21ª Conferência Mundial WONCA de Médicos de Família

2 a 6 de Novembro de 2016

Riocentro - Rio de Janeiro, Brasil

Medicina de Família

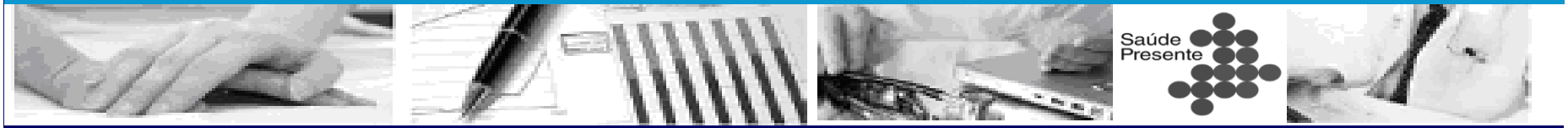
Agora mais do que nunca!

A Reforma da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro

Conferencista: Daniel Soranz (Brasil)
Presidente: Maria Inez Padula Anderson (Brasil)

Reforma da Atenção Primária a Saúde no Rio de Janeiro

Primary Health Care Reform in Rio



Daniel Soranz
Secretário Municipal de Saúde
Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

AVALIAR E COMPARTILHAR SEMPRE

EVALUATE AND SHARE ALWAYS

Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro

(Themes and Reform of Primary Health Care (RCAPS) in the city of Rio de Janeiro, Brazil)

Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas

(The historical trajectory of the city of Rio de Janeiro's health system: 1916-2015. One hundred years of innovations and achievements.)

Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – PCATool

(Assessment of child and adult users according to the degree of orientation to Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil)

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320160005&lng=pt&nrm=iso

EQUIPE
TEAM

Eduardo Paes
Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Daniel Soranz
Secretário Municipal de Saúde

José Carlos Prado Junior
Subsecretário Geral

Betina Durovni
Subsecretária de Atenção Primária Vigilância e Promoção da Saúde

Mario Celso da Gama Lima Junior
Subsecretário de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência

Arnaldo Lassance
Subsecretário de Vigilância Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses

Flávio Carneiro Guedes Alcoforado
Subsecretário de Gestão

Marcia Regina Cardoso Torres
Chefe de Gabinete

Guilherme Wagner
Superintendente de Atenção Primária

A CIDADE DO RIO DE JANEIRO

THE CITY OF RIO DE JANEIRO

2º MAIOR METRÓPOLE DO BRASIL, A 6º DA AMÉRICA E A 35º DO MUNDO

2º MAIOR METRÓPOLE DO BRASIL, A 6º DA AMÉRICA E A 35º DO MUNDO

6.498.837
habitantes • *inhabitants*

1.197,5
km²

Maior destino turístico internacional do Brasil

O Rio de Janeiro é uma cidade de fortes contrastes econômicos e sociais, apresentando grandes disparidades entre ricos e pobres. Enquanto muitos bairros ostentam um Índice de Desenvolvimento Humano correspondente ao de países nórdicos (Gávea: 0,970; Leblon: 0,967; Jardim Guanabara: 0,963; Ipanema: 0,962; Barra da Tijuca: 0,959, dados de 2000), em outros, observam-se níveis bem inferiores à média municipal, como é o caso do Complexo do Alemão (0,711) ou da Rocinha (0,732).

O Rio de Janeiro é uma cidade de fortes contrastes econômicos e sociais, apresentando grandes disparidades entre ricos e pobres. Enquanto muitos bairros ostentam um Índice de Desenvolvimento Humano correspondente ao de países nórdicos (Gávea: 0,970; Leblon: 0,967; Jardim Guanabara: 0,963; Ipanema: 0,962; Barra da Tijuca: 0,959, dados de 2000), em outros, observam-se níveis bem inferiores à média municipal, como é o caso do Complexo do Alemão (0,711) ou da Rocinha (0,732).

"Rio de Janeiro: Paisagem Carioca entre as Montanhas e o Mar" — *Rio de Janeiro: Carioca landscape between the mountains and the sea*

C40

C40 CITIES

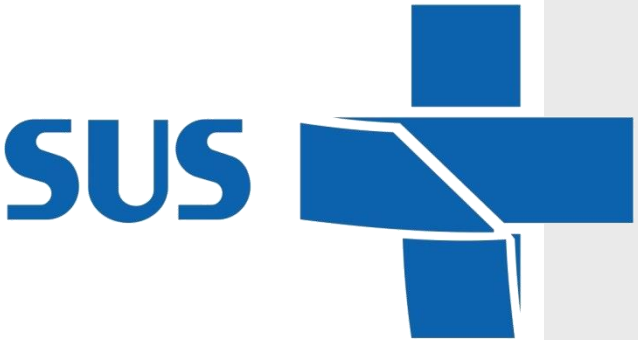
www.c40.org

@C40cities

C40 Cities

REFORMA SANITÁRIA

SANITARY REFORM



A proposta de criação de um Sistema Único de Saúde é explicitada no seio do Movimento Sanitário em 1970, incorporado à nova Constituição em 1988.

The proposal of creating an Universal Health System was presented during the Sanitary Movement in 1970 and incorporated to the new brazilian Constitution in 1988.

ESCOREL, S., 1989. *Reviravolta na Saúde*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. DONNÂNGELO MCF. Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975
BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 5 de outubro 1988. 25.

O CASO RIO DE JANEIRO

THE CASE OF RIO DE JANEIRO

Segunda classe

Tarsila do Amaral (1933)

- Um dos maiores gasto per capita em saúde do País.
- Os piores indicadores do País até 2008.
- O menor financiamento publico municipal entres as Capitais em 2008.

- *One of the highest per capita health budget in Brazil.*
- *The worst health indicators in Brazil up to 2008.*
- *The lowest public financing among all capital municipalities in Brazil in 2008.*

ANTECEDENTES 2009 – city of Rio

BACKGROUND 2009

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

"Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade"

por

Danielle Moreira de Castro Lima

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Tatiana Wargas de Faria Baptista
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Cristiani Vieira Machado

Rio de Janeiro, abril de 2014.

- Crescimento planos privados (52,8%)
  - 2.459.561 beneficiários em 2000
  - 3.371.459 beneficiários em 2012
  - 3.229.261 beneficiários em 2016
- Redução dos serviços públicos
- Consulta por habitante
- Cobertura SF inexpressiva
- Sistema fragmentado
- Regras pouco claras e desestruturadas

- *Growth of private health insurance (52,8%)*
  - *2.459.561 beneficiaries in 2000*
  - *3.371.459 beneficiaries in 2012*
  - *3.229.261 beneficiaries in 2016*
- *Decrease of public services*
- *Consultation per inhabitant*
- *Inexpressive Family Heath Coverage*
- *Fragmented system*
- *Unstructured and not very specific and rules*

Fonte: PINTO, LF and SORANZ, DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2004, vol.9, n.1
COTTA, R. M. M. Et al. A crise do SUS e a fuga para o mercado. Ciência e Saúde Coletiva, v. 3, n. 1, p. 94-105, 1998.

83% DO ORÇAMENTO FMS GASTO COM HOSPITAIS 2008

83% OF THE BUGDGET OF THE HEALTH MONETARY FUND WAS SPENT IN HOSPITALS IN 2008

1. Decisão politica de estruturar um sistema de economia de mercado.
2. Lobby da indústria de procedimentos e medicamentos.
3. Desestruturação do planejamento e centralização excessiva do planejamento.
4. Subfinanciamento.

1. *Political decision to structure a system of market economy*
2. *Lobby of the procedures and drug industry*
3. *Disrupture of planning and excessive centralization of the planning*
4. *Underfinancing*

OPORTUNIDADE DE TRANSFORMAÇÃO

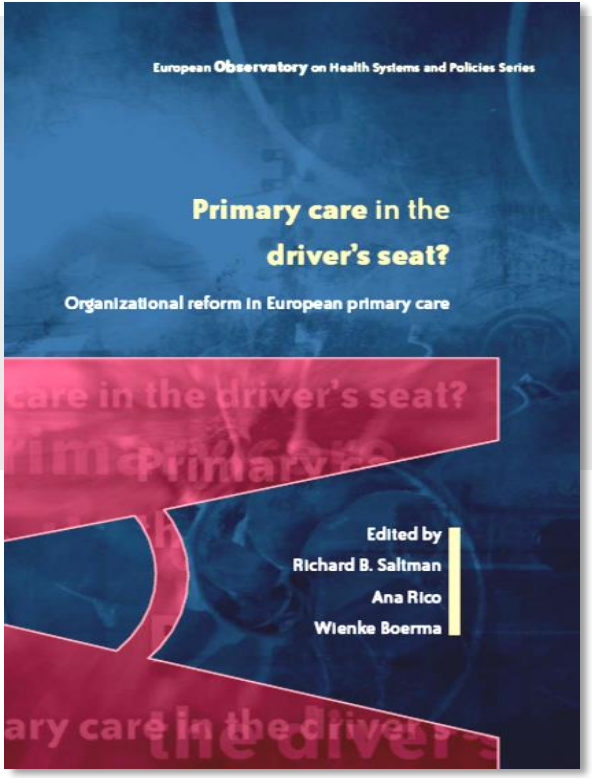
OPORTUNITY TO TRANSFORM

PRINCIPAIS INFLUÊNCIAS

MAIN INFLUENCES

- Análise das Reformas nos Sistemas Europeus
- Missão dos Cuidados Primários Contratualização
- Contratualização do NHS com os TRUSTS

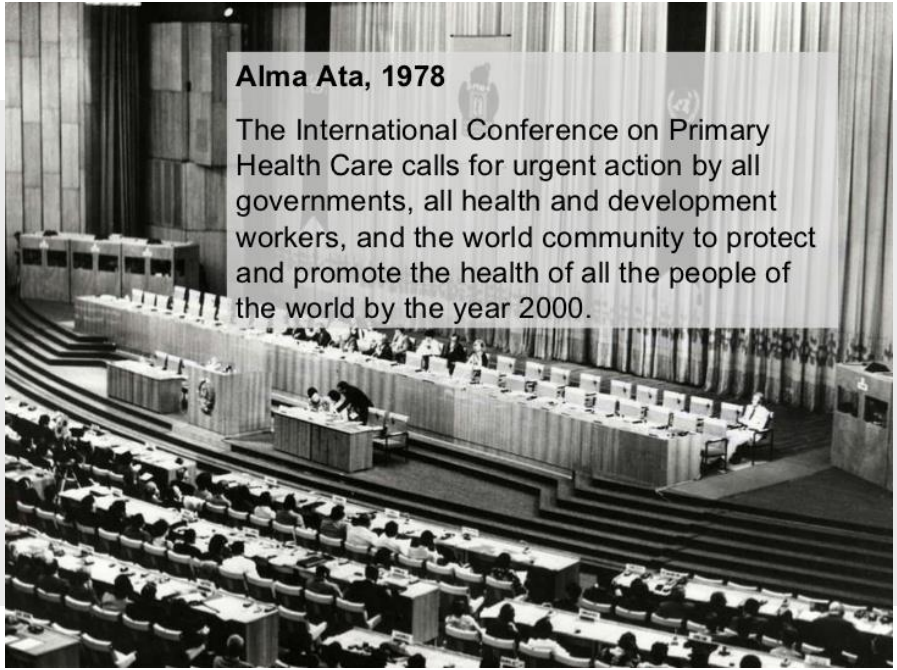
- *Analysis of the reforms in the european systems*
- *Primary care mission*
- *Contractualization of NHS with the TRUSTS*

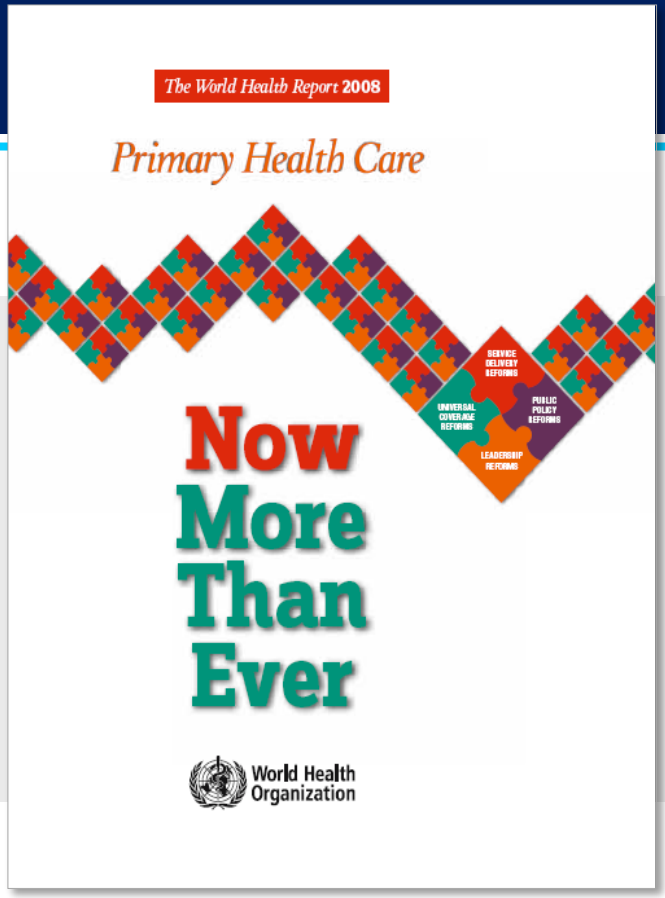


1. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Missão para os cuidados de saúde primários - Reforma dos Cuidados de Saúde primários. Plano Estratégico 2007/2009.
2. Regime Jurídico dos ACES. *Diário da República* 2008; 1.ª série - nº 38 - Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro de 2008.
3. Contratualização com as unidades de saúde familiar para 2007. Agências de contratualização dos serviços de saúde; 28 de dezembro de 2006. [acedido 2010 jul. 10].
4. Mays N, Wyke S, Malbon G, Goodwin N, eds. The purchasing of health care by primary care organisations. an evaluation and guide to future policy . Buckingham: Open University Press, 2001.
5. Le Grand J, Mays N, Mulligan JA, eds. Learning from the NHS internal market: a review of the evidence . London: King's Fund, 1998.
6. Richard B. Saltman, Ana Rico, Wienke Boerma, editors. Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care. Open University Press: Maidenhead. 2006. p. 251 ISBN: 978 0 335 21365 8.
7. Wilkin D, Coleman A, Dowling B, Smith K, eds. The national tracker survey of primary care groups and trusts 2001/2002: taking responsibility ? Manchester: National Primary Care Research and Development Centre, 2002.
8. Dowling, B, GPs and Fundholding in the NHS. Aldershot: Ashgate. 2001
9.Escoval, A Contratualização em Cuidados de Saúde Primários Horizonte 2015/20 Escola Nacional de Saúde Pública,Lisboa, 2009.
10. Brasil, Ministério da Saúde, Política Nacional de Atenção Básica, 2006
11. Starfield, Barbara. Primary care: balancing health needs, services, and technology. Oxford University Press, USA, 1998.

AGORA MAIS QUE NUNCA

NOW MORE THAN EVER

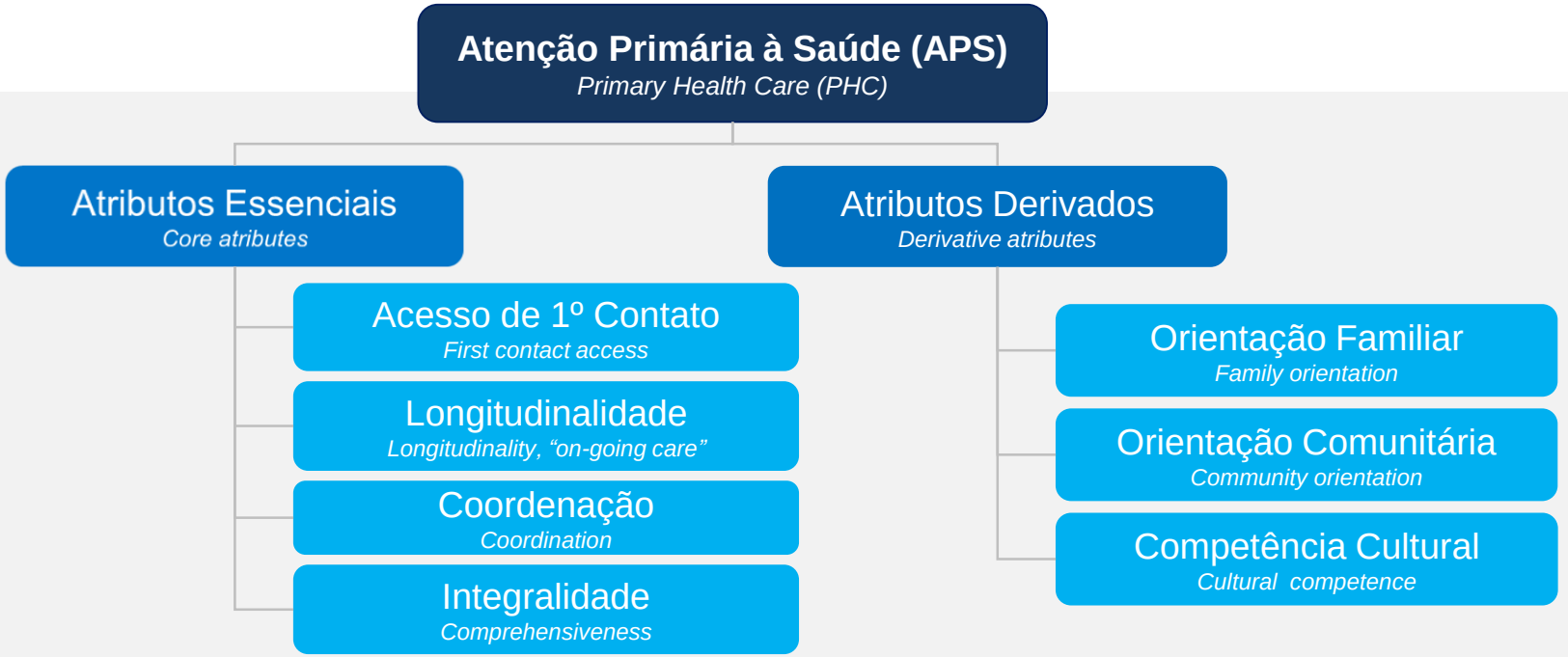




http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf

VALORES E CLASSIFICAÇÃO

VALUES AND CLASSIFICATION



STARFIELD B, Primary Care: concept, evaluation and policy, Oxford University Press, New York,1992.

LINHAS ESTRATÉGICAS

STRATEGIC LINES

EIXO 0 – 2009

MUDANÇA ORGANIZACIONAL E ADMINISTRATIVA

- Atenção Primária no assento do condutor;
- Definição participativa da Rede construção dos TEIAS;
- Bases da reforma administrativa e contratualização.

EIXO I – 2010

AMPLIAÇÃO DO ACESSO

- Liderança e autonomia de gestão;
- Melhoria da acessibilidade;
- Avaliação e monitoramento;
- Gestão das TIC.

EIXO II – 2011

GOVERNAÇÃO CLÍNICA E GESTÃO CONHECIMENTO

- Gestão da clínica;
- Gestão do conhecimento e qualificação dos profissionais;
- Inovação e simplificação na prestação dos cuidado.

EIXO III – 2012

SUSTENTABILIDADE E DESENVOLVIMENTO

- Acreditação de serviços;
- Viabilidade financeira da Atenção Primária;
- Comunicação com os cidadãos e os profissionais.

EIXO IV – 2013

COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ACCOUNTABILITY

- Coordenação do Cuidado;
- Vinculação pessoa a pessoa, organização das listas e gestão dos “duplicados”;
- Responsabilização e transparência nos resultados.

EIXO V – 2014

RESPOSTA A TEMPO E HORA E TODOS PELO SUS

- Responsabilidades e entregas individuais;
- Resposta a tempo e hora;
- Interação serviço-pesquisa.

EIXO VI – 2015

DIRIGINDO COM EFICIÊNCIA

- Transparência e Disciplina financeira;
- Rede de relação entre pacientes e comunidades;
- Formação da rede e linhas de cuidado.

EIXO VII – 2016

CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA E ORGULHO DE SER SUS

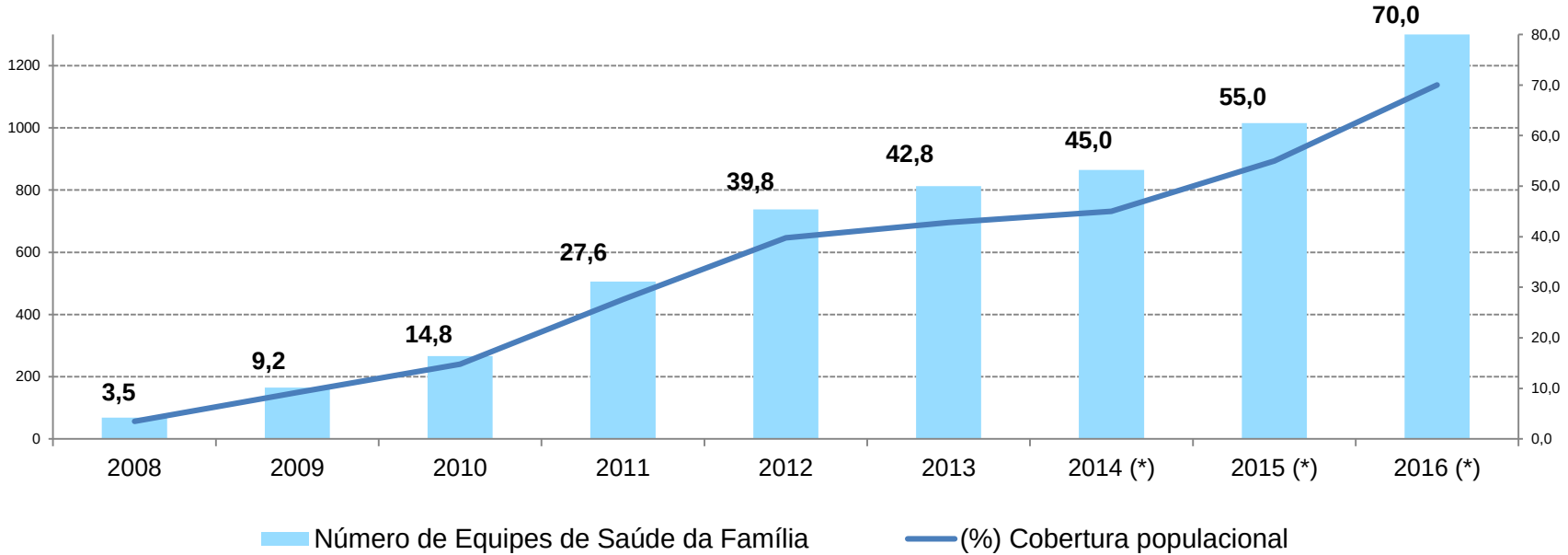
- Consolidação dos valores da reforma da atenção primária;
- Orgulho de ser SUS;
- Equidade e desenvolvimento.

ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO

FIRST CONTACT ACCESS

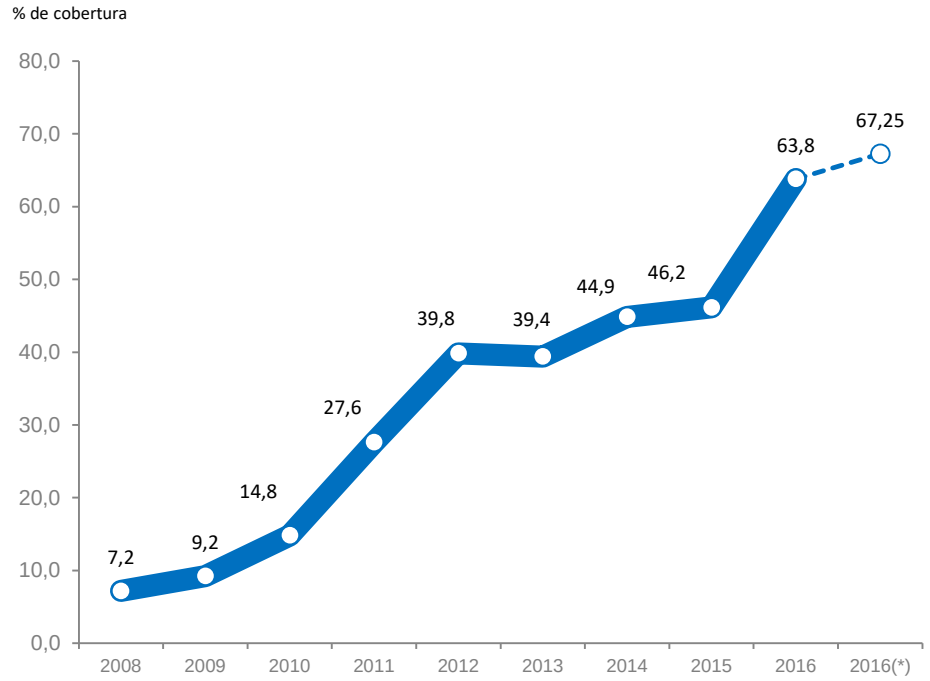
ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO

PRIMARY HEALTH CARE ATRIBUTES: FIRST CONTACT ACCESS



Fonte: Soranz et al (2016) a partir dos dados extraídos do DAB/SAS/Ministério da Saúde e IBGE, disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
Obs: Foi considerado o mês de referência de dezembro para representar a cobertura populacional (%) de cada ano., exceto a projeção de 2016.
(*) Projeção a partir do Planejamento Estratégico da Prefeitura.

COBERTURA POPULACIONAL DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS CAPITAIS BRASILEIRAS – 2008 E 2016



(*) projeção até dez/2016

Fonte: MS/DATASUS/SCNES

capitais	2008
Teresina	94,34
João pessoa	90,35
Aracaju	86,71
Vitória	77,25
Florianópolis	77,22
Belo Horizonte	71,45
Boa Vista	71,04
Palmas	65,41
Recife	52,83
Macapá	44,86
Natal	43,68
Rio Branco	42,29
Porto Velho	37,23
Manaus	35,68
Curitiba	32,60
Goiania	32,23
Fortaleza	30,55
São Luis	29,31
Campo Grande	28,38
São Paulo	26,62
Maceió	26,55
Belém	23,42
Porto Alegre	22,27
Cuiabá	19,62
Salvador	10,17
Rio de Janeiro	7,20
Brasília	5,64

capitais	2016(*)
Florianópolis	100,00
Teresina	100,00
Palmas	92,64
João pessoa	88,75
Belo Horizonte	82,95
Aracaju	76,31
Vitória	72,49
Boa Vista	63,90
Rio de Janeiro	63,80
Porto Velho	61,57
Rio Branco	60,41
Macapá	58,95
Recife	56,13
Fortaleza	50,23
Porto Alegre	50,17
Goiania	44,75
Curitiba	44,27
Natal	43,46
Cuiabá	40,56
Campo Grande	39,41
São Paulo	34,42
Manaus	32,24
São Luis	31,53
Maceió	30,76
Salvador	30,67
Brasília	27,22
Belém	21,77

(*) set/2016

CLÍNICAS DA FAMÍLIA

FAMILY CLINICS

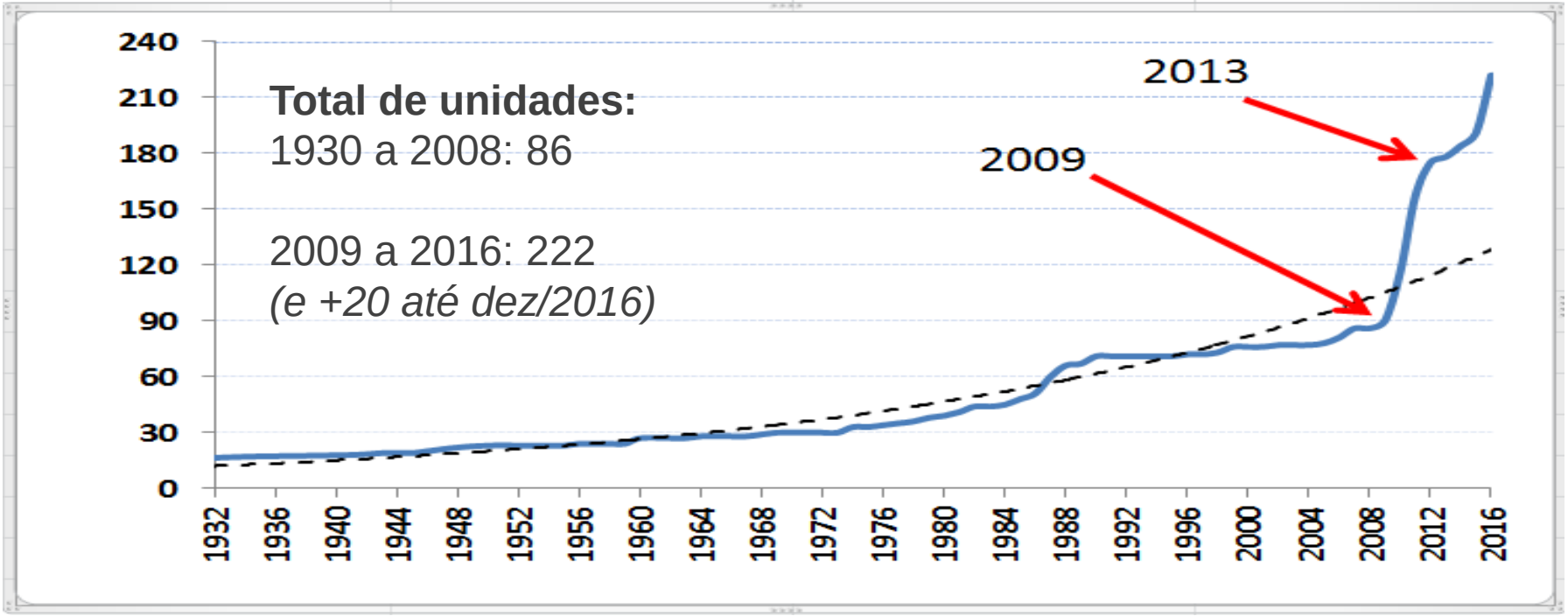
DISTRIBUIÇÃO DA COBERTURA POPULACIONAL (%) DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO CAPITAIS DO PAÍS BRASIL – 2005-2015

DISTRIBUTION OF THE POPULATION COVERAGE / (%) OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY ACCORDING TO THE MAJOR CITIES OF BRAZIL

		Cobertura populacional (%)												Nº de ESF		
Região	Capital	2005 (A)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 (B)	(B-A)	2005 (C)	2015 (D)	(D-C)
NORTE	Rio Branco/AC	50,1	44,6	42,3	42,3	36,6	30,5	23,6	52,4	47,5	58,4	57,4	7,3	40	58	18
	Manaus/AM	39,1	32,0	33,2	35,7	32,5	31,0	29,5	27,7	29,1	35,2	35,6	-3,5	173	192	19
	Macapá/AP	29,2	30,0	34,6	44,9	55,7	57,4	44,2	45,8	46,5	61,4	61,4	32,2	27	74	47
	Belém/PA	18,3	23,3	22,5	23,4	23,3	17,8	16,3	15,8	24,0	22,5	25,0	6,7	71	102	31
	Porto Velho/RO	25,9	27,1	28,4	37,2	56,4	66,7	59,6	58,6	60,0	60,0	59,2	33,3	27	76	49
	Boa Vista/RR	72,5	73,2	63,0	71,0	68,8	54,3	32,8	47,5	22,1	59,3	60,4	-12,1	47	52	5
	Palmas/TO	66,1	67,8	60,7	65,4	80,6	82,3	68,0	66,0	78,4	91,2	92,6	26,5	33	65	32
NORDESTE	Maceió/AL	28,4	28,3	26,9	26,6	26,9	26,5	29,2	30,7	30,8	31,1	31,1	2,7	70	86	16
	Salvador/BA	14,8	14,8	14,6	10,2	10,7	17,5	17,5	13,3	22,8	26,3	27,6	12,8	110	217	107
	Fortaleza/CE	11,8	34,0	35,1	30,6	31,4	35,5	36,0	33,0	36,6	42,9	50,2	38,4	77	364	287
	São Luís/MA	32,5	31,0	29,0	29,3	26,2	32,5	28,9	27,5	34,5	36,5	36,2	3,7	87	109	22
	João Pessoa/PB	97,1	92,9	89,8	90,4	89,1	88,4	76,8	80,0	81,8	86,9	85,0	-12,1	177	183	6
	Recife/PE	50,8	47,6	44,2	52,8	51,0	51,7	55,0	52,9	53,5	55,2	52,1	1,3	215	235	20
	Teresina/PI	96,3	95,5	93,9	94,3	95,6	94,6	97,0	96,5	93,9	93,1	91,0	-5,3	210	219	9
	Natal/RN	45,9	45,7	41,9	43,7	33,7	30,8	28,3	23,8	44,3	49,0	48,5	2,6	99	115	16
	Aracaju/SE	90,6	88,6	86,7	86,7	82,9	83,7	79,7	81,0	80,4	80,4	79,3	-11,3	126	135	9
SUDESTE	Vitória/ES	73,0	65,0	60,9	77,3	81,4	83,0	81,0	77,2	75,6	79,7	78,7	5,7	64	76	12
	Belo Horizonte/MG	75,4	72,8	69,6	71,5	71,4	70,9	76,7	72,6	73,6	82,7	83,0	7,6	504	576	72
	Rio de Janeiro/RJ	**5,5**	**6,7**	**7,4**	**7,2**	**9,2**	**14,8**	**27,6**	**39,8**	**39,4**	**44,9**	**45,4**	**39,9**	**96**	**841**	**745**
	São Paulo/SP	22,5	25,0	26,5	26,6	29,3	29,3	30,4	33,2	28,5	35,6	34,0	11,5	696	1.120	424
SUL	Curitiba/PR	26,0	28,9	31,3	32,6	31,9	31,7	34,1	36,2	44,5	45,8	45,8	19,8	126	236	110
	Porto Alegre/RS	20,3	21,7	22,0	22,3	22,4	22,8	23,3	31,5	31,2	43,8	43,1	22,8	82	177	95
	Florianópolis/SC	61,7	67,8	71,3	77,2	80,6	84,5	89,3	90,4	92,4	94,0	100,0	38,3	66	130	64
CENTRO-OESTE	Brasília/DF	6,3	3,6	4,8	5,6	12,4	15,9	14,8	17,6	20,1	31,5	31,7	25,4	40	243	203
	Goiânia/GO	33,1	33,9	32,5	32,2	28,6	40,4	39,8	46,6	47,1	48,1	47,6	14,5	110	184	74
	Campo Grande/MS	23,0	22,1	25,2	28,4	29,6	30,2	26,8	36,4	38,1	38,1	39,8	16,8	47	93	46
	Cuiabá/MT	19,6	20,0	19,6	19,6	34,2	39,5	38,8	38,5	38,7	38,1	38,7	19,1	29	63	34
Brasil		**28,3**	**29,9**	**30,0**	**30,6**	**31,8**	**33,7**	**35,6**	**38,3**	**39,1**	**44,8**	**44,9**	**16,6**	**3.449**	**6.021**	**2.572**

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados coletados pelo DAB/SAS/Ministério da Saúde, disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php [acesso em 02 nov 2015] e Projeções populacionais do IBGE.
Obs: Foi considerado o mês de referência de dezembro para representar a cobertura populacional (%) de cada ano, exceto o ano de 2015 (setembro).

Evolução do número de unidades de atenção primária à saúde
Município do Rio de Janeiro – Brasil - ... até out/2016



Fonte: Elaboração própria, a partir da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE (AMS-2009) para os dados até 2008. Para 2009 a 2016, CNES/Ministério da Saúde, consulta em 30 out 2016.
Nota: "1930" corresponde ao total de unidades "até 1930".

ACESSO
ACCESS

PRINCÍPIOS NORTEADORES
Guiding Principles

A estratégia de saúde da família no centro da Mudança

The family health strategy in the core of the change

A Saúde da Família é a principal estratégia para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde

Family health is the primary strategy for the effectuation of the principles of the Universal Health System (SUS).

BASES ESTRUTURANTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Política Nacional de Atenção Básica
(Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, atualizada em 2011)

Política Nacional de Promoção da Saúde
(Portaria nº 647, de 30 de março de 2006)

Pacto pela Saúde
(Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006)

> **A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei”**
>
> **Gilson Carvalho**
>
> *"The boldness of obeying and making people obey the law"*

PROGRAMA DE GOVERNO

GOVERNMENT PROGRAM

MAIS SAÚDE

CIDADE DO RIO DE JANEIRO

MAIS SAÚDE
CIDADE DO RIO DE JANEIRO

ACESSO – DEFINIÇÃO DE NECESSIDADES TEIAS

ACCESS – DEFINITION OF NEEDS "TEIAS"

CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTEIRA DE SERVIÇOS

SERVICE PORTFOLIO

Sistemas de saúde com bom desempenho têm características em comum:

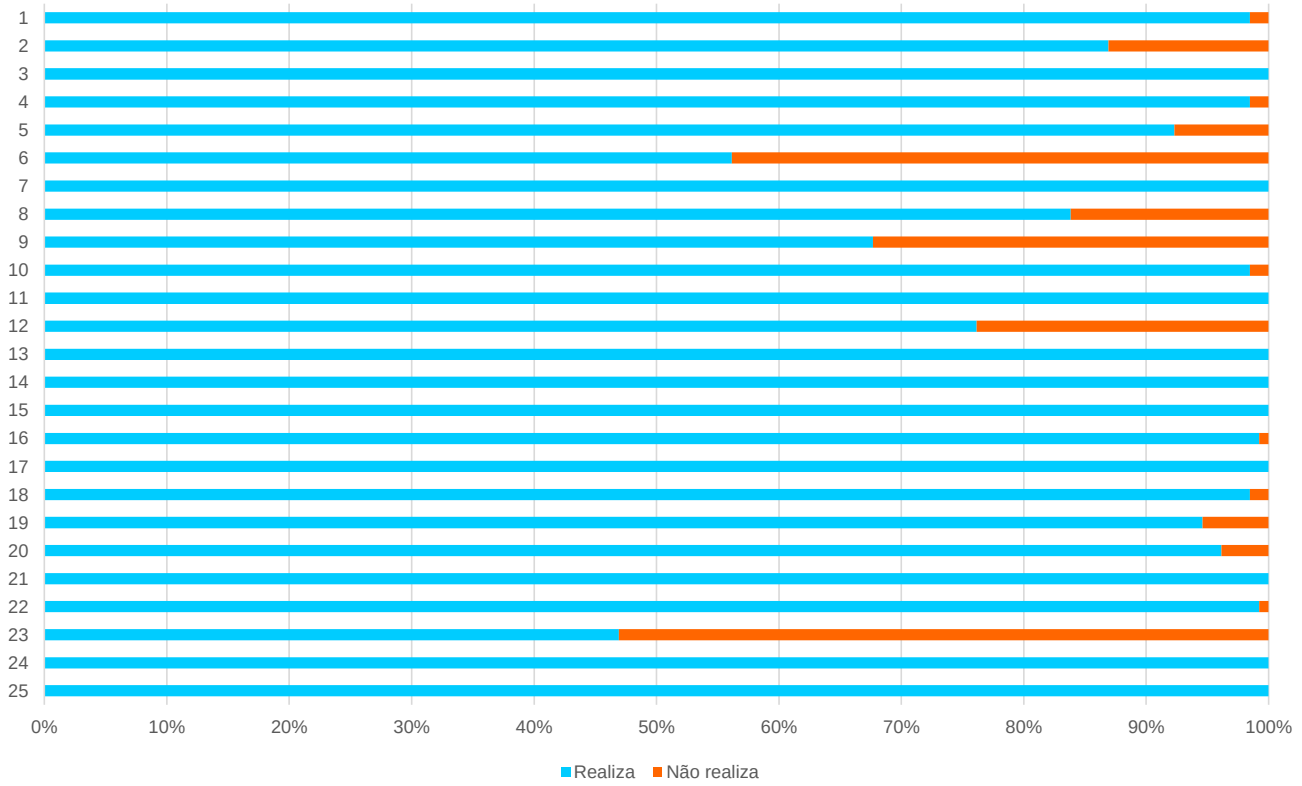
Common characteristics of Health systems with good performance:

Serviços de atenção primária resolutivos

Resolutive Primary Care Systems

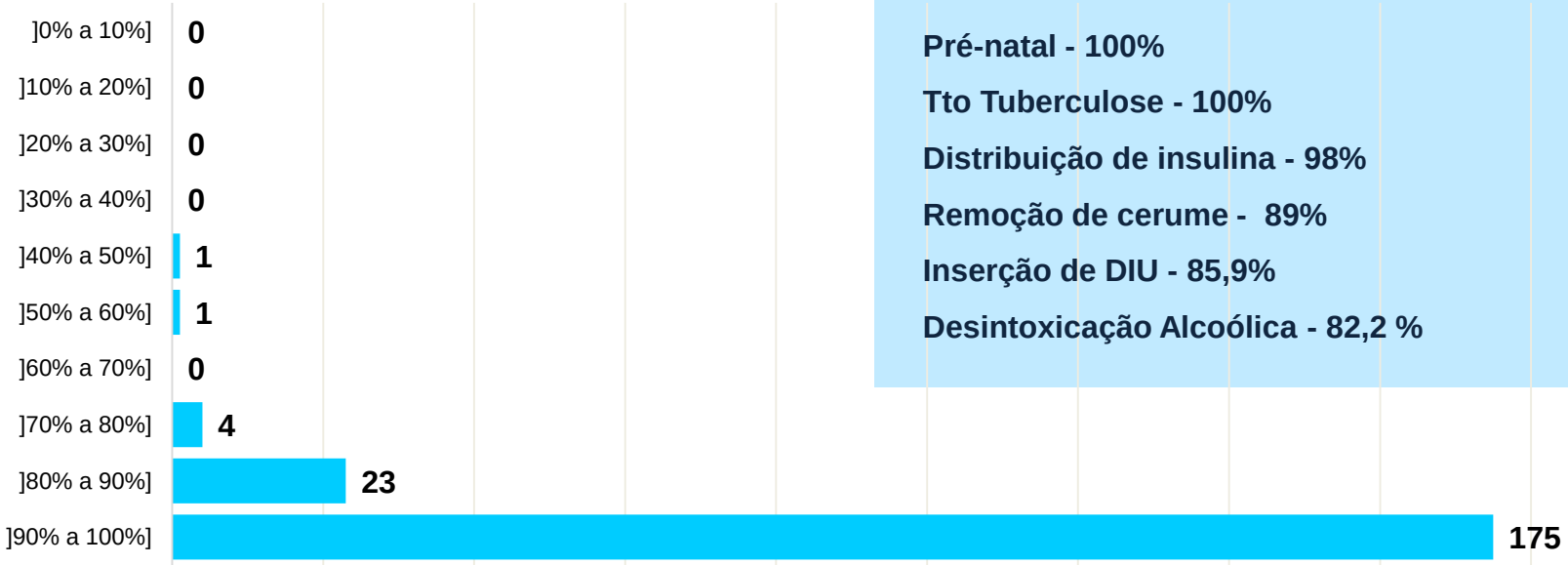
ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: INTEGRALIDADE
OFERTA DE SERVIÇOS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA AP 3.1 - RIO DE JANEIRO – MARÇO/2014

Item	Descrição	AP 3.1: (%) das ESF que fazem
1	PEZINHO	98,5%
2	VACINA	86,9%
3	CURATIVO	100,0%
4	NEBULIZA	98,5%
5	SUTURA	92,3%
6	DIU	56,2%
7	PREVENTIVO	100,0%
8	CERUME	83,8%
9	UNHA	67,7%
10	ABSCESSO	98,5%
11	INSULINA	100,0%
12	CONTROLADO	76,2%
13	ASMA	100,0%
14	TB	100,0%
15	PNENF	100,0%
16	PNMED	99,2%
17	PUERIENF	100,0%
18	PUERIMED	98,5%
19	REFVERM	94,6%
20	ATIVFISICA	96,2%
21	PLANEJAFAM	100,0%
22	TABAGISMO	99,2%
23	DESINTALCO	46,9%
24	NOTIFICA	100,0%
25	TESTERAP	100,0%



DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE UNIDADES DA APS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO DE ACORDO COM A PROPORÇÃO DE ITENS DA CARTEIRA DE SERVIÇOS IMPLEMENTADOS – 2016 (n = 204 UNIDADES)

DISTRIBUTION OF THE NUMBER OF PRIMARY HEALTH CARE UNITIES IN THE RIO DE JANEIRO COUNTY ACCORDING TO THE PROPORTION OF IMPLEMENTED ITENS FROM THE SERVICE PORTFOLIO - 2016 (N = 204 UNITIES)



Pré-natal - 100%

Tto Tuberculose - 100%

Distribuição de insulina - 98%

Remoção de cerume - 89%

Inserção de DIU - 85,9%

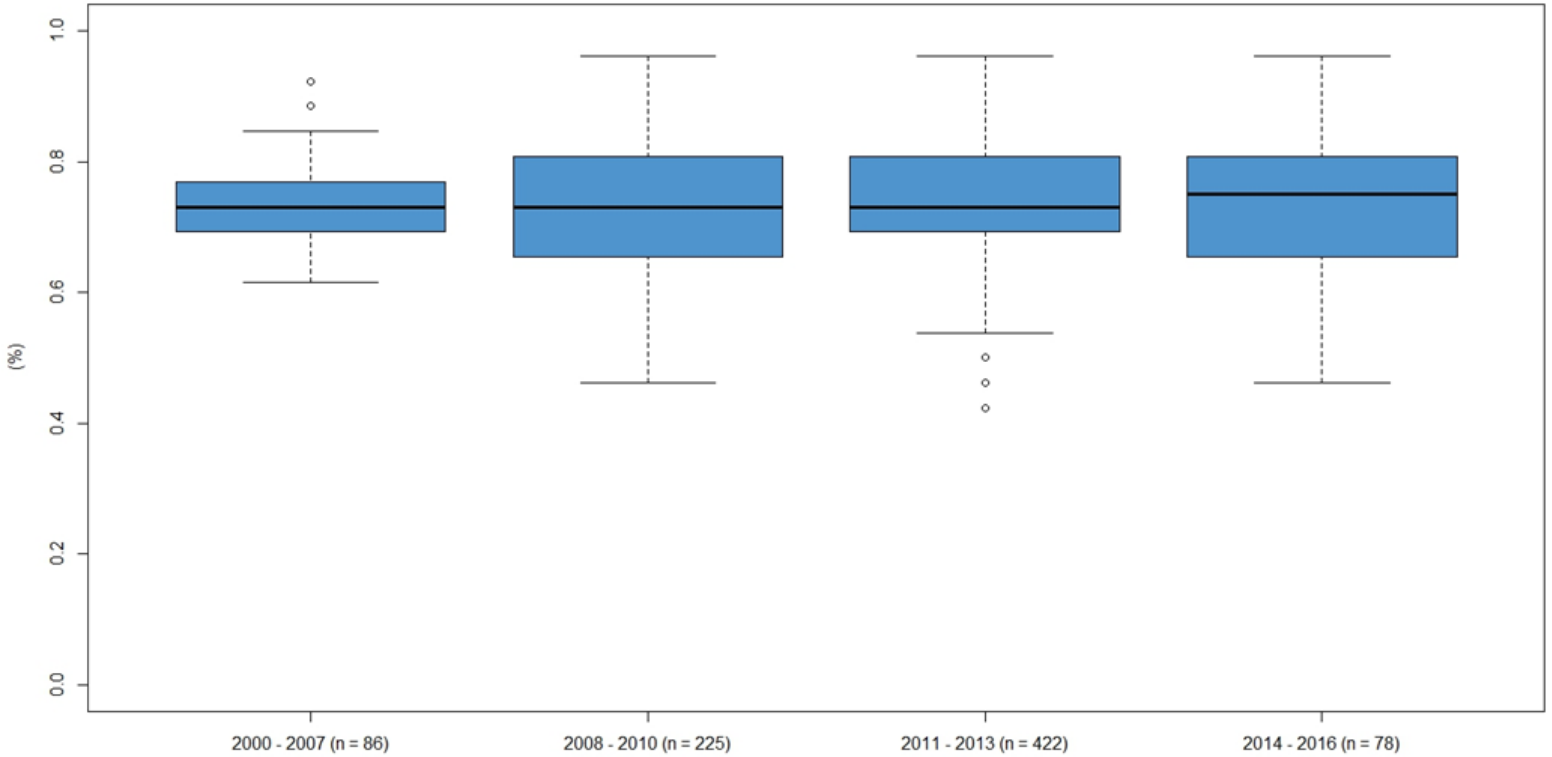
Desintoxicação Alcoólica - 82,2 %

Média de implantação dos itens da carteira de serviços no Município do Rio de Janeiro: 92,72%

Fonte: Prontuários Eletrônicos | jul-ago-set/2016

PERCENTUAL DA CARTEIRA DE SERVIÇOS IMPLEMENTADO POR ANO DE IMPLANTAÇÃO DA EQUIPE – SET/2016 (811 EQUIPES AVALIADAS)

PERCENTAGE OF THE SERVICE PORTFOLIO SET BY THE YEAR OF THE TEAM IMPLEMENTATION - SEPTEMBER/2016 (811 EVALUATED TEAMS)



FONTE: PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS – SIAB / SMSRJ| JUL-AGO-SET/2016

ACESSO – PESSOAS FORMAÇÃO E CARREIRA

ACCESS - PEOPLE: TRAINING PROGRAM AND CAREER

Residência e carreira médico de família

Residency Training Program and family doctor career

Evolução de candidatos/vagas do programa de residência em MFC da SMS-Rio

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Inscritos	0	155	157	193	427	413
Vagas	0	60	60	100	100	150
Candidatos/ vaga	0	2,58	2,61	1,93	4,2	2,75
Ocupação	0	75%	98%	44%	96%	90%

CLÍNICAS DA FAMÍLIA

FAMILY CLINICS

RMFC-RIO

RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - RIO DE JANEIRO

Maior campo de prática e formação de alunos do País.

Maior residência médica em Medicina de Família e Comunidade (SMS, UERJ, UFRJ, FIOCRUZ).

http://www.rmfcrio.org/

Largest field of practices and students formations in the country, more than 2,000 students

Largest medical residency in Family and Community Health (SMS,UERJ,UFRJ,FIOCRUZ)

https://www.youtube.com/watch?v=VT1JQ5Wjr7U

RESIDÊNCIA MÉDICA

MEDICAL RESIDENCY

Aula inaugural da primeira turma da residência de **Medicina de Família e Comunidade** da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro.

ACESSO – PESSOAS, FORMAÇÃO E CARREIRA

ACCESS - PEOPLE: TRAINING PROGRAM AND CAREER

Investments in the clinical performance, knowledge management, clinical management, permanent education.

Visit us!! www.redeoticsrio.org

WORKSHOP WONCA: 15:30h – Room 212

PLANO CARREIRA PARA MFC

Item	Valor
Salário Base	R$12.484,31
Titulação em MFC	R$2.496,86
Mestrado em APS	R$2.496,86
Doutorado em APS	R$2.496,86
Responsabilidade Técnica	R$2.496,86
Preceptoria Residência MFC	R$2.496,86
Distância 3.1	R$2.068,97
Distância 3.3	R$2.068,97
Distância 5.1	R$3.000,00
Distância 5.2	R$ 2.345,00
Distância 5.3	R$ 3.300,00
Pagamento Desempenho	Até R$1.248,40

TOTAL: até R$ 29.517,01

MAIS DE 95% DE EQUIPES COMPLETAS

100% OF THE TEAMS COMPLETED

NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – 2014-2016

Number of Family Health Teams - 2014-2016

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
AP	Equipes dez/2008 (linha de base)	Equipes dez/2009 (executado)	Equipes dez/2010 (executado)	Equipes dez/2011 (executado)	Equipes dez/2012 (executado)	Equipes dez/2013 (executado)	Equipes dez/2014 (executado)	Equipes dez/2015 (executado)	Equipes projetadas dez/2016
Total	63	160	298	585	760	723	874	903	1.182

População-alvo = população atualmente coberta + população a ser coberta pela Expansão da Saúde da Família entre 2009-2013, média de até 1 equipe para 3450 hab.

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
% de equipes completas	25,4%	46,9%	79,5%	74,7%	93,9%	100%	97,2%	98,5%	95,6%
Cobertura Município Rio de Janeiro	3,5%	8,9%	17%	25,1%	40,7%	43%	48%	60%	70%

ACESSO “EQUIPES FUNCIONAIS”

ACCESS – "FUNCTIONALS TEAMS"

Protocolo de enfermagem

Agentes no Secretariado Clínico

ACS

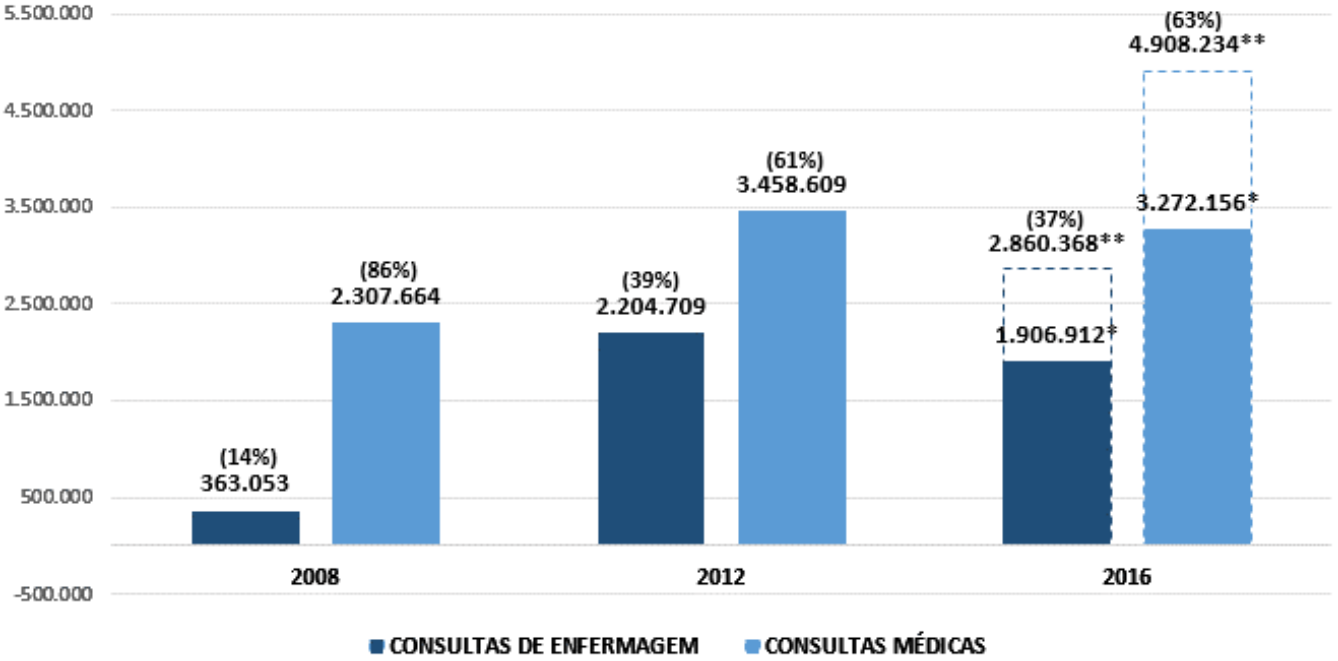
Dentistas

Nursing protocol

Agents in the clinic secretariat

EVOLUÇÃO NO NÚMERO DE CONSULTAS EM ENFERMAGEM

EVOLUTION OF THE NURSING CONSULTATIONS NUMBER



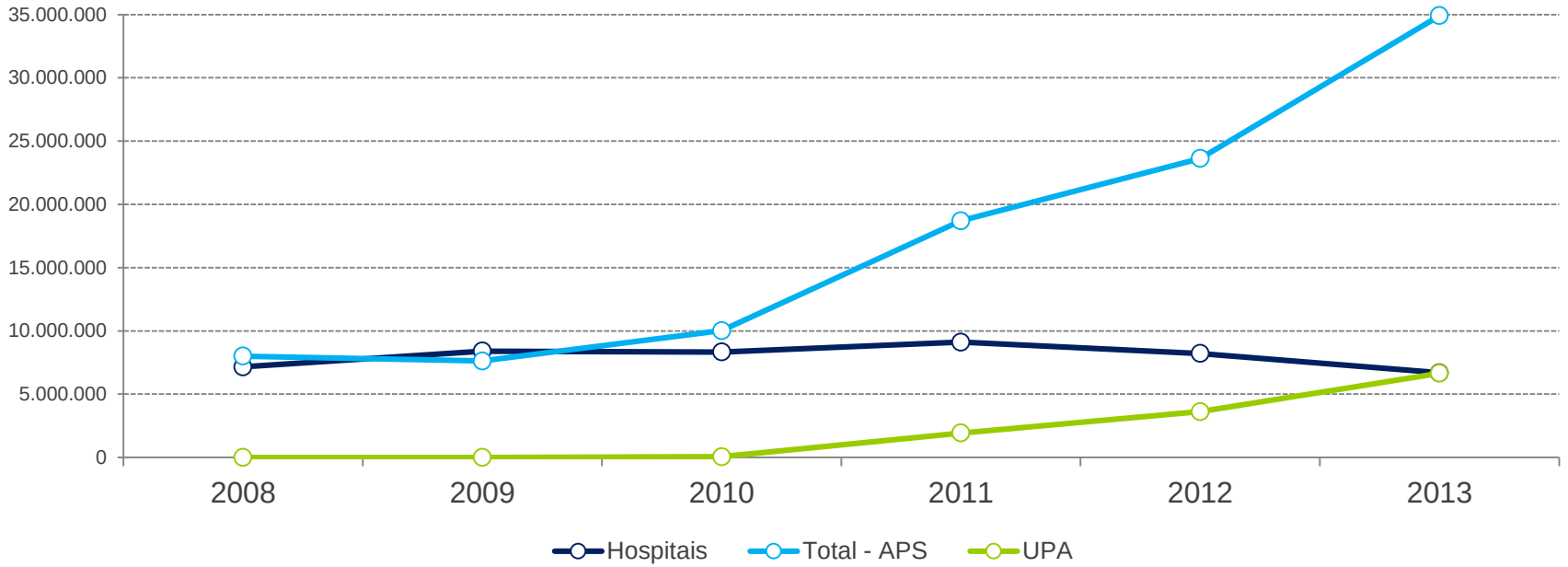
Fonte:SIA

*Dados de jan/16 até ago/16

**Estimativa para o ano de 2016 de acordo com a média de consultas de jan/16 até ago/16

ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO
DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS REALIZADOS - MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – 2008-2013

PRIMARY HEALTH CARE ATRIBUTES: FIRST CONTACT ACCESS
DISTRIBUTION OF THE NUMBER OF AMBULATORY PROCEDURES PERFORMED - RIO DE JANEIRO COUNTY - 2008-2013



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), a partir do Tabnet municipal, Rio de Janeiro, abril de 2014. Disponível em: http://www0.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sia/definicoes/producao_2008.def

Conciliando expectativas dos usuários

CLEAR RULES AND DEADLINES

Você já sabe mas não custa lembrar!

1 **VISITA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS** — Em qualquer equipe de saúde da família a periodicidade para **visitas** domiciliares dos **Agentes Comunitários** é baseada em estratificação de risco, com a seguinte **periodicidade mínima**:

- Tuberculose
- Hanseníase

→ **diária**

- Hipertensos Severos
- Diabéticos Severos
- Gestantes
- Crianças até 1 ano

→ **mensal**

- Hipertensos leves
- Diabéticos leves
- Crianças >2 anos
- Acamados

→ **trimestral**

- Demais pessoas

→ **anual**

2 Todo domicílio deve ser visitado pelo menos 1 vez ao ano pelo agente de vigilância em saúde; considerando fatores de risco ambientais e do domicilio pode ocorrer visita mensal

3 **VISITAS DOMICILIAR** — O tempo máximo para realizar Visita Domiciliar quando solicitada a unidade é de 5 dias para avaliação do ACS e máx 30 dias para ida do técnico, enfermeiro, dentista ou médico.

4 **AGENDAMENTO DE CONSULTAS** — Em toda unidade de atenção primária deve agendar consultas:

5 Os pacientes que procurarem agendar consultas devem sair da unidade sabendo o dia e horário de sua consulta

6 Os pacientes com casos agudos devem ser atendidos pelo médico ou enfermeiro no mesmo dia

7 Nenhuma consulta de primeira vez pode ser agendada para mais de 30 dias úteis;

8 **EXAMES LABORATORIAIS** — O tempo máximo para resultado de exames:
- **Laboratoriais**: 5 dias úteis;
- **Citopatológico** (preventivo): 10 dias úteis;
- **RX**, **ultrassonografia** e **eletrocardiograma**: 30 dias úteis

9 **HORARIOS** — Os horários de funcionamento da unidade; horário de atendimento de todos os profissionais e horário de todas as atividades educativas semanais devem estar afixados e visíveis ao usuário; bem como a semana padrão de cada profissional.

10 Todos os serviços devem ser disponibilizados em todo horário de funcionamento da unidade, incluindo

Sistemas de saúde com bom desempenho têm características em comum:

Common characteristics of Health systems with good performance:

Regras e prazos claros para os profissionais e usuários

Clear rules and deadlines for the professionals and users.

Critérios de Prioridade

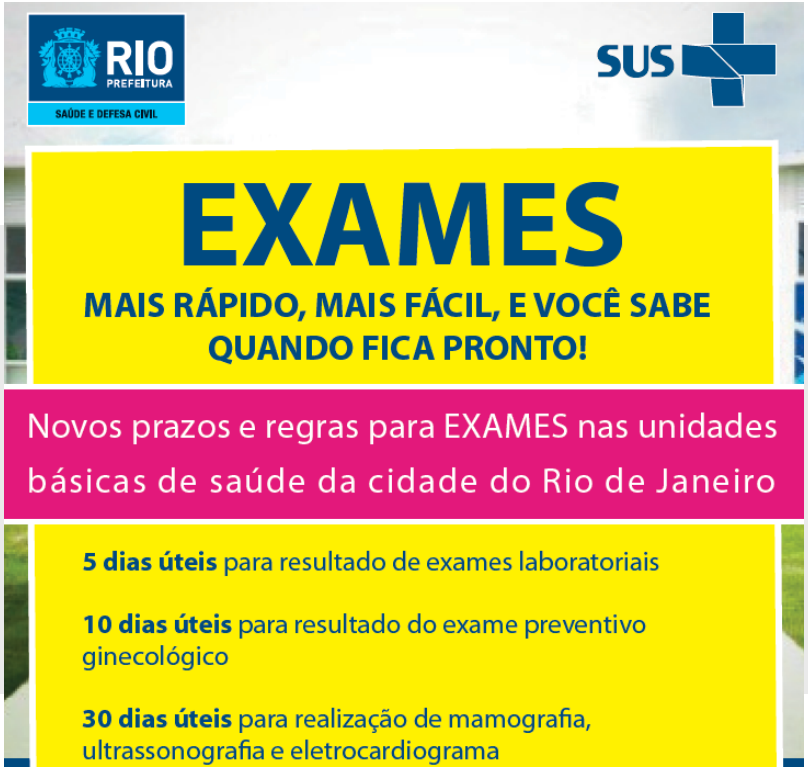
O SISREG permite no momento da solicitação de exame/consulta especializada a priorização por cores:

VERMELHO:	são situações clínicas graves e/ou que necessitam um agendamento prioritário, em **até 30dias**.
AMARELO:	são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, para próximos dias, em **até 90dias**.
VERDE:	são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, Podendo aguardar **até 180dias**.
AZUL:	são situações clínicas que não necessitam um agendamento prioritário, Podendo aguardar **mais que 180 dias**.

http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/4129844/CADERNETADOUSUARIO_WEB.pdf

REGRAS E PRAZOS CLAROS

CLEAR RULES AND DEADLINES



Sistemas de saúde com bom desempenho têm características em comum:

Common characteristics of Health systems with good performance:

Regras e prazos claros para os profissionais e usuários

Clear rules and deadlines for the professionals and users.

http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/4129844/CADERNETADOUSUARIO_WEB.pdf

ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO

FIRST CONTACT ACCESS

Sistemas de saúde com bom desempenho têm características em comum:

Common characteristics of Health systems with good performance:

Vinculação pessoa a pessoa:

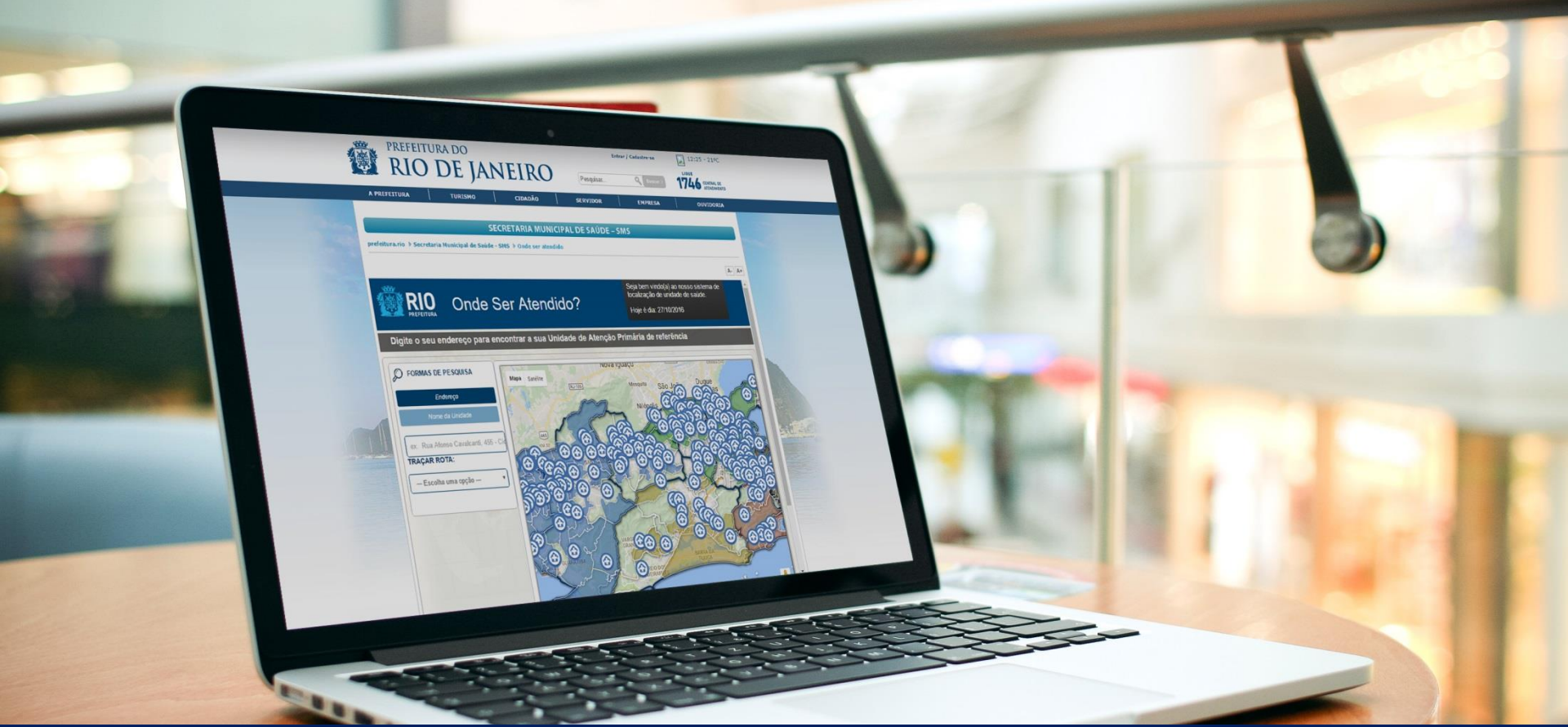
Os profissionais tem uma lista de pacientes da qual são responsáveis.

Os pacientes sabem quem é a equipe responsável pelo seu cuidado.

People to people linking:

The professionals are responsable for a list of patients.

The patients know which team is responsible for their care.



ONDE SER ATENDIDO

PREFEITURA DO
RIO DE JANEIRO

Entrar / Cadastre-se

12:25 - 21ºC

Pesquisar... Buscar

LIGUE 1746 CENTRAL DE ATENDIMENTO

A PREFEITURA | TURISMO | CIDADÃO | SERVIDOR | EMPRESA | OUVIDORIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS

prefeitura.rio › Secretaria Municipal de Saúde - SMS › Onde ser atendido

A- A+

FORMAS DE PESQUISA

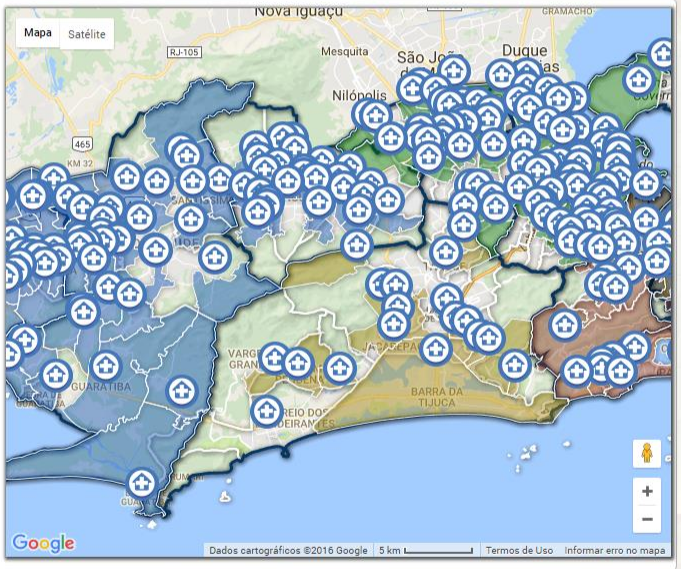
Endereço

Nome da Unidade

ex. Rua Afonso Cavalcanti, 455 - Cid

TRAÇAR ROTA:

--- Escolha uma opção ---



VOLTAR

POLÍTICA DE PRIVACIDADE | MAPA DO SITE | ACESSIBILIDADE | MANUAL DE IDENTIDADE VISUAL | ÁREA DE IMPRENSA

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro - Rua Afonso Cavalcanti,455 - Cidade Nova - 20211-110

PRIMEIRO CONTATO

FIRST CONTACT

FORMAS DE PESQUISA

Endereço

Nome da Unidade

Rua Dias Ferreira - Leblon, Rio de Jar

TRAÇAR ROTA:

--- Escolha uma opção ---

A sua **Unidade de Atenção Primária é**:

SMS CMS PINDARO DE CARVALHO RODRIGUES - AP 21

AP: 21 **CNES**: 2288370
Telefone: (21) 2511-2619
email: cmspcrodrigues@rio.rj.gov.br
Site:
http://pindarocarvalhorodrigues.blogspot.com.br/
Endereço: AV PADRE LEONEL FRANCA, S/Nº
Bairro: GAVEA
Atendimento
Seg À Sexta : 08:00 às 20:00
Sábado: 08:00 às 12:00
Distância: 405.9 metros

Nome da Equipe:

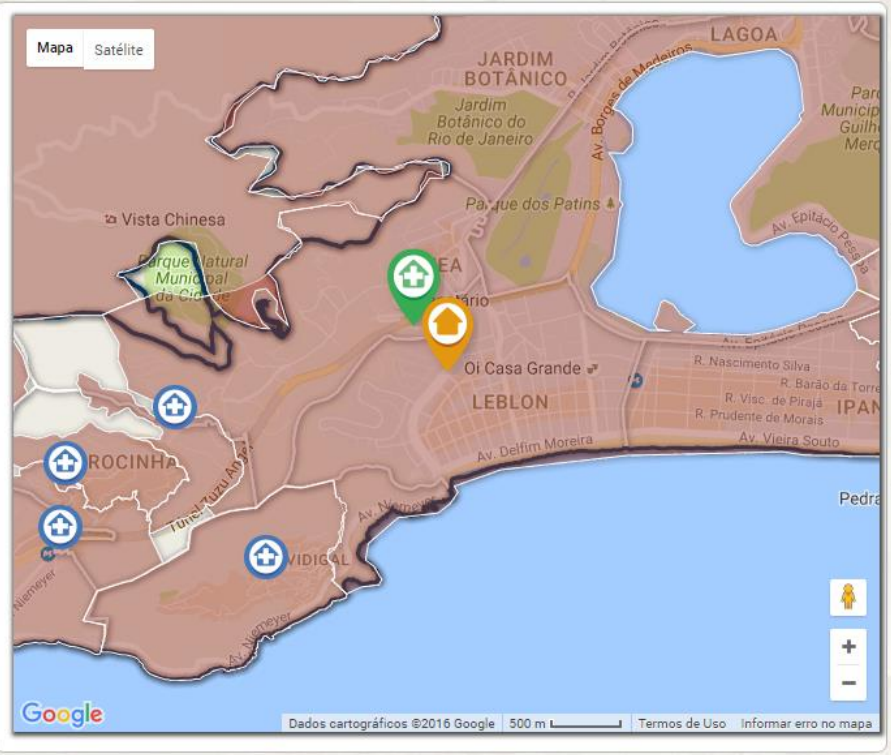
TROMBETA

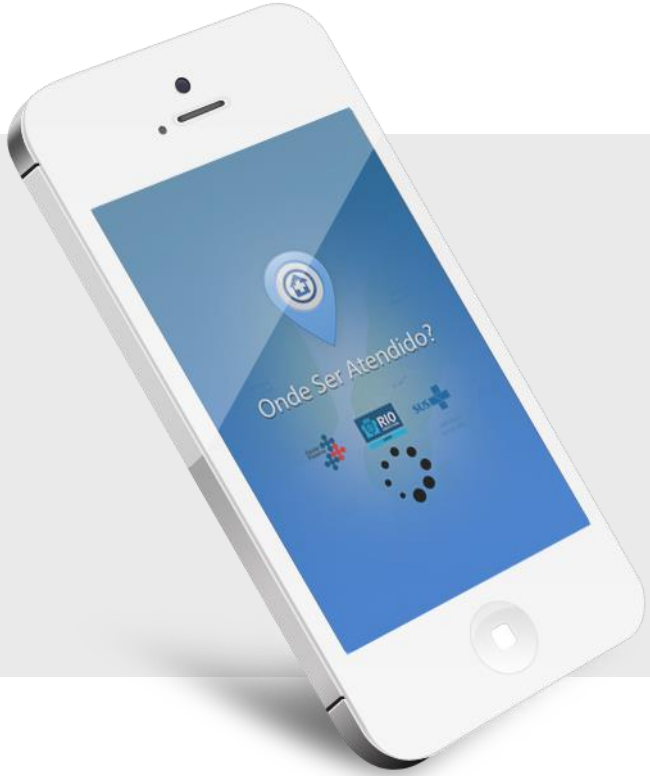
Médico:

PATRICIA TEIXEIRA ROSSETTI

Enfermeiro:

CELI MARTINS MAIA



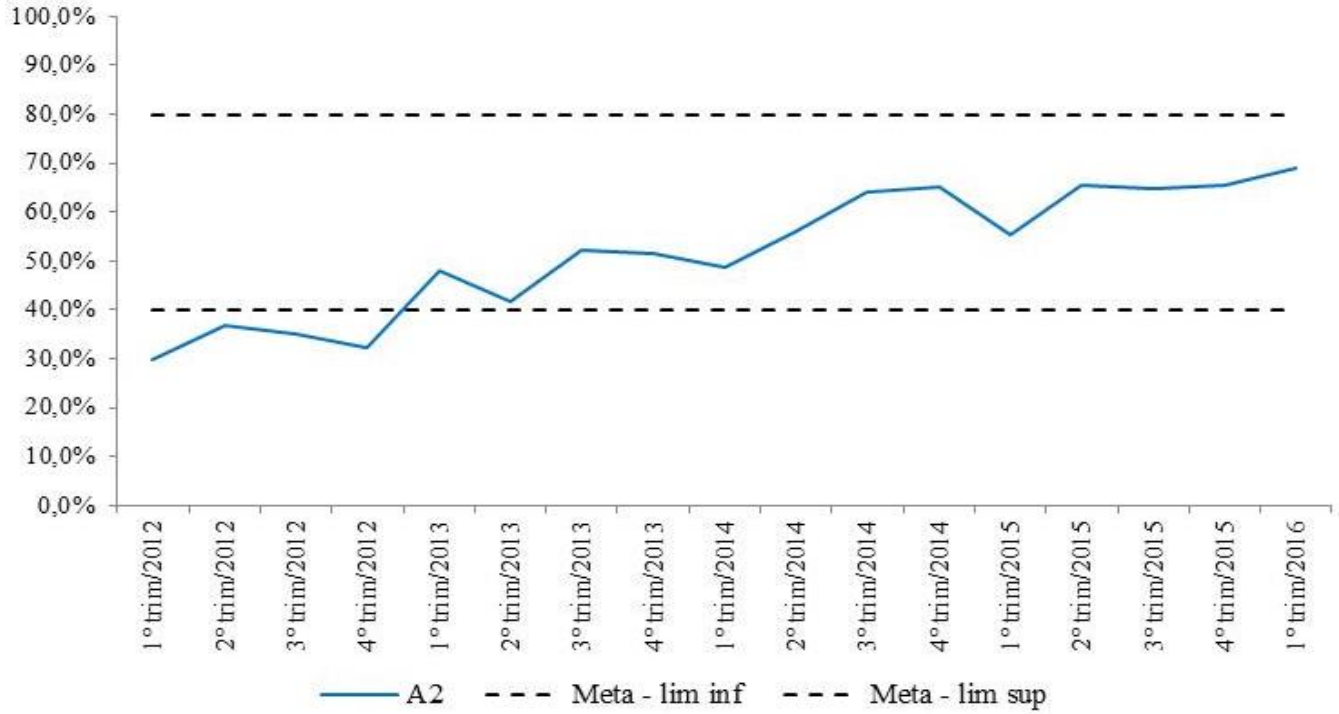


ANDROID APP ON Google Play

Available on the App Store

PROPORÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS POR DEMANDA NÃO PROGRAMADA EM RELAÇÃO AO TOTAL DE CONSULTAS (A2) - MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - 2012-2016

PROPORTION OF MEDICAL CONSULTS BY NON-PROGRAMMED DEMAND ACCORDING TO THE TOTAL OF CONSULTATIONS (A2) - RIO DE JANEIRO COUNTY - 2012-2016



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Dados agregados dos prontuários eletrônicos - indicadores selecionados da parte variável 2, validados pelas áreas de planejamento em saúde. Disponível em: https://smsrio.org/p4p [acesso em 17 de out 2016]

LONGITUDINALIDADE

LONGITUDINALITY

REFORMA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Longitudinality, “on going care”

Sistemas de saúde com bom desempenho têm características em comum:

Sistemas de saúde com bom desempenho têm características em comum:

Longitudinalidade do cuidado

Sempre a mesma equipe cuida da mesma Família

Longitudinality of care

The same team always takes care of the same family

AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM DOMICÍLIO (MAPEAR n=10.350)

EVALUATION OF THE PROFESSIONALS IN DOMICILE

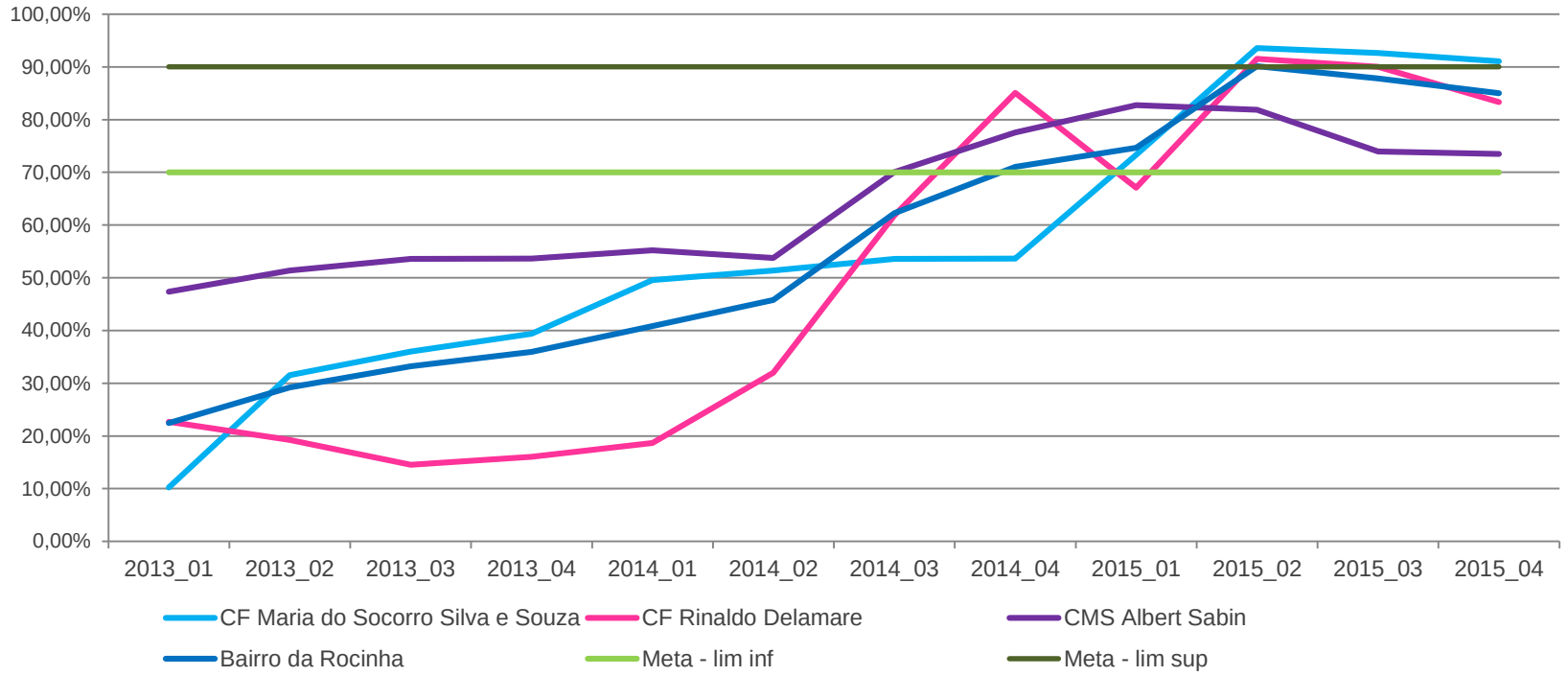
	Enfermeiro	Médico	Dentista	Agente de Saúde
Satisfação	99%	99%	99%	97%
Conhecia profissional	63%	73%	56%	70%
Atenção e cordialidade	98%	99%	98%	98%
Apresentou-se pelo nome	98%	99%	99%	97%
Chamou pelo nome	98%	99%	99%	97%
Aparência Cuidada	99%	99%	98%	98%
Lavou as mãos	70%	83%	84%	26%
Aparentou ser profissional, com conhecimento	99%	99%	98%	98%

Em relação ao último atendimento domiciliar, quase todos receberam agentes de saúde. 15% foram atendidos por enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem; 11% por médicos; 5% por dentistas e 2% por técnicos ou assistentes de dentista.

According to the last domicile medical care, almost all received Health Agents; 15% were attended by nurses, nursing technicians or assistants; 11% by doctors; 5% by dentists and 2% by dentists technician or assistant.

PROPORÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS DO PACIENTE PELO PRÓPRIO MÉDICO DE FAMÍLIA – ROCINHA – MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – 2013-2015

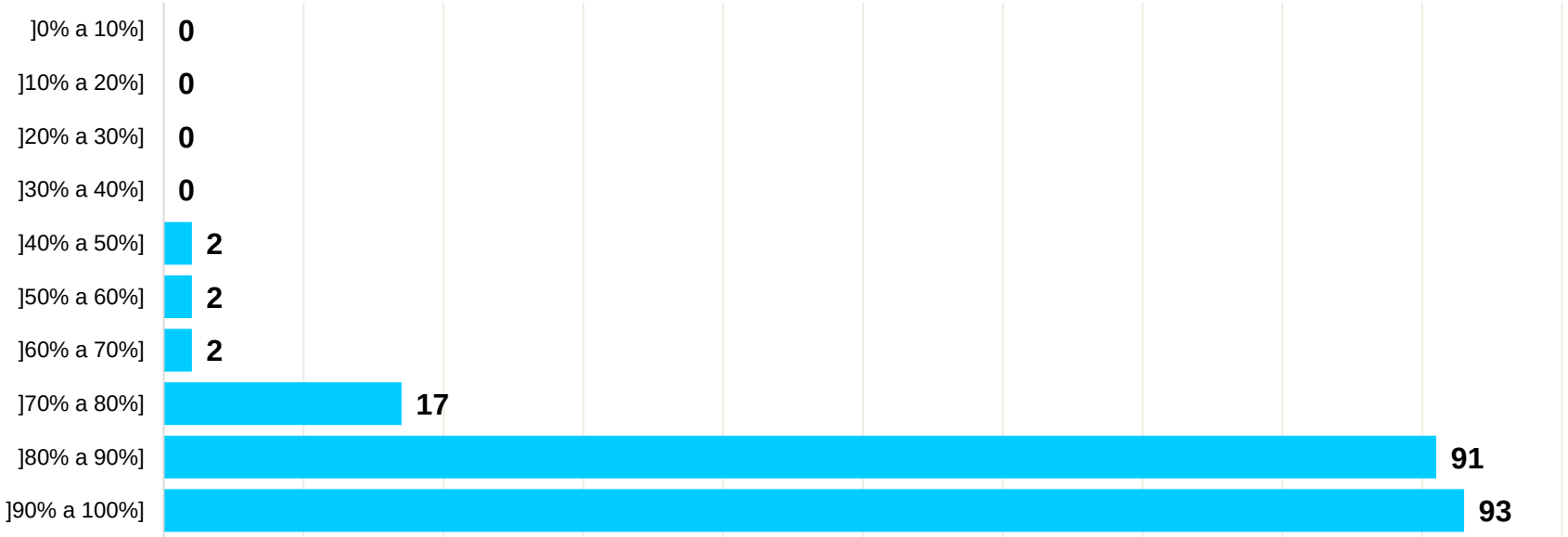
PROPORTION OF THE PATIENTS MEDICAL CONSULTATIONS BY THEIR OWN FAMILY DOCTOR (A1) - ROCINHA - 2013-2015



Fonte: Pinto (2016), a partir dos prontuários eletrônicos da APS, AP 2.1/SUBPAV/SMS-RJ.

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE UNIDADES DA APS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO DE ACORDO COM A PROPORÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS DO PACIENTE PELO PRÓPRIO MÉDICO DE FAMÍLIA (n = 207 UNIDADES)

DISTRIBUTION OF THE NUMBER OF PRIMARY HEALTH CARE UNITIES IN THE RIO DE JANEIRO COUNTY ACCORDING TO THE PROPORTION OF THE PATIENTS MEDICAL CONSULTATIONS BY THEIR OWN FAMILY DOCTOR (N = 207 UNITIES)



Proporção média entre as unidades de saúde analisadas: 88,45%

Fonte: Prontuários Eletrônicos | jul-ago-set/2016

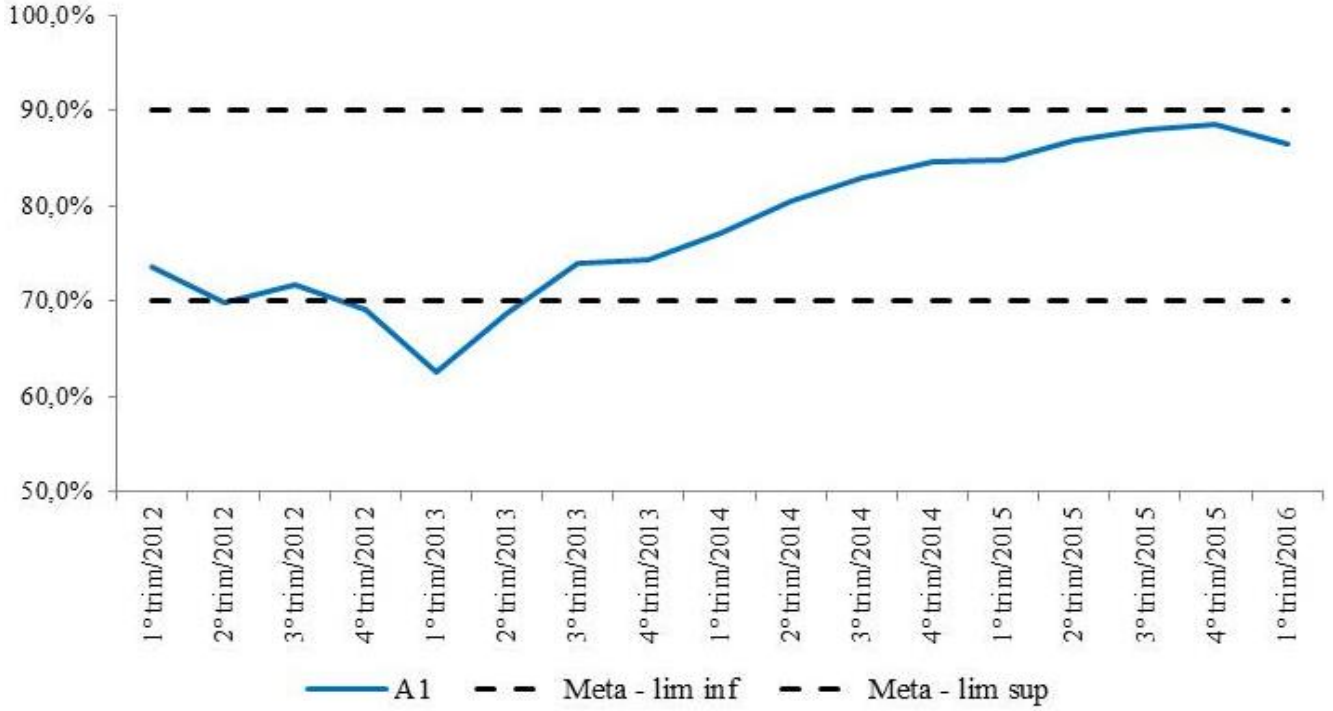
LONGITUDINALITY, "ON GOING CARE" – MEASURED BY PCATool

ESCORES MÉDIOS EM UNIDADES COM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – CIDADES/UFs –BRASIL - (parâmetro ideal: escore acima de 6,60)

Cidades/UFs	Usuários		Profissionais	
	n	Escore médio (d.p.)	n	Escore médio (d.p.)
(1) Harzheim *et al* (2013, 2015). Rio de Janeiro (2013, 2015), acompanhante de crianças e adultos	**2.429**	**crianças - 6,11**	**256**	**7,50**
	2.710	**adultos - 6,27**		
(2) Ferrer (2013). Zona oeste de São Paulo (2013), acompanhante de crianças	501	4,93 +/-2,53	42	6,73 +/-1,49
(3) Araújo *et al* (2015). Distrito Federal, acompanhante de crianças	71	6,59 +/-1,90	19	7,31 +/-1,42
(4) Macinko *et al* (2007). Petrópolis/RJ, adultos.	283	9,12 +/-0,01	-	-
(5) Elias et al (2007). São Paulo/RJ, adultos (?)	568	7,92	~568	7,22
(6) Albino da Silva & Fracolli (2014). Região de Alfenas/MG, adultos	527	7,26 +/-1,96	-	-
(7) Van Stralen *et al* (2008). Goiás, Mato Grosso do Sul, acompanhante de crianças e adultos.	~351	7,30	~287	8,06
(8) Leão & Caldeira (2011). Montes Claros/MG, acompanhante de crianças	350	8,30 +/-1,40	-	-
(9) Vigo (2009). Curitiba/PR	-	-	190	6,70

PROPORÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS DO PACIENTE PELO PRÓPRIO MÉDICO DE FAMÍLIA (A1) - MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - 2012-2016

PROPORTION OF THE PATIENTS MEDICAL CONSULTATIONS BY THEIR OWN FAMILY DOCTOR (A1) - RIO DE JANEIRO COUNTY - 2012-2016



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Dados agregados dos prontuários eletrônicos - indicadores selecionados da parte variável 2, validados pelas áreas de planejamento em saúde. Disponível em: https://smsrio.org/p4p [acesso em 17 de out 2016]

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

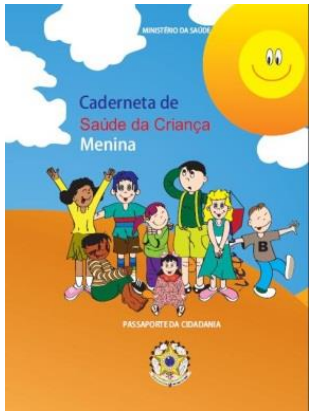
ELETRONIC MEDICAL RECORDS

COORDENAÇÃO

COORDINATION

COORDENAÇÃO DO CUIDADO

COORDENATION OF CARE



Sistemas de saúde com bom desempenho têm características em comum:

Common characteristics of Health systems with good performance:

Coordenação do cuidado

Os serviços de Saúde da Família coordena os demais níveis de atenção.

Papel de *gatekeeper*

Proteger a criança de intervenções desnecessárias

The family health services coordenate levels of attencion.
Role of gatekeeper.
To protect the child from unnecessary interventions.

REGRAS DE REGULAÇÃO

REGULATION RULES

- Definição de regras entre unidades
- Caso não seja possível o atendimento no dia e horário agendados, a unidade que não realizou o atendimento é responsável por reagendar e atender esse paciente
- Nenhuma policlínica ou hospital está autorizado a receber pacientes para exames ou consultas ambulatoriais sem a autorização do SISREG

- *Definição de regras entre unidades*
- *Caso não seja possível o atendimento no dia e horário agendados, a unidade que não realizou o atendimento é responsável por reagendar e atender esse paciente*
- *Nenhuma policlínica ou hospital está autorizado a receber pacientes para exames ou consultas ambulatoriais sem a autorização do SISREG*

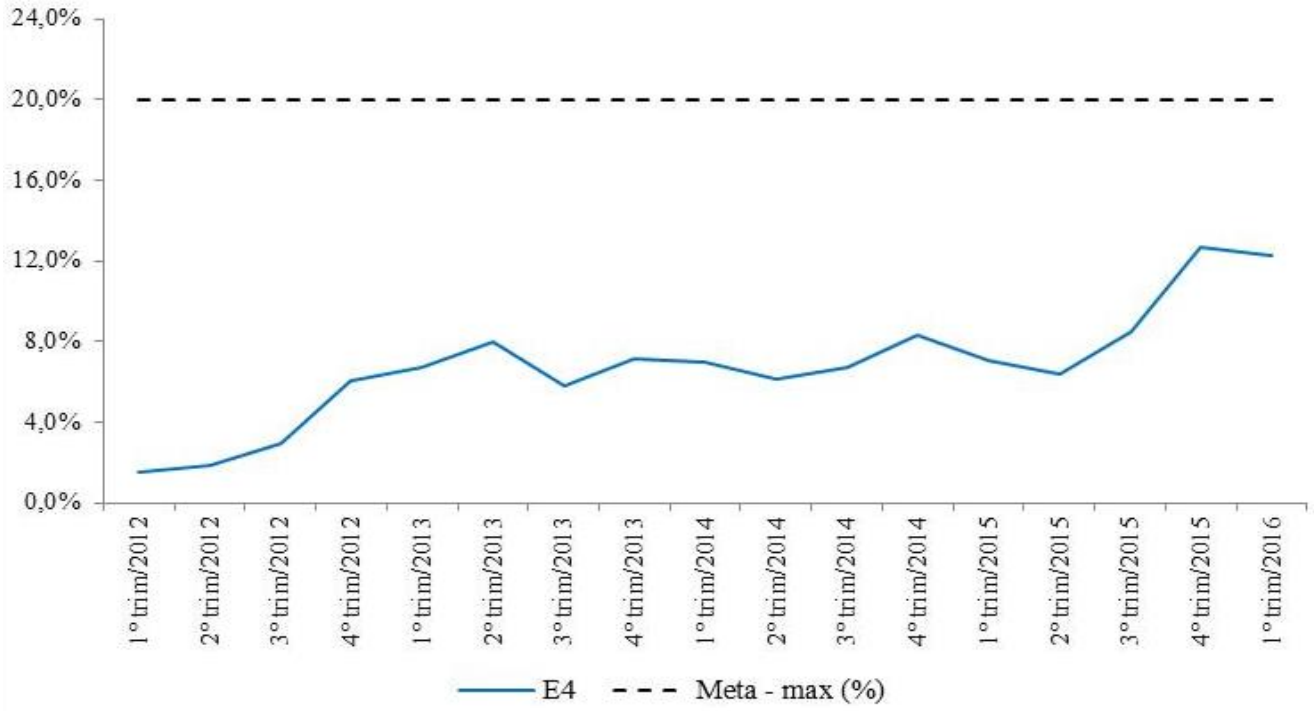
COORDINATION – HEALTH SYSTEMS MEASURED BY PCATool

ESCORES MÉDIOS EM UNIDADES COM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – CIDADES/UFs –BRASIL - (parâmetro ideal: escore acima de 6,60)

Cidades/UFs	Usuários		Profissionais	
	n	Escore médio (d.p.)	n	Escore médio (d.p.)
(1) Harzheim *et al* (2013, 2015). Rio de Janeiro (2013, 2015), acompanhante de crianças e adultos	**2.295**	**crianças - 6,61**	**256**	**7,20 +/- 0,1**
	2.540	**adultos - 6,63**		
(2) Ferrer (2013). Zona oeste de São Paulo (2013), acompanhante de crianças	501	6,61 +/-2,27	42	7,94 +/-1,04
(3) Araújo *et al* (2015). Distrito Federal, acompanhante de crianças	69	8,50 +/-1,12	19	8,37 +/-1,36
(4) Macinko *et al* (2007). Petrópolis/RJ, adultos.	283	7,72 +/-0,01	-	-
(5) Elias *et al* (2007). São Paulo/RJ, adultos (?)	568	8,35	~568	7,11
(6) Albino da Silva & Fracolli (2014). Região de Alfenas/MG, adultos	510	6,41 +/-2,16	-	-
(7) Van Stralen *et al* (2008). Goiás, Mato Grosso do Sul, acompanhante de crianças e adultos.	~351	6,18	~287	7,08
(8) Leão & Caldeira (2011). Montes Claros/MG, acompanhante de crianças	350	5,90 +/-3,30	-	-
(9) Vigo (2009). Curitiba/PR	-	-	190	7,00

PERCENTUAL DE PACIENTES ENCAMINHADOS EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS (E4) - MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – 2012-2016

PERCENTAGE OF FORWARDED PATIENTS ACCORDING TO THE NUMBER OF ATTENDED PATIENTS(E4) - RIO DE JANEIRO COUNTY – 2012-2016



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Dados agregados dos prontuários eletrônicos - indicadores selecionados da parte variável 2, validados pelas áreas de planejamento em saúde. Disponível em: https://smsrio.org/p4p [acesso em 17 de out 2016]

Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção à Saúde – SUBPAV

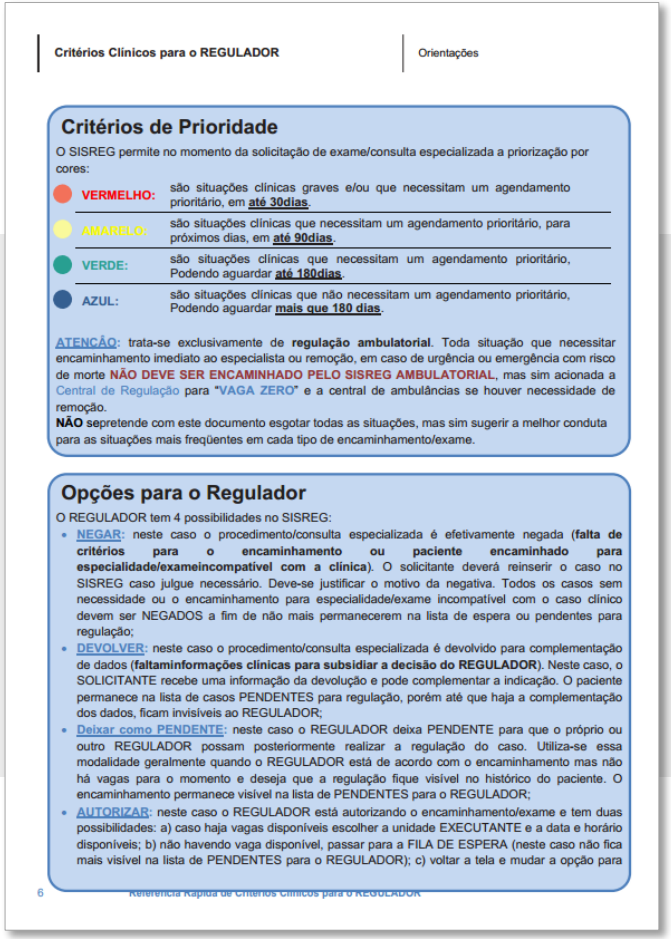
SISREG – Protocolo para o Regulador

Data atualização:04/10/2012

Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais

Desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

versão 1.2



Critérios Clínicos para o REGULADOR | Orientações

Critérios de Prioridade

O SISREG permite no momento da solicitação de exame/consulta especializada a priorização por cores:

VERMELHO:	são situações clínicas graves e/ou que necessitam um agendamento prioritário, em até 30dias.
AMARELO:	são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, para próximos dias, em até 90dias.
VERDE:	são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, Podendo aguardar até 180dias.
AZUL:	são situações clínicas que não necessitam um agendamento prioritário, Podendo aguardar mais que 180 dias.

ATENÇÃO: trata-se exclusivamente de **regulação ambulatorial**. Toda situação que necessitar encaminhamento imediato ao especialista ou remoção, em caso de urgência ou emergência com risco de morte **NÃO DEVE SER ENCAMINHADO PELO SISREG AMBULATORIAL**, mas sim acionada a Central de Regulação para **"VAGA ZERO"** e a central de ambulâncias se houver necessidade de remoção.

NÃO sepretende com este documento esgotar todas as situações, mas sim sugerir a melhor conduta para as situações mais freqüentes em cada tipo de encaminhamento/exame.

Opções para o Regulador

O REGULADOR tem 4 possibilidades no SISREG:

- NEGAR: neste caso o procedimento/consulta especializada é efetivamente negada (**falta de critérios para o encaminhamento ou paciente encaminhado para especialidade/exameincompatível com a clínica**). O solicitante deverá reinserir o caso no SISREG caso julgue necessário. Deve-se justificar o motivo da negativa. Todos os casos sem necessidade ou o encaminhamento para especialidade/exame incompatível com o caso clínico devem ser NEGADOS a fim de não mais permanecerem na lista de espera ou pendentes para regulação;
- DEVOLVER: neste caso o procedimento/consulta especializada é devolvido para complementação de dados (**faltaminformações clínicas para subsidiar a decisão do REGULADOR**). Neste caso, o SOLICITANTE recebe uma informação da devolução e pode complementar a indicação. O paciente permanece na lista de casos PENDENTES para regulação, porém até que haja a complementação dos dados, ficam invisíveis ao REGULADOR;
- Deixar como PENDENTE: neste caso o REGULADOR deixa PENDENTE para que o próprio ou outro REGULADOR possam posteriormente realizar a regulação do caso. Utiliza-se essa modalidade geralmente quando o REGULADOR está de acordo com o encaminhamento mas não há vagas para o momento e deseja que a regulação fique visível no histórico do paciente. O encaminhamento permanece visível na lista de PENDENTES para o REGULADOR;
- AUTORIZAR: neste caso o REGULADOR está autorizando o encaminhamento/exame e tem duas possibilidades: a) caso haja vagas disponíveis escolher a unidade EXECUTANTE e a data e horário disponíveis; b) não havendo vaga disponível, passar para a FILA DE ESPERA (neste caso não fica mais visível na lista de PENDENTES para o REGULADOR); c) voltar a tela e mudar a opção para

Colonoscopia

Considerações gerais

- **DIAGNÓSTICO:** quando sintomático ou suspeição clínica de câncer colorretal, investigação de sangramento gastrointestinal ou suspeita de doença inflamatória intestinal;
- Observar que o paciente deve ser orientado a realizar preparo previamente ao exame a fim de aumentar a eficácia diagnóstica;

Disponibilização da vaga

FILA DE ESPERA: 0%
REGULAÇÃO: 100%

Indicações de solicitação

Toda situação que não necessite de realização imediata do exame.

VERMELHO:	Investigação: sangramento gastrointestinal baixo recorrente; alta suspeita de câncer colorretal;
AMARELO:	Investigação: sangramento gastrointestinal, doença inflamatória intestinal, baixa suspeita de câncer colorretal, muito sintomático
VERDE:	Investigação: sangramento gastrointestinal, doença inflamatória intestinal, baixa suspeita de câncer colorretal, sintomático
AZUL:	Investigação: sangramento gastrointestinal, doença inflamatória intestinal, baixa suspeita de câncer colorretal, assintomático
FILA DE ESPERA	não;

Situações que não necessitam do exame

Toda situação que possa não tenha indicação de realizar o exame:

- Paciente para rastreamento de câncer colorretal. No Município do Rio de Janeiro não está instituído Programa de Rastreamento (para pacientes assintomáticos) sem riscos.

ATENÇÃO: encaminhamento imediato ao especialista

São situações que devem ser encaminhadas diretamente a uma UPA ou emergência de hospital, necessitando de avaliação imediata do especialista ou internação hospitalar. NÃO ENCAMINHAR VIA SISREG AMBULATORIAL!!!

- sangramento gastrointestinal ativo intenso;
- suspeita de câncer colorretal com critérios de internamento (instabilidade hemodinâmica, etc);

Efetividade

- Sensibilidade para detecção de pólipos;
  >10mm: Colonoscopia convencional: 88% (IC 95% [75-95]);Colonografia por TC:94% (IC 95% [83-99]);
  6-9mm: Colonoscopia convencional: 92% (IC 95% [87-96]);Colonografia por TC:89% (IC 95% [83-93]);

<6 mm: Colonografia por TC:65% (IC 95% [57-63]);

- A colonoscopia convencional é mais eficiente para detecção de pólipos menores quando comparada com a colonografia por TAC;

Segurança

- Exame relativamente seguro;

Efeitos colaterais/adversos

- 0.5% de chance global de complicações graves como perfuração intestinal, sangramento ou mortalidade(evidência nível 2 [moderado]) (Ann InternMed 2006 Dec 19;145(12):880).
- Risco de eventos gastrointestinais and cardiovasculares com a colonoscopia pode aumentar com a idade e comorbidades(AVC, DPOC, FA, ICC) (evidência nível 2 [moderado]) (Ann InternMed 2009 Jun 16;150(12):849).

Outros Comentários

- Colonoscopia convencional e enemabaritado são os métodos atualmente mais utilizados. É possível realizar um exame de colonografia virtual com Tomografia Computadorizada (TC);
- Colonografia por TC utilize um scanner pararealizar imagens em duas e três dimensões do cólon e reto e elimina a necessidade de realização de preparação de intestino, porém requer a ingesta de contraste iodado 48 horas antes do exame;

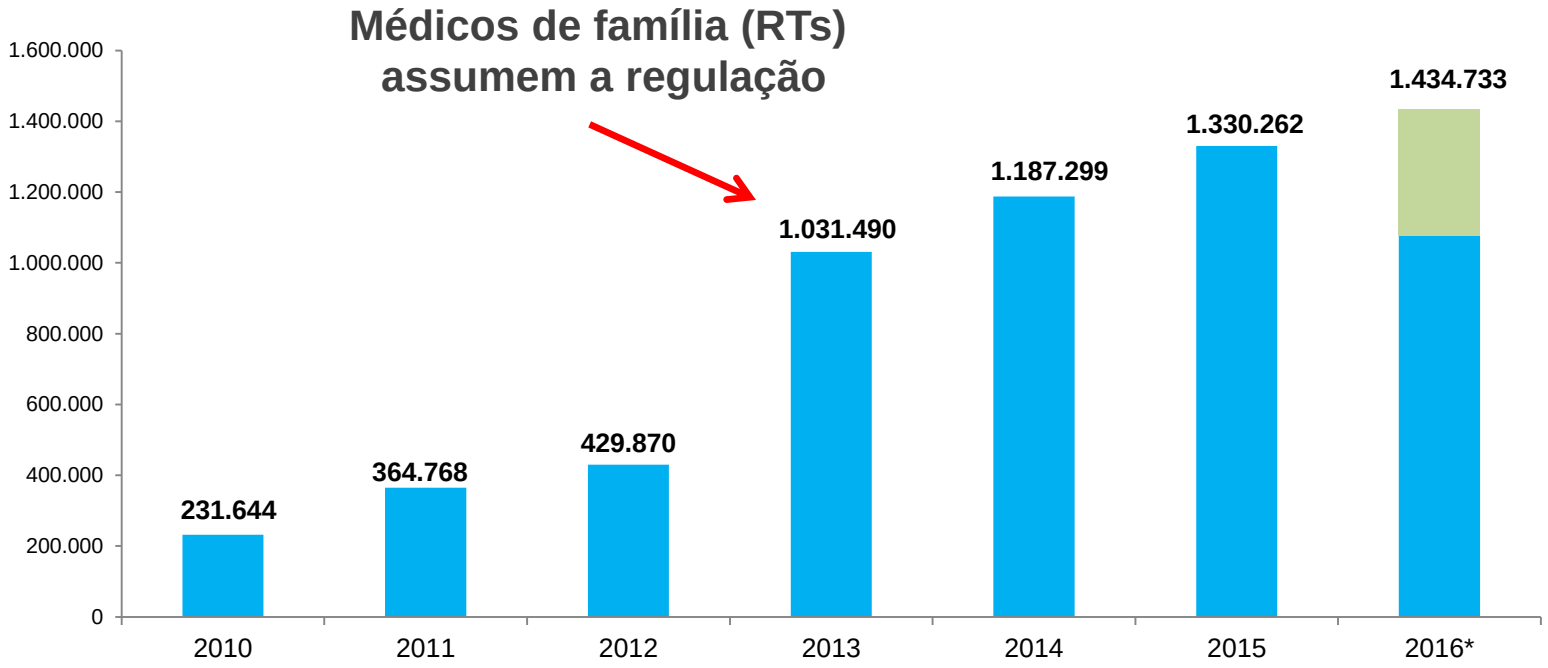
Literaturasugerida

Interventional procedure overview of computed tomographic colonography (virtual colonoscopy), August 2004.Disponível em www.nice.org.uk/ip208overview

Computed tomographic colonography(virtual colonoscopy).NICEclinicalguideline 108(2010).Disponível emwww.nice.org.uk/guidance/CG108

VAGAS (1ª VEZ) OFERTADAS NO SISREG AMBULATORIAL MUNICIPAL EM TODAS AS ESPECIALIDADES

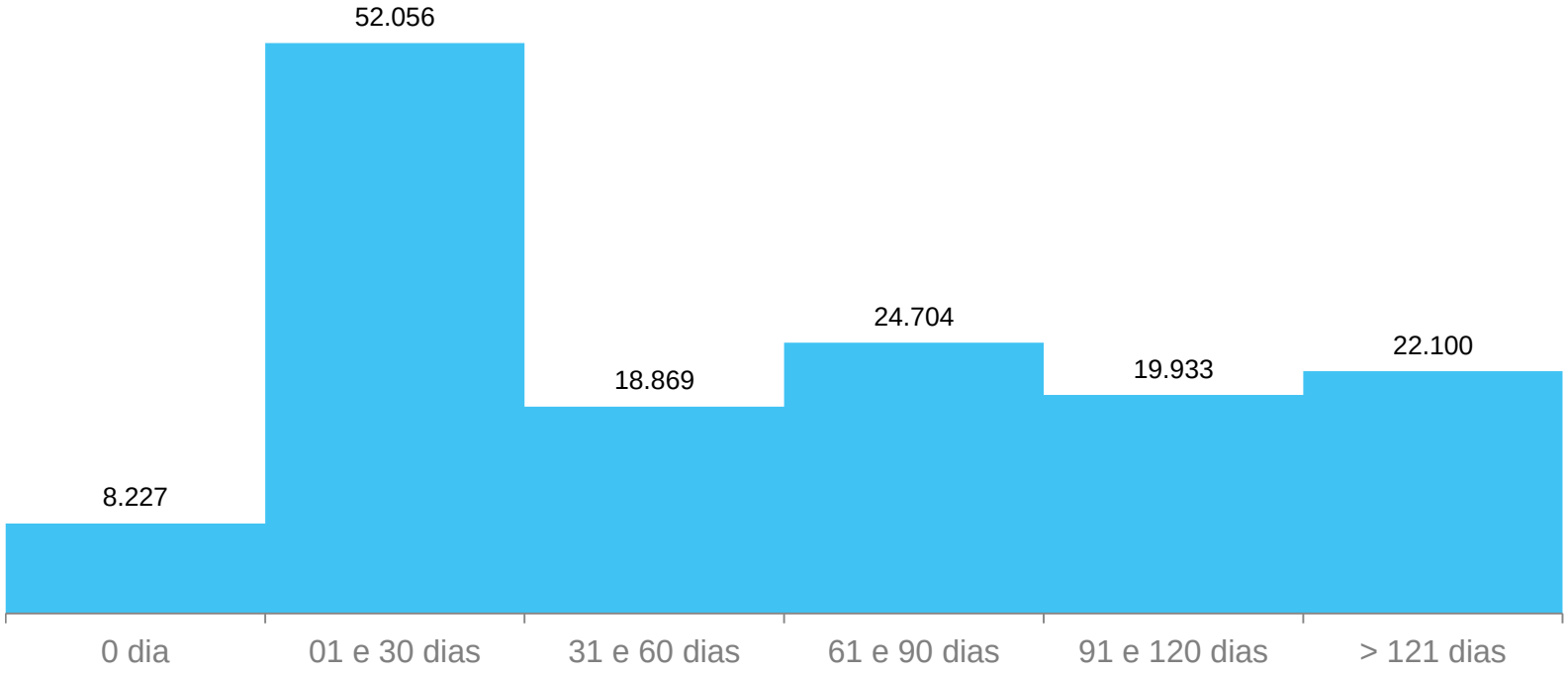
VACANCY (1º TIME) OFFERED BY THE MUNICIPAL AMBULATORY SISREG IN ALL OF THE ESPECIALTIES



Fonte: SISREG III, 2016.
* Projeção até dez/2016

MÉDIA DE VAGAS APROVADAS EM OUT/2016 POR INTERVALO DE TEMPO EM DIAS

MEDIUM OF VACANCY APROVED IN OCTOBER/2016 BY TIME SPACE IN DAYS



REFORMA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

COORDENATION OF CARE

Sistemas de saúde com bom desempenho têm características em comum:

Common characteristics of Health systems with good performance:

Integração Vigilância e Atenção Primária

Apresentação dos dados por unidade e por equipe

Inserção dos agentes de endemias as equipes

Alertas dos prontuários eletrônicos

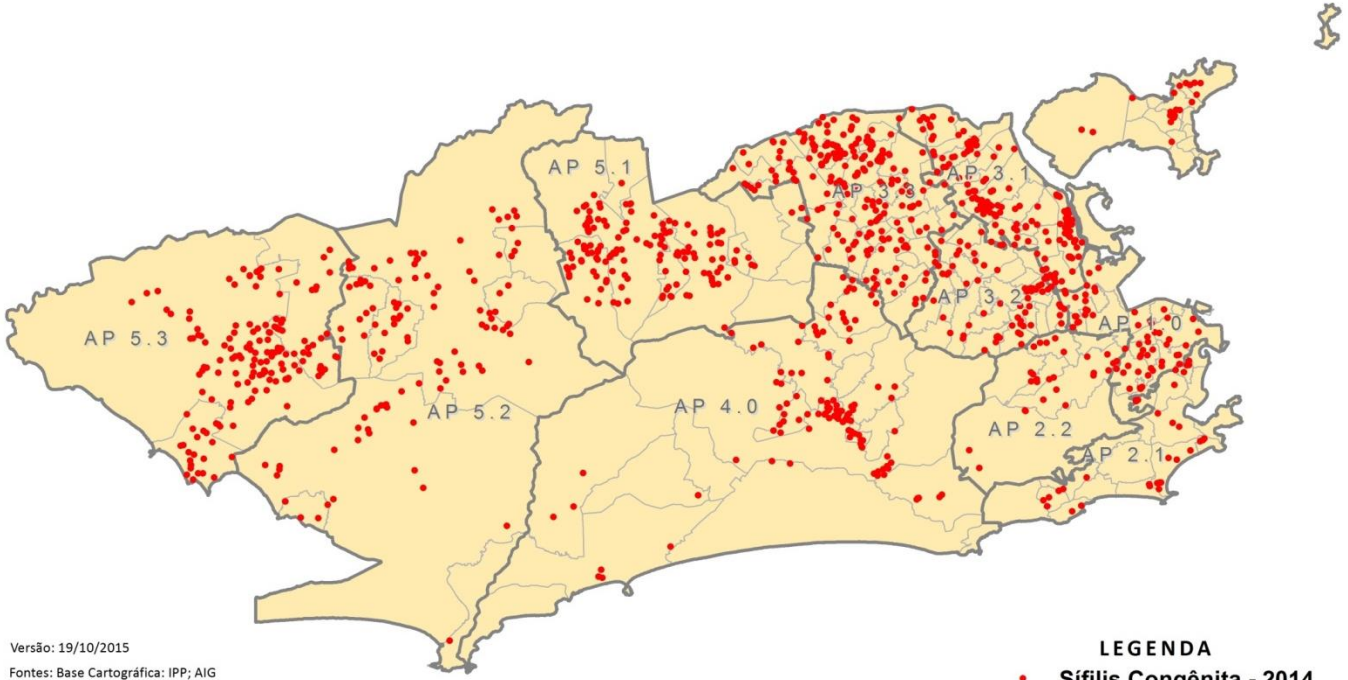
Integration between surveillance and Primary Health Care

Presentation of data by unity and team

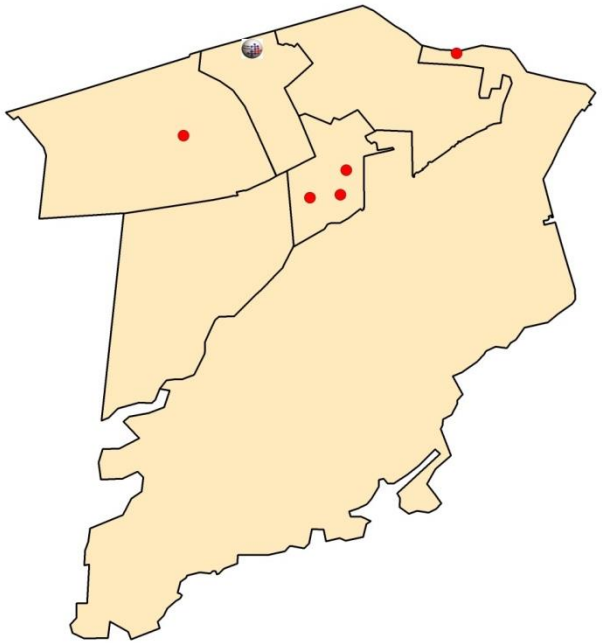
Insertion of the endemics agent in the teams

Alerts of the electronic registries

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO
CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA – 2014



ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA CF JAMIL HADDAD
CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA (2014)



LEGENDA

- Sífilis Congênita - 2014
- CF Jamil Haddad
- Limite CF Jamil Haddad

Nota: *Pessoas responsáveis com rendimento nominal mensal

Versão: 19/10/2015

Fontes: Base Cartográfica: IBGE; IPP; AIG
Bases de Dados:
Sífilis Congênita: SINAN 2014 – SMS-RJ.

Executor: S/SUBPAV/SVS/CAS/AIG
AIG - Assessoria de Informação Geográfica

Dados sujeitos a revisão

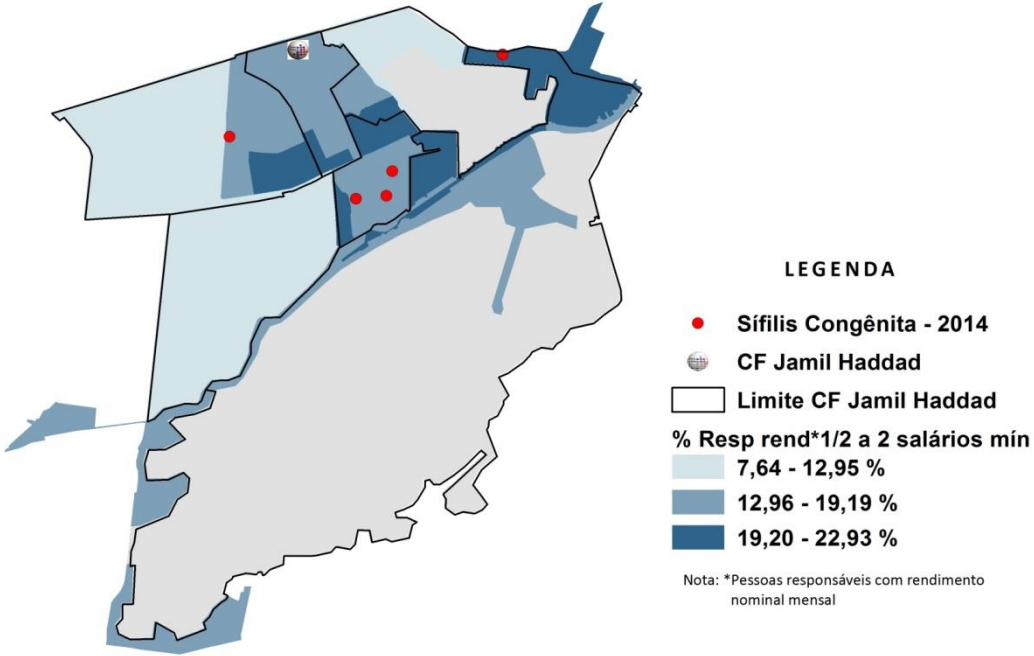
N

0 0,3 0,6 Km

1:30.000

Referências Espaciais:
Projeção UTM - Fuso 23S / Datum SAD-69

ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA CF JAMIL HADDAD
CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA (2014) E % DE RESPONSÁVEIS COM RENDA DE 1/2 A S.M. (CENSO 2010)



Versão: 19/10/2015

Fontes: Base Cartográfica: IBGE; IPP; AIG
Bases de Dados:
Sífilis Congênita: SINAN 2014 – SMS-RJ.

Executor: S/SUBPAV/SVS/CAS/AIG
AIG - Assessoria de Informação Geográfica

Dados sujeitos a revisão

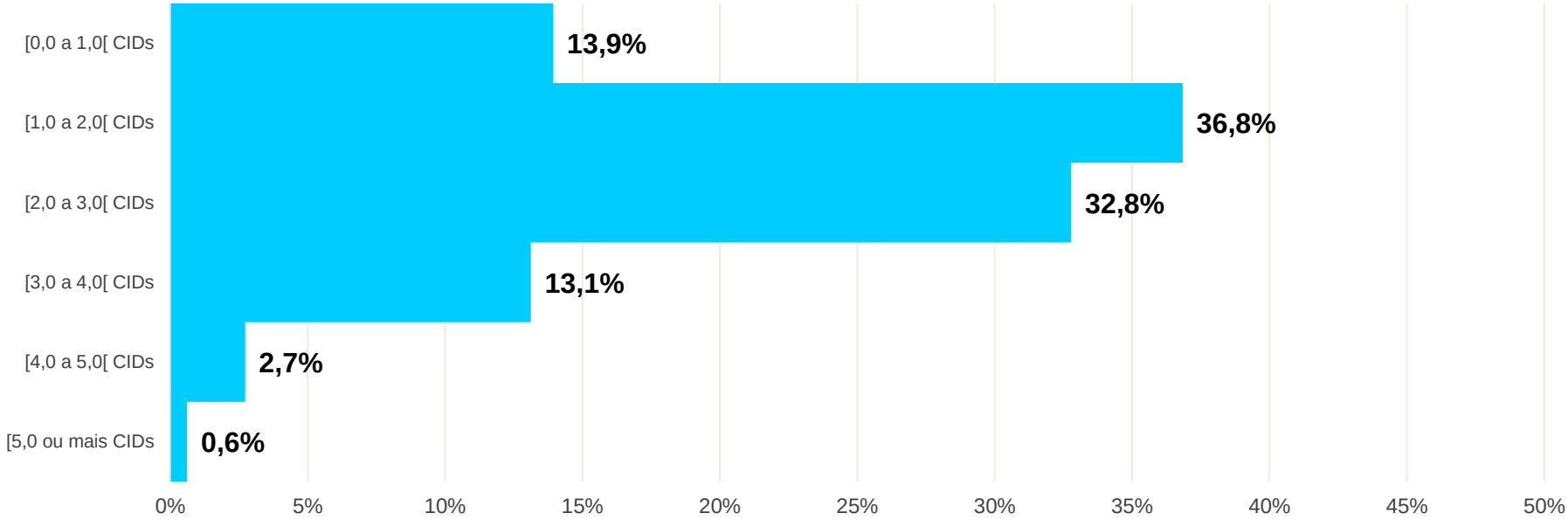
Referências Espaciais:
Projeção UTM - Fuso 23S / Datum SAD-69

INTEGRALIDADE

COMPREHENSIVENESS

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO MÉDIO DE CIDs REGISTRADOS POR CONSULTA, ENTRE OS MÉDICOS DA APS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, EM 2015 (n = 2.462 médicos)

MEDIUM DISTRIBUTION OF THE CIDs NUMBER REGISTRATED BY CONSULTATIONS, BETWEEN THE DOCTORS OF PRIMARY HEALTH CARE IN THE RIO DE JANEIRO COUNTY, IN 2015 (n = 2.462 doctors)



Média municipal: **2,10** **CIDs registrados por consulta**

PROMOÇÃO DA SAÚDE – ACADEMIA CARIOCA

HEALTH PROMOTION – CARIOCA ACADEMY

Principais resultados

- **96% PA controlada**
- **19% deixaram de tomar medicação**
- **81% reduziram IMC**

Principais resultados

- *96% PA controlada*
- *19% deixaram de tomar medicação*
- *81% reduziram IMC*

Característica

- 118 aparelhos
- 119 professores de educação física
- 106.722 usuários regulares
  - **73% Mulheres**
  - **81% hipertensos**
  - **27% diabéticos**
  - **79% sobrepeso**

Característica

- *118 aparelhos*
- *119 professores de educação física*
- *106.722 usuários regulares*
  - *73% Mulheres*
  - *81% hipertensos*
  - *27% diabéticos*
  - *79% sobrepeso*

Resultados

MELHORIA NA QUALIDADE DE VIDA

PESO CORPORAL	IMC	R C/Q	CIRCUNF. ABDOMINAL
88% DIMINUÍRAM	88% DIMINUÍRAM	87% DIMINUÍRAM	89% DIMINUÍRAM

USO DE MEDICAMENTOS

16%	16%	16%
DIMINUÍRAM	DIMINUÍRAM A DOSAGEM	DIMINUÍRAM A FREQUÊNCIA/DIA

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

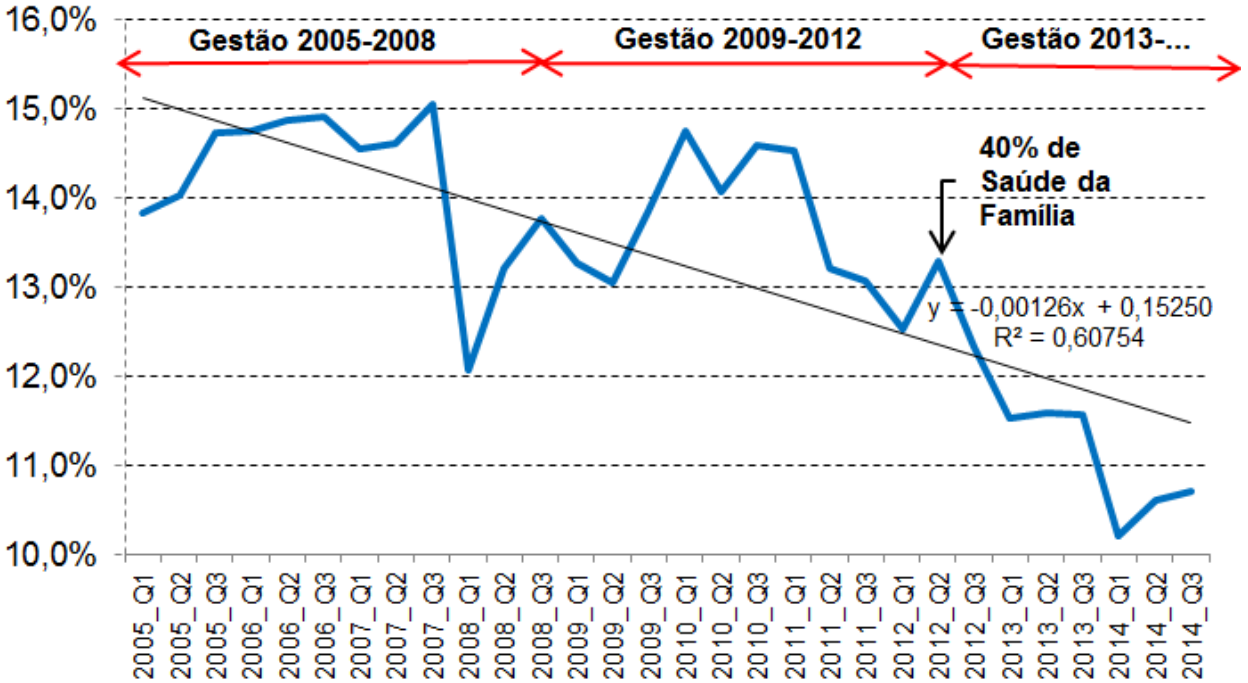
FARMACEUTICAL ASSISTENCY

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Para o fornecimento de remédios é necessário que esteja escrito na receita a data de nascimento, o número do CPF (obrigatório para maiores de 16 anos) ou o número da DNV (para menores de 16 anos). Estes números de identificação estão no seu cadastro.
- As receitas de medicamentos para doenças crônicas, anticoncepcionais e medicamentos de uso continuado poderão ter validade de até 1 ano, de acordo com a prescrição. Esta validade **não se aplica** às prescrições de medicamentos psiquiátricos.
- Na farmácia da sua Unidade de Saúde você vai encontrar:
  - A lista de medicamentos oferecidos na própria Unidade;
  - A lista de medicamentos de uso restrito disponíveis nas Policlínicas ou Unidades de Referência de cada área da cidade;
  - Orientações sobre como obter medicamentos excepcionais, caso venha a presisar (Rio Farmes)
- A Unidade deve oferecer preservativos em local visível e acessível.
- Material para o cuidado do diabetes e curativos crônicos somente poderão ser fornecidos em quantidade pela farmácia, mediante apresentação de receita com número de CPF. A fita de glicemia é fornecida apenas para pacientes que usam insulina.

PARTICIPAÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM RELAÇÃO AO TOTAL DE INTERNAÇÕES ENTRE OS RESIDENTES DO MRJ - 2005-2014

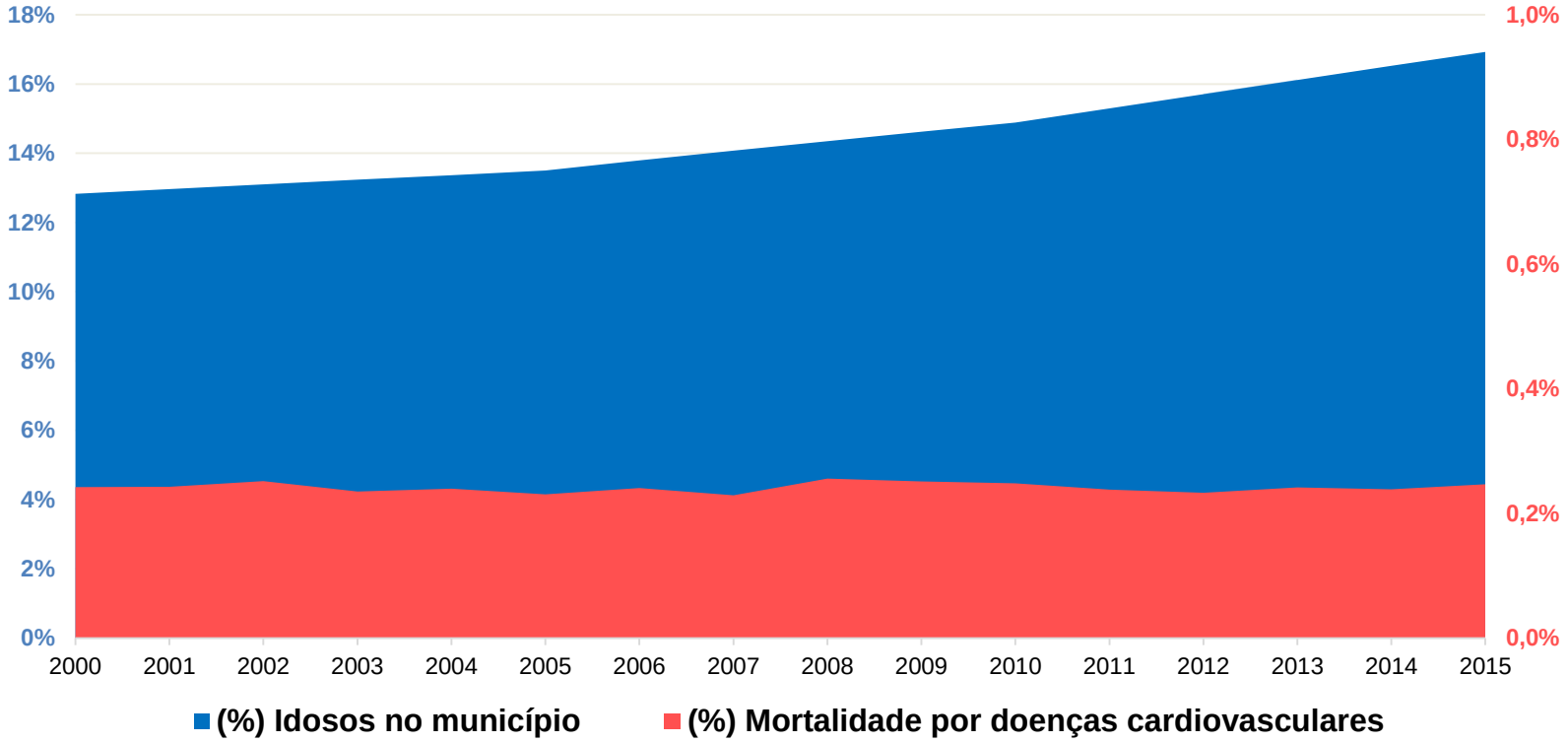
PARTICIPATION OF THE ADMISSIONS DUE TO CAUSES SENSITIVES TO THE PRIMARY HEALTH CARE ACCORDING TO THE TOTAL OF ADMISSIONS IN BETWEEN THE RESIDENTS OF THE MRJ - 2005-2014



Fonte: Elaboração própria, a partir do SIH-SUS, arquivos reduzidos, disponível em DATASUS/Ministério da Saúde, fevereiro de 2016.
Nota: A tabela considera as internações registradas que possuíam como local de ocorrência (MUNIC_MOV) e local de residência (MUNIC_RES), o município do Rio de Janeiro (código-IBGE 330455).

(%) IDOSOS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO X (%) MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO MUNICÍPIO

(%) ELDERLY IN THE RIO DE JANEIRO COUNTY X
(%) MORTALITY BY CARDIOVASCULAR DESEASES IN RIO



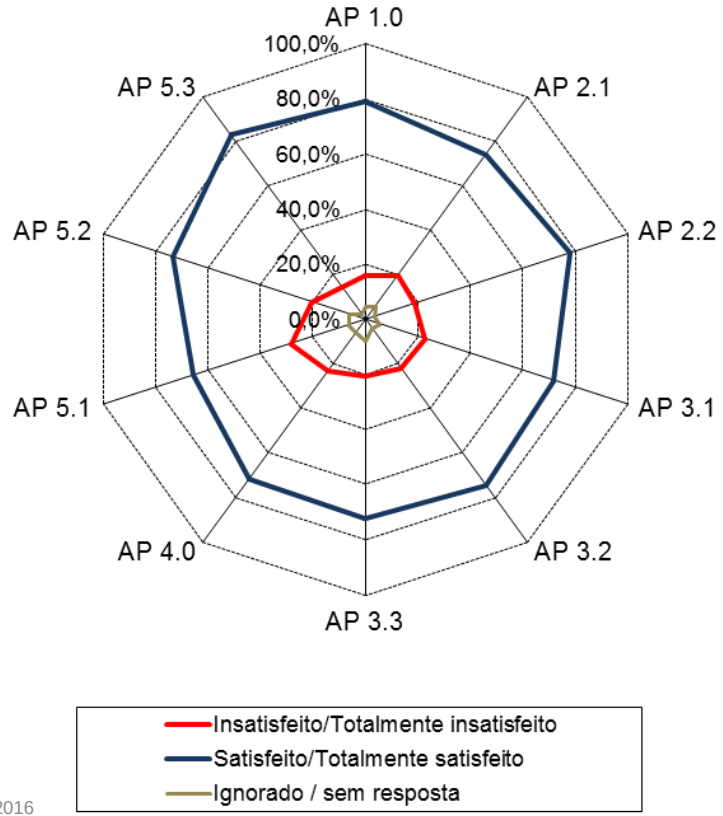
FONTE: CAS/SVS/SUBPAV/SMS-Rio | ESTIMATIVAS POPULACIONAIS: IPP/SMU-RJ e Censo 2010 | FUNDAMENTAÇÃO: RIPSA - Fichas de qualificação do RIPSA

AVALIAÇÃO

EVALUATION

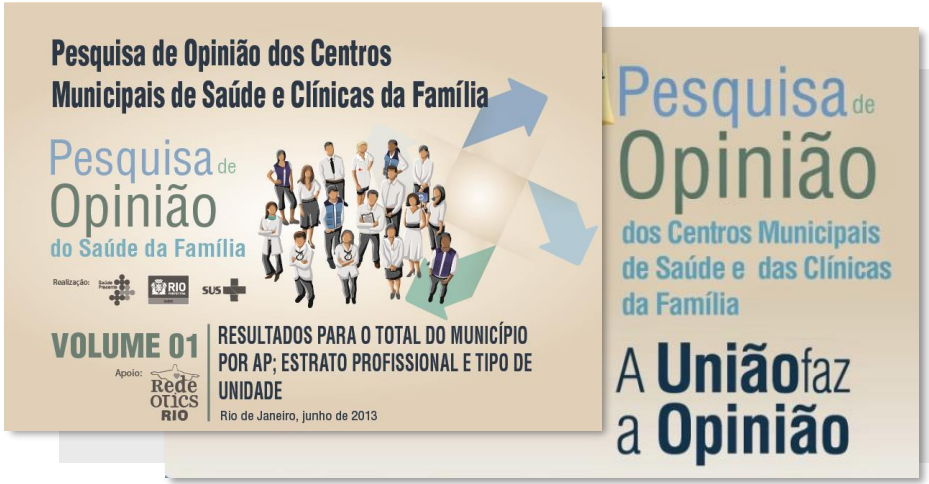
SATISFAÇÃO DA EQUIPE

TEAM SATISFACTION



Como você classifica o seu grau de satisfação em trabalhar em sua Unidade? (n=13.973)

How do you qualify your satisfaction on working in your unity



PCATool-Brasil
RIO DE JANEIRO (2013)

Organização Pan-Americana da Saúde

Organização Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

Disponível em:
http://www.ufrgs.br/telessauders/materiais/por-classificacao-ciap/pca-tool-rio/view?searchterm=pca

Disponível em:
https://www.ufrgs.br/telessauders/producao/reforma-atencao-primaria-rio-janeiro-primeiros-tres-anos-clinicas-da-familia/

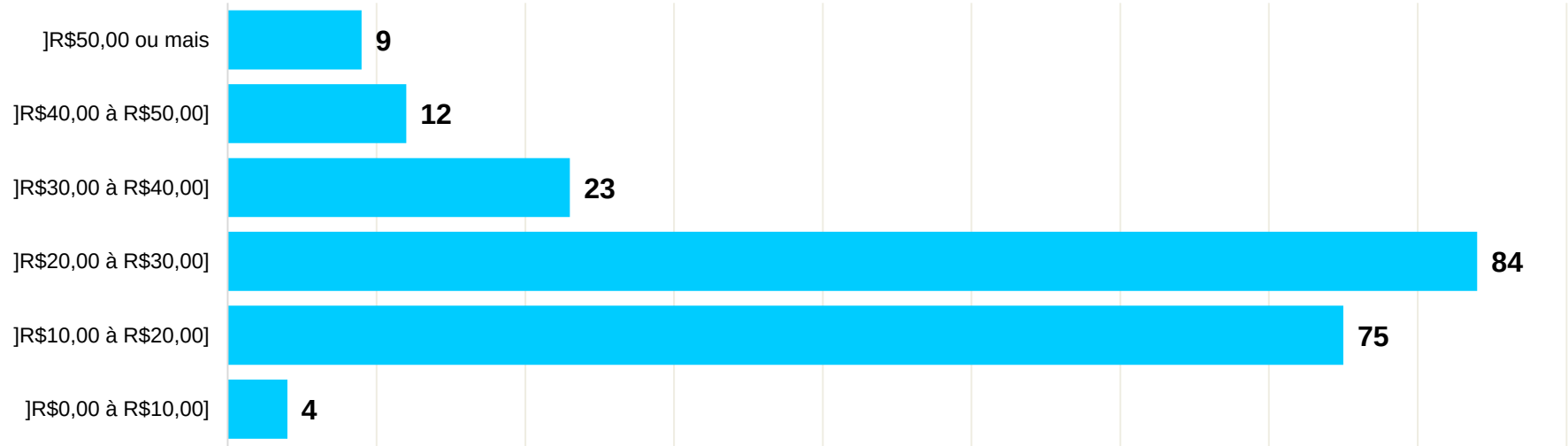
Harzheim (org). Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013.

ALGUNS RESULTADOS

OUTPUTS AND OUTCOMES

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE UNIDADES DA APS DE ACORDO COM CUSTO MÉDIO DE SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPIA POR USUÁRIO (INCLUINDO MEDICAMENTOS REMUME) MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – 3º TRIMESTRE/2016 (n = 207 UNIDADES)

DISTRIBUTION OF THE NUMBER OF PRIMARY HEALTH CARE UNITIES ACCORDING TO THE MEDIUM COAST OF TERAPY AND DIAGNOSIS SUPORT SERVICES BY USERS (INCLUDING REMUME MEDICINES) - RIO DE JANEIRO QUARTER - 3º TRIMESTER/2016 (N = 207 UNITIES)

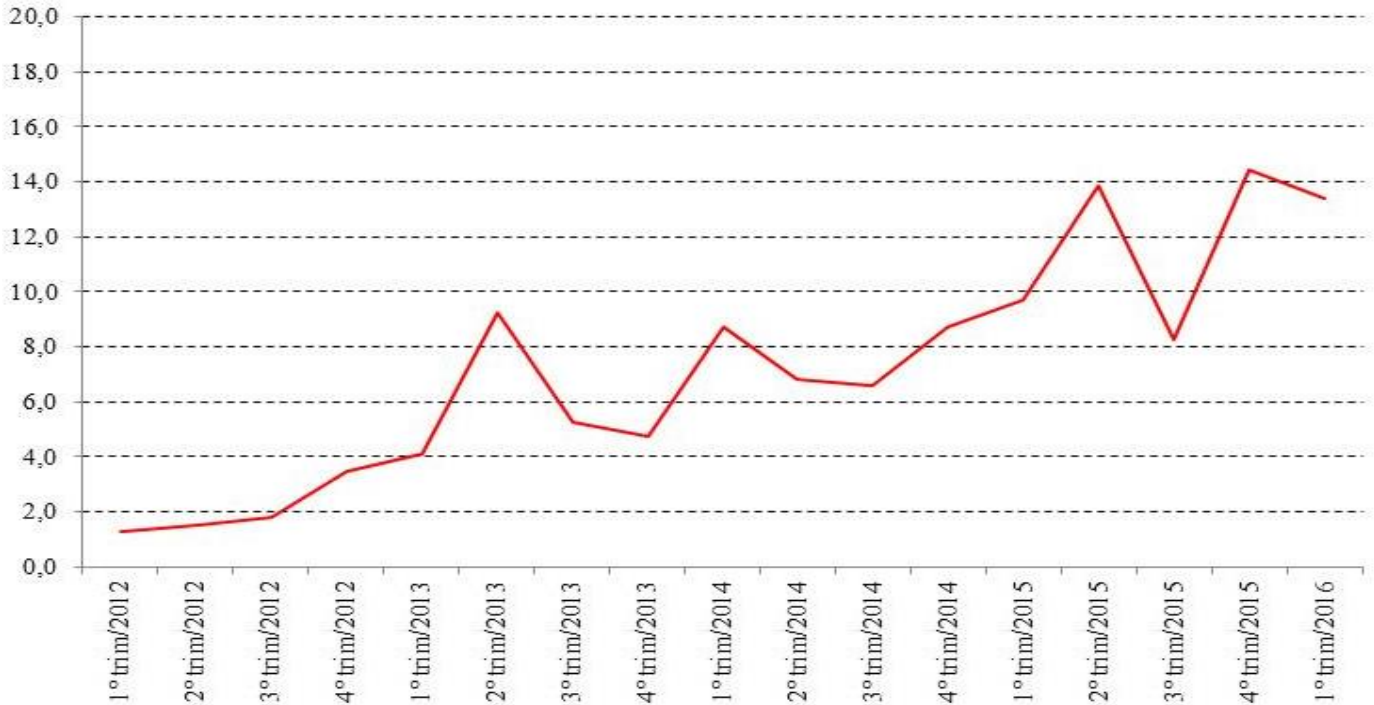


Custo médio entre as unidades de saúde analisadas: R$30,93

Fonte: Prontuários Eletrônicos | jul-ago-set/2016

CUSTO MÉDIO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR USUÁRIO (R$) MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – 2012-2016

MEDIUM COAST OF MEDICINES PRESCRIBED PER USERS (R$)
RIO DE JANEIRO COUNTY – 2012-2016



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Dados agregados dos prontuários eletrônicos - indicadores selecionados da parte variável 2, validados pelas áreas de planejamento em saúde. Disponível em: https://smsrio.org/p4p [acesso em 17 de out 2016]

APS NA MÍDIA

PHC IN THE PRESS

MELHORES MATÉRIAS

BEST NEWSPAPER ARTICLES

O DIA

Busque no O Dia

Rio de Janeiro, RJ
mín 28º máx 32º

16/10/2013 00:30:08

Informe do DIA: Menos internações

Secretaria Municipal de Saúde comemora diminuição de 30% em relação a 2010

FERNANDO MOLICA

Rio - A Secretaria Municipal de Saúde comemora a diminuição nas internações hospitalares — entre janeiro e julho deste ano houve uma redução de 30% em relação ao mesmo período de 2010. Afirma que o fato está ligado à expansão da atenção básica e à criação de mais Clínicas da Família: o tratamento preventivo diminuiria a necessidade de ida aos hospitais.

De acordo com a prefeitura, as maiores quedas foram de pacientes com pneumonia, insuficiência cardíaca e diabetes. Já havia sido registrada menor procura pelas emergências municipais.

O DIA

'Clínica da Família é o foco', diz Daniel Soranz

Em entrevista, secretário da Saúde Pública revela que o aumento de vagas na formação de novos médicos e a construção de 68 clínicas da família são as principais ações para chegar em 2016 com o dever cumprido

ANGÉLICA FERNANDES

Rio - O futuro da saúde pública do município do Rio promete entrar nos moldes de alguns países europeus. Se depender da meta do novo secretário da pasta, Daniel Soranz, empossado há dois meses, a Cidade Maravilhosa chegará em 2016 com 70% de cobertura da atenção básica. Hoje, o índice é de apenas 44%. Para alcançar o objetivo, a Secretaria Municipal de Saúde atravessa o período chamado de "reforma no sistema primário". Em entrevista ao **DIA**, Soranz revelou que o aumento de vagas na formação de novos médicos, a expansão do prontuário eletrônico e a construção de 68 clínicas da família são as principais ações para chegar em 2016 com o dever cumprido.

ODIA: Diante de uma cidade com mais de 6 milhões de habitantes e um sistema público de saúde ainda carente, o que a Secretaria Municipal de Saúde tem feito para ampliar a oferta de atendimento em suas unidades?

DANIEL: Desde 2009, com a inauguração da primeira Clínica da Família, nosso foco tem sido a atenção primária. Antes, as pessoas procuravam os hospitais de emergência para qualquer problema de saúde. Este cenário está mudando. Com a ampliação da atenção básica na cidade, tiramos quase dois milhões de atendimentos dos hospitais e passamos a ofertar o serviço nas unidades de básicas, com os 119 Centros Municipais de Saúde (CMS) e as 72 clínicas.

"O médico poderá acessar todo o histórico do paciente em qualquer lugar", diz secretário
Foto: José Pedro Monteiro / Agência O Dia

Então o grande desafio do município é a expansão da atenção básica?

Sem dúvida, o nosso desafio e nosso foco é a atenção básica. O Rio tinha um dos menores sistemas de saúde do país. De 1988 a 2008, o sistema público de saúde só diminuiu. De 2009 para cá, ele começou a dar uma virada. Hoje enfrentamos a reforma no sistema primário. A gente sai do pior percentual de cobertura da atenção primária, com 3,3%, para o atual 44%. Até 2016, temos a meta ousada de chegar a 70%. Muitas capitais demoram anos para conseguir isso, mas o Rio já mostrou que evoluiu em cinco anos.

O que a Secretaria planeja para alcançar a meta?

Até 2016, temos que construir mais 68 unidades de Clínica da Família. Outra prioridade é focar na formação dos nossos profissionais de medicina. Hoje, a rede sofre com a falta de recursos humanos. Se quisermos cumprir as metas, temos que investir em formação. E vamos fazer isso ampliando a quantidade de vagas na residência. Oferecemos cem e queremos chegar a 300.

Sobre a falta de pessoal, no último concurso de 2013, a secretaria tinha 686 vagas, mas só recebeu 437 profissionais. Qual é a especialização mais carente?

MELHORES MATÉRIAS

BEST NEWSPAPER ARTICLES

O DIA

Busque no O Dia

Rio de Janeiro, RJ mín 28º máx 32º

17/12/2013 00:11:33

Rocinha começa a vencer batalha contra a tuberculose

Com sucesso do programa Saúde da Família, a mortalidade pela doença caiu 60%

BEATRIZ SALOMÃO

Rio - Diagnosticado com tuberculose, pesando 40 kg e com limitações físicas, Juarez da Silva, 46 anos, chora ao lembrar o que salvou sua vida, há sete meses: as visitas diárias de profissionais de saúde à casa onde mora, na Rocinha. O pedreiro é um dos personagens da nova história escrita na comunidade, que sempre concentrou os piores índices da doença, no Brasil e no mundo. Entre 2010 e 2012, as mortes pela doença caíram nada menos que 60%. E o índice de abandono do tratamento diminuiu em 30%.

As duas vitórias são reflexo direto do fato de o programa de Estratégia de Saúde da Família ter alcançado a cobertura de 100% da comunidade em 2010. "O agente comunitário de saúde visita todos pacientes com tuberculose. Eles podem receber medicamento em casa ou na unidade de saúde. Isso garante a continuidade e a cura", diz a pediatra e sanitarista Patrícia Durovni, autora da dissertação de Mestrado 'Tuberculose na Rocinha: análise de indicadores epidemiológicos e operacionais após a cobertura de 100% da Estratégia de Saúde da Família'. Hoje, há três unidades de saúde na Rocinha, que atendem a todos os moradores, garantindo o diagnóstico precoce e continuidade do tratamento. "Antes havia muitos casos de diagnóstico em hospitais, o que significa que a doença era descoberta em estágio avançado, com reduzida chance de cura", aponta, acrescentando que a coleta para exame diagnóstico é feita em casa atualmente.

Agente comunitária de saúde, Patrícia de Macedo acompanha de perto Juarez. A filha dele, Ana Maria também contraiu a tuberculose ano passado e fez o tratamento na Clínica

Foto: Alessandro Costa / Agência O Dia

EXTRA

BERENICE SEARA
bereniceseara@extra.inf.br

Extra Extra!

Ex-gordinhos

- O coordenador do Programa Estadual de Cirurgia Bariátrica, Cid Pitombo, ganhou a medalha Pedro Ernesto, a principal honraria da Câmara do Rio.
- Juntos, os mais de mil pacientes operados por Pitombo já perderam mais de 3,5 mil toneladas.

Farta distribuição

- E por falar em homenagens, a Secretaria municipal de Saúde, que está completando 40 anos, também vai receber, hoje, a Medalha Pedro Ernesto.
- E o secretário, Daniel Soranz, será condecorado com a Medalha São Francisco de Assis —3º Milênio.

veja Rio

Curtir 113 mil | Seguir @vejario 74.4Mil seguidores

em destaque: liquidação | festas de verão | mitos da academia

BUSCAR

Uma ideia que deu certo

Há três anos, a Academia Carioca vem mudando a vida de seus mais de 50 mil alunos espalhados pela cidade

26 de Dezembro de 2013

Antes: Em 2010, a aposentada Sirlene Oliveira pesava 123 quilos, tomava oito remédios controlados e três doses de insulina por dia, por ser diabética. Depois: Hoje, aos 61 anos, Sirlene perdeu 40 quilos, seu médico suspendeu o uso de insulina e de outros quatro medicamentos

A aposentada Sirlene Oliveira tem 61 anos e mora em Bonsucesso. Em 2010, ela pesava 123 quilos, tomava oito remédios controlados e três doses de insulina por dia, por ser diabética. "Eu me arrastava em vez de caminhar. Quase não saía de casa por medo de passar mal na rua", lembra. Foi nesse momento que Sirlene entrou no então recém-criado projeto Academia Carioca, da Secretaria Municipal de Saúde, vinculado aos postos de saúde da Clínicas da Família.

Com o acompanhamento de nutricionistas, médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e profissionais de educação física, ela mudou radicalmente sua alimentação e começou a se exercitar nos aparelhos instalados no posto de saúde perto de sua casa. Resultado: em três anos, perdeu 40 quilos, seu médico suspendeu o uso de insulina e de outros quatro

PORTUGAL FALA DA REFORMA DA APS DO RIO DE JANEIRO

PORTUGAL HIGHLIGHTS THE PRIMARY CARE REFORM IN RIO DE JANEIRO

Opinião

Luís Pisco
Vice-presidente da ARSLVT

Reforma dos cuidados de saúde primários no Rio de Janeiro

Nos últimos anos, assistimos a mudanças extraordinárias na saúde na cidade do Rio de Janeiro. Uma aposta sem precedentes nos cuidados de saúde primários, indo ao encontro daquilo que são as evidências científicas e as recomendações da Organização Mundial de Saúde e da Organização Panamericana de Saúde.

Ambas referem que é necessário um maior investimento nos cuidados de saúde primários para permitir que os sistemas de saúde cumpram todo o seu potencial em benefício das pessoas. Esse investimento tem a ver não só com recursos humanos e infraestruturas, mas também com a formação, educação, investigação e a melhoria contínua da qualidade.

Em relação aos recursos humanos, são conhecidos os esforços na formação de agentes comunitários de Saúde, mas também de médicos de família; em relação a infraestruturas, basta lembrar as modernas e funcionais Clínicas de Saúde da Família, recém-inauguradas, criando boas condições de atendimento para cidadãos e profissionais. São unidades de saúde de qualidade em qualquer parte do mundo.

É necessário um maior investimento nos cuidados de saúde primários para permitir que os sistemas de saúde cumpram todo o seu potencial em benefício das pessoas.

Em relação a formação, educação, investigação e melhoria contínua da qualidade a aposta no Internato Complementar de Medicina Familiar e no Mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, não deixará de trazer bons resultados e novas lideranças técnicas, tão necessárias aos cuidados primários.

Mas, para ajudar a entender melhor o que se passa e a monitorizar toda esta evolução, é necessária a produção de estatísticas e mapas que aumentem o conhecimento sobre a realidade das Equipas de Saúde da Família da Cidade do Rio de Janeiro, nomeadamente em relação à sua cultura, à sua população, aos seus movimentos e aos seus territórios, mas também aos recursos disponíveis.

A divulgação deste tipo de informação permitirá avaliar a dinâmica de mudança do sistema de saúde do Rio de Janeiro, detetar tendências emergentes nos cuidados de saúde primários e ajudar a planear e preparar efetivamente para as necessidades de saúde de amanhã. É um passo importante na gestão das listas de utentes e um instrumento que facilitará a monitorização da qualidade dos registos dos cariocas cadastrados em cada Clínica de Saúde da Família.

A informação estatística e geográfica para cada área da cidade, recentemente publicada, assim como o livro sobre as primeiras 50 Clínicas de Saúde da Família, são passos muito importantes e os responsáveis pela Saúde no Rio de Janeiro estão de parabéns.

Parabéns ao Dr. Daniel Soranz pela liderança técnica e política deste processo, pois, coloca os cuidados de saúde primários da cidade do Rio de Janeiro como um exemplo a seguir a nível mundial. Parabéns também ao Dr. Luiz Felipe Pinto, responsável pelas Estações da Rede OTICS-RIO, pelo extraordinário trabalho de compilação desses 10 volumes, um por área da cidade, e pela disponibilização desta importante informação.

A informação estatística e geográfica para cada área da cidade, recentemente publicada, assim como o livro sobre as primeiras 50 Clínicas de Saúde da Família, são passos muito importantes e os responsáveis pela Saúde no Rio de Janeiro estão de parabéns.

MELHORES MATÉRIAS

BEST NEWSPAPER ARTICLES

O GLOBO ☰ MENU RIO ▾

Clínica da Família da Tijuca é procurada até por moradores com plano de saúde

Paciência e a educação dos jovens residentes são algumas das características destacadas por quem procura a unidade

POR WALESKA BORGES

22/09/2015 5:00

Os médicos Bernardo (à esquerda), Thadeu e Rodrigo: elogiados - Waleska Borges / O Globo

RIO — A dona de casa Ana Maria Rodrigues Lopes, de 62 anos, moradora da Tijuca, tem

O DIA

Carta do Rio para um SUS melhor

David Lima
Secretário-executivo do Cons. Mun. de Saúde

Eu tenho muito orgulho de ter no Brasil um sistema como o SUS, uma das mais ousadas políticas públicas de saúde, reconhecida mundialmente. O SUS é o verdadeiro plano de saúde dos brasileiros. Garante, entre outras coisas, cobertura vacinal de dar inveja a qualquer nação europeia; acompanhamento do pré-natal ao parto; serviço de saúde bucal que quase nenhum país tem; o mais avançado programa de HIV do mundo; e cirurgias complexas de trauma e até transplantes de órgãos.

O SUS está longe de ser um sistema perfeito em seu funcionamento, mas salva vidas todos os dias. Por isso, dou apoio incondicional ao primeiro Dia do Orgulho SUS no Rio de Janeiro, comemorado neste 21 de março. A data, proposta pelo Conselho Municipal de Saúde, é inspirada no Change Day (Dia da Mudança), promovido no Reino Unido para a melhoria do seu sistema público de saúde. Neste dia, todos — gestores, profissionais de saúde, movimentos sociais e usuários — assumimos compromissos de fazer o

"Nesses 27 anos de SUS, pudemos entender que um sistema de saúde público depende da participação de cada um"

SUS ainda melhor.

Como secretário-executivo do Conselho Municipal de Saúde, assumo a responsabilidade de ouvir atentamente as propostas de profissionais de saúde, usuários e gestores para fortalecer, cada vez mais, a participação da população e do controle social. Como coordenador da 12ª Conferência Municipal de Saúde, tenho o compromisso de ajudar a realizar um evento marcante para o rumo da saúde carioca. Como usuário, tenho a consciência de participar do dia a dia da rede de saúde, dando sugestões e fazendo críticas construtivas e conscientes em busca de soluções para os problemas.

Não existe no mundo uma proposta tão complexa quanto a nossa. Em 1986, 4,5 mil brasileiros participaram da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que resultou na elaboração da Carta Magna, fundamental para a inclusão da saúde como "direito de todos e dever do Estado" na Constituição de 1988. Nesses 27 anos de SUS, pudemos amadurecer e entender que um sistema de saúde público depende da participação de cada um. Em 2015, é a vez de convocar os seis milhões de cariocas a tomar seus lugares na construção dessa história.

MELHORES MATÉRIAS

BEST NEWSPAPER ARTICLES

O DIA

Medicina da família e de toda a cidade

Daniel Soranz
Secretário municipal de Saúde

Hoje, 18 de outubro, é comemorado o Dia do Médico. No Rio de Janeiro, uma das especialidades que mais crescem é a Medicina de Família e Comunidade. Estudos comprovam que, quando um paciente é acompanhado ao longo dos anos por uma mesma equipe de saúde, a chance de agravamento de alguma doença é menor. O médico de família é capaz de solucionar 90% dos problemas de saúde da população. Por isso, decidimos investir, nos últimos oito anos, na Estratégia Saúde da Família. E fomos além: criamos, em 2011, um programa de formação desses profissionais que, hoje, é o maior programa de residência do Brasil.

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde tem como principal objetivo qualificar profissionais para atuar no SUS. Criamos um programa fora da universidade, que funciona dentro das clínicas da família, com foco na prática, que permite aprender a medicina do dia a dia. Neste ambiente, o residente faz parte de equipe de Saúde da Família, se responsabilizando pelo cuidado de sua comunidade, sempre com o apoio de um médico-preceptor qualificado.

O residente cria um elo com o paciente, com o acompanhamento integral, conhecendo sua realidade e contexto familiar. Aos poucos, o profissional passa a fazer parte da comunidade onde trabalha. Esse vínculo faz com que, depois de formado, o médico tenha interesse de permanecer trabalhando nessa unidade. Não à toa, mais de 80% dos residentes formados, hoje, atuam na unidade onde fizeram a residência.

Na Medicina de Família, o que determina o conteúdo biomédico do profissional é a prevalência dos problemas da comunidade. Se for um local com muitos casos de dengue, por exemplo, o profissional terá mais experiência nesse agravo. Assim, o médico de família do Brasil não é o mesmo da Inglaterra. E o profissional que atua na Rocinha tem peculiaridades que o médico que está na Tijuca não tem, e vice-versa. A comunidade molda o médico de família.

O Rio de Janeiro tem moldado os médicos de família que atuarão no futuro. E os médicos de família têm transformado, cada vez mais, a realidade da saúde dos cariocas. Esse é um dos principais legados que deixaremos para a cidade.

G1

Programa Academia Carioca chega a 80 mil adeptos

Projeto oferece ginástica, caminhada, alongamento, dança, entre outros. Pesquisa mostrou que público feminino é mais sedentário.

Do G1 Rio

FACEBOOK

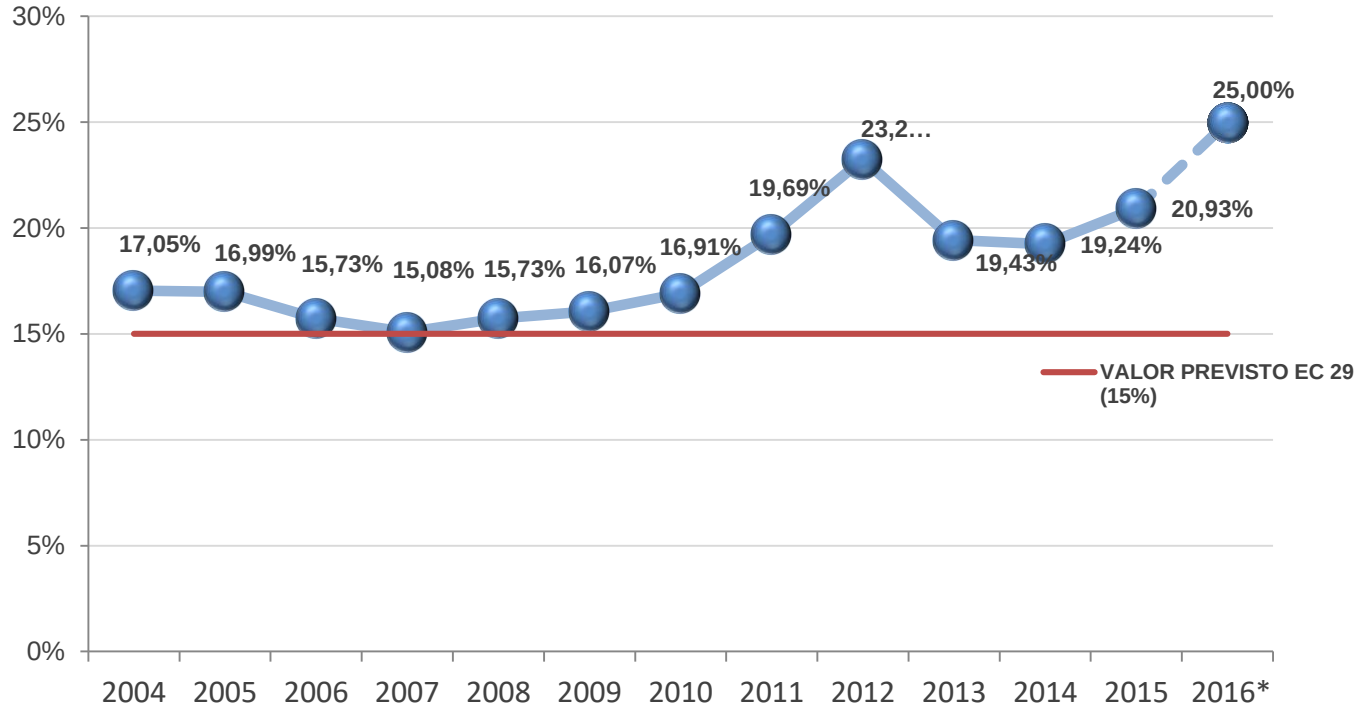
Inscritos no Academia Carioca participam de atividade (Foto: Reprodução/Facebook Academia Carioca)

SUSTENTABILIDADE

SUSTENTABILITY

EVOLUÇÃO DE RECURSOS EC - 29

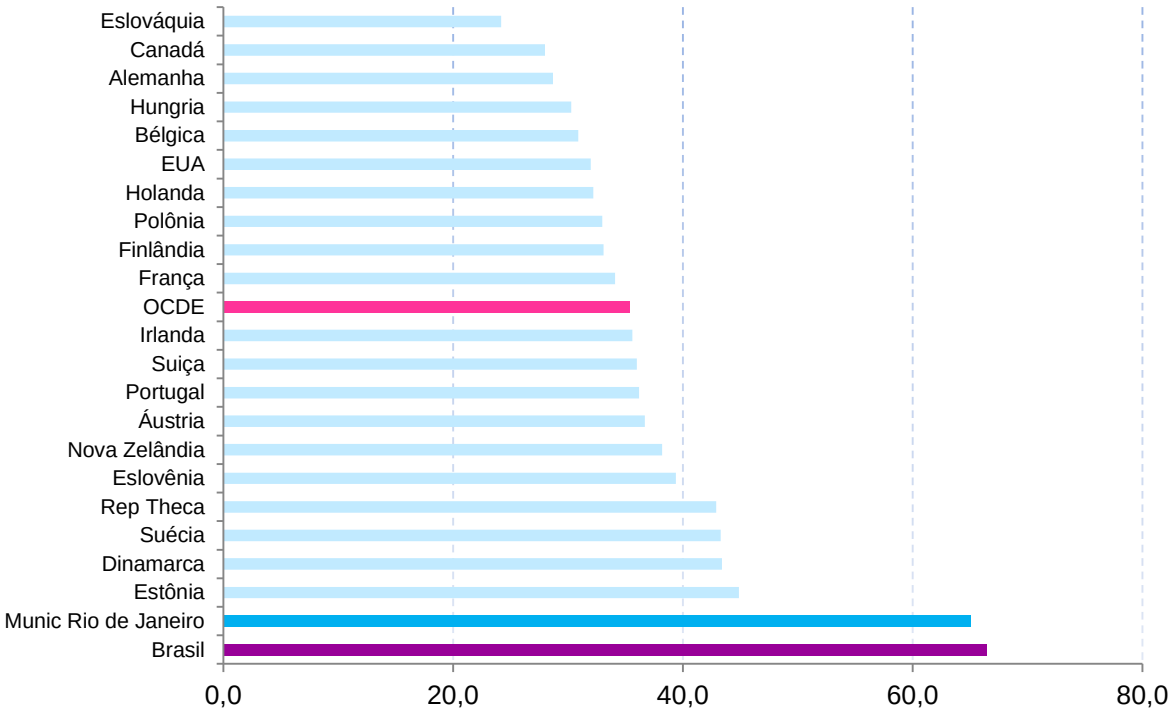
RESOURCES EVOLUTION EC - 29



Fonte: SIOPS. (*) Estimativa para 2016 [- - -]

PARTICIPAÇÃO (%) DOS SERVIÇOS HOSPITALARES NA DESPESA TOTAL DE SAÚDE - 2010

PARTICIPATION (%) OF HOSPITAL SERVICES IN THE COMPLETE HEALTH EXPENSES (2010)

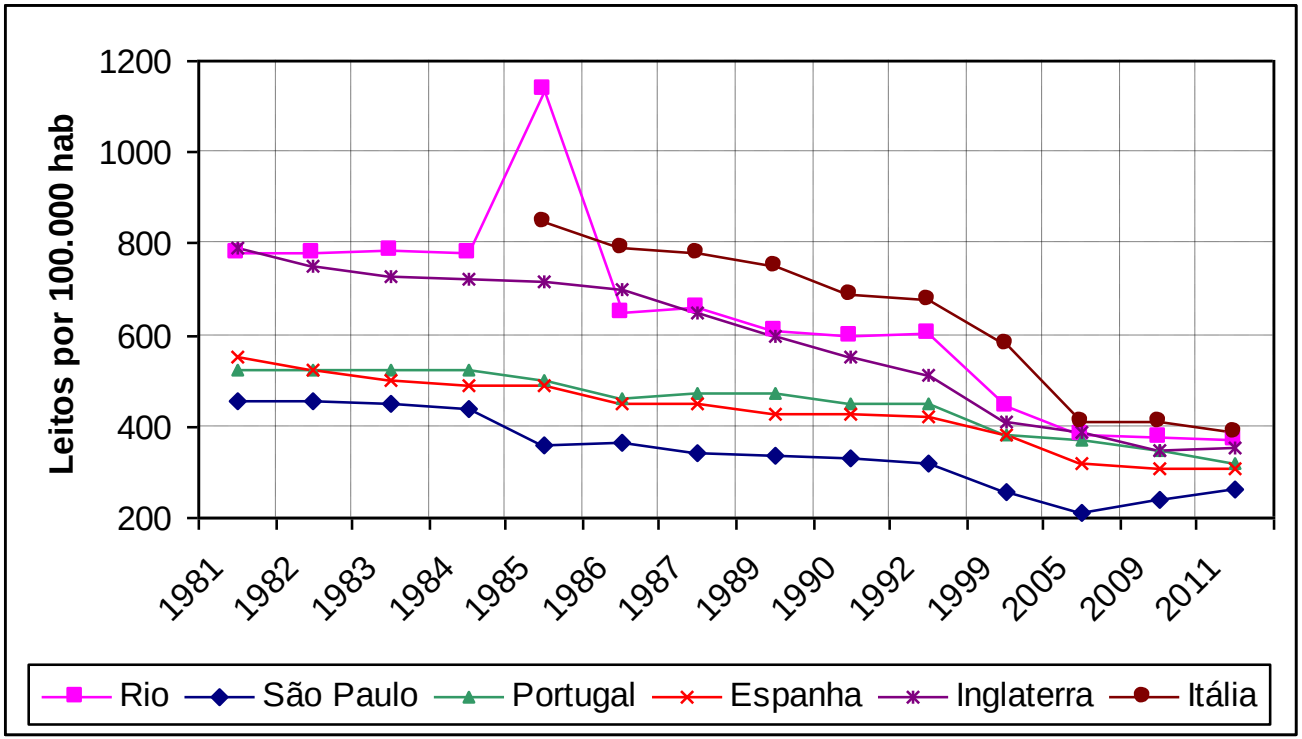


Anos	BRASIL: (%) de gasto com média e alta complexidade em relação ao total do MS
2008	67,0%
2009	66,9%
2010	66,5%
2011	66,8%
2012	65,5%
2013	65,7%

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, valores executados, SIOPS/Brasil e OCDE.

DIMINUIÇÃO DO SETOR HOSPITALAR
LEITOS HOSPITALARES POR 100.000 HAB

DOWNSIZE OF THE HOSPITAL SECTOR (HOSPITAL BEDS BY 100.000 HABITANTS



NOMEAÇÕES POR CRITÉRIOS TÉCNICOS PREVIAMENTE ESTABELECIDOS

NOMEAÇÕES POR CRITÉRIOS TÉCNICOS PREVIAMENTE ESTABELECIDOS

Resoluções

Necessidade de formação para gerência - 2964

Necessidade de formação para enfermeiros e dentistas. –3106

SECRETARIA DE SAÚDE

Secretário: **Daniel Ricardo Soranz Pinto**
Rua Afonso Cavalcanti, 455 - 7ºandar - Tel.: 2976-2024

RESOLUÇÃO SMS Nº 3106 DE 18 DE OUTUBRO DE 2016

Estabelece critérios para ocupação dos cargos de enfermeiros de equipes de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde.

RESOLVE:

Art. 1º Define como requisito obrigatório para a atuação do enfermeiro na equipe de saúde da família ao menos uma das titulações abaixo:

§ 1º Título de especialista em saúde da família.

§ 2º Certificado de conclusão de pós-graduação *lato sensu* aos moldes de residência em saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva.

§ 3º Certificado de conclusão de pós-graduação *lato sensu* em saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva.

§ 4º Certificado de conclusão de pós-graduação *stricto sensu* em saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva.

Art. 2º Os novos processos seletivos e concursos devem informar da exigência da titulação mínima para a contratação ou posse.

Art. 3º A documentação de comprovação deve ficar sob a guarda do setor de gestão de pessoas local ou da organização social de saúde responsável pelo processo.

Art. 4º A Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde ficará responsável por fiscalizar e verificar o cumprimento desta resolução na administração direta e indireta.

Art. 5º Os critérios estabelecidos nesta Resolução se aplicam às nomeações e às contratações de cargos de enfermeiros de Unidades de Atenção Primária da Administração Direta, Indireta e geridas por Organizações Sociais.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação devendo ser aplicada a todas as novas contratações e nomeações, não se aplicando a processos seletivos anteriores a sua publicação.

Rio de Janeiro, 18 de outubro de 2016
DANIEL SORANZ

SECRETARIA DE SAÚDE

Secretário: **Daniel Ricardo Soranz Pinto**
Rua Afonso Cavalcanti, 455 - 7ºandar - Tel.: 2976-2024

ATO DO SECRETÁRIO
RESOLUÇÃO SMS Nº 2964 DE 10 DE JUNHO DE 2016

Estabelece critérios para ocupação de cargo de Diretor ou Gerente de Unidades de Atenção Primária em Saúde (Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família) da Secretaria Municipal de Saúde.

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, e tendo em vista o que consta do Processo 09/002 354/2016,

RESOLVE:

Art. 1º Fica estabelecido que somente poderá ocupar cargo de Diretor ou Gerente de Unidades de Atenção Primária profissionais que preencham, ao menos, 4 (quatro) dos critérios listados neste artigo.

§ 1º. Ter no mínimo 3 (três) anos de experiência de atuação direta nas Equipes de Saúde da Família.

§ 2º. Ter no mínimo 5 (cinco) anos de experiência de atuação na área da Saúde em atividade de apoio às Equipes de Saúde da Família ou Atenção Primária.

§ 3º. Ter no mínimo 5 (cinco) anos de experiência em cargo de gestão no âmbito do SUS.

§ 4º. Ter participado, ao menos, de uma atividade de atualização científica e/ou acadêmica nas áreas de Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Gestão em Saúde (congressos, seminários, workshops, capacitações, cursos presenciais ou à distância) no último ano, antes da nomeação/contratação.

§ 5º. Ter formação técnica de nível médio ou superior na área de Saúde.

§ 6º. Ter curso de especialização em Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Gestão em Saúde.

§ 7º. Ter Residência ou título de especialista em Saúde da Família.

§ 8º. Ter concluído o terceiro ano de Residência (R3) em Gestão de Serviços de Saúde.

§ 9º. Ter título de Mestre ou Doutor em Saúde da Família, Gestão em Saúde, Políticas Públicas e Saúde Coletiva.

§ 10. Ter participado do programa Líderes Cariocas, por no mínimo 2 (dois) anos, sendo devidamente aprovado.

Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
Rio de Janeiro, 10 de junho de 2016
DANIEL SORANZ

Onde queremos chegar 2020

- Cariocas tem a maior expectativa de vida do País!
- Redução de leitos hospitalares ocorre espontaneamente devido melhoria da resolutividade do SF.
- Prontuários das ESF do Rio tornam-se principal referência para pesquisa clínica e construção de protocolos terapêuticos.
- “Fichas A” são uma das principais fontes de informação para formulação de Políticas Intersetoriais .
- Redução expressiva nas desigualdades entre os indicadores sociais.

- *Citizens of Rio have the biggest life expectation in the country*
- *The downsize of the hospital beds occour espontaniously due to the improve of the Primary Care.*
- *The Family Strategy records become the prime reference to clinical research and construction of therapeutic protocols.*
- *"A Files" are one of the prime soucers of informations to formulate intersectoral policies.*
- *Expressive reduction in the inequalities between the social indicators.*

AGRADECIMENTOS

SPECIAL THANKS

Toda a reforma não seria possível sem vontade política. O Prefeito Eduardo Paes acreditou na importância da Estratégia Saúde da Família, mudou a vida de mais de 4 milhões de pessoas e fez história.

The reform woudn't be possible without political willness. The mayor Eduardo Paes believed in the importancy of the Family Health Strategy, changed the life of more than 4 million people and made history.

AGRADECIMENTOS

THANKS

À Equipe da Secretaria Municipal de Saúde

To the team of the Health Secretary

OBRIGADO!

THANK YOU!

A cobertura de 100% de saúde da família da Rocinha em 2010, é a principal marca da Reforma da Atenção Primária na Cidade do Rio de Janeiro.

Certamente mais que uma reforma do modelo de atenção a saúde, é fundamentalmente uma reforma de sociedade carioca

The 100% family health cover in Rocinha (in 2010) is the main accomplishment of the Primary Care Reform in the City of Rio de Janeiro....

Certainly more than a Reform of the PHC model, it's fundamentally a Reform of the carioca society.

Um Rio de Saúde:

https://www.youtube.com/watch?v=j13kDwrftpg

Daniel Soranz

Secretário Municipal de Saúde
Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
Sistema Único de Saúde
(soranz@fiocruz.br)

4 Milhões de Cariocas com Saúde da Família

A cobertura de 100% de saúde da família da Rocinha em 2010, é a principal marca da Reforma da Atenção Primária na Cidade do Rio de Janeiro.

Certamente mais que uma reforma do modelo de atenção a saúde, é fundamentalmente uma reforma de sociedade carioca

The 100% family health cover in Rocinha (in 2010) is the main accomplishment of the Primary Care Reform in the City of Rio de Janeiro....

Certainly more than a Reform of the PHC model, it's fundamentally a Reform of the carioca society..