Mestre em Ensino na Saúde (UFF). Especialista em Saúde Mental e Psicanálise (UFF). Graduada em Enfermagem (UFF). Professora substituta na Universidade Federal Fluminense. Assessora Técnica e Apoiadora da Estratégia Apoiadores Regionais para as regiões Centro-Sul e Baía da Ilha Grande no COSEMS RJ.

**Ana Maria Auler Matheus Peres** – Doutora e Mestre em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Graduada em Administração pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC RJ). Pesquisadora do Grupo de pesquisa Saúde, Sociedade, Estado, Mercado (SEM). Professora titular dos cursos de Odontologia e Administração do Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE). Coordenadora Adjunta da parceria CEPESC, IMS/UERJ e COSEMS RJ.

**Carine dos Santos Lima** - Graduanda de Saúde Coletiva (IESC/UFRJ).

**Édnei César de Arruda Santos Junior** - Bacharel em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ).

**Lucas Manoel da Silva Cabral** – Mestre em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Graduado em Administração com ênfase em Gestão da Saúde (UNIFASE). Apoiador da Estratégia Apoiadores Regionais para a região Serrana no COSEMS RJ.

**Marcela de Souza Caldas** – Mestre em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Especialista em Promoção da Saúde (UFF). Especialista em Apoio à Saúde (UNICAMP). Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Enfermagem (UFF). Secretária Executiva e Facilitadora da Estratégia Apoiadores Regionais do COSEMS RJ.

**Mônica Testa Morangueira** - Mestre em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ). Graduada em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ). Sanitarista na Governança de Dados da Gestão Hospitalar do Hospital Municipal Evandro Freire. Assistente de Pesquisa na parceria IESC-UFRJ e COSEMS RJ.

**Nívia Rodrigues Stuckenbruck** - Mestre em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Farmácia (UFRJ).

**Patricia dos Santos da Silva** - Graduanda de Saúde Coletiva (IESC/UFRJ).



AUTORES

**Paula Cristina Pungartnik** – Sanitarista graduada em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ).

**Paulo Eduardo Xavier de Mendonça** - Doutor em Medicina pelo programa de Clínica Médica (UFRJ), Mestre em Clínica Médica (UFRJ), Graduado em Medicina (UFRJ). Professor adjunto da UFRJ e docente colaborador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do IESC. Membro do Conselho Deliberativo da ABRASCO, triênio 2021-2024.

**Paulo Henrique de Almeida Rodrigues** – Doutor e mestre em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Especialista em Desenvolvimento Internacional e Cooperação na *University of Ottawa*. Graduado em Ciências Sociais (UFF). Professor adjunto do Departamento de Políticas, Planejamento e Administração do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Coordenador do Grupo de pesquisa Saúde, Sociedade, Estado, Mercado (SEM).

**Rodrigo Alves Torres Oliveira** – Médico Sanitarista, graduado pela Faculdade de Medicina Souza Marques. Atuou como Secretário Municipal de Saúde de Niterói e Presidente do Cosems RJ na gestão do biênio 2023/2025. Assessor Técnico da Presidência na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

**Rodrigo Lages Dias** - Mestre em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Especialista em Vigilância Sanitária e Epidemiológica (Universidade de Ribeirão Preto). Especialista em Gestão em Saúde (ENSP/FIOCRUZ). Graduado em Medicina Veterinária pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Atuou como Subsecretário de Gestão da Atenção Integral da Saúde (SES/RJ). Assessor Técnico e Coordenador do Observatório de Políticas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro (COSEMS RJ) e Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região do Médio Paraíba no Rio de Janeiro (CISMEPA).

**Thauanne de Souza Gonçalves** - Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Enfermagem (UFRJ). Membro do Grupo de pesquisa Saúde, Sociedade, Estado, Mercado (SEM).



S  
U  
A  
A  
U  
T  
O  
R  
I  
A



POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESTADO DO RJ

# OBSERVATÓRIOSUS

[www.cosemsrj.org.br/observatorio](http://www.cosemsrj.org.br/observatorio)