



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL NORTE**

**PLANO DE AÇÃO REGIONAL  
DA  
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO NORTE  
-RUE-**

**NOVEMBRO  
2015**



**Governador** Luiz Fernando de Souza (Pezão)

**Vice-Governador** Francisco Oswaldo Neves Dornelles

**Secretário de Estado de Saúde** Felipe dos Santos Peixoto

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

**Assessoria Técnica de Integração Regional** Izabela Matos Ribeiro

**Subsecretaria de Atenção à Saúde** Monica Morrissy Martins Almeida

**Representante Nível Central SES/ RJ / Região Norte** Maria de Fátima Cavaleiro

**Coordenador Estadual de Urgência e Emergência** Eduardo Lenini da Silva Santana

**Secretário de Saúde de Campos dos Goytacazes** Geraldo Augusto Pinto Venâncio

**Secretária de Saúde de Carapebus** Maria de Jesus Barboza

**Secretária de Saúde de Conceição de Macabu** Karla Andrade Vecci

**Secretário de Saúde de Macaé** Pedro Reis Pereira

**Secretária de Saúde de Quissamã** Simone Flores S. Oliveira Barros

**Secretário de Saúde de São Fidélis** Claudinei Bragança Rodrigues

**Secretário de Saúde de São Francisco de Itabapoana** Jayme Tinoco Netto

**Secretária de Saúde de São João da Barra** Denise Marília Esteves

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Dr. Felipe Peixoto.

A todos os Secretários Municipais de Saúde da Região Norte, sempre na busca pela excelência na qualidade da saúde em seus municípios e pela confiança depositada no Grupo de Trabalho

Aos membros da Comissão Intergestores Regional - CIR / Norte pelo empenho, dedicação e participação com fornecimento de informações necessárias a elaboração do Plano.

Ao incondicional apoio da Coordenação Estadual de Urgência e Emergência.

Aos membros do Grupo de Trabalho da RUE que trabalharam na elaboração deste Plano de Ação da RUE, dedicando horas e conhecimentos técnicos necessários para a efetivação do presente trabalho.

***Grupo Técnico da Rede de Urgência e Emergência  
Região Norte do Estado do Rio de Janeiro***

**GT de Urgência e Emergência da Região Norte / RJ:**

Campos dos Goytacazes - Carlos Roberto Guerra Freitas

Carapebus - Luciana Bento

Conceição de Macabu - Ieda Afonso Rocha Danetra

Macaé - Luciano Ferreira Fernandes

Quissamã - Felipe Pena

São Fidélis - Marcélio de Araújo Pinto

São Francisco de Itabapoana - Luís Otávio Vasconcelos de Andrade

São João da Barra - Cristiano Gonzaga Seixas Garcia

Secretaria Executiva / CIR – Geane Baptista

COSEMS / RJ - Apoiador Regional – D’Stefano Marcondes

# PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGIÃO NORTE

## SUMÁRIO

### I) INTRODUÇÃO

- 1.1 – Arcabouço Legal
- 1.2 – Objetivos da Rede de Atenção às Urgências e Emergências
- 1.3 – Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências

### II) CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO NORTE

- 2.1 – Mapa da região
- 2.2 – Demografia
- 2.3 – Vias de acesso

### III) DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

- 3.1 – Morbidade
- 3.2 – Mortalidade
- 3.3 – Capacidade Instalada na Atenção Primária
- 3.4 – Número de internações por local de residência
- 3.5 – Número de consultas de emergência especializada e básica

### IV) COMPONENTES DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 4.1 – Componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência
- 4.2 – Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde
- 4.3 – Atenção Básica em Saúde
- 4.4 – Atenção Domiciliar
- 4.5 – Sala de Estabilização
- 4.6 – Força Nacional do SUS
- 4.7 – Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU
- 4.8 – Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h
- 4.9 - Atenção Hospitalar
  - 4.9.1 - Portas de Entrada da RUE Região Norte
  - 4.9.2 – Leitos Clínicos e Intensivos de Retaguarda
  - 4.9.3 – Leitos de Cuidados Prolongados
  - 4.9.4 - Unidade Coronariana
  - 4.9.5 - Unidade de Acidente Vascular Cerebral

### VI) Complexo de Regulação

### VI) ANEXO – Plano de Aplicação da RUE (Modelito)

## I. INTRODUÇÃO

A Portaria Ministerial Nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), tem por objetivo ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de Urgência e Emergência. Busca melhorar a articulação e a comunicação entre a Central de Regulação do SAMU 192, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA's 24 h), as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades Hospitalares, tornando o atendimento ainda mais rápido e eficaz, com o objetivo de reduzir as mortes ou seqüelas ao paciente.

A adesão do Estado do Rio de Janeiro à Rede de Atenção às Urgências ocorreu em novembro de 2011, sendo definidas como prioritárias para início da implantação as regiões Metropolitanas I e II, a partir da instituição do Grupo Condutor Estadual de Atenção às Urgências.

Esse processo deu-se em sintonia com as atividades do Comitê Gestor de Atenção às Urgências do Estado do Rio de Janeiro, que, desde 2009, coordenou a criação e implantação dos Comitês Gestores de Urgência e Emergência em todas as Regiões de Saúde do Estado e definiu as diretrizes para o Plano Estadual e os Regionais de Urgência e Emergência.

Em 2011 foi elaborado pelo grupo de trabalho da Comissão Intergestores Regional – CIR da Região Norte do Estado do Rio de Janeiro (CIR/N), um Plano Regional de Urgência que foi aprovado através da Deliberação CN-RJ Nº 6 DE 9/12/2011 e encaminhado ao Comitê Condutor Estadual que orientou para a adequação com base na Portaria 1600/2011; a região deu continuidade a discussão para implantação do componente SAMU regional, sendo elaborado um projeto que foi apresentado e aprovado na 2ª Reunião Ordinária da CIR/Norte realizada em 27/02/2012 e aprovado na CIB através da Deliberação CIB-RJ Nº 1.730 de 12/02/2012.

As Secretarias Municipais de Saúde pertencentes à CIR/N, entendendo a importância da conformação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e a necessidade de aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) que deve assegurar ao usuário um conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência, resolveu que um Grupo de Trabalho efetivasse a readequação do Plano de Ação Regional de Urgência e Emergência com as

orientações do Grupo Condutor Estadual de acordo com a Portaria 1600/2011, com o objetivo da organização da Rede de Urgência e Emergência na Região Norte do Estado do Rio de Janeiro, pois, a situação de saúde da população apresenta desafios a serem superados pelos diferentes pontos de atenção do sistema que deverá se dá através da organização da atenção por meio de uma rede integrada, observando o cenário epidemiológico da região, principalmente no que tange ao crescente número de doenças crônicas (pelo envelhecimento populacional), que se caracterizam fortemente pela sobreposição de agravos, em um mesmo indivíduo, os Acidentes de Trânsito e a violência.

Uma rede de atenção à saúde é organizada para beneficiar uma população definida de um determinado território sanitário micro ou macrorregional, definindo as formas de acesso, com qualidade e resolutividade.

A matriz operacional de uma rede de atenção prevê a organização dos pontos de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, sendo os mesmos interligados por sistemas logísticos de transporte, de regulação e de prontuário, sempre apoiados por um sistema diagnóstico e terapêutico, de informação e de assistência farmacêutica.

Esta forma de organização em redes integradas é possível através da implantação de uma diretriz clínica, ou seja, uma “linguagem única” que permeie toda a rede de atenção à saúde, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada demanda. Esta “linguagem única” se faz com a implantação de um protocolo de classificação de risco em toda a rede, permitindo uma comunicação acertada e uma pronta assistência do usuário em risco. Além disso, o protocolo é uma ferramenta de comunicação, corresponsabilização e regulação da rede, oferecendo os elementos necessários para definição das competências dos vários serviços, a pactuação entre eles e a gestão da rede.

A determinação das prioridades clínicas permite definir as competências dos diversos serviços de saúde e os fluxos internos e externos após a classificação de risco:

- Atribuindo tempos de espera para atendimento médico;
- Definindo modelos de observação de acordo com a gravidade atribuída;
- Avaliando a necessidade da estrutura física do atendimento;
- Modificando os fluxos e processos de trabalho;
- Mensurando resultados obtidos.

Os fluxos definidos serão pactuados internamente aos serviços, entre os diversos profissionais e setores, assim como devem ser pactuados entre os vários serviços que integram a rede de urgência e emergência.

Desta pactuação, além dos serviços nos vários níveis de atenção, devem participar o sistema de regulação e o sistema logístico de transporte de urgência.

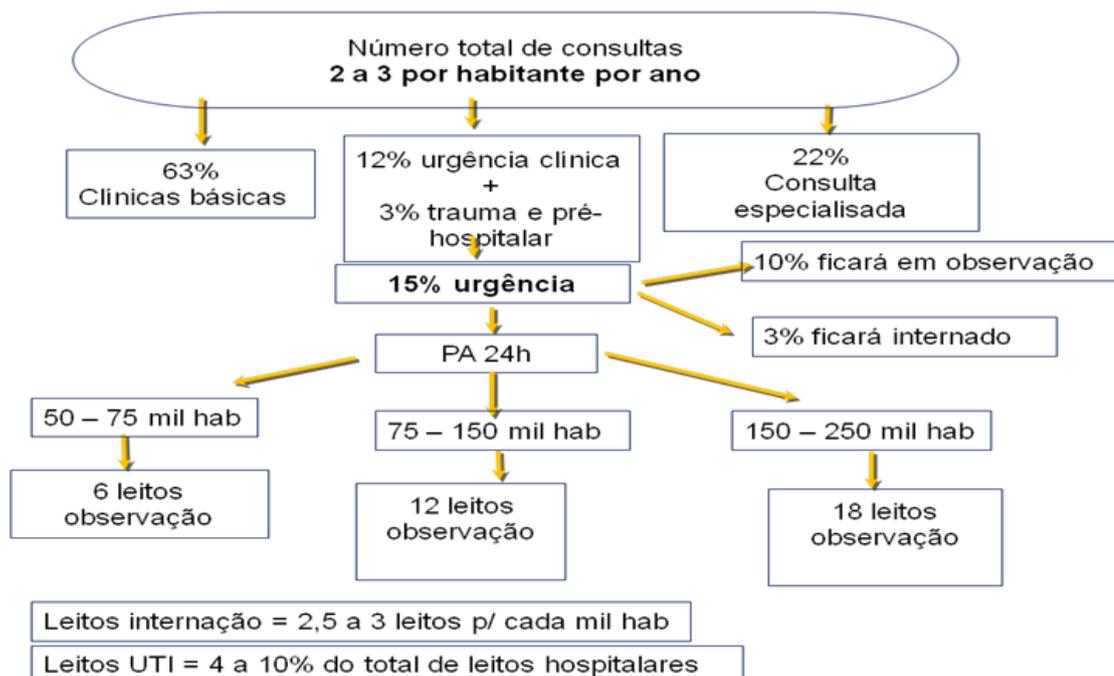
Outros dois critérios fundamentais para a organização da rede de resposta às condições agudas são:

- Informatização dos processos;
- Comando Único (Sistema de Governança)

O presente estudo propõe ser um documento orientador para a execução da fase de implementação da Rede de Urgência e Emergência na Região Norte servindo de base para elaboração futura dos Planos Municipais dos oito municípios, além de pretender influenciar de forma decisiva na medida na organização do sistema, otimizando os recursos financeiros disponíveis e os Recursos Humanos valiosos e escassos.

Este Plano foi elaborado coletivamente pelos Coordenadores Municipais que compõem a Região Norte de Saúde, a Coordenação Regional da CIR, os representantes / diretores dos Hospitais que irão compor a Rede de Urgência e Emergência da Região e dos gestores e técnicos municipais.

Para dimensionamento da necessidade de saúde em urgência e emergência foram utilizados os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101/ 2002. A aplicação destes parâmetros permite uma primeira ordem de grandeza para o dimensionamento da necessidade de saúde e, conseqüentemente, do quantitativo de procedimentos e serviços que devem ser oferecidos à população.



## 1.1 - ARCABOUÇO LEGAL

### ➤ DECRETOS, PORTARIAS E RESOLUÇÕES:

☒ **Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011** Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS.

☒ **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

☒ **Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004** Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências.

☒ **Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002** Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

☒ **Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008**, Portaria nº 2.657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004, dentre outras de Regulação;

☒ **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

☒ **Resolução MS/ANVS Nº 443, de 9 de Junho de 2011**, que Aprova a conformação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) articulada a todas as redes de atenção presentes no território e Aprova a criação da Força Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde - SUS;

☒ **Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS);

☒ **Portaria GM/MS nº 1.601, de 7 de julho de 2011** Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências;

☒ **Portaria GM/MS nº 2.029, de 24 de agosto de 2011** Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria GM/MS nº 2.026, de 24 de agosto de 2011 Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências;

☒ **Portaria GM/MS nº 2.301, de 29 de setembro de 2011** Altera os arts. 35 e 40 da Portaria GM/MS nº 2.026, de 24 de agosto de 2011, que aprova as Diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);

☒ **Portaria GM/MS nº 2.338, de 3 de outubro de 2011** Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências;

☒ **Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011** Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

☒ **Portaria MS/SAS nº 672, de 18 de outubro de 2011** Estabelece normas para o cadastramento, no SCNES, de estabelecimentos e equipes que farão parte da Atenção Domiciliar no SUS, constante do anexo I;

☒ **Portaria MS/GM Nº 2.649, de 7 de Novembro de 2011**, que altera e acresce dispositivos à Portaria MS/GM 2.026/MS/GM, de 24 de agosto de 2011 ( SAMU);

☒ **Portaria MS/GM Nº 2.994, de 13 de Dezembro de 2011**, que aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio - IAM e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas - SCA;

☒ **Portaria GM/MS nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011**, que Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS);

☒ **Portaria MS/GM Nº 3.024, de 21 de Dezembro de 2011**, que Institui incentivo financeiro destinado aos estabelecimentos hospitalares que se caracterizam como entidades beneficentes de assistência social na área da saúde e que prestam 100% (cem por cento) dos seus serviços de saúde exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) ( Incentivo 100% SUS);

☒ **Portaria GM/MS nº 148, DE 31 DE JANEIRO DE 2012**. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

☒ **Portaria MS/GM Nº 665, de 12 de Abril de 2012**, que Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral ( AVC ), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidado em AVC;

▣ **Portaria MS/GM Nº 929, de 10 de maio de 2012**, que Institui o Incentivo Financeiro 100% SUS destinado às unidades hospitalares que se caracterizam como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e que destinem 100% ( cem por cento) de seus serviços de saúde,

## **1.2 - OBJETIVOS DO PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DA RUE NA REGIÃO NORTE**

O objetivo Geral é ampliar e organizar o acesso humanizado e integral dos usuários em situações de urgência e emergência através da integração de todos os componentes e serviços de saúde de forma ágil e adequada, priorizando as linhas do cuidado Cardiovascular, Cérebro Vascular e Traumatológica, instituindo o Acolhimento com Classificação de Risco como linguagem única da rede.

Como princípios organizativos para a estruturação da rede, foram considerados o tempo de acesso, a distribuição regional do recurso, a economia de escala e escopo.

- Organizar rede loco-regional de atenção integral as urgências e emergências;
- Implantar as linhas de cuidados prioritárias (cardiovascular, cerebrovascular e traumatologia), melhorando o acesso e a qualidade da assistência à população;
- Implantar o SAMU regional;
- Implantar a Central de Regulação de Urgência e Emergência;
- Ampliar o acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;
- Qualificar a assistência às urgências e emergências;
- Realizar o transporte inter-hospitalar de pacientes graves;
- Apresentar o financiamento federal proposto pelo Ministério da Saúde em conformidade com as diversas portarias que versão sobre RUE e suas linhas de cuidado.

### **1.3 - DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;

II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;

IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;

VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;

XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e

XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

## **II. CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO NORTE**

Localizada entre o Estado do Espírito Santo e as regiões Noroeste, Serrana e Baixada Litorânea, a região Norte é formada por oito municípios e corresponde a 21% da área total do Estado do Rio de Janeiro. Somente o município de Campos equivale a 44% da região. Seus municípios se localizam a distâncias consideráveis da capital do Estado, em especial São Francisco do Itabapoana e São João da Barra.

A Região Norte vem sendo impactado na última década pela atividade de extração de petróleo e gás natural na Bacia de Campos, sofrendo visível aumento demográfico (especialmente urbano). Os municípios de maior destaque quanto ao crescimento populacional foram Carapebus, Macaé e Quissamã. O Município de São João da Barra apresenta a terceira maior densidade demográfica da região e, com a implantação de um porto marítimo de grande porte para processamento e exportação de minério de ferro (Porto do Açú), tende a se expandir pela atração de mão-de-obra e a dinamização do setor habitacional.

De acordo com a FIRJAN (Decisão Rio 2011-2013 e 2012-2014) estão previstos para a região os seguintes investimentos e projetos: OGX (exploração de petróleo), Alcana Agroenergética (álcool), Chevron, Zona Especial de Negócios (ZEN), Projetos de Engenharia de Saneamento (Rio Limpo), Complexo Logístico e Industrial de Barra do Furado, Dequisa, Parque

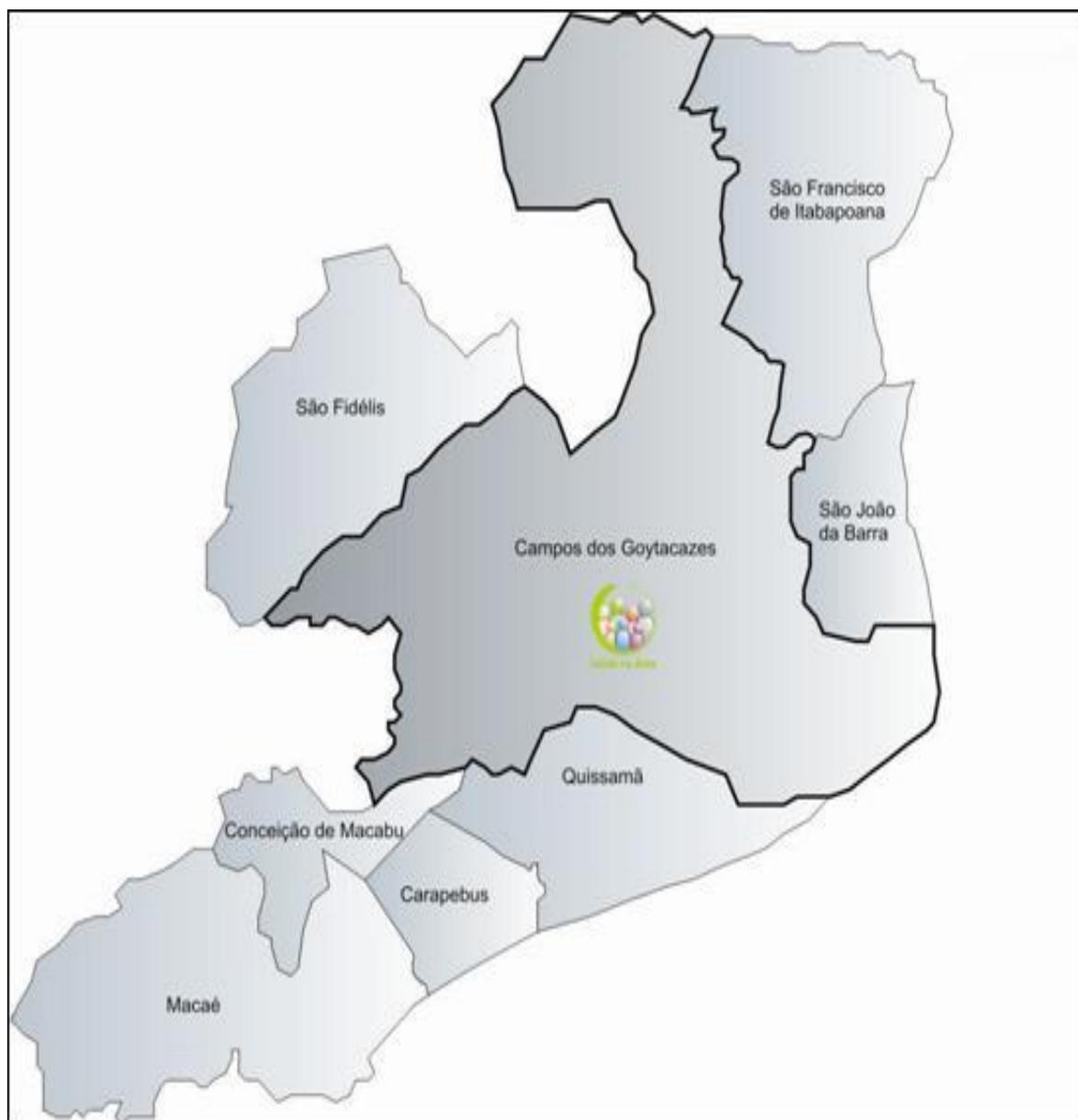
## Eólico, Termelétrica do Açú e Porto do Açú.

O PIB per capita em relação ao desempenho municipal em 2010, os municípios de Campos dos Goytacazes e Macaé mantiveram suas posições no ranking entre os cinco municípios destacaram-se na liderança das participações no PIB do Estado. O 2º maior PIB per capita é do Município de Quissamã seguido de São João da Barra e Carapebus que se destacam pela exploração do petróleo e gás natural. E encontram-se também a região Norte, o menor PIB per capita do estado em Conceição de Macabu.

TERRITÓRIO	PIB per capita (R\$)
Estado	25.455
Campos dos Goytacazes	46.445
Carapebus	12.032
Conceição de Macabu	7.933
Macaé	48.568
Quissamã	125.713
São Fidélis	10.332
São Francisco de Itabapoana	11.848
São João da Barra	71.140

Fonte: IBGE, em parceria com o Órgão Estadual de Estatística e Secretaria Estadual de Governo.

## 2.1 - MAPA DA REGIÃO



## 2.2 – DADOS DEMOGRÁFICOS

A Região Norte do Estado do Rio de Janeiro é composta pelos municípios de Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra com um total de **836.915** habitantes, população esta estimada pelo IBGE para 2010.

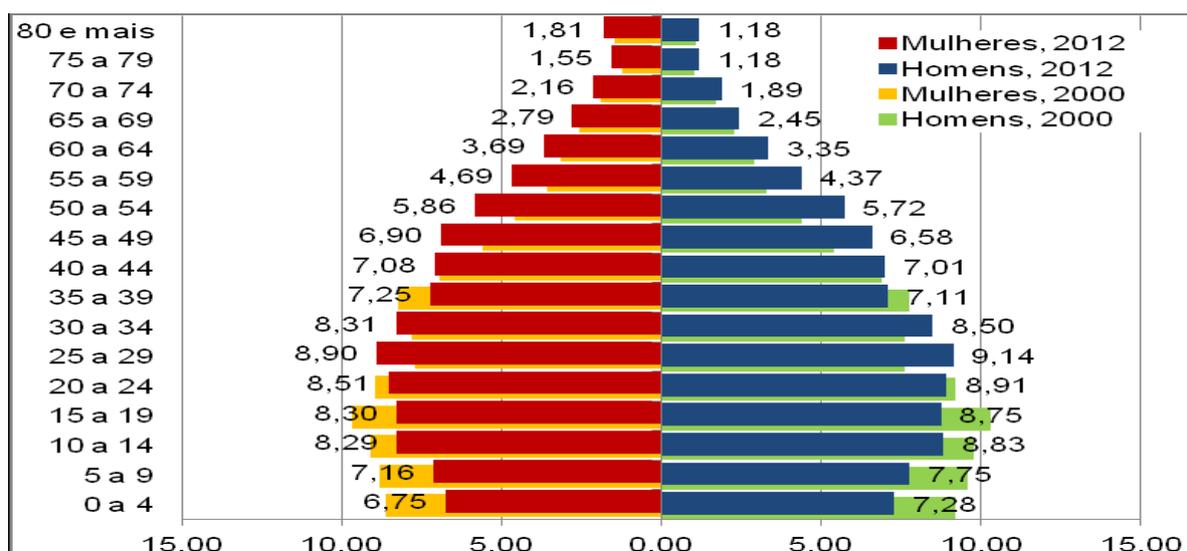
### ÁREA E DADOS POPULACIONAIS– RJ, 2010.

REGIÕES/ESTADO	Área (km <sup>2</sup> )	% da área em relação à região	População	% da população na região	Densidade Demográfica
Norte	9.220,8	21,06	836.915	5,40	90,77
Campos dos Goytacazes	4.026,70	43,67	463.731	55,41	115,16
Carapebus	308,10	3,34	13.359	1,58	45,52
Conceição de Macabu	347,30	3,77	21.211	2,52	62,23
Macaé	1.216,80	13,20	206.728	24,70	179,12
Quissamã	712,90	7,73	20.242	2,47	29,79
São Fidélis	1.031,60	11,19	37.543	4,47	36,50
São Francisco de Itabapoana	1.122,40	12,17	41.354	4,94	36,87
São João da Barra	455,00	4,93	32.747	3,91	73,65
Estado	43.779,8	-	15.989.929	-	365,23

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010, resultados do universo, e Estimativas populacionais 2012.

A estrutura etária da região possui padrão de envelhecimento, com aumento da expectativa de vida, e aumento significativo da população de 40 a 64 anos. Diminuição da fecundidade e aumento da faixa entre 25 e 34 anos; a taxa de fecundidade na Região, assim como no Estado, está abaixo da taxa de reposição. A partir da faixa de 10-14 anos observa-se que população masculina possui um padrão de mortalidade maior que feminina, com pico na faixa de 20-29 anos. Esse padrão somente reverte na faixa de 70-79 anos, possivelmente influenciado pela expectativa de vida da população feminina, maior que a masculina.

## ESTRUTURA ETÁRIA DA REGIÃO NORTE, 2000-2012



A região possui uma cobertura de 33,60% por Planos de Saúde Privados.

### COBERTURA DE PLANOS DE SAÚDE PRIVADO NA REGIÃO NORTE, 2012.

TERRITÓRIO	Proporção da população que dispõe de planos de saúde privado
Norte	33,60
Estado	36,58

### 2.3 - VIAS DE ACESSO

A região é cortada pela a BR 101, a via de acesso responsável pela maior parte de tráfego de carga entre o sul e o restante do país. Limita-se a oeste com o Noroeste Fluminense, ao norte com o Espírito Santo, a sudoeste com a Região Serrana, ao sul com a Região dos Lagos e a leste com o Oceano Atlântico.

A Região vem recebendo um incremento significativo de novos veículos que aliado a falta de planejamento urbanístico, precária disponibilidade de transporte coletivo e alternativo e diminuição de profissionais responsáveis pelas fiscalizações das rodovias, está levando a um trânsito mais violento e com congestionamentos.

O número de acidentes vem aumentando, mas segundo um estudo realizado na região os municípios de Macaé, de 2006-2010, mostra que esses números não foram superados pelas mortes violentas (homicídio doloso, latrocínio e confronto com a polícia).

Para análise do tempo resposta sobre o acesso as unidades hospitalares ou postos de urgência 24h da região, apresentamos as distâncias e o tempo gasto de deslocamento entre os municípios.

#### DISTÂNCIA ENTRE OS MUNICÍPIOS DA REGIÃO NORTE

	<b>CAMPOS</b>	<b>CARAPEBUS</b>	<b>C.MACABU</b>	<b>MACAÉ</b>	<b>QUISSAMÃ</b>	<b>S.FIDÉLIS</b>	<b>S.F.ITAB.</b>	<b>S.J.BARRA</b>
<b>CAMPOS</b>	0	86,6KM 1H8m	83,9Km 1h8min	104Km 1h25min	77,1Km 1h3min	50,9Km 44min	56,7Km 54min	45,1Km 46min
<b>CARAPEBUS</b>	86,6KM 1H8m	0	28,2Km 27min	28Km 28min	17,1Km 17min	138Km 1h57min	145Km 2h8min	131Km 1h55min
<b>C.MACABU</b>	83,9Km 1h8min	28,2Km 27min	0	47Km 45min	37Km 32min	134Km 1h51min	140Km 2h2min	127Km /1h49min
<b>MACAÉ</b>	104Km 1h25min	28Km 28min	47Km 45min	0	44,7Km 44min	155Km 2h11min	163Km 2h22min	148km 2h9min
<b>QUISSAMÃ</b>	77,1Km 1h3min	17,1Km 17min	37Km 32min	44,7Km 44min	0	127Km 1h45min	134Km 1h57min	120Km 1h44min
<b>S.FIDÉLIS</b>	50,9Km 44min	138Km 1h57min	134Km 1h51min	155Km 2h11min	127Km 1h45min	0	108Km 1h38min	98,2Km 1h29min
<b>S.F.ITAB.</b>	56,7Km 54min	145Km 2h8min	140Km 2h2min	163Km 2h22min	134Km 1h57min	108Km 1h38min	0	102Km 1h41min
<b>S.J.BARRA</b>	45,1Km 46min	131Km 1h55min	127Km /1h49min	148km 2h9min	120Km 1h44min	98,2Km 1h29min	102Km 1h41min	0

Fonte: Google Maps.

### III. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

#### 3.1 – MORBIDADE

A região Norte possui, em proporção de internações, como principal causa de internação masculina a Pneumonia (7,77%), enquanto a feminina, excetuando parto, são as “Outras complicações da gravidez e do parto” (5,68%). Ambos em consonância com a proporção apresentada pelo estado.

#### Cinco principais causas de internação masculina e feminina segundo a lista de morbidade (proporção de internação), 2010.

TERRITÓRIO	1º	2º	3º	4º	5º
NORTE (masculina)	Pneumonia	Fratura de outros ossos dos membros	Hérnia inguinal	Esquizofrenia	Insuficiência cardíaca
	7,77%	4,65%	3,53%	3,29%	3,19%
ESTADO (masculina)	Pneumonia	Fratura de outros ossos dos membros	Transtornos de Condução e Arritmias Cardíacas	Hérnia inguinal	Outras Doenças Bacterianas
	9,98%	3,67%	3,93%	3,46%	2,98%
NORTE (feminina)	Parto único espontâneo	Outras complicações da gravidez e do parto	Pneumonia	Colelitíase e colecistite	Aborto espontâneo
	15,88%	5,68%	5,01%	3,55%	2,97%
ESTADO (feminina)	Parto único espontâneo	Outras complicações da gravidez e do parto	Pneumonia	Outras gravidezes que terminam em aborto	Colelitíase e colecistite
	21,34%	6,57%	5,62%	2,57%	2,55%

Fonte: Datasus / SIH, 2010.

### 3.2 – MORTALIDADE

Em relação à causa de mortalidade, a região apresenta como primeira causa de óbito masculino e feminino a *Pneumonia*, ambos em consonância com a incidência do mesmo no Estado do Rio de Janeiro. Vale ressaltar, a presença Traumatismo Intracraniano entre as principais causas de Mortalidade masculina e feminina na região Norte do Rio de Janeiro.

#### CINCO PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO MASCULINA E FEMININA SEGUNDO A LISTA DE MORBIDADE (PROPORÇÃO DE INTERNAÇÃO), 2010.

TERRITÓRIO	1º	2º	3º	4º	5º
NORTE (masculina)	Pneumonia	Septicemia	Outras doenças bacterianas	Insuficiência Cardíaca	Traumatismo Intracraniano
	11,14%	7,22%	6,12%	4,23%	3,61%
ESTADO (masculina)	Pneumonia	Septicemia	Insuficiência Cardíaca	Acidente Vascular Cerebral	Traumatismo Intracraniano
	9,62%	7,45%	6,12%	6,09%	2,72%
NORTE (feminina)	Pneumonia	Septicemia	Outras doenças bacterianas	Insuficiência Cardíaca	Traumatismo Intracraniano
	12,29%	12,19%	8,93%	4,37%	1,12%
ESTADO (feminina)	Pneumonia	Septicemia	Infecção Meningocócica	Acidente Vascular Cerebral	Insuficiência Cardíaca
	9,70%	8,28%	8,28%	6,86%	6,22%

Fonte: Datasus: SIH, 2010.

Na região Norte, 23 unidades de saúde realizam o serviço de notificação de violência, dentre estes 10 estão localizadas no município de Macaé. Destas, os municípios de Carapebus, Macaé e Quissamã superaram as metas de 01, 09 e 02 unidades pactuadas, apresentando 03, 10 e 05, respectivamente. Os municípios de São Fidélis e São João da Barra atingiram a meta de 01 unidade cada, estipulada para seus municípios.

Na região foram registrados 19 óbitos maternos, 14 no município de Campos dos Goytacazes (meta de 05 casos) e 05 em Macaé (meta de 03). Portanto, com exceção destes municípios, os demais atingiram a meta pactuada.

Os óbitos infantis na região somam 178 casos, representando aproximadamente 5,81% dos óbitos do estado. Os seguintes municípios pactuaram e atingiram suas respectivas metas para o ano de 2012: Conceição de Macabu, que apresentou 02 óbitos (meta de 04) e Quissamã, que registrou 03 óbitos (meta de 03 óbitos). Os municípios de Campos dos Goytacazes e Macaé pactuaram taxas de mortalidade infantil. Destes, somente Campos dos Goytacazes atingiu sua meta de 16,50, alcançando a taxa de 16,37.

No que se refere à proporção de óbitos infantis e fetais investigados nenhum dos municípios atingiu a meta determinada. Vale ressaltar que a proporção de municípios ignorados/não preenchidos, representa 54,86%.

As metas de proporção de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados não foram atingidas por nenhum dos municípios da região. A proporção de óbitos investigados que apresentam municípios ignorados ou que não foram preenchidos totalizam 27,27%.

Na região foram detectados 10 casos de Sífilis Congênita. Todos os municípios pactuaram e alcançaram as metas para o ano de 2011.

A cobertura vacinal de Tetravalente e Pentavalente em crianças menores de um ano de idade foram atingidas por todos os municípios da região (meta de 95).

No que se diz respeito à proporção de cura de casos de tuberculose bacilífera somente Carapebus e São Fidélis alcançaram 100% de cura, atingindo as metas pactuadas de 80% e 100%, respectivamente, para o ano de 2011.

As metas pactuadas no ano de 2011 para o indicador proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados foi atingida por Campos dos Goytacazes, que apresentou 93,07% (meta de 90%); Quissamã com 100% (meta de 100%) e São Fidélis com 100% (meta de 90%).

No que se refere à proporção de registro de óbitos com causa básica definida, apenas os seguintes municípios não atingiram a meta pactuada: Campos dos Goytacazes, que apresentou somente 90,42% (meta de 95%); São Francisco de Itabapoana com 89,51% (meta de 90%) e São João da Barra com 87,92 % (meta de 90%). Vale destacar que a proporção de registros que apresentam município ignorado ou não preenchido representa 80,37%.

No que diz respeito à proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação, todos os municípios alcançaram a meta para o ano de 2011, apenas Carapebus não possui informações disponíveis para o cálculo do indicador.

Na região, todos os municípios notificam doenças/agravos relacionados ao trabalho da população residente.

A taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos na região Norte é de 01 caso para 100 mil habitantes, registrada no município de Campos dos Goytacazes.

No que se refere à vigilância sanitária, somente Campos dos Goytacazes assumiu plenamente as suas ações (100%).

Os municípios da região não apresentaram registros/casos de óbito por dengue no período.

As metas referentes ao percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais não foram alcançadas pelos municípios da região.

#### **MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPOS DE CAUSAS, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA NA REGIÃO NORTE, 2010.**

	<b>ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS</b>	<b>NEOPLASIAS</b>	<b>DOENÇAS ENDÓCRINAS NUTRICIONAIS E METABÓLICAS</b>	<b>DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO</b>	<b>DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	<b>CAUSAS EXTERNAS</b>
<b>Estado</b>	<b>10,34</b>	<b>10,32</b>	<b>11,44</b>	<b>10,38</b>	<b>8,98</b>	<b>5,93</b>
<b>Reg.Norte</b>	<b>10,82</b>	<b>7,13</b>	<b>5,41</b>	<b>8,05</b>	<b>11,02</b>	<b>23,40</b>
Campos dos	11,09	6,22	5,44	8,03	12,06	23,56

Goytacazes						
Carapebus	1,35	14,86	5,41	7,84	13,51	17,57
Conceição de Macabu	8,70	24,00	12,50	6,67	13,04	13,18
Macaé	9,78	9,83	5,64	9,15	9,26	24,88
Quissamã	23,21	30,56	3,70	8,94	8,78	10,00
São Fidélis	4,55	11,46	4,76	6,30	8,43	20,63
São Francisco de Itabapoana	40,00	30,00	4,08	10,32	15,79	27,93
São João da Barra	3,17	3,17	2,35	1,72	7,14	27,06

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro /Subsecretaria de Vigilância em Saúde / Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A Região Norte segue o padrão de mortalidade do Estado, sendo as causas mais frequentes as doenças do Aparelho Respiratório (11,02%), as causas externas (23,40%), as neoplasias (7,13%) e as doenças do aparelho circulatório (8,05%).

As doenças do aparelho respiratório foram a principal causa de óbito nos municípios, com exceção apenas de Macaé, onde os óbitos por causas externas foram mais frequentes (24,88%) e de algumas doenças infecciosas e parasitárias em São Francisco de Itabapoana (40%).

As causas externas foram a segunda causa de óbito na maior parte dos municípios. São Francisco de Itabapoana (27,93%), São João da Barra (27,06%) e Campos (23,56%) apresentaram a maior proporção de óbitos por esse capítulo.

Foram 248 óbitos por acidentes, a maioria na faixa de 15 a 54 anos (n=175) e 178 óbitos por agressões (145 por arma de fogo), com a faixa etária com maior número de mortes entre 15 e 34 anos (n=131, sendo 111 óbitos por arma de fogo).

Apresentaram a proporção de óbitos para as doenças nutricionais e metabólicas os municípios de Conceição de Macabu (12,50%), Macaé (5,64%) e Campos dos Goytacazes (8,62%); as neoplasias em Quissamã (30,56%); as doenças do aparelho respiratório em São Francisco de Itabapoana (15,79%), Carapebus (13,51%) e Conceição de Macabu (13,04%); e as doenças infecciosas e parasitárias em São Francisco de Itabapoana (40%), Quissamã (23,21%),

Campos dos Goytacazes (11,09%) e Macaé (9,78 %). Além de São Francisco de Itabapoana apresentar (10,32%) doenças do aparelho circulatório.

**TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL E NÚMERO DE ÓBITOS INFANTIS AO ANO, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA NA REGIÃO NORTE, 2001 A 2011.**

<b>TMI / Número de óbitos</b>											
<b>Município de residência</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Região Norte</b>	<b>23,17</b>	<b>22,19</b>	<b>19,70</b>	<b>18,32</b>	<b>17,85</b>	<b>15,81</b>	<b>16,43</b>	<b>15,68</b>	<b>15,34</b>	<b>15,37</b>	<b>14,94</b>
Campos dos Goytacazes	26,02	25,45	22,35	23,89	19,03	19,63	18,75	15,02	20,86	16,27	17,10
Carapebus	2	3	4	0	1	2	1	2	0	0	3
Conceição de Macabu	14	11	3	2	4	4	6	7	2	5	9
Macaé	18,74	12,13	11,87	11,44	15,40	8,25	10,45	14,79	8,19	13,56	11,30
Quissamã	4	1	4	5	3	2	9	4	2	4	1
São Fidélis	5	9	16	6	6	8	4	9	0	4	4
São Francisco de Itabapoana	14	18	9	4	17	7	8	7	7	7	6
São João da Barra	6	9	10	3	9	7	11	11	8	10	6

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro/ Subsecretaria de Vigilância em Saúde/ Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos –SINASC e Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

A mortalidade infantil na região teve uma queda importante no período de 2001 a 2011 aonde a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) baixou de 23,17 para 14,98, ou seja, teve uma queda de aproximadamente 35%.

Com exceção de Macaé e Campos, os municípios da região norte têm a população muito pequena (menos de 45 mil habitantes) e possuem uma série de óbitos infantis com grandes oscilações ano a ano. Desse modo, deve-se olhar com cautela para cortes transversais (em um ano específico) na análise deste indicador, sendo mais indicado a análise da região.

A quedada TMI na região deveu-se, principalmente, à redução de óbitos no período neonatal precoce (de 0 a 6 dias devida).

### **3.3 - CAPACIDADE INSTALADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA - ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE BUCAL**

Com relação a capacidade instalada e oferta de serviços de saúde na Região (dados do CNES com a situação da base nacional, por ocasião da consulta, sujeitos a alterações cadastrais) e de acordo com o CNES, em fevereiro de 2012, a Região dispõe de 16 hospitais cadastrados no SUS. Todos os municípios possuem hospitais, exceto Carapebus.

Com relação à oferta de leitos a região apresenta um total de 2.427 leitos cadastrados no CNES, dos quais a grande maioria (1.710) está no município de Campos dos Goytacazes, sendo que 603 leitos não estão disponíveis ao SUS.

A região conta com 931 serviços ambulatoriais de média complexidade e 53 de alta complexidade, além de 26 serviços hospitalares de média complexidade e 19 de alta complexidade (CNES, fev.2012). A maior concentração está nos municípios de Campos e Macaé.

De acordo como SIH, no ano de 2011, a grande maioria das internações da população da Região Norte ocorreu na própria Região (96,4% do total), sendo 3,3% em outras regiões e 0,22% fora do Estado. Campos, Macaé e Quissamã, retiveram mais de 80% das internações de sua população no respectivo município. Conceição de Macabu, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra, retiveram menos de 80% das internações de residentes em seu município.

A atenção à demanda espontânea na atenção básica objetiva ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

O desenho de redes sob a articulação da atenção primária fundamenta-se nos princípios de economia de escala, qualidade da atenção e acesso facilitado.

Na região Norte a cobertura de atenção básica na região esta abaixo da cobertura estadual, 40,28% em relação a 49,3%. Destacando-se Campos de Goytacazes e São Fidélis com coberturas abaixo de 30.

Em relação à cobertura de saúde bucal, o perfil se inverte em relação à atenção básica, pois a região possui cobertura acima da média estadual, sendo 53,96% em relação a 32,87%. Destacando-se os municípios de Conceição de Macabu e São Fidélis com coberturas abaixo de 30%, sendo 28,02% e 7,98%.

As internações por condições sensíveis à atenção básica possuem taxas de 885,2, acima das taxas estadual. O município de São Fidélis possui a maior taxa da região (2910,5%). Municípios com coberturas adequadas de atenção básica, como Quissamã com 100%, apresentam ICSABS elevadas, a exemplo de Quissamã com 1507,05%.

#### INDICADORES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (2012)

REGIÃO DE SAÚDE/MUNICÍPIO	COBERTURA DE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	COBERTURA DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL	ICSAB1
<b>REGIÃO NORTE</b>	<b>40,28</b>	<b>53,96</b>	<b>885,2</b>
<b>CAMPOS DOS GOYTACAZES</b>	26,28	54,48	930,6
<b>CARAPEBUS</b>	87,61	100	335,1
<b>CONCEIÇÃO DE MACABU</b>	70,04	28,02	874,5
<b>MACAÉ</b>	55,08	59,31	426,2
<b>Quissamã</b>	100,0	-	1507
<b>SÃO FIDÉLIS</b>	15,96	7,98	2910,5

<b>SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA</b>	36,26	50,76	838,4
<b>SÃO JOÃO DA BARRA</b>	99,59	100	856,4

Na região Norte, as coberturas apresentadas, em 2011 para as vacinas Tríplice Viral, Tetravalente e Influenza foram superiores aos parâmetros estabelecidos pelo Programa Nacional de Imunização. Todos municípios da região atingiram as coberturas de 95% e 80%, estabelecidas para as vacinas Tetravalente e Influenza. No que diz respeito à Tríplice Viral, os municípios de Conceição de Macabu e Quissamã não alcançaram a cobertura de 95%. Em relação a cobertura de Influenza os municípios de Carapebus, Conceição de Macabu e São Francisco de Itabapoana não conseguiram atingir a cobertura preconizada.

De acordo com parâmetro estabelecido com indicador pelo Ministério da Saúde, observa-se que a região Norte apresenta um resultado classificado como muito bom, com 0,81 CAPS por 100.000 habitantes, sugerindo um aumento da acessibilidade às ações comunitárias de saúde mental do SUS. Todos os municípios apresentam coberturas classificadas como muito boas, com exceção dos municípios de Campos dos Goytacazes e São João da Barra, que não possuem CAPS.

### 3.4 - NÚMEROS DE INTERNAÇÕES POR LOCAL DE RESIDÊNCIA

Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas segundo município de residência na Região Norte, 2011.

	ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	NEOPLASIAS	DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO	DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO	DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO	GRAVIDEZ PARTO E PUERPÉRIO	CAUSAS EXTERNAS	DEMAIS CAUSAS
<b>ESTADO</b>	8,30	6,80	11,58	10,52	8,99	6,53	20,76	7,14	19,39
<b>NORTE</b>	9,29	7,32	11,23	9,86	10,06	7,23	17,82	8,48	18,71

CAMPOS DOS GOYTAC AZES	9,25	7,61	10,87	10,11	9,69	6,76	18,20	7,89	19,61
CARAPE BUS	2,94	8,82	16,81	5,46	9,66	8,82	10,92	16,39	20,17
CONCEIÇ ÃO DE MACABU	7,70	7,30	24,17	9,96	9,30	9,69	8,76	4,52	18,59
MACAÉ	3,74	9,57	8,68	5,58	10,92	7,04	24,47	14,09	15,90
QUISSA MÃ	22,52	4,21	15,35	7,59	10,48	7,34	13,91	5,12	13,49
SÃO FIDÉLIS	18,54	2,35	14,19	18,98	11,15	8,55	4,79	4,93	16,52
SÃO FRANCIS CO DE ITABAPO ANA	6,84	7,01	14,43	9,30	11,80	10,88	18,02	6,21	15,51
SÃO JOÃO DA BARRA	6,73	6,58	7,66	8,30	8,49	7,07	18,56	9,38	27,25

Fonte: Ministério da Saúde / Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

As internações por gravidez, parto e puerpério foram a primeira causa de internação nos municípios de Campos (18,20%), Macaé (24,47%), São Francisco do Itabapoana (18,02%) e São João da Barra(18,56%) e terceira causa em Carapebus (10,92%) e Quissamã (13,91%).

As doenças do aparelho circulatório foram a primeira causa de internação em Carapebus (16,81%) e Conceição de Macabu (24,17%), segunda causa em Campos (10,87%), Quissamã (15,35%) e São Francisco de Itabapoana (14,43%) e terceira causa em São Fidélis (14,19%).

As causas externas foram a segunda maior causa de internação em Carapebus (16,39%), Macaé (14,09%) e São João da Barra(9,38%), todos os municípios com valor acima do encontrado na Região (8,48%). A maior parte delas foi por “outras causas externas de traumatismos acidentais”: quedas (n=1653) e exposição a corrente elétrica, radiação e temperaturas e pressão extremas (n=1180). O maior número de internações foi em Campos (n=2153) e Macaé (n=577).

As doenças do aparelho digestivo foram a terceira causa de internação em Macaé(10,92%), São Francisco de Itabapoana (11,80%) e São João da Barra (8,49%) e quarta maior causa em São Fidélis(11,15%).

Chama a atenção que a proporção de internações por doenças infecciosas e parasitárias seja a primeira causa em Quissamã (22,52%) e segunda maior causa em São Fidélis (18,54%). Em 2011, cerca de 30% dessas internações na região foram devido à dengue (1257 internações), sendo a maior parte delas de residentes em Campos (814 internações).

As doenças do aparelho respiratório foram a maior causa de internação em São Fidélis (18,98%), segunda causa em Conceição de Macabu (9,96%) e terceira causa em Campos (10,11%). O grupo influenza (gripe) e pneumonia foi responsável por 64,23% das internações deste capítulo CID-10, atingindo predominantemente os menores de 4 anos (1183 internações) e os idosos acima de 65 anos (949 internações). A maior parte destas internações (65,28%) foram de residentes de Campos (1986 internações do total de 3042).

Os municípios de Carapebus (8,82%, n=21) e Macaé (9,57%, n=698) apresentam a proporção de internação por neoplasias maior que a da Região. Quanto às doenças do aparelho geniturinário, os municípios de Carapebus (8,82%), Quissamã (7,34%), São Fidélis (8,55%), São Francisco de Itabapoana (10,88%) e Conceição de Macabu (9,69%) apresentaram proporções acima da verificada para a Região, sendo neste último a terceira causa de internação.

**TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (SUS) POR CAUSAS SELECIONADAS SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA NA REGIÃO NORTE, 2011.**

	<b>NEOPLASIAS MALIGNAS</b>	<b>DIABETES MELLITUS</b>	<b>DOENÇAS HIPERTENSIVAS</b>	<b>DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO</b>	<b>DOENÇAS CEREBROVASCULARES</b>	<b>PNEUMONIA</b>
<b>REGIÃO NORTE</b>	<b>29,97</b>	<b>9,58</b>	<b>4,71</b>	<b>13,29</b>	<b>8,27</b>	<b>35,80</b>
<b>ESTADO</b>	<b>20,18</b>	<b>5,86</b>	<b>4,32</b>	<b>9,44</b>	<b>8,04</b>	<b>24,77</b>
CAMPOS DOS GOYTACAZES	37,61	10,50	5,07	15,40	8,50	42,80

CARAPEBUS	9,73	1,50	0,75	5,99	0,75	2,99
CONCEIÇÃO DE MACABU	18,39	9,43	13,20	6,60	5,19	23,57
MACAÉ	19,16	4,01	2,18	7,01	5,66	10,11
QUISSAMÃ	23,71	5,93	9,39	25,69	28,16	38,53
SÃO FIDÉLIS	11,99	34,09	9,06	19,44	5,59	109,47
SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA	30,23	9,19	4,59	16,69	16,44	33,13
SÃO JOÃO DA BARRA	29,93	9,77	3,97	11,30	7,02	37,26

Fonte: Ministério da Saúde / Datasul – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Para diabetes mellitus, destacaram-se os municípios de Campos (10,50) e São Fidélis (34,09), com taxas maiores que a do Estado (9,58), enquanto para as doenças cérebro vasculares o destaque foi para Quissamã (28,16) e São Francisco de Itabapoana(16,44).

### 3.5 - CONSULTAS DE EMERGÊNCIA ESPECIALIZADA E BÁSICA

As taxas de internação da região segue mo padrão estadual, destacando-se como as três principais as pneumonias (35,80), as neoplasias malignas (29,97) e as doenças isquêmicas do coração(13,29).

Os municípios apresentaram a taxa de internação por pneumonia como a mais alta, com exceção apenas de Carapebus e Macaé, onde as taxas de internação por neoplasias malignas foram as mais altas (9,73 e 19,16, respectivamente). Destacou-se a taxa de São Fidélis, com 109,47 internações por 10 mil habitantes (n=411internações). Em Campos(37,61), Conceição de Macabu (18,39), São Francisco de Itabapoana (30,23) e São João da Barra(29,93), as neoplasias malignas foram a segunda maior taxa de internação.

As doenças isquêmicas do coração foram a segunda maior taxa em Carapebus (5,99) e Macaé (7,01) e a terceira nos demais municípios, exceto em Conceição de Macabu, onde as doenças hipertensivas (13,20) foram a terceira maior taxa. Para as doenças hipertensivas, ainda se destacaram Quissamã (9,39) e São Francisco de Itabapoana (9,06).

No diagnóstico situacional dos atendimentos ambulatoriais, foram analisados principalmente, os procedimentos da Forma de Organização Consultas/Atendimentos às Urgências (03.01.06).

<b>Município</b>	<b>Quantidade Aprovada</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.521.974</b>
330100 Campos dos Goytacazes	813.493
330093 Carapebus	11.735
330140 Conceição de Macabu	73.356
330240 Macaé	421.443
330415 Quissamã	43.436
330480 São Fidélis	67.455
330475 São Francisco de Itabapoana	45.894
330500 São João da Barra	45.162

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2013.

#### **IV) REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO NORTE**

Conforme a portaria GM / MS 1600/2011 a tipificação dos serviços em diferentes graus de complexidade, hierarquizados, não pode prescindir da estruturação da atenção básica que é ordenadora do sistema, do apoio de recursos de diagnose e tratamento, no ponto e momento certo, dos sistemas logísticos de tecnologia da informação, ajustado às necessidades dos serviços, transportes e registros de saúde adequados.

As discussões que ocorreram nas reuniões de CIR e Grupo de urgência fundamentaram-se nos dados de morbimortalidade regional, e na avaliação dos diversos pontos de atenção hoje existentes, e seus respectivos fluxos, contando-se, ainda, as seguintes fragilidades no âmbito do atendimento às urgências e emergências:

- a) Há uma sobrecarga atual das emergências devido a pouca organização do sistema e a não adoção, na região, de protocolos de classificação de risco, o que gera encaminhamentos às emergências hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de pacientes que poderiam estar sendo atendidos em outros pontos do sistema;
- b) Existe uma demanda espontânea que sobrecarrega espaços que deveriam ser específicos para urgências e emergências. Esta sobrecarga decorre da falta de acesso a exames

diagnósticos na rede ambulatorial, inadequação do horário de atendimento (após as 17 horas) dentre outros;

- c) A migração da urgência dos outros municípios não é ordenada.....;
- d) O Acolhimento com Classificação de Risco é incipiente na Região. Apenas as UPA's possuem a elaboração de protocolos adequados as suas realidades locais e a UPA Campos que possui a regulação da porta de saída;
- e) A mobilidade dos profissionais, para participação em eventos de capacitação, é restrita em função das equipes reduzidas, dificultando o comparecimento em eventos presenciais;
- f) Os hospitais existentes na região, independente do porte, servem de porta aberta para a urgência, sem critérios previamente pactuados quanto às referências necessárias. Quando o atendimento requer um nível mais especializado, por não ter regulação de urgência (e/ou SAMU) o paciente é transportado via serviço municipal próprio do município, sendo a transferência negociada entre médicos, via contato telefônico, gerando conflitos de competência;
- g) A inexistência do SAMU na região;
- h) Apesar da boa estrutura da Atenção Básica regional, sua baixa resolutividade tem impactado negativamente na redução das demandas aos pontos de atenção especializados;

#### **4.1 - COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;

II - Atenção Básica em Saúde;

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;

IV- Sala de Estabilização;

V - Força Nacional de Saúde do SUS;

VI- Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;

VII- Atenção Hospitalar; e

VIII- Atenção Domiciliar.



#### 4.2 - PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE

Tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde. Os municípios da região norte desenvolvem ações de prevenção em diversos agravos de relevância epidemiológica.

#### 4.3 - ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

A estruturação da rede define como competências da atenção primária à saúde o atendimento resolutivo para os pacientes classificados como verde e azul (pouco urgente e não urgente) pelo protocolo de classificação de risco adotado pelos municípios da região. Além

disso, deve se responsabilizar pelo primeiro atendimento dos pacientes, com procura espontânea, em condições de maior gravidade, classificados como vermelho, laranja e amarelo (medidas para manutenção da vida e para diminuição de sofrimento intenso ou para evitar rápida deterioração), até a sua transferência para serviços mais adequados a este nível de gravidade.

A equipe de atenção primária deve oferecer acolhimento humanizado a todos os usuários do seu território com pronto-atendimento de ocorrências imprevistas e encaminhamento para outros dispositivos da rede de atenção, quando for o caso, durante todo o horário de funcionamento da unidade e a todos os usuários do território, ainda que possam ter períodos de concentração do esforço conjunto da equipe, garantindo a acessibilidade e resolutividade.

A equipe deve acolher a demanda de portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, fornecendo atendimento resolutivo às urgências básicas e prestando o primeiro atendimento às emergências. Depois desse primeiro atendimento, a equipe deve garantir a continuidade do acompanhamento em agenda programada, fortalecendo o vínculo equipe-comunidade.

Uma situação de urgência básica é entendida como ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo atendimento não pode ser adiado, e a intervenção exigida está no âmbito de resolutividade da atenção primária.

O primeiro atendimento de emergência é entendido como abordagem inicial de agravos que apresentam risco de vida e que, por essa razão, exigem assistência imediata para a recuperação do estado de saúde ou estabilização/suporte de vida, com vistas ao encaminhamento seguro para outro ponto da Rede de Atenção à Saúde.

A Unidade Básica de Saúde deve dispor de materiais e equipamentos imprescindíveis para o primeiro atendimento de urgência e emergência aos usuários do seu território, bem como de insumos e medicamentos para a estabilização e manutenção da vida até que possa ser encaminhado para outro nível de atenção caso seja necessário.

A equipe de atenção primária deve disponibilizar informações aos usuários por meio de cartilhas e boletins diversos sobre: horário de funcionamento da unidade; identificação dos trabalhadores; serviços oferecidos; fluxos do acolhimento e seguimento na rede; direitos e deveres dos usuários.

Equipamentos mínimos de urgência e emergência nas Unidades Básicas de Saúde: Aspirador portátil ou fixo; Cilindro de oxigênio portátil completo; Colar cervical (Kit com três tamanhos); Esfigmomanômetro; Estetoscópio; Glicosímetro; Jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil); Laringoscópio com lâmina (adulto e infantil); Lanterna clínica; Máscara de Oxigênio; Otoscópio; Ressuscitador manual kit adulto, infantil e neonatal (Ambú); Suporte para soro; Umidificador para oxigênio.

#### **4.4 – ATENÇÃO DOMICILIAR**

A Atenção Domiciliar é uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde, conforme a Portaria MS nº. 963/2013 que redefiniu a AD no âmbito do SUS e que traz entre os requisitos os Municípios estarem coberto por SAMU 192. Mas, conforme informações dos técnicos e gestores, há o interesse de todos os municípios da região na apresentação do projeto para implantação de AD.

#### **4.5 – SALA DE ESTABILIZAÇÃO**

Estrutura física para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, que compõe a rede de urgência, principalmente em localizações rurais ou vazios assistenciais da urgência (considerando áreas remotas com o tempo de acesso até a referência mais próxima superior a 1 hora), com condições de garantir assistência 24 horas, vinculado a um estabelecimento de saúde, pactuado aos outros níveis de atenção para encaminhamento a rede pela Central de Regulação das Urgências.

Em 2001, a Secretaria Estadual de Saúde - SES /RJ, disponibilizou uma Sala de Estabilização aos municípios com até 50 mil habitantes; na região foram contemplados os municípios de Carapebus, Conceição de Macabu, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra. As salas foram montadas em hospitais ou Unidades de Saúde 24horas dos municípios contemplados e possuem os seguintes equipamentos: leito completo que inclui maca, cama elétrica, cardioscópio, respirador, monitor multiparâmetro, desfibrilador, carrinho de urgência, entre outros.

De acordo com a legislação vigente referente a SE foi realizado a pontuação com os critérios estabelecidos, onde o município que atingir uma somatória de pontos superior a 18 pontos, será elegível para a proposta de Sala de Estabilização, conforme tabela abaixo:

<b>CRITÉRIOS</b>	<b>CARAPEBUS</b>	<b>C.MACABU</b>	<b>QUISSAMÃ</b>	<b>S.FIDÉLIS</b>	<b>S.F.ITAB.</b>	<b>S.J.BARRA</b>
<b>POPULACIONAL</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>4</b>
<b>DISTÂNCIA ENTE SE E HOSP. REF. OU PORTA ENTRADA PACTUADA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>ESTABELECIMENTO DE SAÚDE NA QUAL ESTÁ SE</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>RECURSOS HUMANOS</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>DISTANCIA ENTRE SE E SE DE UMA MESMA REGIÃO</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>19</b>

Conforme a Portaria MS n.º 2.338/2011, o Município de Carapebus estaria fora dos critérios de elegibilidade para recebimento de recurso de SE, mas devido a necessidade do município e da organização da rede, a proposta é manter a SE pleiteando recursos do MS.

A SES / RJ realizou treinamento e qualificação da equipe atuante nas SE implantadas para atendimento de urgências.

As Salas de Estabilização nos municípios da região norte estão assim distribuídas:

#### **SALAS DE ESTABILIZAÇÃO SEGUNDO MUNICÍPIOS, 2013.**

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>Unidade/ Instituição</b>	<b>ENDEREÇO</b>
CARAPEBUS	HOSPITAL MUNICIPAL CARLITO GONÇALVES	RUA JOAO PEDRO SOBRINHO, 13-CENTRO
CONCEIÇÃO MACABU	HOSPITAL MUNICIPAL ANA MOREIRA	RUA ROSENDO FONTES TAVARES,199-BOCAINA
QUISSAMÃ	HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA MARIA DE JESUS	AV AMILCAR PEREIRA DA SILVA S/N-PITEIRAS
SÃO FIDÉLIS	ASSOC. HOSPITALAR ARMANDO VIDAL	PRACA SÃO FIDELIS, 79-CENTRO
SÃO FRANCISCO DE ITAB.	HOSPITAL MUNICIPAL MANOEL CAROLA	AV NILTON MAYERHOFFER PESSANHA, 48-PONTO DE CACIMBAS
SÃO JOÃO DA BARRA	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE S.J.DA BARRA	RUA JOAO FRANCISCO DE ALMEIDA, /SN

#### **4.6 - FORÇA NACIONAL DE SAÚDE DO SUS**

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

#### **4.7 - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL ÀS URGÊNCIAS (SAMU)**

Parte integrante da Política Nacional de Atenção às Urgências, o SAMU 192 possui suas diretrizes fixadas diretamente pelo Ministério da Saúde. Com suas unidades de Suporte Avançado e de Suporte Básico de Vida responderá às necessidades da população, oferecendo melhor resposta de pedido de auxílio, por meio das Centrais de Regulação Médica de Urgência.

Funciona mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação Médica das Urgências.

É composto por:

- Central de Regulação das Urgências: estrutura física constituída por profissionais capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência (por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência), ficando também responsável por ordenar o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro de uma Rede de Atenção.
- Bases descentralizadas: poderão existir sempre que se fizer necessária infraestrutura que garanta tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s).
- Unidades Móveis: que poderão ser das seguintes espécies:
  - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;
  - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 3 profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;

- Equipe de Aero médico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;
- Equipe de Embarcação: composta por 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;
- Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância;
- Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

A proposta para implantação do Serviço Móvel de Urgência da Região Norte será elaborada e encaminhada para apreciação e aprovação

#### PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO SAMU = SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA

- 01) Preceitos Básicos
- 02) Distribuição das Viaturas por Tipo e por Município
- 03) Estratificação de Risco
- 04) Número de Equipes e Contingente Necessário.
- 05) Hierarquização
- 06) Equipamentos Necessários
- 07) Localização e Fluxo do Call Center
- 08) Arquivamento Censitário, Estatísticas e Geo-Referenciamento
- 09) Controle da Frota
- 10) Controle Biológico
- 11) Formulários
- 12) Treinamento
- 13) Outras Avenças

O Serviço de Atendimento Móvel à Urgência – SAMU é um componente assistencial móvel da Rede de Atenção à Urgência e Emergência que destina-se ao atendimento pré-hospitalar, com objetivo de transportar pacientes em condições adversas com mais segurança e

cuidados médicos (ou paramédicos) chegando precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à saúde de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica entre outras que possam levar ao sofrimento, seqüelas ou mesmo a morte, até a unidade de saúde referenciada mais próxima, diminuindo a morbidade e mortalidade da população como um todo, em virtude de oferecer orientação por via remota, por telefone em muitos casos e também no atendimento imediato domiciliar, com a chegada da equipe.

Composto por uma central de atendimento telefônico (192), cuja ligação é gratuita e pode ser feita de qualquer aparelho, seja ele fixo ou móvel. Sendo caracterizada como ligação de urgência, não tarifada e direcionada para uma central de atendimento, triagem, orientação, despacho de urgência, controle de frota e, finalmente, regulação.

Inicialmente a ligação é recebida por um atendente de telemarketing com a seguinte expressão: “SAMU NORTE, QUAL A SUA URGÊNCIA...” Onde será ouvido o solicitante, mediante fornecimento de dados como, nome, telefone para contato endereço do evento e a escuta do problema apresentado.

A legalidade do serviço baseia-se na Resolução do CFM que determina e autoriza o atendimento de tele medicina.

Outra base do SAMU é o preceito da VAGA ZERO, isto é, o paciente a ser removido, com a estratificação de risco adequada, é recebido na sua rede referenciada, independente de haver vaga confirmada para ele.

São determinantes para o sucesso da operação a cooperação de todas as operadoras de telefonia, uma vez que o serviço é regional, e só haverá uma central de tele atendimento. A tecnologia da informação empregada também é fundamental, já que aberto o evento, deve ser atribuído um numérico para seu acompanhamento e desfecho, assim como a gravação de voz, tanto do solicitante quanto entre as equipes. Usado na salvaguarda de futuras contendas judiciais e na resolução das questões relacionadas à disciplina das equipes.

#### **4.8 – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24h**

Integrantes do sistema regional de atenção às urgências as UPAS são estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e a Rede Hospitalar que devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros

agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. Elas poderão ser implantadas em municípios com população igual ou superior a 50 mil habitantes.

No momento existem 3 (três) UPAS 24h na região, sendo duas habilitadas que requerem qualificação sendo uma em Campos dos Goytacazes e outra em Macaé, além da UPA - Lagomar em Macaé que requer habilitação.

**QUADRO 9 - QUANTIDADE E LOCALIZAÇÃO DAS UPAS POR MUNICÍPIOS, 2013.**

MUNICÍPIO	Nº UNIDADES	UNIDADE	LOCALIZAÇÃO
CAMPOS DOS GOYTACAZES	01	UPA SES RJ-CAMPOS - PORTE III	AV.SOUZA MOTA ,200-PARQUE VERA CRUZ-CAMPOS DOS GOYTACAZES - CEP:28060001
MACAÉ	02	UPA BARRA - PORTE II	AV AMARAL PEIXOTO,S/N-BARRA DE MACAE-MACAÉ-CEP:27910000-TEL: 22 27623260
		UPA LAGOMAR - PORTE I	AV. JOSE FERREIRA MACHADO S/N - LAGOMAR -CEP-27910000-TEL:22 27961279

Tendo em vista a necessidade da ampliação deste ponto de atenção, em conformidade com a Portaria nº 342/GM/MS/2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24hs) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), o grupo propôs a implantação de novas UPAs conforme quadro abaixo:

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>EXISTENTES</b>	<b>AMPLIAR (NOVA)</b>	<b>TOTAL</b>
Campos	1	0	<b>01</b>
Macaé	1	1	<b>02</b>
São João da Barra	0	0	<b>0</b>
Conceição de Macabu	0	0	<b>0</b>
São Fidélis	0	0	<b>0</b>
São Francisco de Itabapoana	0	0	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>03</b>

#### **4.9. COMPONENTE HOSPITALAR DA RUE**

##### **4.9.1- PORTAS DE ENTRADA DA RUE REGIÃO NORTE**

A portaria GM/MS nº 2395 de 11 de outubro de 2011, define os critérios para a porta de entrada hospitalar que tem por objetivo organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade; garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de longa permanência e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção.

#### **HOSPITAIS PARA HABILITAÇÃO DE PORTA DE ENTRADA DE U/E NA REGIÃO NORTE/RJ**

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>UNIDADE/ INSTITUIÇÃO</b>	<b>MUNICÍPIOS REFERENCIADOS</b>
<b>CAMPOS DOS GOYTACAZES</b>	<b>HOSPITAL FERREIRA MACHADO</b>	<b>CAMPOS SÃO FIDÉLIS SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA SÃO JOÃO DA BARRA</b>
<b>CAMPOS DOS GOYTACAZES</b>	<b>HOSPITAL GERAL DE GUARUS</b>	<b>CAMPOS SÃO FIDÉLIS</b>

		SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA SÃO JOÃO DA BARRA
MACAÉ	HOSPITAL PÚBLICO DE MACAÉ	MACAÉ CARAPEBUS QUISSAMÃ CONCEIÇÃO DE MACABU

#### 4.9.2 - LEITOS CLINICOS E INTENSIVOS HOSPITALARES DA RUE

A Região Norte é composta por 16 Unidades Hospitalares credenciadas ao Sistema Único de Saúde, apresentando um quantitativo de leitos gerais (excetuando-se os leitos de longa permanência) de 1.798 leitos sendo 2,1 leitos por 1000 habitantes, valor inferior aos parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101/2002 de 2,5 a 3 leitos por 1000 habitantes. Em conformidade com esse parâmetro, a necessidade de leitos gerais seria de 2.092 a 2.511 leitos.

A Portaria GM/MS nº. 2.395 de 11 de outubro de 2011 criam três modalidades de leitos para servir de retaguarda para as Portas de Entrada, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas, de longa permanência e de leitos de terapia intensiva. Os critérios para a habilitação em ambas as retaguardas trás algumas condições comuns:

- I. Estabelecerem e adotarem protocolos clínicos, e de procedimentos administrativos;
- II. Contarem com equipe mínima de Médicos, Enfermeiros, Técnicos em enfermagem para as enfermarias e com equipe de UTI tipo II ou III para os leitos de UTI, bem como suporte para especialidades nas 24 horas para todos os tipos de leitos;
- III. Organizar o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal (diarista) e utilizando prontuário único compartilhado por toda a equipe;
- IV. Implantar mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado e eficiência de leitos, a reorganização dos fluxos e processos de trabalho, a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;
- V. Estarem articuladas aos Serviços de Atenção Domiciliar da sua Região de Saúde, para os leitos de enfermaria;

VI. Garantirem procedimentos diagnósticos e terapêuticos;

VII. Garantirem o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

VIII. Submeterem-se à auditoria do gestor local;

IX. Serem totalmente reguladas pelas Centrais de Regulação;

X. Mantiverem Taxa de Ocupação das enfermarias de, no mínimo, 85% e 90% para as UTI's;

XI. Que os municípios tenham SAMU 192 implantado.

#### LEITOS CLÍNICOS EXISTENTES POR HOSPITAIS DA REGIÃO NORTE/RJ, 2013.

MUNICÍPIO	UNIDADE	LEITO CLÍNICO EXISTENTE	LEITO CLÍNICO SUS
CAMPOS DOS GOYTACAZES	Hospital Ferreira Machado	52	52
	Hospital Geral de Garus	31	31
	Hospital Escola Alvaro Alvim	78	58
	Hospital dos Plantadores de Cana	34	24
	Santa Casa de Misericórdia de Campos	144	77
	Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos	57	42
	Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia	50	18
CONCEIÇÃO DE MACABU	Hospital Municipal Ana Moreira	32	32

MACAÉ	Hospital Público Municipal de Macaé	45	45
	Casa de Caridade de Macaé	56	36
QUISSAMÃ	Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus	28	28
SÃO FIDÉLIS	Associação Hosp. Armando Vidal	55	51
SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA	Hospital Municipal Manoel Carola	20	20
SÃO JOÃO DA BARRA	Santa Casa de Misericórdia de São João da Barra	19	18
TOTAL		<b>701</b>	<b>532</b>

Fonte: Ministério da Saúde / Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES (2013)

Para o cálculo da necessidade de leitos de UTI na região e os municípios, foi utilizado como critério o parâmetro da Portaria GM/MS nº 1.101/2002, de 4% a 10% dos leitos gerais necessários.

#### OFERTA DE LEITOS DE UTI, SEGUNDO MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE/RJ, 2015

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	UNIDADE	NÚMERO DE LEITOS DE UTI EXISTENTES		NÚMERO DE LEITO DE UTI SUS HABILITADOS		NÚMERO DE LEITO DE UTI NOVOS TOTAL	
			ADULTO	PEDIÁTRICO	ADULTO	PEDIÁTRICO	ADULTO	PEDIÁTRICO
CAMPOS	463.731	HOSPITAL FERREIRA MACHADO	6	8	6	8	24	2
		HOSPITAL GERAL DE GUARUS	13	0	0	0	15	
		HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM	15	0	15		10	

						0		
		HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA	8	0	8	0		
		SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAMPOS	44	0	24	0	26	
		SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE CAMPOS	28	0	7	0	43	
		INSTITUTO DE MEDICINA NUCLEAR E ENDOCRINOLOGIA	17	0	9	0		
MACAÉ	206.728	HOSPITAL PÚBLICO DE MACAÉ	24	5	0	0	40	13
		CASA DE CARIDADE DE MACAÉ	10	0	6	0	10	
QUISSAMÃ	20.242	HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA MARIA DE JESUS	6	0	6	0	4	
SÃO FIDÉLIS	37.543	HOSPITAL ARMANDO VIDAL	7	0	7	0	3	
		<b>TOTAL</b>	<b>178</b>	<b>13</b>	<b>88</b>	<b>8</b>	<b>175</b>	<b>15</b>

Fonte: MS / Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES (2013) e IBGE: Censo Demográfico 2010.

A tabela abaixo mostra resumidamente a quantidade de leitos SUS clínicos e de UTI e a necessidade de leitos por município, de acordo com a Portaria MS nº. 1101/2002.

**NECESSIDADE DE LEITOS CLÍNICOS E DE UTI POR MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE/RJ, 2013.**

MUNICÍPIOS	LEITOS CLÍNICOS - SUS			LEITOS UTI - SUS			
	Existentes	Necessidade	Total	Existentes		Necessidade e Adulto	Total
				Infantil	Adulto		
Campos dos Goytacazes	302	287	<b>+15</b>	8	70	71	<b>-1</b>
Carapebus	0	9	<b>-9</b>	0	0	2	<b>-2</b>
Conceição de Macabu	32	13	<b>+19</b>	0	0	3	<b>-3</b>
Macaé	81	132	<b>-51</b>	0	10	33	<b>-23</b>
Quissamã	28	13	<b>+15</b>	0	6	3	<b>+3</b>
São Fidélis	51	23	<b>+28</b>	0	7	6	<b>+1</b>
São Francisco Itabapoana	20	25	<b>-5</b>	0	0	6	<b>-6</b>
São João da Barra	18	20	<b>-2</b>	0	0	5	<b>-5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>532</b>	<b>522</b>	<b>+10</b>	<b>8</b>	<b>93</b>	<b>129</b>	<b>-36</b>

Fonte: Ministério da Saúde / Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES (2013)

A análise por município revela que quanto aos leitos clínicos existe um superávit na região de 10(dez) leitos e quanto aos leitos de UTI existe um déficit na região de 36 leitos; em ambos, o Município de Macaé apresenta a maior necessidade de leitos SUS, sendo 52 leitos clínicos e 23 leitos de UTI.

A região necessita ampliar sua oferta de leitos, principalmente nas especialidades clínica médica e pediátrica, com respectivamente 497 e 227 leitos cadastrados, enquanto o mínimo esperado seria de 561 e 294 para essas especialidades, de acordo com a já referida portaria.

A Região Norte realizou em 2011, na própria região, 96,97% das internações de Média Complexidade e 2,88% em outras regiões.

O município de Campos é o maior executor na região, com 70,61% das internações para própria região.

#### **4.9.3 – LEITOS DE CUIDADOS PROLONGADOS E UNIDADE HOSPITALAR DE CUIDADOS PROLONGADOS**

A continuidade dos cuidados deve estar inserida no processo assistencial em conformidade com os princípios da integralidade, equidade e universalidade da assistência à saúde no âmbito do SUS e os leitos de cuidados prolongados deverão ser organizados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Abaixo, apresentado a quantidade de leitos de longa permanência existentes na região:

<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>UNIDADE</b>	<b>Nº LEITOS LONGA PERMANÊNCIA</b>	<b>Nº LEITOS NOVOS</b>
	Santa Casa de Misericórdia de Campos	120	48
QUISSAMÃ	Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus	0	15
MACAÉ	Casa de Caridade de Macaé	0	15
	<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>78</b>

A região possui municípios com mais de 80% dos seus munícipes internando no próprio município, como o caso de Campos de Goytacazes (98,36%), Macaé (91,07%) e Quissamã (90,14%). Ao mesmo tempo em que possui municípios que internam menos de 50% dos seus

municípios, como Conceição de Macabu (44,02%), São Francisco de Itabapoana (38,15%) e São João da Barra (44,88%).

São Fidélis foi o município com maior percentual de internações fora da região com 14,85%.

#### ➤ **LINHAS DE CUIDADO**

“Conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde, sendo sua implementação estratégia central para a organização e a qualificação das redes de atenção à saúde, com vistas à integralidade da atenção.” (Braga, E.C., 2006)

#### **4.9.4- UNIDADE CORONARIANA**

Criar mecanismo de financiamento e ampliação de leitos de Unidades Coronariana - UCO para hospitais que se habilitem a participar da rede, garantindo assim a ampliação do acesso a Angiologia Primária, melhorando a comunicação e articulação entre a Central de Regulação Médica de Urgência e as UCO's visando o atendimento imediato com a garantir de fornecimento de medicamentos essenciais ao tratamento do IAM.

Normatizar a terapia trombolítica e ampliar acesso, utilizando-a em unidades como UPA e prontos socorros hospitalares como estratégia inicial são os princípios de garantia do execução da Linha do Cuidado Cardiovascular com o objetivo de reduzirmos a mortalidade na região.

A região Norte tem como referência em Cirurgia Cardiovascular os municípios de Campos dos Goytacazes, Itaperuna (Região Noroeste) e Rio de Janeiro (Região Metropolitana I).

O município de Macaé vem realizando administrativamente para o SUS, com financiamento por recursos próprios municipais, Cirurgias Cardiovasculares na Casa de Caridade de Macaé, que se encontra com processo de credenciamento e habilitação junto ao Ministério da Saúde para Cirurgia Cardiovascular, Cardiologia Intervencionista e Endovascular em fase de definição de teto financeiro.

### SERVIÇOS DE REFERÊNCIA CARDIOVASCULAR NA REGIÃO NORTE/RJ

REGIÃO	MUNICÍPIO	CIR CARDIOVASCULAR	CIR CARDIOV PEDIATRI CA	CIR VASCULAR	CARDIOLO INTERVENCIONISTA	ENDOVASCULAR	ELETROFISIOLOGIA
NORTE	TODOS	CAMPOS GOYTACAZES	RIO DE JANEIRO	CAMPOS GOYTACAZES	CAMPOS GOYTACAZES	ITAPERUNA	RIO DE JANEIRO

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Assistência a Saúde / Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação.

### A PROPOSTA É QUE SEJAM CONSIDERADOS OS SEGUINTE HOSPITAIS COMO REFERÊNCIA NA LINHA DO CUIDADO CARDIOVASCULAR NA REGIÃO:

MUNICÍPIO	HOSPITAL
Campos dos Goytacazes	Santa Casa de Misericórdia de Campos Hospital Escola Álvaro Alvim
Macaé	Casa de Caridade de Macaé

Segundo levantamento de dados retirados do DATASUS, referentes aos Infartos Agudos do Miocárdio (IAM), a região teve durante o período de um ano (de Julho/12 a Junho/2013) o registro de 304 IAM's; mesmo a portaria Nº 2.994/2011 informar o financiamento somente para a regiões metropolitanas, a frequência de 100 a 599 IAM/ano a portaria prever a implantação de 02 (dois) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) no mesmo espaço físico de uma Unidade de Terapia Intensiva.

Posteriormente, deverá ser elaborado um Plano Operativo para organização da Rede Regional de Atenção em Alta Complexidade em cardiovascular da Região Norte.

#### **4.9.5- UNIDADE DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.**

O grupo de trabalho apresenta a proposta dos seguintes hospitais como referência em Neurologia para a região:

MUNICÍPIO	Hospitais
Campos dos Goytacazes	Hospital Escola Álvaro Alvim
Macaé	Hospital Público Municipal

A região norte apresentou a incidência de 512 Acidentes Vasculares Cerebral (AVC) num período de um ano, compreendido entre junho/12 a julho/13; conforme Portaria Nº. 665/2012 que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC, a região apresenta necessidade de habilitação de 13 leitos em Unidade de Cuidado Agudo ao AVC (U-AVC Agudo).

Posteriormente, deverá ser elaborado um Plano Operativo para organização da Rede Regional de em Alta Complexidade em Neurologia da Região Norte.

#### **V) COMPLEXO DE REGULAÇÃO**

Apesar da região já possuir regulação da assistência é imprescindível a constituição da Regulação das Urgências objetivando organizar e ordenar a oferta de ações e serviços na RUE, articulando os diferentes níveis de densidade tecnológica inerentes aos componentes da rede e dentro dessa rede.

A Central de Regulação das Urgências deverá possuir estrutura constituída por profissionais (médicos, enfermeiros, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/o atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro de uma Rede de Atenção.

O processo de regulação das urgências, corporificado em políticas públicas como mecanismo de organização da assistência, com vistas a desconcentrar a atenção efetuada pelos pontos de atenção de urgência, para tanto, deverão ser formalizados os critérios mínimos de acesso para o efetivo funcionamento da central:

- Definição da Porta de Entrada;
- Definição do Fluxo;
- Estabelecimento da Grade de Referência Regional;
- Estabelecimento de Protocolos Operacionais;
- Estabelecimento de Protocolos Clínicos;

## **VI) DESAFIOS DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

Diante do Diagnóstico Situacional elaborado no Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e considerando o perfil de morbi-mortalidade da população, onde doenças crônicas degenerativas, predominantemente isquêmicas cardíacas e acidentes vasculares cerebrais, e as lesões por causas externas são as principais causas de morte da população; foram identificados como principais medidas e desafios da Rede de Atenção às Urgências na Região Norte do Estado do Rio de Janeiro os seguintes pontos:

1. Priorizar por parte dos gestores públicos as ações intersetoriais voltadas para a redução dos acidentes de trânsito e da violência urbana, com destaque para o álcool e outras drogas;
2. Capacitar a Atenção Primária em ser o ordenador do sistema de saúde, tanto pela cobertura, quanto pela capacidade em acolher o usuário e dar resposta às situações de urgência;
3. Capacitar os profissionais de todos os pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência.
4. Melhorar a oferta de ações ambulatoriais de atenção especializada que, aliada à baixa cobertura e resolutividade da atenção básica, provoca a sobrecarga na assistência pré-hospitalar e hospitalar, que passa assim a ser a grande “porta de entrada” do usuário ao sistema de saúde;

5. Implantar o SAMU 192 em toda Região Norte, com a participação dos oitos municípios;
6. Efetivar as pactuações das referências e contrarreferenciais a serem estabelecidas;
7. Ampliar o Acolhimento com Classificação de Risco para todos os pontos de atenção da Rede de Urgência;
8. Ampliar a oferta de leitos de retaguarda para pacientes crônicos de longa permanência a fim de tornar disponíveis os leitos em hospitais de referência;
9. Adotar as ferramentas de Gestão Clínica e de Gestão de Leitos nas unidades hospitalares para otimização da capacidade instalada;
10. Aumentar a oferta de leitos de Terapia Intensiva;
11. Dimensionar, normatizar e adequar a oferta de serviços de transporte sanitário inter-hospitalar;
12. Ampliar a oferta de leitos de isolamento;
13. Monitorar a implantação da Atenção Domiciliar nos municípios em condições de se habilitarem ao Programa “Melhor em Casa”

## **VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a construção do Presente Plano de Ação, elaboramos um diagnóstico situacional da Rede de Atenção às Urgências e estabelecemos nele desafios quantitativos e qualitativos a serem cumpridos pelos diversos pontos de atenção aqui definidos para cada componente da RUE na Região Norte do Estado do Rio de Janeiro.

No planejamento da execução estaremos estabelecendo um Plano Operativo Anual, cujas metas pactuadas deverão ser monitoradas pelo Grupo Condutor em parceria com o GT de Urgência e Emergência e a CIR – Norte e assim apresentar Relatório visando o acompanhamento para possíveis ajustes e validação dos resultados.