

**Daniel Soranz**  
Secretário Municipal de Saúde



SAÚDE



Semana de  
**Planejamento 2024**

**SAUDE PUBLICA CARIOCA**

Rio de Janeiro, 23 de janeiro de 2024

Orgulho do que somos e do que podemos ser



SAÚDE





# Onde planejamos chegar...

- Aumento da expectativa
- Redução de leitos hospitalares ocorre espontaneamente devido melhoria da resolutividade do SF.
- Que os registros da APS Brasileira principal referência para pesquisa clínica e construção de protocolos terapêuticos.
- “Fichas A” são uma das principais fontes de informação para formulação de Políticas Intersectoriais .
- Redução expressiva nas desigualdades entre os indicadores sociais.



*soranz@fiocruz.br*

# Antecedentes 2008

## Crescimento planos privados (52,8%)

2.459.561 beneficiários em 2000

3.371.459 beneficiários em 2012

Redução dos serviços públicos

Consulta por habitante

Cobertura SF inexpressiva

Sistema fragmentado

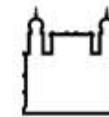
Regras pouco claras e desestruturadas

### Fontes:

- Cotta RMM. et al. A crise do SUS e a fuga para o mercado. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 94-105, 1998.

- Lima DM. *Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade*” Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. Rio de Janeiro, abril de 2014.

- Pinto LF & Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004, vol.9, n.1



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.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tatiana Wargas de Faria Baptista<sup>4</sup>  
Segunda orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiani Vieira Machado

Rio de Janeiro, abril de 2014.



# Simon's Site

Simon Schwartzman's site & blog

MAR

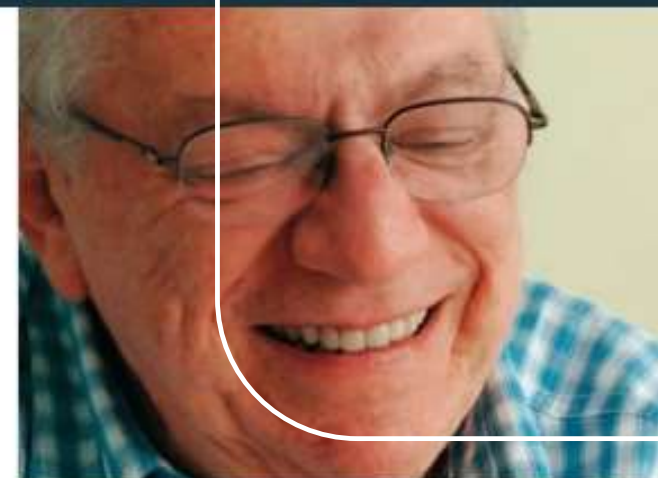
29

## A crise da saúde no Rio de Janeiro

 Simon  Health  2005-03-29

Sem ser um especialista no assunto, tenho tratado de acompanhar e entender a crise da saúde no Rio. Eis algumas idéias, como hipóteses a serem pesquisadas.

O que mais aparece é o aspecto político. O governo federal diz que o prefeito abandonou a saúde, e o prefeito diz que o governo federal não deu o dinheiro que prometeu. O governo estadual, que teria muito que ver com isto, não diz nada, nem aparece. Neste nível, o grande vitorioso é o governo federal, através do Ministério da Saúde, e o grande perdedor é o Prefeito. De um lado, aparece um Ministério preocupado com os problemas da população, mobilizando médicos, convocando o Exército para abrir hospitais de campanha, trazendo medicamentos de avião, descobrindo materiais e equipamentos abandonados. De outro, um prefeito aparentemente insensível, com um Secretário de Saúde com suas camisas e gravatas impecáveis, sem explicar direito à população o que está ocorrendo, dizendo que o governo federal agiu bem em chamar o problema para si, e levantando firulas legais e administrativas que podem ser até justas, mas que a população não entende. É difícil pensar em um exemplo melhor de tiro no pé, justamente quando o Prefeito ensaia seus primeiros passos para ir além da política municipal, aparecendo na TV para falar de sua competência administrativa e dos jogos panamericanos. Alguém acredita?



Subscribe



Language

» português

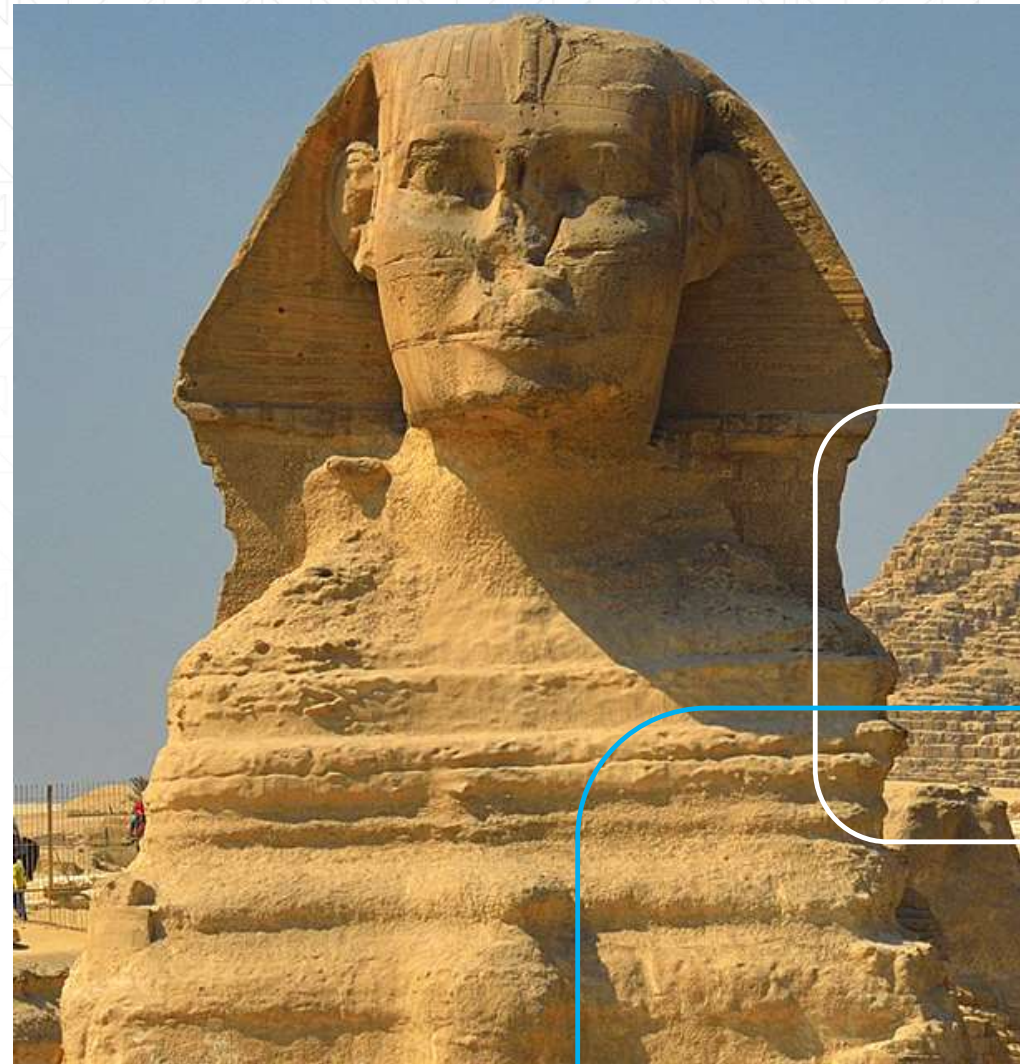
» English

CORDEIRO, Hésio (1991). Controvérsias no financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, CEBES, (31):19-24

FAVERET FILHO, Paulo & OLIVEIRA, Pedro J. de (1990). A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, (3):139-62

# Antecedentes 2008

- ✓ Decisão política de estruturar um sistema de economia de mercado
- ✓ Lobby da indústria de procedimentos e medicamentos
- ✓ Desestruturação do planejamento e centralização excessiva do planejamento
- ✓ Subfinanciamento





# Saúde da família



SAÚDE



24-jan-24

# RCASP - Cidade do Rio de Janeiro



SAÚDE



*Primary Health Care Reform (PHCR) in Rio de Janeiro has begun in 2009 supported by organizational change of SMSDC, which introduced PHC as the coordinator of local care nets.*

*Didaticamente esta dividida em 3 componentes:*

- 1. Reforma Organizacional*
- 2. Reforma Administrativa*
- 3. Reforma do Modelo de Atenção*



**Soranz, DR, Pinto LF, Penna G, Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1351-1364, 2016**

24-jan-24



# Atenção Primária à Saúde (APS)

## Atributos Essenciais

Acesso  
de 1º Contato

Longitudinalidade

Coordenação

Integralidade

## Atributos Derivados

Orientação  
Familiar

Orientação  
Comunitária

Competência  
Cultural

## GESTÃO – 2017-2019

### REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Estudo para otimização de recursos  
Redução das equipes de saúde da família

## PANDEMIA I – 2020

### PANDEMIA DE COVID-19

Hospital de Campanha  
Aniquilação do papel da APS na pandemia

## PANDEMIA II – 2021

### Protagonismo da APS no combate a COVID19

Investimento na rede própria - HMRG  
Maior campanha de vacinação da história  
Enfrentamento a emergência de saúde pública  
Vacina, testagem e acesso

## EIXO I – 2022

### RECUPERAÇÃO DA REDE SAÚDE COMO PRIORIDADE

Recomposição das equipes de atenção primária  
Reequilíbrio orçamentário  
Centro de inteligência Epidemiológica (CIE)

## EIXO II – 2023

### PODEMOS VIVER MAIS, MELHORES E FELIZES

Felicidade importa  
Saúde digital e desburocratização  
Fortalecimento dos centros de conhecimento  
Reestruturar a relação público de privado

## EIXO III – 2024

### SAÚDE PÚBLICA CARIOCA

Reestabelecendo vínculos  
Novas formas de custeio e pagamento  
Orgulho do que somos e do que podemos ser



# Reforma da Atenção Primária



SAÚDE



## 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  
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

# Recepção 1ª turma da Residência de MFC



SAÚDE



02.03.2012





## Cidade do Rio volta a ter 70% de cobertura da Saúde da Família

A cidade do Rio voltou neste início de ano a ter 70% de cobertura da população pela Atenção Primária à Saúde. O percentual havia sido atingido pela primeira vez em 2016, mas, após um período de desestruturação entre 2017 e 2020, caiu para 46%. Com a contratação de profissionais e a ampliação de 209 novas equipes desde 2021, mais de 4,6 milhões de cariocas chegam a 2024 com uma equipe e um médico próprios.

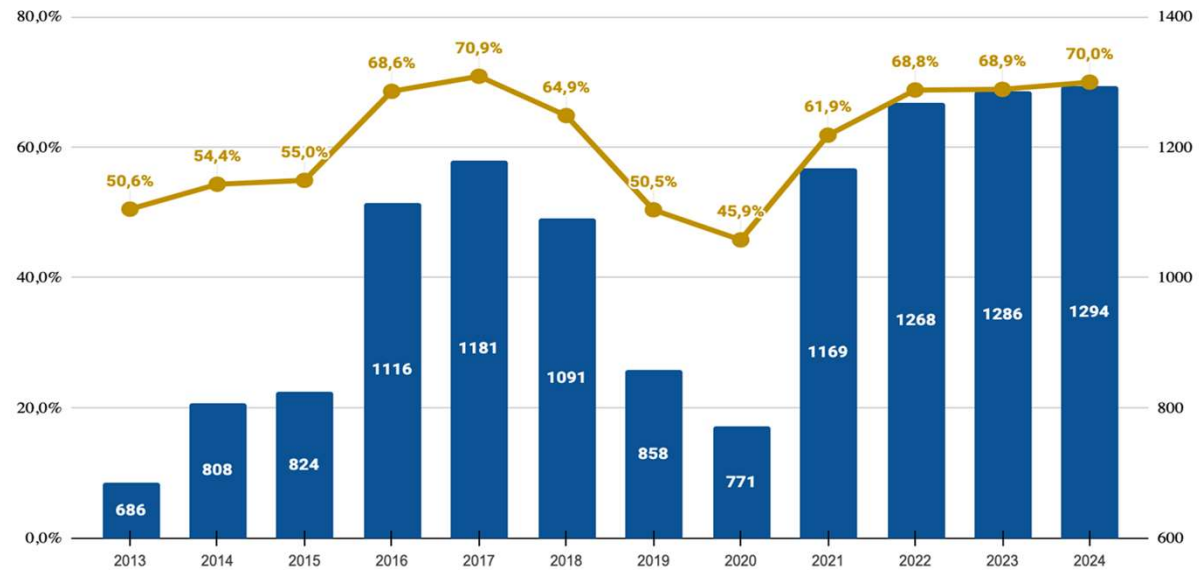
A nova cobertura resulta dos esforços da Secretaria Municipal de

Saúde (SMS) para reduzir o déficit de médicos nas equipes de Saúde da Família, que estava em 31% no início de 2021 e, hoje, é de apenas 2% sobre um total de 1.294 equipes. São 2.054 médicos contratados, o maior patamar da história da Atenção Primária à Saúde no município, incluindo 218 profissionais admitidos pelo novo Programa Mais Médicos para o Brasil, do Ministério da Saúde, que serão recepcionados nesta sexta-feira (19/01), no Palácio da Cidade.

Com as contratações pela SMS, a

chegada dos profissionais da nova edição do Mais Médicos para o Brasil e a contribuição do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da secretaria – que completa 10 anos em 2024 com mais de 800 médicos especialistas formados –, o número de equipes completas (com médico, enfermeiro e demais profissionais) chega a 98%. Somente em 2023, foram mais de 11 milhões de consultas, sendo 6,8 milhões por médicos (571 mil por mês).

COBERTURA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO (2017-2024)



Fonte: Ministério da Saúde, portal de Informação e Gestão da Atenção Básica - e-Gestor Atenção Básica

**Voltamos** 😊



# Formatura da 1.a Turma de Residência de MFC SMS



SAÚDE



2012-2013



23.01.2014



# PLANEJAMENTO X PROSPECÇÃO

**Meta 100% dos médicos da rede de atenção primária titulados em MFC**

			70%	1.293	80%	1.545
	2017	2018	2022	2023	2024	2025
Total de potenciais egressos		211	211	211	211	211
70% dos egressos permanecem na SMS/RJ		147	147	147	147	147
Estimativa de equipes com MFC na rede SMS/RJ	251	559	1.147	1.294	1.441	1.588
% de equipes com Médicos de Família e Comunidade	31,8	43,2	88,7	100,0	93,2	100,0

Atualmente formamos 353 especialistas formados pelo programa, destes 80% estão nas equipes da ESF, 42 como preceptores do PRMFC e 56 assumiram a função de RT.

24/01/2024

soranz@fiocruz.br



CONSELHO DA CIDADE

## CONSELHO DA CIDADE 2023

# VISITA TÉCNICA

28/02/2023

### SUPER CENTRO CARIÓCA DE SAÚDE

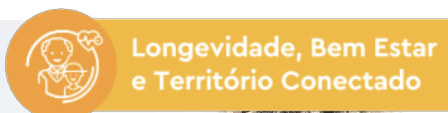
## Mais uma entrega prevista no Plano Estratégico

Ação de acompanhamento do Plano Estratégico pelo Conselho da Cidade





# SAÚDE PÚBLICA CARIOCA

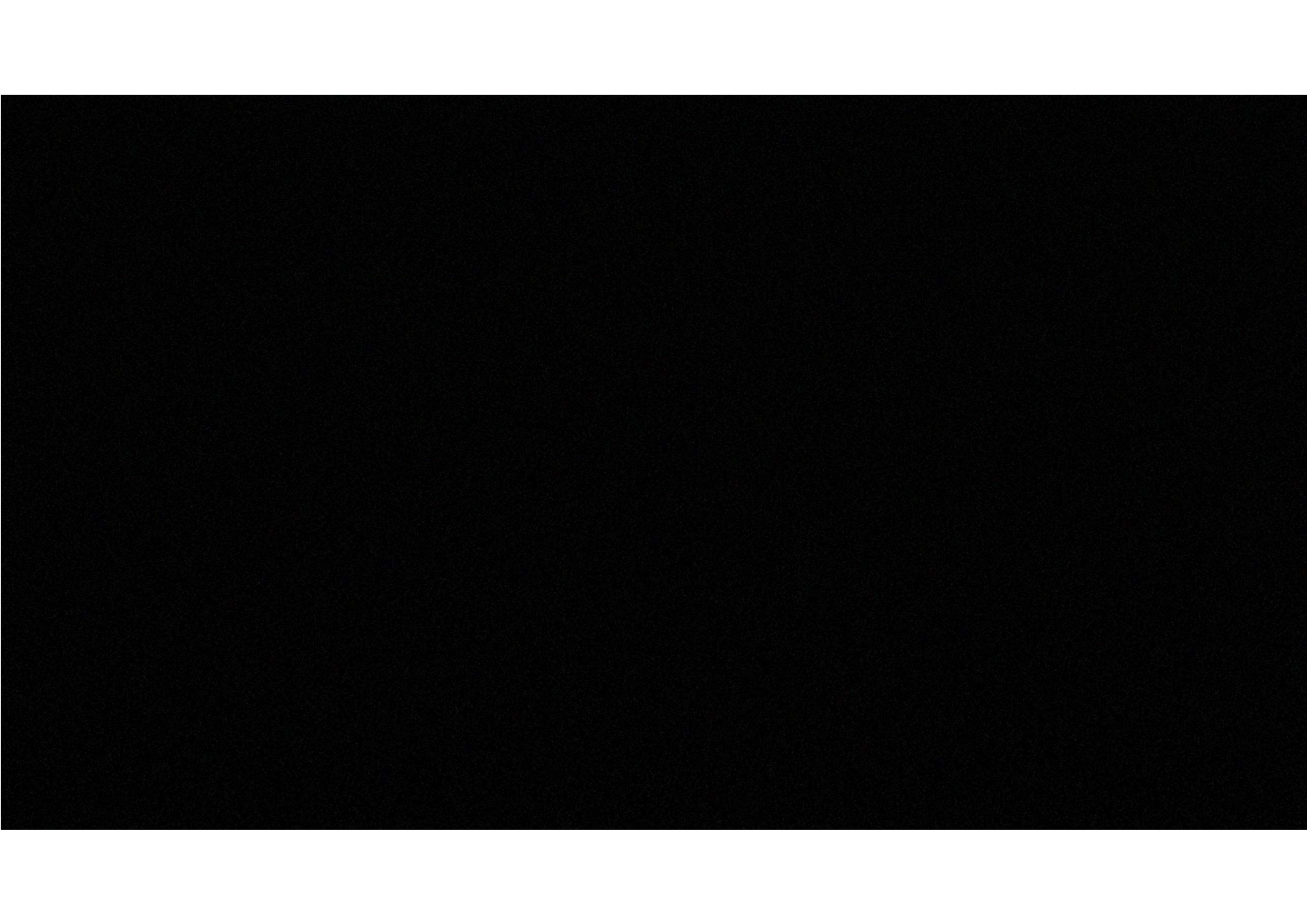


Longevidade, Bem Estar e Território Conectado

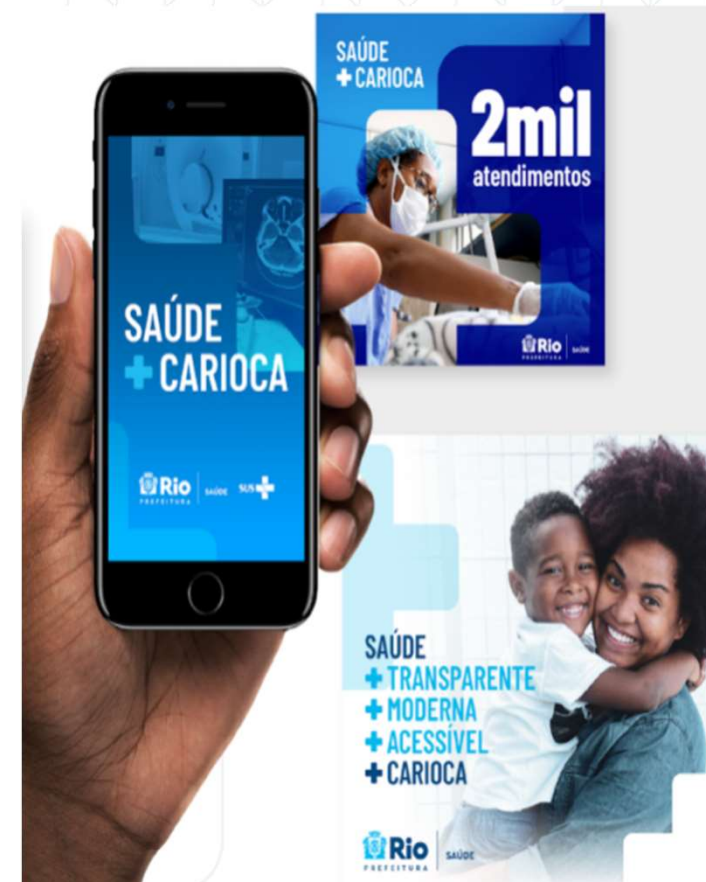


## SAÚDE – DESTAQUES

- ✓ Reforma de **117** Clínicas da Família
- ✓ Contratação de **4.000** profissionais de Saúde
- ✓ Expansão de **45%** para **56,1%** cobertura de Saúde Primária  
+ **Vem por aí... 70% de cobertura de Saúde Primária**
- ✓ Criação de 7 centros de atendimento especializado
- ✓ Criação do **Super Centro Carioca de Saúde**
- ✓ Capacidade para **113 mil** procedimentos a mais por mês
- ✓ Redução da fila do Sisreg em **50,5%**  
+ **Vem por aí... Fila do Sisreg zerada**



Precisamos ser capazes de fazer o que já fizemos e ir além!





## 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

A Reforma Atenção Primária (RCSP) na Cidade do Rio de Janeiro foi iniciada em 2009 SMSDC, que coloca a *Atenção Primária* como ordenadora das Redes de Atenção

*Primary Health Care Reform (PHCR) in Rio de Janeiro has begun in 2009 supported by organizational change of SMSDC, which introduced PHC as the coordinator of local care nets.*

*Didaticamente esta dividida em 3 componentes:*

- 1. Reforma Organizacional*
- 2. Reforma Administrativa*
- 3. Reforma do Modelo de Atenção*



# O grande “inspirador” da Reforma da APS: Dr Luis Augusto Pisco (ARSLVT, Lisboa, Portugal)

## 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

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.

Família, recém-inauguradas, criando boas condições de atendimento para cidadãos e profissionais. São unidades de saúde de qualidade em qualquer parte do mundo.

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 planejar 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 caríacos 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.

outubro 2013 // Jornal Médico | 5

## Estratégias de Saúde em Portugal

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010



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.

<http://www.dgs.pt/>



+ NHS inglês



**Reorientação do Modelo de Atenção Reforma da Atenção Primária: EIXO 0 – 2009 - MUDANÇA ORGANIZACIONAL E ADMINISTRATIVA**

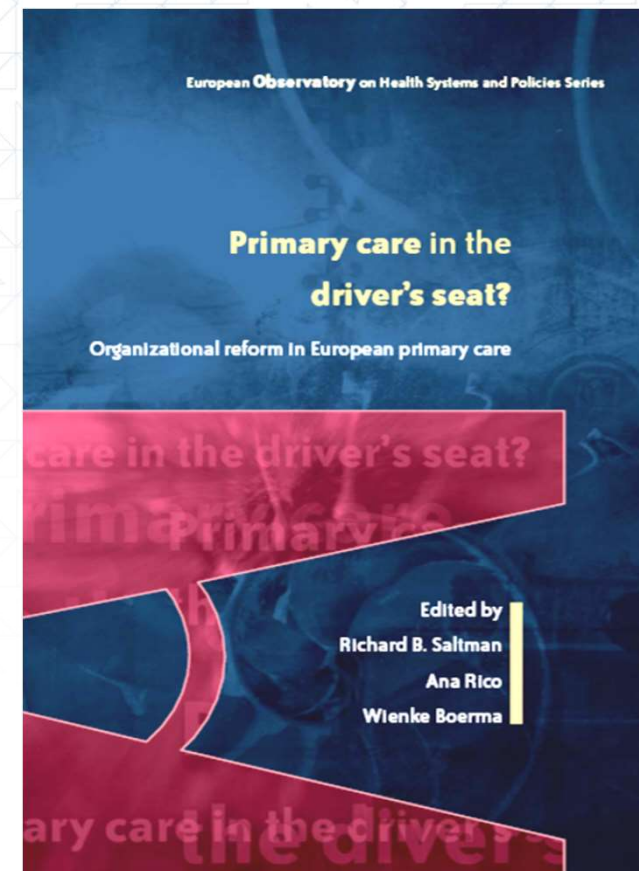
# Atenção Primária no assento do condutor

## OBSERVATÓRIO EUROPEU ANALISA MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS NA APS: livro corrobora Princípios da Reforma Portuguesa

Investigadores do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde editaram um livro que faz o ponto da situação em matéria de atenção primária e enuncia algumas recomendações quanto ao futuro.

Para que os resultados sejam os esperados, há que apostar:

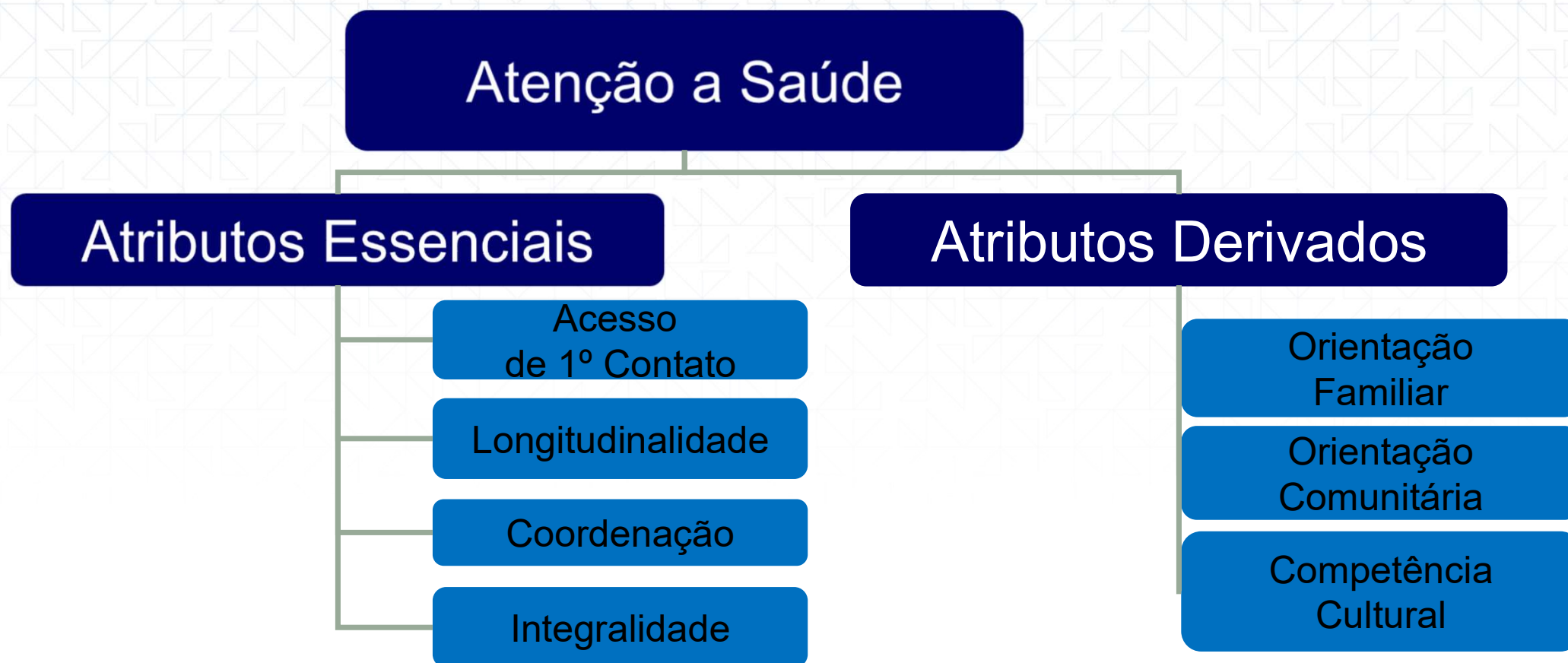
- 1) no trabalho em equipe,
- 2) em listas de usuários,
- 3) maior acessibilidade,
- 4) em pagamento diferenciado,
- 5) informatização dos serviços.



[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_conduzindo\\_rede\\_s.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_conduzindo_rede_s.pdf)



Sistemas de saúde com bom desempenho tem características em comum:



# *Estamos no caminho certo?*

16/02/2022



## 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

## PRINCÍPIOS NORTEADORES

# A estratégia de saúde da família no centro da Mudança

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



- Bases estruturantes da Atenção Primária:
- Política Nacional de Atenção Básica (Portaria n. 648, de 28 de março de 2006);
  - Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria n. 687, de 30 de março de 2006);
  - Pacto pela Saúde (Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006)

**"A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei"**



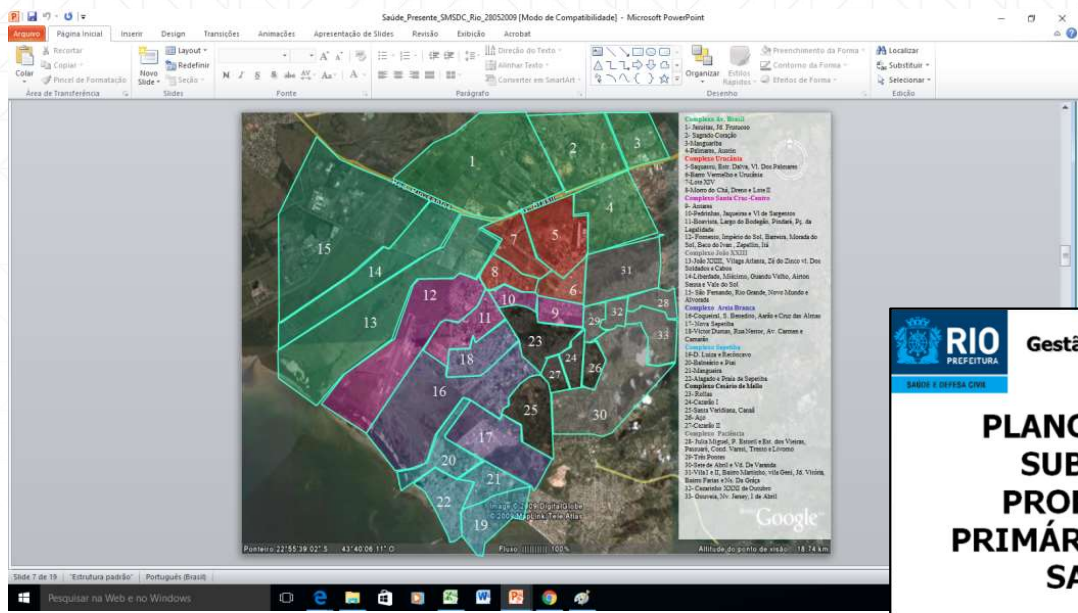
24-jan-24

# Definição participativa da Rede: Construção dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS)

## Policlínica Lincoln de Freitas Filho - Santa Cruz Rio de Janeiro, 28 de maio de 2009

**Início**

- AP 5.3 (Sepetiba, Santa Cruz, Paciência);
- População de 389.120 habitantes;
- 89% dos moradores da região dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Cerca de 2 mil profissionais de saúde na região;



**RIO PREFEITURA**  
SAÚDE E DEFESA CIVIL

**Gestão 2009/2012 - Prefeito Eduardo Paes**

**PLANO DE TRABALHO DA SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE - SUBPAV**

Rio de Janeiro, 14 de abril de 2009  
Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro  
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil



### Reorientação do Modelo de Atenção Reforma da Atenção Primária: EIXO 0 – 2009 - MUDANÇA ORGANIZACIONAL E ADMINISTRATIVA



# *Estamos no caminho certo?*

16/02/2022

## EIXO 0 – 2009

### MUDANÇA ORGANIZACIONAL E ADMINISTRATIVA

Atenção Primária no assento do condutor

Def

Bas

## EIXO IV – 2013

### COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ACCOUNTABILITY

Coordenação do Cuidado

# EIXO I – 2010

## AMPLIAÇÃO DO ACESSO

Liderança e autonomia de gestão

Melhoria da acessibilidade

Avaliação e monitoramento

Gestão das TIC

EIXO

GO

Ges

Ges

Inov

## EIXO III – 2012

### SUSTENTABILIDADE E DESENVOLVIMENTO

Acreditação de serviços

Viabilidade financeira da Atenção Primária

Comunicação com os cidadãos e os profissionais

## 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

- Fortalecendo os gerentes e diretores das unidades
- Desconcentração Orçamentária
- Transparência e co-responsabilização
- Eliminando estruturas intermediárias



# Planejamento SMS-Rio



SAÚDE



## EIXO 0 – 2009

### MUDANÇA ORGANIZACIONAL E ADMINISTRATIVA

Atenção Primária no assento do condutor

Definição participativa da Rede construção dos TEIAS

Bases da rede

## EIXO IV – 2013

### COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ACCOUNTABILITY

Coordenação do Cuidado

Vinculação pessoa a pessoa, organização das listas

## EIXO I – 2010

### AMPLIAÇÃO DO ACESSO

Liderança e autonomia de gestão

**Melhoria da acessibilidade**

Avaliação e monitoramento

Gestão das TIC

## EIXO II – 2010

### GOVERNANÇA

Gestão da rede

Gestão do cuidado

Inovação e sustentabilidade

## EIXO III – 2010

### SUSTENTABILIDADE E DESENVOLVIMENTO

Acreditação de serviços

Viabilidade financeira da Atenção Primária

Comunicação com os cidadãos e os profissionais

## EIXO V – 2013

### CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA E ORGULHO DE SER SUS

Consolidação dos valores da reforma da atenção primária

Orgulho de ser SUS

Equidade e desenvolvimento

# HORÁRIOS – 2024 SSCV

Deve estar visível na recepção, no quadro informativo da unidade:

- Horário de funcionamento da unidade;
- Horário de atendimento das equipes e de seus profissionais;
- Horário das atividades educativas;
- Mapa de horário das salas

Devem ser disponibilizadas **durante todo o horário de funcionamento das unidades**: acolhimento, consultas, curativos, dispensação de medicamentos, imunização, realização de testes rápidos, hidratação venosa e observação clínica.

Todas as unidades devem manter atualizado o **Regimento Interno**.

**PLACAR DA UNIDADE:** montamos diversas estratégias para aumentar a transparência do sistema e prestar conta a sociedade (accountability); caro diretor /gerente é sua responsabilidade atualizar o placar da unidade e garantir esta prestação de contas, o placar deve ser atualizado mensalmente.

**TODO FUNCIONÁRIO DEVE RECEBER** do seu diretor/gerente a cada dia 05 sua produção referente ao mês anterior, preferencialmente esta produção deve ser enviada por email.

**OS QUADROS DE AVISOS** falam muito sobre o gestor da unidade, todas as unidades devem obrigatoriamente ter em seus quadros de avisos,

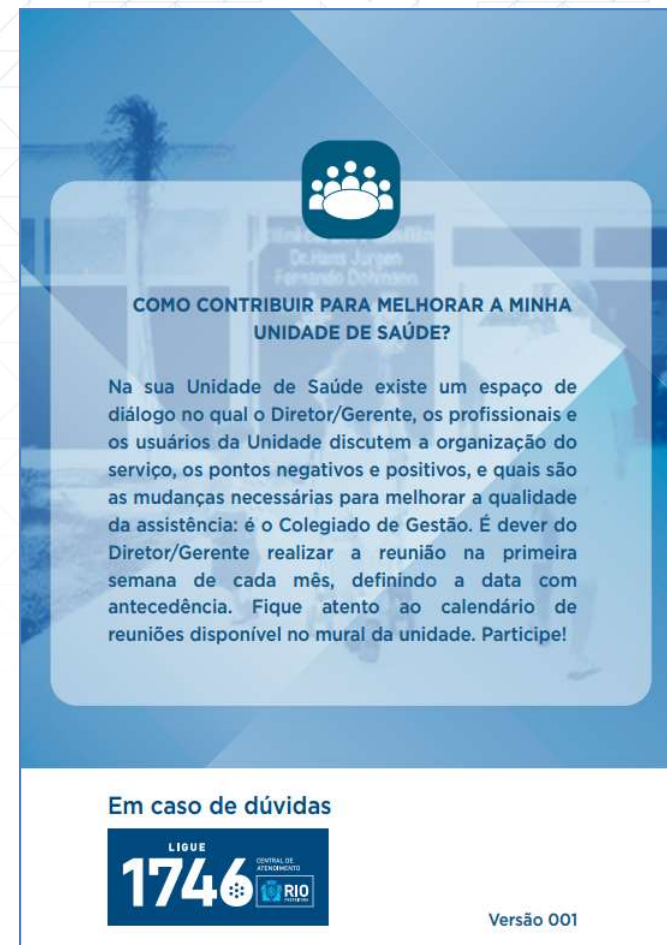
Sua missão e valores expressos no Regimento Interno, (RI)


o telefone, e email da ouvidoria

o nome do diretor/gerente e suas respectivas chefias.

**NÃO COLEM CARTAZES NAS PAREDES,**

se não couber no quadro de avisos não colem independente do que seja!!!






**COMO CONTRIBUIR PARA MELHORAR A MINHA UNIDADE DE SAÚDE?**

Na sua Unidade de Saúde existe um espaço de diálogo no qual o Diretor/Gerente, os profissionais e os usuários da Unidade discutem a organização do serviço, os pontos negativos e positivos, e quais são as mudanças necessárias para melhorar a qualidade da assistência: é o Colegiado de Gestão. É dever do Diretor/Gerente realizar a reunião na primeira semana de cada mês, definindo a data com antecedência. Fique atento ao calendário de reuniões disponível no mural da unidade. Participe!

**Em caso de dúvidas**

LIGUE  
**1746** 

CONTROLE DE ATENDIMENTO  
RIO

Versão 001



# Planejamento SMS-Rio



SAÚDE



## EIXO 0 – 2009

### MUDANÇA ORGANIZACIONAL E ADMINISTRATIVA

Atenção Primária no assento do condutor

Definição participativa da Rede construção dos TEIAS

Bases da rede

## EIXO IV – 2013

### COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ACCOUNTABILITY

Coordenação do Cuidado

Vinculação pessoa a pessoa organização das listas

## EIXO I – 2010

# AMPLIAÇÃO DO ACESSO

Liderança e autonomia de gestão

Melhoria da acessibilidade

Avaliação e monitoramento

Gestão das TIC

## EIXO II – 2010

### GOVERNANÇA

Gestão da rede

Gestão do cuidado

Inovação e sustentabilidade

## EIXO III – 2010

### SUSTENTABILIDADE E DESENVOLVIMENTO

Acreditação de serviços

Viabilidade financeira da Atenção Primária

Comunicação com os cidadãos e os profissionais

## EIXO V – 2013

### CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA E ORGULHO DE SER SUS

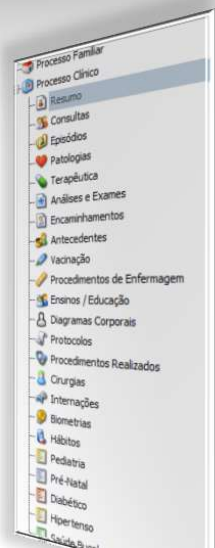
Consolidação dos valores da reforma da atenção primária

Orgulho de ser SUS

Equidade e desenvolvimento

## Um exemplo de prontuário eletrônico

Prontuário extremamente completo



CID 10 / CIAP  
Procedimentos

Diversas Fichas de Especialidade



## Portal da SUBPAV/SMS



## Portal da Rede OTICS-RIO: líder em mídias sociais na SMS !



EIXO 0 – 2009

MUDANÇA ORGANIZACIONAL E ADMINISTRATIVA

Aten  
Defin  
Base

## EIXO II – 2011

EIXO

AMP

Lider

Melh

Avali

Gest

# GOVERNAÇÃO CLÍNICA E GESTÃO CONHECIMENTO

Gestão da clínica

Gestão do conhecimento e qualificação dos profissionais

Inovação e simplificação na prestação dos cuidados

EIXO

SUST

Acreditação de serviços

Viabilidade financeira da Atenção Primária

Comunicação com os cidadãos e os profissionais

EIXO IV – 2013

COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ACCOUNTABILITY

CONCELIÇÃO DA REFORMA E CRESCIMENTO DE SERVIÇOS

Consolidação dos valores da reforma da atenção primária

Orgulho de ser SUS

Equidade e desenvolvimento





## SISTEMA DE INDICADORES HOSPITALARES ANAHP

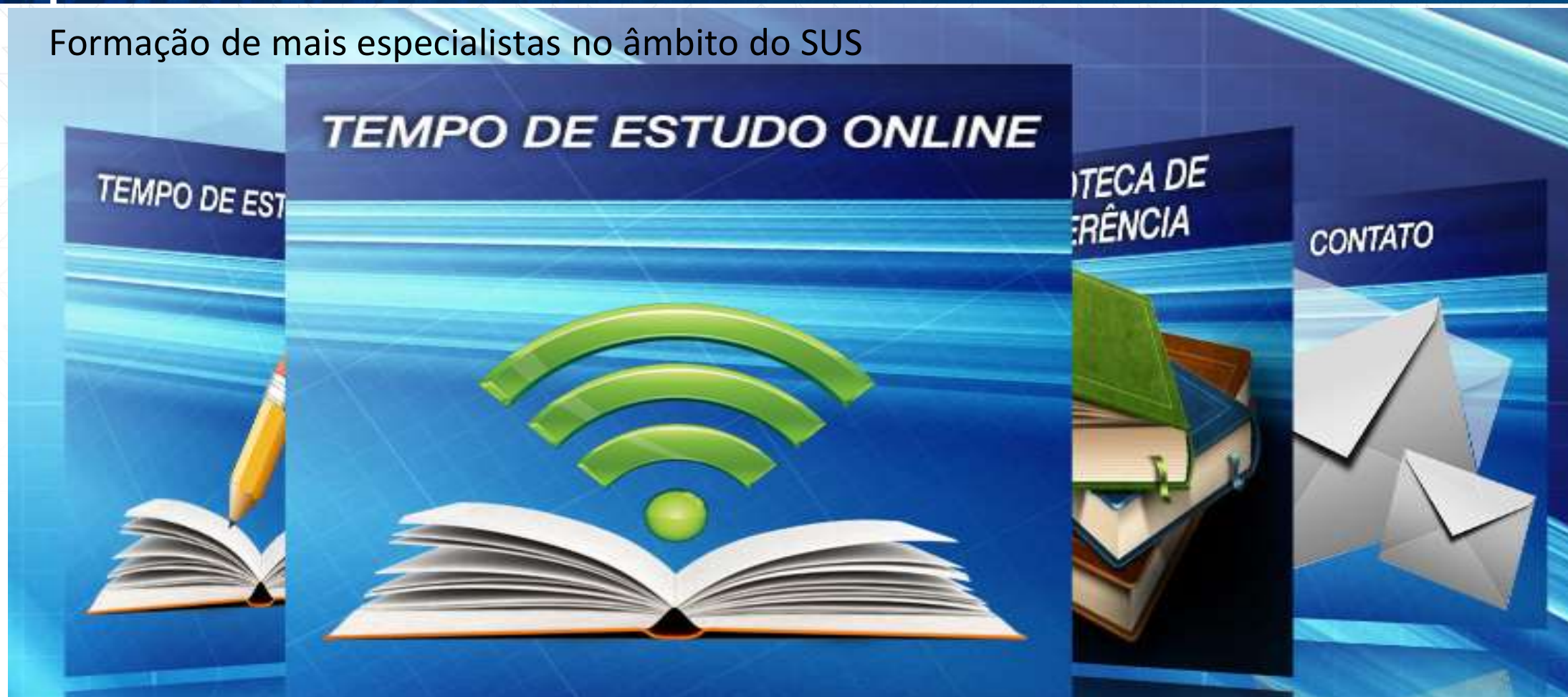
A Anahp acredita que a mensuração de dados é parte fundamental da evolução da saúde. As instituições comprometidas com a qualidade do cuidado e gestão eficiente são uma fonte rica de informações que, quando utilizadas de forma estratégica, ganham potencial norteador para tendências e melhoria contínua.

Abaixo, você tem a oportunidade de acompanhar em tempo real alguns dos principais indicadores coletados pela Associação por meio do Sistema de Indicadores Hospitalares Anahp.

[Se você é associado e já têm o seu acesso, você pode entrar no Sistema clicando aqui.](#)

# Gestão do conhecimento e qualificação dos profissionais

Formação de mais especialistas no âmbito do SUS



Reorientação do Modelo de Atenção Reforma da Atenção Primária:  
EIXO II – 2011 - GOVERNAÇÃO CLÍNICA E GESTÃO CONHECIMENTO

# Simplificação do cuidado



SAÚDE



## Orientação Comunitária

Simplificação do cuidado, sendo assim, medidas simples podem salvar vidas e **fortalecer o auto cuidado**:

Por exemplo, todos os funcionários da unidade devem estar capacitados a aferir sinais vitais, pressão arterial, medir, pesar e aferir a glicemia capilar, principalmente os agentes de saúde, que devem inclusive pelo Manual do SIAB já de 2002 medir e registrar os níveis tensionais dos indivíduos hipertensos, em todas as visitas, nas fichas B. Algumas unidades já realizam grupos de hipertensos e diabetes com familiares que são capacitados a aferir a glicemia capilar e a pressão arterial entre outros cuidados básicos.

**GESTÃO DO CONHECIMENTO**, por isto, garantam que todos os **protocolos oficiais da SMS** no tratamento de doenças estejam disponíveis a qualquer momento a todos os seus profissionais, como sugestão gravem um CD e disponibilizem em todas as máquinas da unidade.



## EIXO III – 2012

# SUSTENTABILIDADE E DESENVOLVIMENTO

## Acreditação de serviços

Viabilidade financeira da Atenção Primária  
Comunicação com os cidadãos e os  
profissionais

# Accreditation of services



# CRCQ

Certificado de Reconhecimento  
Ao Cuidado de Qualidade

## **EIXO III – 2012**

# **SUSTENTABILIDADE E DESENVOLVIMENTO**

Acreditação de serviços

**Viabilidade financeira**

Comunicação com os cidadãos e os  
profissionais



# Viabilidade financeira da Atenção Primária: Estudo MacKinsey



SAÚDE



## Custeio de uma Equipe de Saúde da Família

Programa 1		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1 equipe	3450 <b>pessoas cobertas</b>								
	R\$ 68.000,00 / mês								
	5% aumento anual								
Custeio	60% Fonte 100								
Preço da Clínica com material permanente	R\$ 4.400.000,00								
Preço medio de reforma RIOURBE	R\$ 800.000,00								
População Rio de Janeiro		6.447.487	6.447.487	6.447.487	6.447.487	6.511.962	6.577.082	6.642.853	6.709.282
Penetração Saúde da Família		3%	18%	27%	35%	40%	50%	60%	70%
Nº de Equipes Novas		20	150	150	115	50	150	250	200
Nº de Equipes Novas Acumulado		378	528	678	793	843	993	1.243	1.443
Preço Equipe mensal		63.800,00	64.100,00	66.800,00	71.400,00	74.970,00	78.718,50	82.654,43	86.787,15
Total anual		289.396.800	348.447.600	483.364.800	630.176.400	735.905.520	867.162.996	1.108.891.766	1.398.661.649
<b>Custeio PCRJ</b>		<b>173.638.080</b>	<b>209.068.560</b>	<b>290.018.880</b>	<b>378.105.840</b>	<b>441.543.312</b>	<b>520.297.798</b>	<b>665.335.059</b>	<b>839.196.989</b>
Nº de Clínicas da Família		17	17	17	17	6	18	30	25
<b>Investimento PCRJ</b>		<b>R\$ 74.800.000,00</b>	<b>R\$ 74.800.000,00</b>	<b>R\$ 74.800.000,00</b>	<b>R\$ 74.800.000,00</b>	<b>R\$ 26.400.000,00</b>	<b>R\$ 79.200.000,00</b>	<b>R\$ 132.000.000,00</b>	<b>R\$ 110.000.000,00</b>
Numero de clinica ano		2	24	26	18	6	18	30	25
Numero de unidades básicas		131	133	159	177	183	201	231	256

Reorientação do Modelo de Atenção Reforma da Atenção Primária:  
EIXO III – 2012 - SUSTENTABILIDADE E DESENVOLVIMENTO



# VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – SAÚDE DO VIAJANTE



## SAÚDE DO VIAJANTE

Traveler's Health • Salud del Viajero • Santé du Voyageur

**Cuide de sua saúde. Em viagens a lazer ou a trabalho, ela é sua melhor companheira.**  
*Informe-se no site [www.saude.gov.br/viajante](http://www.saude.gov.br/viajante) sobre como manter a sua saúde durante sua próxima viagem.*

**Take care of your health. In business or pleasure travel, it is your best companion.**  
*Enquire at [www.saude.gov.br/viajante](http://www.saude.gov.br/viajante) about how to keep your health during your next trip.*

**Cuide de su salud. En los viajes de negocios o placer, es su mejor compañera.**  
*Infórmese en el sitio web [www.saude.gov.br/viajante](http://www.saude.gov.br/viajante) acerca de cómo mantener su salud durante su próximo viaje.*

**Occupez-vous de votre santé. Que vous voyagez pour vos loisirs ou votre travail, elle reste votre meilleure amie.**  
*Informez-vous sur le site [www.saude.gov.br/viajante](http://www.saude.gov.br/viajante) sur la façon de rester en bonne santé lors de votre prochain voyage.*




**Viaje com as vacinas em dia e previna-se contra a Febre Amarela 10 dias antes de praticar turismo ecológico, rural, de aventura ou visitar áreas de mata.**

*Travel up to date with your vaccines and protect yourself against yellow fever 10 days before practicing ecological, rural and adventure tourism or visiting forest areas.*

*Viaje con las vacunas al día y vacúnese contra la fiebre amarilla 10 días antes de practicar turismo ecológico, rural o de aventura o de visitar áreas de regiones forestales.*

*Partez avec vos vaccins à jour et faites le vaccin contre la fièvre jaune au moins 10 jours avant de faire du tourisme écologique, rural, de sport d'aventure ou de visiter des régions forestières.*



**Lave bem as mãos com água e sabão várias vezes ao dia.**

*Wash your hands thoroughly with soap and water several times a day.*

*Lavez bien les mains con agua y jabón varias veces al día.*

*Lavez-vous bien les mains avec de l'eau et du savon plusieurs fois par jour.*



**Beba bastante água e evite consumir alimentos crus ou mal cozidos.**

*Drink plenty of water and avoid consuming raw or undercooked food.*

*Beba mucha agua y evite el consumo de alimentos crudos o poco cocinados.*

*Bovez suffisamment d'eau et évitez les aliments crus ou mal cuits.*



**Use calçados, roupas confortáveis e equipamentos de proteção (colete salva-vidas, capacete, ou outros) quando necessário.**

*Use footwear, comfortable clothing and protective equipment (lifejacket, helmet or other) when necessary.*

*Use zapatos y ropa cómoda y equipo de protección (colete salvavidas, casco u otros) cuando sea necesario.*

*Utilisez des pantalons, des vêtements confortables et des équipements de protection (gilet de sauvetage, casques etc.) lorsque cela est nécessaire.*



**Proteja-se contra o sol e picada de insetos.**

*Protect yourself from the sun and insect bites.*

*Protégese del sol y picaduras de insectos.*

*Protégez-vous du soleil et des piqûres d'insectes.*




**Se ficar doente durante ou logo após retornar, procure o serviço de saúde e informe ao médico sobre sua viagem, pois esta atitude poderá ajudar no diagnóstico de algumas doenças.**

*If you become ill during or shortly after returning from your travel, seek health services and inform the doctor about your trip, since this stance may help in diagnosing some diseases.*


*Si se enferma durante o poco después de su regreso, busque los servicios de salud e informe al médico acerca de su viaje, ya que esta actitud puede ayudar a diagnosticar algunas enfermedades.*

*Si vous tombez malade pendant ou immédiatement après votre voyage, contactez un service de santé et informez le médecin de votre voyage, cela lui permettra de mieux diagnostiquer certaines maladies.*

**Em caso de emergência, ligue SAMU: 192. In case of emergency, call SAMU: 192. En caso de emergencia, llame al SAMU: 192. En cas d'urgence, appelez le SAMU en composant le 192.**




Ministério da Saúde



PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

**• PLANNING YOUR TRIP**

Before travelling, it is important that you see a doctor to check or assess any pre-existing illness. You should include in your suitcase the medicine you routinely take, in a quantity sufficient to last for the entire trip. Please also take your medical prescriptions.

**Postpone your trip if you develop any sudden illness.**

All travelers are advised to keep their vaccines up to date. Take your vaccination card on your trips in the event you are asked to present it, and also inquire as to which vaccines are necessary and/or mandatory for your destination.

For example, as far as yellow fever is concerned, it is recommended that all travelers in Brazil (not vaccinated or who have been vaccinated over 10 years ago) be vaccinated 10 days prior to visiting regions which are considered as being at risk.


**Check on the possibility of purchasing health insurance, although Brazil has a public health system.**

**• WHILE TRAVELLING**

If you notice any changes in your health conditions, even if you are still inside the airplane, ship or other means of transportation, advise the personnel on board.

During your stay, be attentive to basic hygiene measures when you consume water or food, specially if it is uncooked.

**WASH YOUR HANDS FREQUENTLY.**



Diarrhea is one of the most frequent problems and may be caused by ingestion of contaminated water or food. It may come together with nausea, vomiting, abdominal pain and fever.

**Avoid dehydration by drinking plenty of liquids.**

Beware of mosquitoes, spiders, beetles and scorpions. In your travel through rural areas or woods, wear long sleeved shirts, long boots and do not forget the mosquito repellent.

Dengue Fever is very common in Brazil, specially in the summer. Therefore, if you have symptoms such as fever, headache and pain throughout your body, we advise you to seek medical attention.

**Smoking is prohibited in closed public areas. Respect. State Law 5517/09.**

**• BACK AT HOME**

**Seek medical assistance should you notice any of these symptoms and do not forget to mention your trip.**

Some illnesses take some time until their first symptoms appear. It is very important to be attentive in case you develop fever, diarrhea, red spots on your body or respiratory symptoms for a period of up to 30 days after your return home.

**• WEBSITES OF INTEREST**

**Countries that require vaccination certificates:**  
[http://www.who.int/ith/chapters/ith2012en\\_countrylist.pdf](http://www.who.int/ith/chapters/ith2012en_countrylist.pdf)


**Vaccination calendar – Brazil:**  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtx=21464](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtx=21464)

**Brazilian towns for which Yellow Fever vaccines are recommended:**  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mapa\\_acrv\\_asrv\\_2010\\_2011\\_final.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mapa_acrv_asrv_2010_2011_final.pdf)

**For updated information on regions at risk for Yellow Fever, please access the Brazilian Ministry of Health office for Health Surveillance:**  
<http://www.saude.gov.br/svs>


**For additional information on health and travel, please visit Anvisa's website:**  
<http://www.anvisa.gov.br/viajante/>

**Municipality of the City of Rio de Janeiro:**  
<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms>



**SAÚDE DO VIAJANTE**

Discas e orientações importantes para você levar na sua viagem.





## TRAVELER'S HEALTH

Important tips and guidance for you to take on your trip.





## SANTÉ DU VOYAGEUR

Conseils et des orientations importantes à emporter dans votre voyage.





## SALUD DEL VIAJERO

Importantes consejos y directrices para que Usted tome en su viaje.



Cartaz e folheto de saúde do viajante e todo material em versão em português, inglês, espanhol e francês



# Reforma da Atenção Primária



SAÚDE



## 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  
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

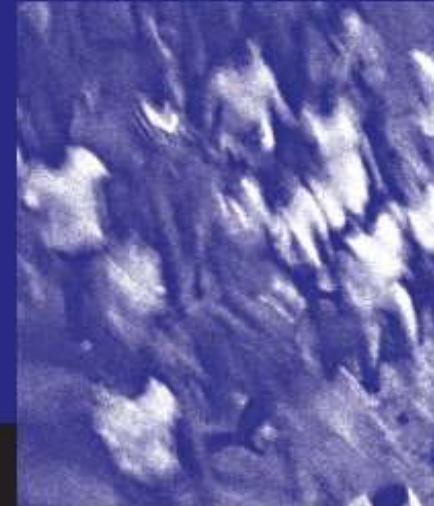


## EIXO IV – 2013

### COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ACCOUNTABILITY

- ✓ Coordenação do Cuidado
- ✓ Vinculação pessoa a pessoa, organização das listas
- ✓ Responsabilização e transparência nos resultados

ABRASCO  
Associação Brasileira  
de Saúde Coletiva  
volume 22 número 3  
março 2017  
ISSN 1413-8123



Sistemas comparados de Saúde: Atenção Primária à Saúde nas cidades de Lisboa e do Rio de Janeiro

Comparative Health Systems: Primary Health Care in the cities of Lisbon and Rio de Janeiro

Ciência & Saúde Coletiva

# REGRAS DE FUNCIONAMENTO

- 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.



<p>Os Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família são as unidades responsáveis pelo seu cuidado. Elas estão preparadas para resolver a grande maioria dos seus problemas de saúde. Nessas unidades, os profissionais de saúde conhecem você e sua família e podem acompanhar melhor seu diagnóstico e tratamento. Caso você tenha algum problema que não possa ser solucionado na sua unidade de saúde (unidade de referência), você será encaminhado para outra unidade de saúde para uma avaliação ou realizar um exame. Mas vale lembrar que após realizar consulta ou exame em outra unidade, você deve continuar seu tratamento no seu Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família.</p>	<p><b>Algumas Regras:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Converse sua unidade (Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família) poderá aceitar e marcar consultas ou exames nas Policlínicas ou Ambulatórios de Hospitais.</li><li>2. Encaminhamento para consultas ou exames desnecessários podem causar dano à sua saúde. Procure conversar com sua equipe e verifique se o encaminhamento realmente é necessário. Em caso de dúvidas, procure uma segunda opinião na própria unidade.</li><li>3. Quando você for encaminhado, o seu Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família vai fazer o agendamento no Sistema de Paginação Ambulatorial (SISREG). Através desse sistema, sua equipe informará, assim que houver vaga disponível, local, data e horário da consulta ou exame.</li><li>4. É de responsabilidade de seu Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família informar o local, data e horário da consulta ou exame.</li></ol>	<p>3. Ao se apresentar para o atendimento em hospitais ou policlínica é necessário levar os seguintes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Documento de identificação (não precisa de foto);</li><li>- Formulário de Encaminhamento (Patrolência e Contra-Patrolência);</li><li>- Permissão de Autorização do SISREG (Autorização de Procedimento Ambulatorial).</li></ul> <p>6. Para realizar alguns exames é necessário um preparo. Verifique se seu exame exige algum preparo especial. Esta informação está na última parte do formulário de autorização do SISREG. Se você tiver dúvidas, pergunte ao seu médico ou enfermeiro.</p> <p>7. Chegue para a consulta ou exame na unidade agendada com pelo menos 15 minutos de antecedência do horário marcado.</p> <p>8. Quando houver necessidade de cancelamento de uma consulta ou exame agendado, procure com antecedência de pelo menos dois dias o seu Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família para que outro paciente possa usufruir do atendimento. Neste caso, a sua unidade é responsável por cancelar a sua vaga no SISREG.</p> <p>9. Leve os exames e resultados anteriores para facilitar o atendimento no dia de consulta agendada.</p>	<p><b>Atenção Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Todo encaminhamento do Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família deve ser feito no formulário de "Encaminhamento (Patrolência e Contra-Patrolência)", exclusivamente via protocolo eletrônico. Para os profissionais que não utilizam o protocolo eletrônico, os formulários devem ser preenchidos em letra LEGÍVEL.</li><li>- O profissional solicitante deve sempre carimbar e assinar a solicitação.</li><li>- O profissional deve informar ao usuário o agendamento da consulta com, no mínimo, um dia de antecedência;</li><li>- Não é necessária a assinatura e carimbo do diretor da unidade em nenhum Formulário. Também não é necessária a assinatura ou consentimento escrito do paciente para nenhum exame, incluindo HIV;</li><li>- É importante preencher o formulário com o máximo de informações relevantes sobre dados clínicos e resultados de exames complementares;</li><li>- Utilizar os protocolos clínicos para embasar as solicitações para os procedimentos. Sempre procure utilizar as evidências clínicas mais atuais para tomada de decisão;</li><li>- Os profissionais devem orientar os usuários quanto ao preparo para os procedimentos;</li><li>- Cancelar o agendamento da consulta assim que o usuário informar a desistência.</li></ul>	<p><b>Atenção Hospitalar ou Policlínicas e Serviços Especializados</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Uma vez agendada a consulta ou exame pelo sistema (SISREG), o direito do paciente ter a consulta ou exame realizado;</li><li>- 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;</li><li>- Unidade pública ou hospital está autorizada a receber pacientes para exames ou consultas ambulatoriais sem a autorização do SISREG;</li><li>- Para manter a continuidade do cuidado, a policlínica ou hospital deve agendar e garantir a consulta de retorno, quando necessário, na própria unidade, imediatamente após o fim da consulta. Não encaminhar o paciente para a Referência Primária para agendamento de retorno;</li><li>- A consulta ou exame é considerado "realizado" para o paciente somente no SISREG após a realização da consulta ou exame e realização do procedimento de parte específica do formulário de encaminhamento (Patrolência e Contra-Patrolência). Esse instrumento é fundamental para a equipe do Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família na construção do cuidado;</li><li>- Caso haja necessidade de outros exames ou exames complementares, o profissional de saúde deve preencher o formulário de "Encaminhamento de Referência Secundária para a Referência Primária" disponível no site www.cad-pac.com.br. Cabe à unidade de origem juntar esse e solicitação no SISREG;</li><li>- No agendamento no SISREG devem estar SISREG atualizados;</li><li>- Realizar o pagamento de avaliações somente no usuário e informado com, no mínimo, no dia de antecedência;</li><li>- O acompanhamento dos usuários e consultas ou exames deve ser realizado no SISREG;</li><li>- Hospitais ou Policlínicas e Serviços Especializados não responsáveis pela configuração e atualização de agenda de consultas;</li><li>- Profissional com mais de 90 dias de afastamento terão sua agenda cancelada, havendo necessidade de reagendar a agenda no sistema do profissional.</li></ul>
--	---	--	--	---

## **EIXO IV – 2013**

### **COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ACCOUNTABILITY**

Coordenação do Cuidado

Vinculação pessoa a pessoa, organização das listas

Responsabilização e transparência nos resultados



# ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO

FIRST CONTACT ACCESS



SAÚDE



**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 responsible for a list of patients.*

*The patients know which team is responsible for their care.*

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; COHN, Amélia e BRANDAO, Ana Laura. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.5

## **EIXO IV – 2013**

### **COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ACCOUNTABILITY**

Coordenação do Cuidado

Vinculação pessoa a pessoa, organização das listas

Responsabilização e transparência nos resultados

# ACCOUNTABILITY 2024 (10 anos)



SAÚDE



Os seminários de gestão e *Accountability* das Unidades de Saúde do Município do Rio de Janeiro iniciaram em 2013 e representam a prestação de contas das ações realizadas pelas unidades e equipes, em relação ao alcance de indicadores sanitários, tanto para os gestores municipais quanto para a população, como incentivo da participação social. **O *Accountability* é, portanto, uma das responsabilidades do gestor público na prestação de contas à sociedade.**

O *Accountability* também é uma ferramenta de gestão, como forma de identificar problemas relacionados ao processo e ao alcance de resultados dos indicadores sanitários, compondo uma das fases do planejamento estratégico, em que há a identificação dos problemas e a análise situacional.

Em 2024 foram realizados **mais de 320 Seminários** de Gestão das Unidades da SMS.

[daniel.soranz@fiocruz.br](mailto:daniel.soranz@fiocruz.br)



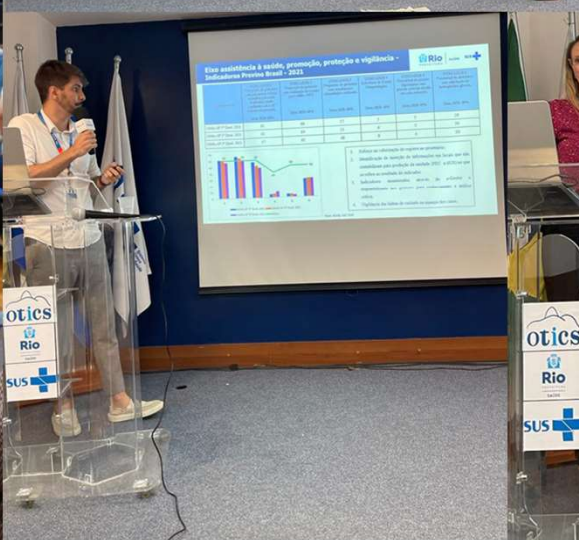




# RELATÓRIOS ANUAIS DE GESTÃO



SAÚDE



## A FILA ANDA

Menos **161.635** pessoas na fila desde janeiro de 2021



MENOS TEMPO NA ESPERA!



das solicitações em fila aguardam  
a menos de 60 dias no SISREG

### FILAS ZERADAS EM 2022:

Alergologia, Coloproctologia,  
Histeroscopia diagnóstica,  
Vasectomia, Angiologia,  
Tomografia, Ressonância,  
Catarata, Oftalmologia Geral,  
Oftalmologia Pediátrica,  
Nefrologia e Ortopedia, esta  
última a maior fila do SISREG  
nos últimos anos!

## EIXO V – 2014

### RESPOSTA A TEMPO E HORA E TODOS PELO SUS

Responsabilidades e  
entregas individuais

Resposta a tempo e hora  
Interação serviço-pesquisa



# Responsabilidade Individual



## Responsibility and Accountability

*Moving on for New Ways of Working to a creative, capable workforce*

*Best practice guidance / Passando para novas formas de trabalho criativo e competente / Orientação de melhores práticas*



Este documento reúne as orientações e práticas essenciais, comentado por diferentes organizações profissionais. Ele também se ajudará as equipes multidisciplinares em suas discussões e decisões sobre o atendimento ao paciente, esclarecendo os seus profissionais, tomam prestação de contas e responsabilidade. Ele destaca que imprecisas suposições podem ser feitas sobre outras profissões e, portanto, visa melhorar a tomada de decisão. Este é um documento curto, para ajudar a esclarecer o que pode ser questões complexas.

## Everyone counts

We have a responsibility to maximise the benefits we obtain from NHS resources, ensuring they are distributed fairly to those most in need. Nobody should be discriminated or disadvantaged and everyone should be treated with equal respect and importance.

## Todo mundo conta

Temos a responsabilidade de maximizar os benefícios que obtemos a partir de recursos do SNS, garantindo que eles estão distribuídos de forma justa para aqueles que mais precisam. Ninguém deve ser discriminado ou prejudicado e todos devem ser tratados com igual respeito e importância.

As **relações entre o individual e social** não são facilmente percebidas e compreendidas pelos indivíduos.

Nós sabemos que desenvolvimento e responsabilidade andam lado a lado.

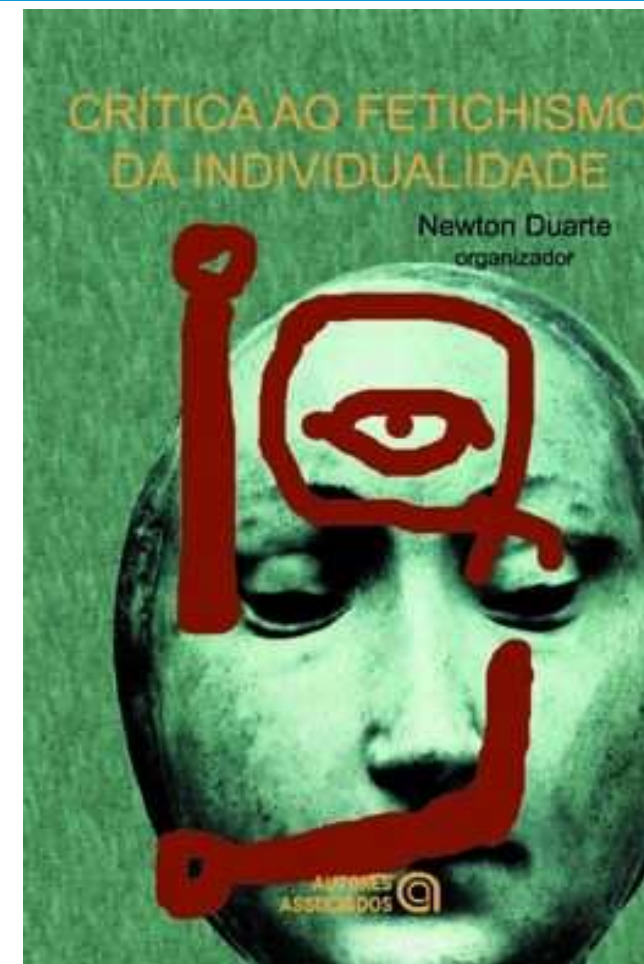
E acreditamos nas pessoas.

Sabemos que você se esforçará para atingir os melhores resultados, para estar a par de suas responsabilidades e produzir saúde.



# Oferta X Capacidade

- 82% dos médicos especialistas pagos pelo SUS não oferecem nenhuma vaga ao Sistema Nacional de Regulação (SISREG)
- Caso cada especialista oferecesse ao menos 3 vagas de sua agenda semanal não teríamos fila em nenhuma especialidade.





# Avaliação individual



- Avaliação em ficha padronizada para inserção na pasta funcional
- Metas individuais claras
- Responsabilidade e autonomia
- Publicar desempenho

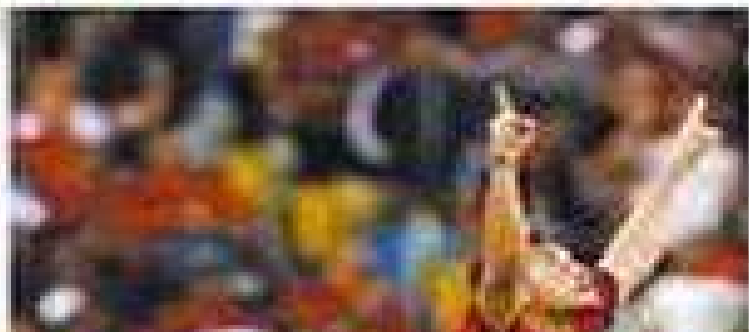
# Responsabilidade Individual

Funcionários fantasmas devem ser cassados, não permitam pessoas lotadas em seu setor que não trabalham lá, façam novamente um levantamento junto ao Setor de Pessoal S/SUBG/CGP.



# O GLOBO

ESPORTE



## Cariocas esperam até 4 meses por consulta



SAÚDE



## Resposta a tempo e hora



### Governo promete ampliar atendimento

Soranz, que é médico sanitarista, afirmou que no início da atual gestão, em 2009, a cobertura do Saúde da Família no município era de apenas 3,5% da população, com 68 equipes. Com a inauguração de 70 clínicas da família em toda a cidade, o programa alcançou a cobertura atual de 41,6%, com 813 equipes. Atualmente, 2,5 milhões de pessoas são assistidas e, segundo o subsecretário, o programa será ampliado para cobrir 70% da população até 2016. Ainda de acordo com ele, a cidade tem 130 postos de saúde, e 80 já foram reformados. Os demais passarão por obras até 2016.

— Tínhamos um dos piores sistemas de saúde, uma das menores coberturas entre as capitais do país. Além disso, a cidade tinha a menor quantidade de postos de saúde por habitante do país. Saímos de seis milhões de procedimentos de atenção primária por ano para mais de 20 milhões realizados em 2013. O sistema está se ampliando numa velocidade importante. Sabemos que ainda há muito a fazer, mas estamos caminhando em uma velocidade que nunca se caminhou. Os exames de sangue, que levavam seis meses para ter resultado, por exemplo, agora ficam prontos em 15 dias — argumentou o subsecretário.

No caso específico do posto do Jacaré, Soranz garantiu que o número de médicos já foi ampliado, mas não disse em quanto. Segundo ele, a obra será finalizada em outubro, e o posto poderá atender com mais qualidade.

— No Renato Rocco só havia quatro médicos. Hoje tem muito mais.

mais.

Com relação à presença de galinhas no posto, o subsecretário não soube informar de onde poderiam ter vindo:

— Isso não é nada adequado. Vamos verificar o que está acontecendo — afirmou.



# 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.*



## EXAMES

MAIS RÁPIDO, MAIS FÁCIL, E VOCÊ SABE QUANDO FICA PRONTO!

Novos prazos e regras para EXAMES nas unidades básicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro

**5 dias úteis** para resultado de exames laboratoriais

**10 dias úteis** para resultado do exame preventivo ginecológico

**30 dias úteis** para realização de mamografia, ultrassonografia e eletrocardiograma

# NHS tempo e hora

O NHS compromete-se a colocar os pacientes no centro de tudo o que fazem. Certificando-se de que você é diagnosticado e iniciou o tratamento o mais cedo possível.

A [Constituição do NHS](#) diz que você tem o direito de aceder a determinados serviços dentro tempos máximos de espera.

Quando isso não for possível e você pedir isso, o SNS vai tomar todas as medidas razoáveis para lhe oferecer uma gama de prestadores alternativos adequados.



Esta promessa é feita um direito legal pelo NHS Inglaterra e Grupos de Comissionamento clínicos (CCGs) nas [responsabilidades e de pé regulamentos regras 2012](#) (PDF, 259kb).

# NHS tempo e hora



BBC News Sport Weather Capital Future Show

## NEWS WALES

Home US & Canada Latin America UK Africa Asia Europe Mid-East Business Health Sci/Environment

England Northern Ireland Scotland Wales UK Politics Education

4 November 2013 Last updated at 15:43 ET

## NHS Wales waiting times more than double in six months

The Welsh government says the knock-on effects of last winter's bad weather are to blame.

The number of patients waiting more than nine months for hospital treatment in Wales has more than doubled in six months, figures show.

The number of patients waiting jumped from 5,414 to 11,672, in the six months since March this year.

The Welsh government wants 95% of patients treated within 26 weeks, but only 88.4% were seen within that time.

I blamed the poor performance on health boards having to treat long-waiting patients.

Opposition parties have claimed the NHS in Wales is in "crisis" and is a national disgrace.

### Failing to get a grip'

In September the number of patients waiting between 26 and 36 weeks for treatment reached a new high of 36,696, which is 8.8% of the total

### Related Stories

A&E hospital targets missed again

Hospital waiting list jump 'crisis'

Patients 'dying' in surgery wait

O número de pacientes que esperam mais de nove meses de tratamento hospitalar no País de Gales mais do que dobrou em seis meses, os números mostram.

O número de pacientes à espera saltou de 5.414 para 11.672, no período de seis meses desde março deste ano.

O governo galês quer 95% dos pacientes tratados no prazo de 26 semanas, mas apenas 88,4% foram vistos dentro desse prazo.

Ele culpou o mau desempenho em placas de saúde que têm de tratar pacientes de longa espera.

Os partidos da oposição alegaram o NHS no País de Gales está em "crise" e é uma "vergonha nacional".

**"Deixar de obter um controle** 'Em setembro, o número de pacientes que esperam entre 26 e 36 semanas para o tratamento atingiu um novo recorde de 36.696, o que representa 8,8% do número total de pacientes à espera.

No entanto, houve uma melhora recente com 1.475 (11%) menos pacientes que esperam mais de 36 semanas em setembro em comparação com agosto.



# Resposta a tempo e hora

ANS regulamenta os tempos máximos de espera pelos planos de Saúde

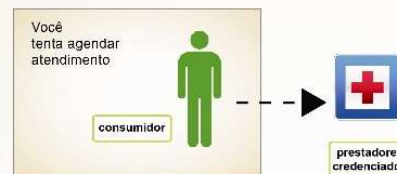
(evita generalizações separa e identifica os gargalos)

24-jan-24

danielsoranz@smsdc.rio.rj.gov.br

O que você deve fazer se não conseguir agendar atendimento pelo plano de saúde nos prazos estabelecidos pela ANS?

1



2



3



Com o protocolo, **entre em contato com a ANS.**

Disque-ANS  
0800 701 9656

Central de Atendimento ao Consumidor  
Disponível em:  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)

Atendimento Pessoal  
A ANS dispõe de 12 canais e em todas as regiões do país. Acesso em: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) e com os endereços.

4



A operadora de planos de saúde **pode ser multada** e até obrigada a parar de vender o plano.

# A Report Card em tempos de espera no Canadá 2013

Esta edição de *esperar a sua vez* indica que o tempo de espera para o tratamento médico eletivo **têm aumentado desde o ano passado**.

Médicos especialistas pesquisados em 12 especialidades e 10 províncias canadenses relatam um tempo total de **espera de 18,2 semanas** entre indicação de um médico de clínica geral e recebimento de tratamento eletivo.

Aguarde vezes entre 2012 e 2013 aumentou tanto no segmento entre o encaminhamento por um médico de clínica geral e consulta com um especialista (**aumentando para 8,6 semanas a partir de 2013**), e o segmento entre uma consulta com um especialista e recebimento de tratamento (**aumentando para 9,6 2013**).

Os médicos também indicam que os canadenses tem que esperar quase 3 semanas a mais do que o que eles consideram é clinicamente "razoável" para o tratamento eletivo depois de uma consulta com um especialista.

Há também uma grande variação no tempo total de espera enfrentado pelos pacientes através das províncias.

Enquanto Ontário relata o mais curto de espera total, em 2013 (**13,7 semanas**); Prince Edward Island relata a mais longa em **40,1 semanas**. O mesmo é verdadeiro de variação entre especialidades.

Pacientes esperam mais longo entre uma referência GP e cirurgia ortopédica (39,6 semanas), enquanto que aqueles que esperam para começar o tratamento de oncologia de radiação em 3,5 semanas.



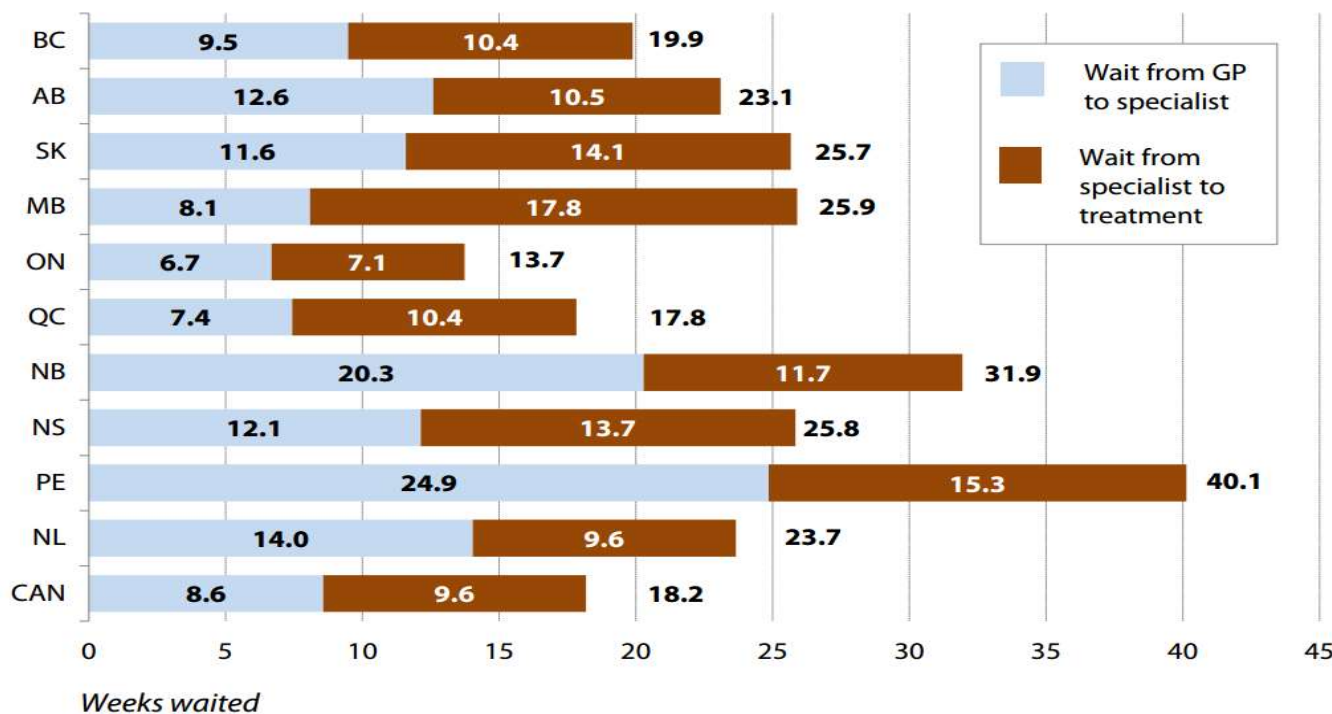
## Canadians still waiting too long for health care

Report Card on Wait Times in Canada

June 2013

# A Report Card em tempos de espera no Canadá 2013

**Chart 1: Median Wait by Province in 2013**  
**Weeks Waited from Referral by GP to Treatment**



Source: The Fraser Institute's national waiting list survey, 2013.

24-jan-24

danielsoranz@smsdc.rio.rj.gov.br

Studies in  
**Health  
 Policy**

October 2013

**Waiting your turn:**

Wait times for health  
 care in Canada, 2013 Report

by Bacchus Barua and Nadeem Esmail

**FRASER  
 INSTITUTE**





# A Report Card em tempos de espera no Canadá 2013



48 ✕ *Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada, 2013 Report*

**Table 5c: Ophthalmology, 2013**  
**Median Patient Wait for Treatment after Appointment with Specialist (in Weeks)**

	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PE	NL
Cataract Removal	15.0	14.0	12.5	58.0	8.5	8.0	7.5	24.0	34.0	8.0
Cornea Transplant	41.0	128.0	64.0	—	39.0	26.0	—	24.0	—	—
Cornea—Pterygium	12.0	4.0	10.0	8.5	7.5	5.0	10.0	12.0	34.0	2.5
Iris, Ciliary Body, Sclera, Anterior Chamber	4.0	5.5	7.0	10.0	14.0	10.0	6.0	10.0	—	—
Retina, Choroid, Vitreous	2.5	—	2.5	1.0	2.5	2.3	2.0	27.0	—	2.5
Lacrimal Duct	8.0	2.0	14.0	—	12.0	1.3	7.0	—	—	2.5
Strabismus	14.0	10.0	24.0	—	20.0	8.0	24.5	48.0	—	10.0
Operations on Eyelids	12.0	3.0	8.0	—	8.0	8.0	16.0	8.5	—	2.5
Glaucoma	10.0	4.0	6.0	20.0	8.0	2.8	1.0	8.0	34.0	2.3
Weighted Median	13.0	13.3	11.2	44.6	8.4	7.7	8.1	23.8	34.0	6.9

Note: Weighted median does not include treatment for glaucoma.

# Cuidados de Saúde no Canadá: Um Foco no tempo de espera

O relatório começa por reconhecer que o desempenho do tempo de espera atual do Canadá é pobre comparado com o de outros países , e apresenta um breve histórico da evolução da espera medição do tempo no Canadá.

A discussão sobre a espera por atendimento de rotina segue. Embora o acesso aos cuidados primários é importante para prevenir e gerir a maioria das condições , Canadá quando comparado com outros países.

Por exemplo, uma comparação de 2010

11 países mostrou que o Canadá ficou em **menor tempo de espera para ver um médico ou enfermeiro quando doente.**

Os canadenses também informaram as esperas mais longas para uma consulta especializada, com 41% relatar espera de dois ou mais meses.

Apesar de acesso e espera por médicos de família em Canadá ser longo para os padrões internacionais , a maioria dos canadenses relatam que seus tempos de espera são aceitáveis.

É o acesso a e espera por especialistas , onde os canadenses eram mais prováveis denunciar desafios.

24-jan-24

danielsoranz@smsdc.rio.rj.gov.br



Health Care in Canada, 2012

A Focus on Wait Times

OECD Health Policy Studies

**Waiting Time Policies  
in the Health Sector**

WHAT WORKS?



Os tempos de espera são o resultado de uma **complexa interação entre a demanda e o fornecimento de serviços** de saúde.

No entanto, **tempos de espera não são exclusivamente um problema de oferta, uma vez que existem países com alta níveis de gastos, leitos ou médicos que têm longos tempos de espera.**

Os tempos de espera gerar dano aos pacientes devido a dor durante a espera, ansiedade, devido à incerteza sobre a data do tratamento.

Não é nenhuma surpresa que muitos países da OCDE continuamente desenvolver políticas voltadas a combater tempos de espera excessivos.

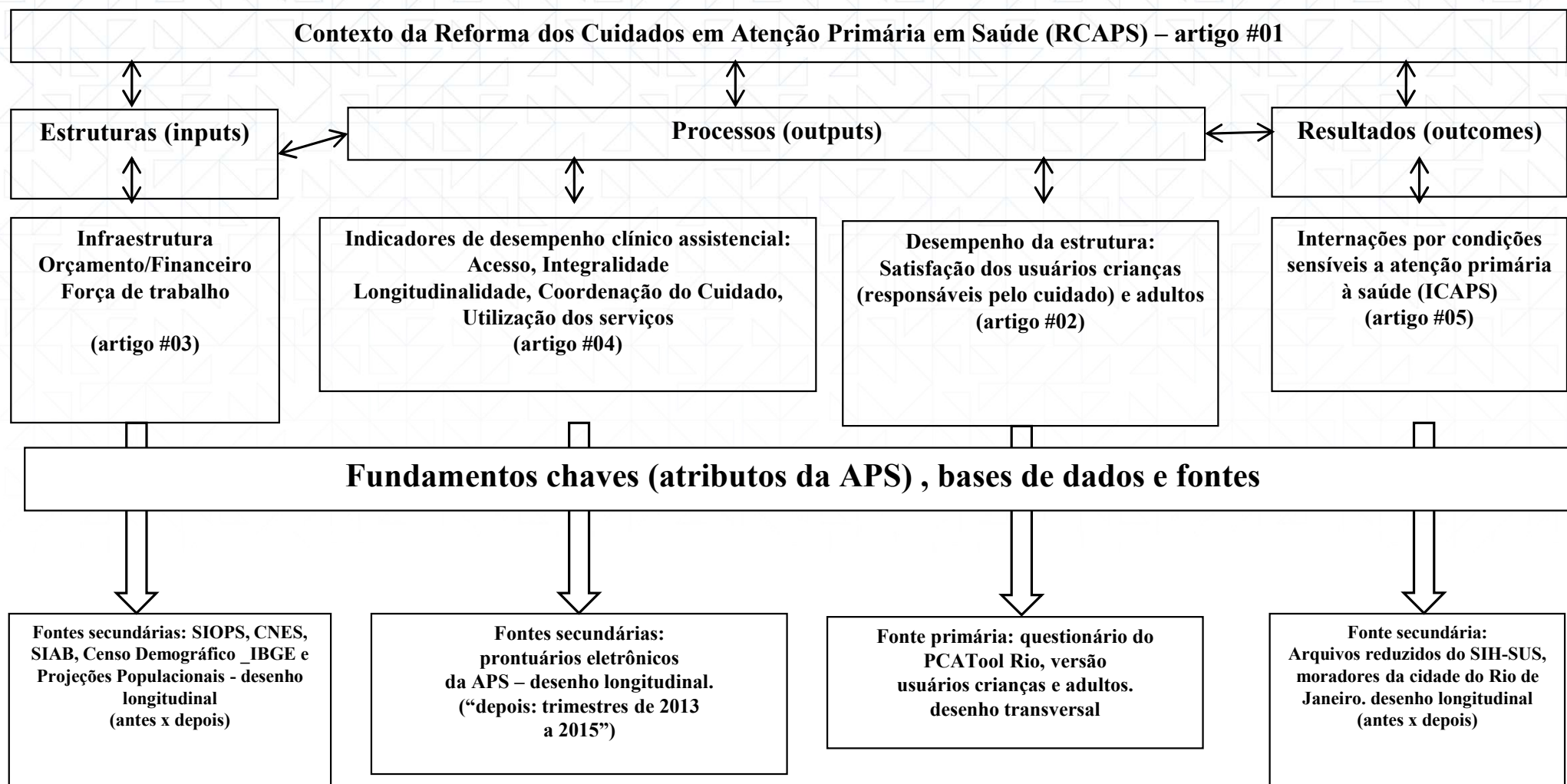


## EIXO V – 2014

Interação  
serviço-  
pesquisa



# Modelo lógico proposto para avaliação da APS da cidade do Rio de Janeiro



# Planejamento SMS-Rio



SAÚDE



## **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  
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



## 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

**DI\$CIPLINA  
FINANCEIRA  
AQUI TEM!**

# Transparência e Disciplina financeira

DISCIPLINA  
FINANCEIRA  
AQUI TEM!

NÃO MUDE A  
PROGRAMAÇÃO.



Depois que o orçamento é aprovado, deve ser respeitado. Gestão pública responsável é sempre o melhor programa.

Faça a sua parte!



COM  
DINHEIRO  
PÚBLICO  
NÃO SE  
BRINCA.



Administrar nossos gastos de forma responsável é dever de todos. Com a sua participação nossos resultados vão decolar.

Faça a sua parte!



DISCIPLINA  
FINANCEIRA  
AQUI TEM!

GESTÃO  
PÚBLICA TEM  
QUE SER NA  
MEDIDA CERTA.



Poupar recursos é dever de todos. Evite gastos desnecessários e colabore para uma Secretaria cada vez mais eficiente.

Faça a sua parte!

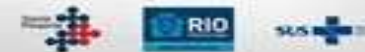


NINGUÉM  
AQUI QUER  
TORRAR  
DINHEIRO  
PÚBLICO.



Nossos recursos vêm dos impostos que todos nos pagamos. Gestão pública responsável é garantir que nosso dinheiro gere mais benefícios para a população.

Faça a sua parte!





# Transparência e Disciplina financeira

**DISCIPLINA FINANCEIRA AQUI TEM!**

## GESTÃO PÚBLICA TEM QUE SER NA MEDIDA CERTA.



Poupar recursos é dever de todos. Evite gastos desnecessários e colabore para uma Secretaria cada vez mais eficiente.  
Faça a sua parte!



**DINHEIRO NÃO CRESCE EM ÁRVORE.**  
**DISCIPLINA FINANCEIRA AQUI TEM!**

6.1 Em **busca de maiores** investimento para **reduzir ou manter custeio**

6.2 Nos últimos anos o SNS tem sido capaz de alcançar a **eficiência de 2%**. No entanto, talvez 40% disso, foi graças a iniciativas de cima para baixo, como o regime nacional de drogas-preços.

6.3. No entanto, **existem outras oportunidades** que nós até agora não conseguimos capturar. Um é o potencial para a lacuna entre os menos e a maioria de unidades eficientes. Por exemplo, a análise recente **substituição de uma unidade** médio pode aumentar a eficiência por um total de 5,6%.

6.4 Outra fonte de oportunidade é de **ganhos de produtividade através da tecnologia** avanço ou melhorias para a prestação de serviços. A análise sugere que 1,2-1,3% deste tipo de eficiência foi alcançado na emergência nos últimos quatro anos.

<http://www.england.nhs.uk/ourwork/forward-view/><sup>78</sup>

6.6 Nossos funcionários são nosso **recurso mais precioso e caro**, respondendo por **cerca de dois terços das despesas**.

**Há oportunidades para melhorar a eficiência e a qualidade do atendimento** através de melhor retenção de nossos funcionários existentes, incluindo a promoção de sua saúde e bem-estar, em vez de depender de respostas a curto prazo dispendiosas para vagas como o pessoal da Agência e recrutamento internacional.

6.7 Apesar de muitos programas de prevenção são propensos a pagar apenas no longo prazo, **alguns têm impactos mais imediatos**.

1. Estes incluem a **prevenção de diabetes**, que evidência sugere que poderia começar a mostrar retorno em três anos.
2. **Ajudar mulheres grávidas para parar de fumar produz impacto dentro de meses**, incluindo a redução de custos e entregas complexas, ainda nascimentos etc.
3. Ação **sobre o álcool** também poderia produzir economia bastante imediata, particularmente para bebedores nocivos e dependentes bebedores.

6.8 Das principais áreas e de exemplos internacionais **sugerem podemos capturar oportunidades adicionais na negociação dos contratos** meio.

[http://<sup>79</sup>www.england.nhs.uk/ourwork/forward-view/](http://www.england.nhs.uk/ourwork/forward-view/)



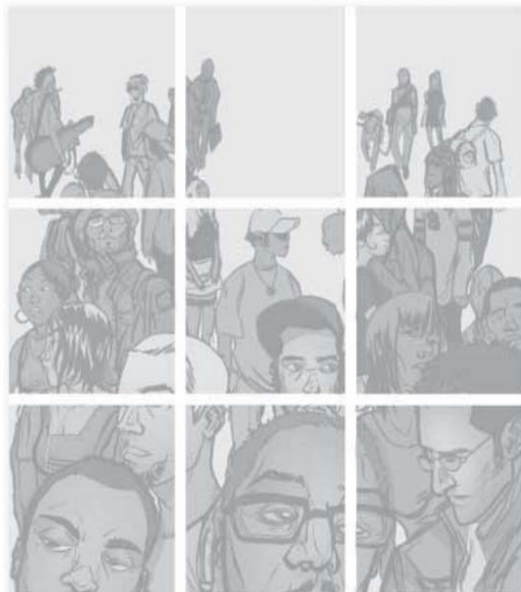
## Os mais graves erros

- Não admitir que a situação esteja difícil
- Querer resolver a situação sem ajuda externa
- Não querer fazer ajustes de custos e despesas
- Considerar que existam despesas intocáveis
- Menosprezar o mercado, a concorrência, as tendências
- Não desejar fazer mudanças profundas



# Eixos 2015: *Disciplina financeira*

Relatório Mundial da Saúde



**FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE**  
O caminho para a cobertura universal

1. *Eliminar despesas desnecessárias em medicamentos*
2. *Melhorar o controlo de qualidade dos medicamentos*
3. *Utilização apropriada dos medicamentos*
4. *Retirar o máximo benefício dos serviços e da tecnologia*
5. *Motivar as pessoas*
6. *Melhorar eficiência hospitalar-dimensão e duração da estadia*
7. *Definir o tratamento correcto desde o início*
8. *Pagamentos de acordo com o desempenho*
9. *Aquisições estratégicas*
10. *Fragmentação*
11. *Corrigir as desigualdades*

**4**

**Mais saúde pelo mesmo dinheiro**

[http://www.who.int/whr/2010/whr10\\_pt.pdf](http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf)

# Dez causas principais de ineficiência

## Relatório Mundial OMS

Tabela 4.1. Dez causas principais de ineficiência

Causas de ineficiência	Razões habituais para a ineficiência	Como ultrapassar a ineficiência
<b>1. Medicamentos: subutilização de genéricos e preços dos medicamentos mais elevados do que necessário</b>	Controlo inadequado dos agentes da cadeia de oferta, prescritores e prescritores; percepção de baixa eficácia/segurança dos genéricos; padrões históricos de prescrição e sistemas ineficientes de aprovisionamento/distribuição; impostos e taxas para os medicamentos; <i>mark-up</i> excessivo.	Melhorar as recomendações de prescrição, informação, formação e prática. Requerer, permitir ou oferecer incentivos para a utilização de genéricos. Desenvolver aquisição activa baseada no levantamento de custos e benefícios de alternativas. Assegurar a transparência na aquisição e concursos. Remover os impostos e taxas. Controlar os <i>mark-up</i> excessivos. Monitorizar e publicitar os preços dos medicamentos.
<b>2. Medicamentos: utilização de medicamentos contrafeitos ou de qualidade inferior</b>	Mecanismos/estruturas de regulação farmacéutica inadequadas; fracos sistemas de aprovisionamento.	Reforçar os padrões de qualidade na manufactura de medicamentos; realizar testes de produtos; reforçar os sistemas de aprovisionamento com a pré-qualificação dos fornecedores.
<b>3. Medicamentos: utilização inapropriada e ineficiente</b>	Incentivos de prescrição inapropriados e práticas de promoção pouco éticas; procura/expectativas dos consumidores; conhecimento limitado sobre efeitos terapêuticos; quadros reguladores inadequados.	Separar as funções de prescrição e dispensa; regular as actividades de promoção; melhorar as recomendações de prescrição, informação, formação e prática; disseminar informação publicamente.



# Dez causas principais de ineficiência

## Causas de ineficiência

## Razões habituais para a ineficiência

## Como ultrapassar a ineficiência

**4. Produtos e serviços de saúde: sobre-utilização ou excesso de oferta de equipamentos, meios complementares de diagnóstico e procedimentos**

Oferta induzida pela procura; mecanismos de pagamento por serviço; receio de litígio (medicina defensiva).

Reformar as estruturas de incentivo e pagamento (e.g. por capitação ou grupos de diagnóstico); desenvolvimento e implementação de orientações clínicas.

**5. Profissionais de saúde: estrutura de pessoal inapropriada ou dispendiosa, profissionais desmotivados**

Conformidade com políticas e procedimentos pré-determinados para recursos humanos; resistência da classe médica; contratos fixos/inflexíveis; salários inapropriados; recrutamento baseado em favoritismos.

Realizar levantamentos com base nas necessidades e formação; rever as políticas remuneratórias; introduzir contratos flexíveis e/ou pagamentos relacionados com o desempenho; implementar delegação de tarefas e outras formas de adequar as competências às necessidades.

**6. Serviços de saúde: admissões hospitalares e duração dos internamentos**

Inexistência de formas de tratamento alternativo; incentivos insuficientes para reduzir as admissões; conhecimento limitado das melhores práticas.

Disponibilizar alternativas de tratamento (e.g. hospital de dia); alterar os incentivos para os hospitais; aumentar o conhecimento sobre práticas eficientes de admissão.

# Dez causas principais de ineficiência (OMS)



SAÚDE



Tabela 4.1. Dez causas principais de ineficiência

Relatório Mundial OMS

Causas de ineficiência	Razões habituais para a ineficiência	Como ultrapassar a ineficiência
<b>7. Serviços de saúde: dimensão hospitalar inapropriada (baixa utilização das infra-estruturas)</b>	Nível inapropriado de recursos de gestão para coordenação e controlo; inadequada distribuição nacional das camas hospitalares. Frequentemente, isto reflecte a falta de planificação no desenvolvimento de infra-estruturas de saúde.	Incorporar a estimacão dos factores de produção e resultados na planificação hospitalar; fazer corresponder as capacidades de gestão à dimensão; reduzir o excesso de capacidade para aumentar as taxas de ocupação para 80-90% (ao mesmo tempo que se controla a duração dos internamentos).
<b>8. Serviços de saúde: erros médicos e qualidade dos cuidados sub-ótima</b>	Insuficiente conhecimento ou aplicação dos protocolos e padrões clínicos; falta de orientações; supervisão inadequada.	Melhorar os padrões de higiene nos hospitais; proporcionar mais continuidade nos cuidados; realizar mais auditorias clínicas; monitorar o desempenho hospitalar.
<b>9. Fugas nos sistemas de saúde: desperdício, corrupção e fraude</b>	Orientações pouco claras sobre afectação de recursos; fracos mecanismos de responsabilidade e governação; baixos salários.	Melhorar a regulamentação e a governação, incluindo fortes mecanismos de sanção; verificar a vulnerabilidade à corrupção; realizar inquéritos para monitoria das despesas públicas; promover códigos de conduta.
<b>10. Intervenções em saúde: estratégias inapropriadas e ineficientes</b>	Financiamento de intervenções com elevados custos e baixos resultados, enquanto outras opções com baixo custo e elevado impacto não são financiadas. Equilíbrio inapropriado	Avaliar regularmente e incorporar na política evidências sobre os custos e impacto das intervenções, tecnologias, medicamentos e opções políticas.

Saúde Suplementar no Brasil é **CAMPEÃ MUNDIAL** em realização de ressonâncias magnéticas

## Quantidade de exames de ressonância magnética realizados – em 2015

Número de exames para cada 1.000 habitantes ou beneficiários.

Chile	13 Exames
Austrália	28 Exames
Reino Unido	40 Exames
<b>Média OCDE<sup>1</sup></b>	<b>52</b> Exames

<sup>1</sup> 30 países participantes da Org. para cooperação e Desenvolvimento Econômico

Fonte: Elaborado pela Abramge a partir de informações da ANS e da OCDE.

**132**  
**Exames**

**Brasil – Planos de Saúde**

Quantidade de exames representa **mais do que o dobro** do que é feito em países desenvolvidos



Taxa de solicitação de exames por consulta

Nas Equipes com residentes e MFC  
Fica entre 0,5 a 1  
solicitação/consultas

Nas demais equipes  
Fica entre 2 a 3 solicitação/consultas



Outro estudo significativo comparou o número de solicitações de exames laboratoriais como o **PSA, TSH e Uréia**

Demostraram que equipes sem médico especialista em MFC

Solicitaram em 2016

**20% a mais destes exames específicos que as equipes com médicos especialistas em MFC**



O resultado evidenciou solicitações desnecessárias e sem base científica

# NOVOS CONTRATOS | REDUÇÃO DOS VALORES CONTRATUAIS EM NEGOCIAÇÃO PARA PRORROGAÇÃO - (12 MESES)



SAÚDE



SUPRESSÕES DE CONTRATO	PROCESSO ANTERIOR	PROCESSO ATUAL	DIFERENÇA (12 MESES)
LAVANDERIA	(2019) R\$ 11.315.590,90	(2021) R\$ 9.031.222,80	R\$ 2.284.368,12
MANTAS TÉRMICAS	(2017) R\$ 3.810.564,00	(2021) R\$ 2.982.328,00	R\$ 828.236,00
MONTA CARGA	(2019) R\$ 4147,77	(2021) R\$ 2.300,00	R\$ 1.847,77
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 15.130.302,70</b>	<b>R\$ 12.015.850,80</b>	<b>R\$ 3.114.451,89</b>



**NOVOS CONTRATOS** | ECONOMICIDADE GERADA PELA SUBG  
(12 MESES)



SAÚDE



<b>COORDENADORIA</b>	<b>MUDANÇA</b>	<b>ECONOMIA</b>
COORDENADORIA DE LICITAÇÕES E AQUISIÇÕES	PROCESSOS LICITATÓRIOS	R\$ 10.912.626,00
COORDENADORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE CONTRATOS	SUPRESSÃO DE PREÇOS PRATICADOS EM CONTRATOS	R\$ 3.114.451,89
<b>TOTAL</b>		<b>R\$ 14.027.077,90</b>

## 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

- ❑ Na **primeira semana de cada mês**, o gestor deve reunir as lideranças locais, para prestar contas do funcionamento da unidade, ouvir avaliações e apresentar possíveis ajustes.
- ❑ As equipes devem se reunir para **educação permanente e planejamento das ações**. Neste momento, o acolhimento deve ser realizado por equipe de retaguarda.
- ❑ Contribua com o funcionamento da unidade fazendo **elogios, críticas ou sugestão de melhorias. Telefone para 1746.**



## 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

# Formação da rede e linhas de cuidado

**Teste do Pezinho** gratuito

Seu filho tem este direito!

Faça o teste no 5º dia de nascimento

Procure o Posto de Saúde da Prefeitura mais próximo de sua residência



**Unidos pela cura**  
diagnóstico precoce do câncer infantil



**ACOLHIMENTO MÃE BEBÊ**

Protegendo a saúde do caribinha

**RIO CRIANÇA**

PREFEITURA

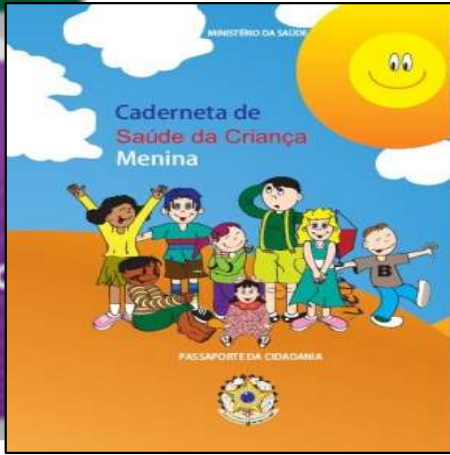
REFERÊNCIA GARANTIDA NA UNIDADE BÁSICA APÓS ALTA DA MATERNIDADE



MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Caderneta de Saúde da Criança Menina**

PASSAPORTE DA CIDADANIA







## 5.2. Necessidade Atual para uma Cobertura Inicial das Mulheres em Idade Fértil

**Legenda: (A) Medicamento / insumo, (B) Consultas médicas, (C) Custo consultas médicas, (D) Atividades em grupos de educação em saúde, (E) Custo ações de saúde, (F) Usuárias do método, (G) Usuárias do SUS, (H) Prevalência estimada a partir do trabalho de campo, (I) Usuárias de cada método pelo SUS (população- alvo), (J) Quantidade por usuária, (K) Necessidade real, (L) Necessidade real + estoque de segurança de 25%, (M) Custo unitário (R\$), (N) Custo total (R\$) Somatório de [ C x I ] + [ E x F ] + [ L x M ], (O) Custo por mulher / ano (R\$)**

A	B	C (R\$)	D	E (R\$)	F	G (%)	H (%)	I	J	K	L	M (R\$)	N (R\$)	O (R\$)
<b>Pílula</b>					283	100,0%	12,9%	283		3.651	4.564	-	10.998,70	38,86
Etinilestradiol +Levonorgestrel	3	19,50	1	0,43	255	100,0%	11,6%	255	13	3.315	4.144	0,89	8.771,08	34,40
Noresthisterona	3	19,50	1	0,43	28	100,0%	1,3%	28	12	336	420	3,98	2.227,62	79,56
<b>Condom masculino</b>	(*) 1	0,98	1	0,43	1.314	100,0%	60,1%	1.314	216	283.824	354.780	0,18	65.355,73	49,74
<b>DIU</b>	2	13,00	1	0,43	201	100,0%	9,2%	201	0,25	50	63	30,00	4.590,03	22,84
<b>Injeção trimestral</b>	3	19,50	1	0,43	30	100,0%	1,4%	30	4	120	150	7,34	1.698,92	56,63
<b>Diafragma + geléia espermicida</b>	2	13,00	1	0,43	11	100,0%	0,5%	11	3,5	39	48	36,72	1.910,32	173,67
<b>Implante hormonal</b>	1	6,50	1	0,43	11	100,0%	0,5%	11	0,33	4	5	300,00	1.576,26	143,30
<b>Métodos naturais</b>	1 (*)	0,98	1	0,43	28	100,0%	1,3%	28	0	0	0	0,00	39,42	1,41
<b>Vasectomia (**)</b>	1	6,50	3	1,30	14	100,0%	0,6%	14	1	14	18	225,34	4.165,39	23,80
<b>Laqueadura (**)</b>	3	19,50	3	1,30	302	100,0%	13,8%	302	1	302	302	580,51	181.595,32	48,10
<b>Custo para mulheres em idade fértil que tem relações sexuais são férteis e não desejam mais filhos (N/1.418)</b>													<b>282.928,79</b>	<b>199,53</b>
<b>Custo para mulheres em idade fértil (N/2.188)</b>														<b>129,31</b>

## 5.3. Necessidade permanente para cobertura universal das Mulheres em Idade Fértil

Legenda: (A) Medicamento / insumo, (B) Consultas médicas, (C) Custo consultas médicas, (D) Atividades em grupos de ações de educação em saúde, (E) Custo ações de saúde, (F) Usuárias do método, (G) Usuárias do SUS, (H) Prevalência estimada a partir do trabalho de campo, (I) Usuárias de cada método pelo SUS (população- alvo), (J) Quantidade por usuária, (K) Necessidade real, (L) Necessidade real + estoque de segurança de 25 %, (M) Custo unitário (R\$), (N) Custo total (R\$) Somatório de [ CxI ] + [ ExF ] + [ LxM ], (O) Custo por mulher / ano (R\$)

A	B	C	D	E	F	G	(***) H	I	J	K	L	M	N	O
		R\$		R\$		%	%					R\$	R\$	R\$
<b>Pílula</b>					283	100,0%	12,9%	283		3.651	4.564	-	10.998,70	38,86
Ethinilestradiol +Levonorgestrel	3	19,50	1	0,43	255	100,0%	11,6%	255	13	3.315	4.144	0,89	8.771,08	34,40
Noresthisterona	3	19,50	1	0,43	28	100,0%	1,3%	28	12	336	420	3,98	2.227,62	79,56
<b>Condom masculino</b>	1 (*)	0,98	1	0,43	1.314	100,0%	60,1%	1.314	216	283.824	354.780	0,18	65.355,73	49,74
<b>DIU</b>	2	13,00	1	0,43	20	100,0%	0,9%	20	0,1	4	5	30,00	687,32	17,18
<b>Injeção trimestral</b>	3	19,50	1	0,43	30	100,0%	1,4%	30	4	120	150	7,34	1.698,92	56,63
<b>Diafragma + geléia espermicida</b>	2	13,00	1	0,43	11	100,0%	0,5%	11	0,5	6	7	36,72	404,80	36,80
<b>Implante hormonal</b>	1	6,50	1	0,43	11	100,0%	0,5%	11	0,33	4	5	300,00	1.576,26	143,30
<b>Métodos naturais</b>	1 (*)	0,98	1	0,43	28	100,0%	1,3%	28	0	0	0	0,00	39,42	1,41
<i>Subtotal - nível primário</i>								1.697					<b>80.795,21</b>	<b>46,76</b>
<b>Vasectomia (**)</b>	1	6,50	3	1,30	14	100,0%	0,6%	14	1	14	14	225,34	3.264,01	18,65
<b>Laqueadura (**)</b>	3	19,50	3	1,30	27	100,0%	1,2%	27	1	27	27	580,51	16.235,34	48,10
<i>Subtotal - nível terciário</i>								41					<b>19.499,35</b>	<b>38,05</b>
<b>Custo para mulheres em idade fértil que tem relações sexuais são férteis e não desejam mais filhos (N/1.418)</b>													<b>100.294,56</b>	<b>89,87</b>
<b>Custo para mulheres em idade fértil (N/2.188)</b>														<b>45,84</b>

# Planejamento SMS-Rio



SAÚDE



## 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  
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



## 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

# Movimento Global de Compromisso com os Sistemas Públicos de Saúde

Basta acessar os links abaixo

## Movimento Global

<http://changeday.com.au/a-global-movement/#>

## Inglaterra

<http://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://changeday.nhs.uk/&prev=search>

## Austrália

<http://changeday.com.au/#>

## Holanda

<http://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=nl&u=http://changedaynederland.nl/&prev=search>

## Canadá

<http://blog.hqc.sk.ca/hqcchange/>

## Irlanda do Norte

<http://www.hscchangeday.com/>

# Eu sou Orgulho SUS

e me comprometo a  
fazer um **SUS melhor!**



Saúde  
Pública  
Carioca



SAÚDE



## Então, qual é o seu compromisso?

[daniel.soranz@fiocruz.br](mailto:daniel.soranz@fiocruz.br)



QUAL SEU COMPROMISSO PARA UM SUS MELHOR?



Essa foi a pergunta que fizemos na campanha do Dia do Orgulho SUS em 2015, até 2023.

Lembram?

Reveja o seu  
compromisso e conte o  
que aconteceu!

# Planejamento SMS-Rio



SAÚDE



## **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  
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



# Reconstrução e união



SAÚDE



## GESTÃO – 2017-2019

### REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Estudo para otimização de recursos  
Redução das equipes de saúde da família

## PANDEMIA I – 2020

### PANDEMIA DE COVID-19

Hospital de Campanha  
Aniquilação do papel da APS na pandemia

## PANDEMIA II – 2021

### Protagonismo da APS no combate a COVID19

Investimento na rede própria - HMRG  
Maior campanha de vacinação da história  
Enfrentamento a emergência de saúde pública  
Vacina, testagem e acesso

## EIXO I – 2022

### RECUPERAÇÃO DA REDE SAÚDE COMO PRIORIDADE

Recomposição das equipes de atenção primária  
Reequilíbrio orçamentário  
Centro de inteligência Epidemiológica (CIE)

## EIXO II – 2023

### PODEMOS VIVER MAIS, MELHORES E FELIZES

Felicidade importa  
Saúde digital e desburocratização  
Fortalecimento dos centros de conhecimento  
Reestruturar a relação público de privado

## EIXO III – 2024

### SAÚDE PÚBLICA CARIOCA

Reestabelecendo vínculos  
Novas formas de custeio e pagamento  
Orgulho do que somos e do que podemos ser

## GESTÃO – 2017-2019

# REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE


Estudo para otimização de recursos

Redução das equipe de saúde da família

Carimbos #855-18

Identificação da Secretaria

**09**  
SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE

 **PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

**2018**

Número do processo  
42/005 298 / 18

Data do início  
15 NOV 2018

Nome  
Ofício nº 359/2018 S/SUCFAM

Assunto  
Reorganização da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro - Projeto de Otimização dos Recursos Humanos

A opção por determinado modelo de atenção, entretanto, não está isenta de finalidades e valores, explícitas ou implícitos.

Um mesmo rótulo ou proposta pode expressar-se, concretamente, em práticas distintas.

De um modo ou de outro, tal proposta será aquilo que, em cada situação concreta, os sujeitos sociais, submetidos a determinadas relações econômicas, políticas e ideológicas, conseguirem imprimir da marca dos seus projetos

(Teixeira et al., 1998)



# Redução das equipe de saúde da família



SAÚDE



Rio de Janeiro, 13 de novembro de 2018



## REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ESTUDO PARA OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS

# 2018

SUBPAV

Processo nº 09/005.298/2018	
Data da autuação:	Fis. 38
13/11/2018	
Rubrica.	

À S/GAB

Frente a situação orçamentária que a Secretaria Municipal de Saúde vem enfrentando no exercício de 2018 e a necessidade de estudar uma forma de adequar o nível de despesas ao Projeto de Lei Orçamentária proposto para o exercício de 2019, esta Subsecretaria vem envidando esforços para produzir um estudo de reestruturação da rede de Atenção Primária do Município, buscando uma melhor eficiência e melhores níveis de qualidade na prestação de serviços.

Esse estudo adequa a necessidade de manutenção da Rede de Atenção Primária, respeitando as evidências científicas práticas que comprovam o benefício de cobertura universal de cuidados primários à disponibilidade orçamentária prevista para a Atenção Primária.

Esta Subsecretaria, entende ser possível a imediata execução/aplicação dos estudos propostos na Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde, estando com os meios necessários para monitoramento de todas as ações propostas.

Neste sentido, trazendo a metodologia LEAN que está sendo aplicada como filosofia de liderança e gestão, e buscando sempre a melhoria contínua, que é um dos pilares, esta Subsecretaria estará sempre buscando formas e métodos para um melhor atendimento aos usuários da Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro.

Aproveitamos para enviar em anexo (CD), toda memória de cálculo de referido estudo, incluindo todos os dados primários que foram utilizados no mesmo.

Em, 13/11/2018

  
**LEONARDO DE OLIVEIRA EL WARRAK**  
Subsecretário  
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária  
e Vigilância em Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde

Processo nº 09/005.298/2018	
Data da autuação:	Fis.: 39
13/11/2018	
Rubrica	

Exmo. Senhor Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Versa o presente processo sobre o plano de reorganização dos Serviços de Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro, elaborado pela Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde desta Secretaria Municipal de Saúde.

Considerando as extensas restrições econômicas da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro nos anos de 2017 e 2018 o presente estudo tem como objeto a adequação da prestação dos serviços de Atenção Básica à atual realidade orçamentária.

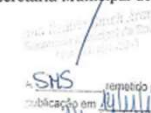
Nesta toada há a previsão da extinção de postos de trabalho no âmbito dos Contratos de Gestão celebrados com Organizações Sociais em Saúde, e consequentemente a demissão de funcionários contratados pelas OS.

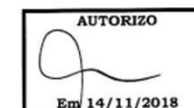
Tendo em vista que o descompasso dos repasses de recursos pactuados ocasionou pontuais atrasos de salários dos aludidos funcionários, bem como que a rescisão de contratos de trabalho somente é possível após a plena quitação das verbas trabalhistas previstas em Lei;

Sirvo-me do presente para solicitar a Vossa Excelência autorização para implementação do plano de reorganização da Atenção Primária (nos termos de fls. 04/37 e fl. 38), bem assim para que as OS, que tiverem celebrado Contratos de Gestão no âmbito da Atenção Primária em Saúde, utilizem os valores eventualmente existentes nas respectivas contas correntes de provisão de cada projeto, criadas pela Resolução SMS 2.734, de 29/09/2015, de maneira a possibilitar a quitação das parcelas salariais e benefícios em atraso dos profissionais que forem demitidos (em Excepcionalidade ao Parágrafo Décimo Primeiro da Cláusula Quinta estipulada na Minuta Padrão instituída pelo Decreto RIO nº 41.081, de 09/12/2015).

Rio de Janeiro 14 de novembro de 2018

**Ana Beatriz Busch Araujo**  
Secretária Municipal de Saúde

  
A SMS tempestivo para publicação em Em 14/11/2018  
Denise Iná G. Ribeiro

**AUTORIZO**  
  
Em 14/11/2018

## "Ideologia" Lean, toyotismo e pessoas como fatores

O representante da Secretaria Municipal de Saúde – Leonardo El Warrack – preocupou-se principalmente com a explicação da fórmula utilizada pela equipe gestora para organizar os cortes. Usando repetidamente termos como "melhorias de processo", "oportunidade de melhoria" e "modular processos" o Subsecretário de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde usou grande parte de seu tempo para explicar o método Lean – uma filosofia de gestão inspirada no Toyotismo que tem como premissa a produção de mercadorias por demanda.

Na fala de Warrack ficou claro que, do toyotismo, o método Lean herda a ideia de eliminar as atividades desnecessárias, preservar e aumentar aquelas que criam valor para o cliente. Para Eduardo Melo, a "ideologia", como ele apelida, é repleta de implicações: "Este discurso de oportunidades, melhoria, colaboradores, reduzir trabalhadores a fatores humanos – exerce um fascínio sobre quem está na gestão lidando com muitas contingências. Entretanto, neste cenário de subfinanciamento, o uso pode ser caracterizado com uma certa perversidade. A saúde, diferentemente de bancos ou empresas que produzem carros, tem como trabalho humano o ponto central. Depende de relações".

"Como representante da Abrasco, além de tudo que falei aqui, a ideologia gerencial colocada é um apagamento de todo acúmulo que a Saúde Coletiva – a parte de política, planejamento e gestão em saúde – produziu nas últimas décadas. Claro que a área tem limites, mas tem muito acúmulo de teorias, perspectivas e planejamento estratégico de saúde, um conjunto de ofertas que seriam muito úteis num momento como este, de discussão sobre a sustentabilidade do SUS. Tenho certeza que na Secretaria Municipal de Saúde do Rio existem muitos técnicos de carreira com muita formação, com história na saúde pública, e o que eles tem de acumulação é pra muito além de isso aqui", completou Melo.

## Ministério Público: "Falta verdade"

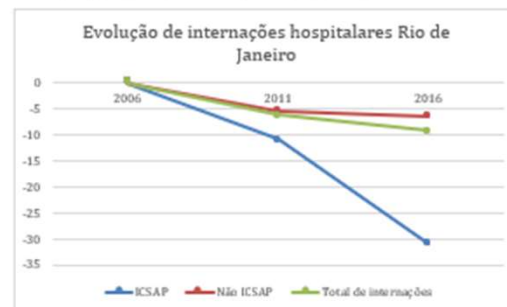
Madalena Junqueira Ayres e Alessandra Honorato Neves, promotoras da 2ª e 4ª Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital, respectivamente, dividiram as considerações do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro sobre o caso: "Nós concordamos e louvamos o trabalho do CMS. Não concordamos com a redução de serviço de saúde – por constituição, por questões legais e também por questões humanas. Atrás dos 11 volumes que concentram o processo, entre pareceres técnicos, ação popular e versão do município, há a vida dos seres humanos [usuários do SUS]. Não dá para concordar com o corte", enfatizou Alessandra.

## IV - O CASO RIO DE JANEIRO

Há 10 anos atrás, a cidade do Rio de Janeiro era o município brasileiro com menor cobertura pela ESF. E, naturalmente, um dos que mais desperdiçava recursos em saúde. Vale lembrar que os sistemas de saúde de caráter hospitalocêntrico e centrados na doença (e não nas pessoas) são mais ineficientes, iatrogênicos, e desperdiçam mais recursos. Mas, mais importante, estes sistemas são em grande parte responsáveis por perdas precoces de anos de vida, especialmente porque retardam o cuidado e contribuem para o agravamento das condições de saúde sobretudo de idosos, crianças e mulheres de todas as classes sociais, principalmente das camadas mais vulneráveis da população.

Finalmente, em 2009, foi iniciado em nossa cidade um processo de investimento na ESF a partir de um planejamento abrangente, plurianual, incluindo os parâmetros de desenvolvimento de qualidade que se espera na saúde – cuidando da estrutura, dos processos e buscando resultados. Em pouco tempo, os bons resultados já se fazem sentir, em todos os níveis. Para citar somente alguns exemplos: redução das internações sensíveis à APS; melhoria da satisfação dos usuários; aumento da cobertura de pré-natal; aumento na oferta de serviços no nível da APS; qualificação dos sistemas de referência e contra-referência; formação e qualificação dos recursos humanos; investimento no trabalho em equipe; investimento na qualificação da gestão; adequação da infraestrutura físico funcional das unidades; oferta e ampliação da oferta de serviços de prevenção de enfermidades e de promoção e educação em Saúde. Estes dois últimos aspectos, correspondem a medidas inquestionáveis, entendidas e acordadas em todo o mundo como sendo essenciais para lidar e enfrentar o aumento das doenças crônico-degenerativas e a perda de anos de vida que ainda e cada vez mais assombam a todos nos dias de hoje.

Ainda que com muito pouco tempo de implantação, já se podem coletar evidências de impacto. Utilizando os dados do mesmo estudo organizado por Pinto e Giovanella já citado anteriormente a respeito da cidade do Rio de Janeiro, encontramos expressivo impacto na redução de internações por ICSAP a partir da expansão da ESF. Ver gráfico abaixo.



O mesmo achado pode ser corroborado analisando-se o número de internações hospitalares motivados por doenças crônicas no Rio de Janeiro. Pode ser visto no Gráfico abaixo que, coincidente com o aumento de cobertura pela ESF, houve uma diminuição acentuada na necessidade de internação por doenças crônicas. No período o número de leitos variou entre

## APRESENTAÇÃO

Em reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde aos 13 de novembro de 2018, o colegiado deste conselho debateu a proposta publicada no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro de 31 de outubro de 2018, edição Nº 155 Ano XXXII anunciando o plano de desabilitação de 184 equipes da Estratégia Saúde da Família e deliberou:

- 1) Pela rejeição da proposta por "insuficiência de informações quanto a redução de Equipes e demissão de profissionais de Saúde" (Deliberação S/COMS Nº 364 de 13 de novembro de 2018);
- 2) "Criar no âmbito do Conselho Municipal de Saúde o Grupo de Trabalho para análise da Proposta de Reestruturação da Atenção primária da Secretaria Municipal de Saúde" - GTAPS (Deliberação S/COMS Nº 365 de 13 de novembro de 2018).

O GTAPS reuniu-se aos 22 de novembro de 2018 e 07 de dezembro de 2018. Realizamos levantamento de documentos oficiais vigentes de planejamento da Atenção Primária neste Município, bem como de vasta literatura que oferece evidências técnico-científicas robustas sobre o tema em âmbito mundial, nacional e local.

Registre-se que foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde informações de detalhamento e embasamento do referido plano ao Conselho e a este grupo de trabalho. Tal documentação não foi, até a presente data, encaminhada ao órgão máximo do Controle Social da Saúde no município. Fato, tais informações: Fazenda da Com do processo e n 2018.

Considerando os Conselhos Distri anunciado pela I da Família para aprofundament pelo colegiado.

Respeitosament

GTAPS, 11 de de

## VI - CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Considerando toda a análise e os motivos expostos neste documento, considera-se inaceitável a proposta da Prefeitura sobre redução de cortes e alterações no modelo da APS no município do Rio de Janeiro.

Assim, com base neste relatório, recomendamos:

- Rejeição do "Plano de Reorganização" proposto pela gestão municipal;
- Solicitar que a gestão municipal forneça informações sobre a quantia orçamentária necessária para a manutenção do Plano Municipal de Saúde tal qual aprovado neste Conselho;
- Que se inicie canal de negociação com o poder executivo e legislativo do município para propostas de recomposição do financiamento da saúde;
- Que se solicite a suspensão medidas para redução de número de equipes de APS, bem como de mudança de modelo organizacional das equipes;
- Que a governança apresente plano de melhoria e qualificação do processo de trabalho das equipes supostamente pouco eficientes, em substituição à simples supressão das mesmas;
- Que se formalize um grupo de acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde para monitorar o processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde.



# Reconstrução e união



SAÚDE



## GESTÃO – 2017-2019

### REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Estudo para otimização de recursos  
Redução das equipe de saúde da família

## PANDEMIA I – 2020

### PANDEMIA DE COVID-19

Hospital de Campanha  
Aniquilação do papel da APS na pandemia

## PANDEMIA II – 2021

### Protagonismo da APS no combate a COVID19

Investimento na rede própria - HMRG  
Maior campanha de vacinação da história  
Enfrentamento a emergência de saúde pública  
Vacina, testagem e acesso

## EIXO I – 2022

### RECUPERAÇÃO DA REDE SAUDE COMO PRIORIDADE

Recomposição das equipes de atenção primária  
Reequilíbrio orçamentário  
Centro de inteligência Epidemiológica (CIE)

## EIXO II – 2023

### PODEMOS VIVER MAIS, MELHORES E FELIZES

Felicidade importa  
Saúde digital e desburocratização  
Fortalecimento dos centros de conhecimento  
Reestruturar a relação público de privado

## EIXO III – 2024

### SAUDE PUBLICA CARIOCA

Reestabelecendo vínculos  
Novas formas de custeio e pagamento  
Orgulho do que somos e do que podemos ser



# PANDEMIA I – 2020

## PANDEMIA DE COVID-19

### Hospital de Campanha

### Aniquilação do papel da APS na pandemia

Opinião, por Daniel Soranz (sanitarista): “Passou, na cabeça do governador e na do prefeito, que hospital de campanha era ótimo para aparecer, já pensando numa outra campanha, a eleitoral”

MENU ASSINE

FOLHA DE S.PAULO



Já Daniel Soranz, epidemiologista e professor da ENSP/Fiocruz (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca) afirma que no Rio de Janeiro a estratégia não valeu a pena.

Enquanto hospitais de alta complexidade para cirurgias eletivas permaneceram fechados e poderiam ser adaptados para se tornarem centros de referência em Covid-19, investimentos foram destinados a locais de baixo desempenho.

“O hospital de campanha do Rio Centro, por exemplo, planejado para 500 leitos a um custo de cerca de R\$ 100 milhões, teve em média 88 internados e 200 leitos desativados”, diz Soranz.

O baixo desempenho seria previsível por causa dos problemas inerentes a esses hospitais temporários, como estrutura física improvisada, dificuldade de organizar o corpo clínico, acessar prontuários eletrônicos ou manter o fluxo de informações, segundo o epidemiologista.

O GLOBO RIO

### Rio tem 2.048 leitos do SUS fechados, enquanto pacientes com Covid-19 aguardam na fila por vagas em hospitais públicos

Unidades, classificadas de forma técnica como ‘impedidas’, representam 21% de todas as vagas do sistema existentes na capital

Ludmilla de Lima e Felipe Grinberg  
07/01/2021 - 04:30 / Atualizado em 07/01/2021 - 07:15

### Futuro secretário de Saúde do RJ passará Natal no hospital de campanha

O secretário confirmou à CNN que chegará no hospital de campanha do Riocentro, às 14h desta quinta-feira (24), e só deixa a unidade no dia 25



PANDEMIA I – 2020

## PANDEMIA DE COVID-19

Hospital de Campanha

Aniquilação do papel da APS na pandemia

### A APS no município do Rio de Janeiro e a Covid-19: os impactos do desmonte

Acredita-se que a “reorganização” da APS realizada pela atual gestão municipal tem impactos não só no acesso ao sistema de saúde e no acompanhamento de condições de saúde da população, como agrava ainda mais o cenário de pandemia que vivemos. Com a supressão de equipes e consequente redução na cobertura da ESF no município, os profissionais se viram sobrecarregados e sem condições de prestar a assistência devida à população. A escassez sazonal de trabalhadores da saúde devido a profissionais contaminados agrava ainda mais os problemas de acesso (FEHN, 2020).

Muitos usuários do grupo de risco para o contágio pelo coronavírus, entre eles idosos, pessoas com doenças crônicas e/ou obesidade, que poderiam permanecer na segurança de sua casa e receber visitas domiciliares do seu ACS, enfermeiro ou médico de referência, passaram a se deslocar para as clínicas da família em busca



**🔗 Pela DesCrivelização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravamento na pandemia**



# Reconstrução e união



SAÚDE



## GESTÃO – 2017-2019

### REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Estudo para otimização de recursos  
Redução das equipes de saúde da família

## PANDEMIA I – 2020

### PANDEMIA DE COVID-19

Hospital de Campanha  
Aniquilação do papel da APS na pandemia

## PANDEMIA II – 2021

### Protagonismo da APS no combate a COVID19

Investimento na rede própria - HMRG  
Maior campanha de vacinação da história  
Enfrentamento a emergência de saúde pública  
Vacina, testagem e acesso

## EIXO I – 2022

### RECUPERAÇÃO DA REDE SAÚDE COMO PRIORIDADE

Recomposição das equipes de atenção primária  
Reequilíbrio orçamentário  
Centro de inteligência Epidemiológica (CIE)

## EIXO II – 2023

### PODEMOS VIVER MAIS, MELHORES E FELIZES

Felicidade importa  
Saúde digital e desburocratização  
Fortalecimento dos centros de conhecimento  
Reestruturar a relação público de privado

## EIXO III – 2024

### SAÚDE PÚBLICA CARIOCA

Reestabelecendo vínculos  
Novas formas de custeio e pagamento  
Orgulho do que somos e do que podemos ser



# PANDEMIA II – 2021



SAÚDE



## PANDEMIA II – 2021

### Protagonismo da APS no combate a COVID19

Investimento na rede própria - HMRG

Maior campanha de vacinação da história

Enfrentamento a emergência de saúde pública

Vacina, testagem e acesso

agênciaBrasil

© Tomaz Silva

Saúde

## Secretário escolhido por Paes define 10 medidas contra covid-19 no Rio

*Soranz quer aumentar a testagem e acelerar resultados dos exames*



Publicado em 30/11/2020 - 20:16 Por Léo Rodrigues - Rio de Janeiro





Ilha do Governador



Leblon



Barra da Tijuca



Pavuna



Penha



Santa Cruz





Borel



Clube do Servidor



Complexo do Alemão



Engenho de Dentro



Guaratiba



Honório Gurgel



# PANDEMIA II – 2021



## Comunicação efetiva e frequente em meio à incertezas

Boletim Epidemiológico e coletivas de imprensa atualizaram população e criaram confiança em capacidade de gestão de crise



## Previsibilidade e agilidade em planejamento e execução

Rio de Janeiro foi a cidade a publicar calendários de vacinação e liderou testagem em massa através de polos de testagem



## Tomada de decisões sempre pautadas em evidências

Criação de Comitê Científico com especialistas e articulação com academia (e.g., Paquetá Vacinada) criou respaldo para decisões cruciais como a dose de reforço

# Resultado COVID-19

2020

Confirmados  
222.980

Taxa de incidência  
3.347,4  
(por 100mil hab.)

Casos graves  
42.587

Taxa de mortalidade  
283,5  
(por 100mil hab.)

Óbitos  
18.888

Taxa de letalidade  
8,5%

Casos confirmados por faixa etária:



Casos confirmados por sexo:



Casos confirmados por raça/cor:



2021

Confirmados  
309.844

Taxa de incidência  
4.651,4  
(por 100mil hab.)

Casos graves  
43.334

Taxa de mortalidade  
246,3  
(por 100mil hab.)

Óbitos  
16.408

Taxa de letalidade  
5,3%

Casos confirmados por faixa etária:



Casos confirmados por sexo:



Casos confirmados por raça/cor:



2022

Confirmados  
762.839

Taxa de incidência  
11.451,7  
(por 100mil hab.)

Casos graves  
7.767

Taxa de mortalidade  
43,0  
(por 100mil hab.)

Óbitos  
2.867

Taxa de letalidade  
0,4%

Casos confirmados por faixa etária:



Casos confirmados por sexo:



Casos confirmados por raça/cor:



## Fonte dos dados:

Casos de Síndrome Gripal: sistema e-SUS VE.

Casos graves e óbitos: sistema SIVEP Gripe.

Vacinação: Sistema de Registro de Vacinação - SMS Rio.

Atendimentos de urgência e emergência: Sistemas de informação das unidades de saúde.

Dados de regulação: Central de Regulação/SUBGERAL - SMS Rio.

# Resultado COVID-19

2021

Confirmados  
309.844

Taxa de incidência  
4.651,4  
(por 100mil hab.)

Casos graves  
43.334

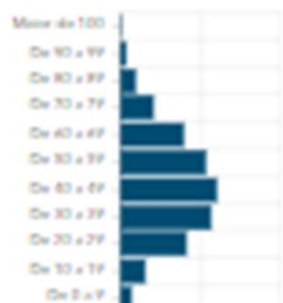
Taxa de mortalidade  
246,3  
(por 100mil hab.)

Óbitos  
16.408

Taxa de letalidade  
5,3%

Casos confirmados por faixa etária:

Casos confirmados por sexo:



M 44,5% F 55,5%

Casos confirmados por raça/cor:



2022

Confirmados  
762.839

Taxa de incidência  
11.451,7  
(por 100mil hab.)

Casos graves  
7.767

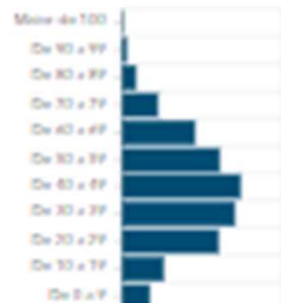
Taxa de mortalidade  
43,0  
(por 100mil hab.)

Óbitos  
2.867

Taxa de letalidade  
0,4%

Casos confirmados por faixa etária:

Casos confirmados por sexo:



M 38,8% F 61,2%

Casos confirmados por raça/cor:



2023

Confirmados  
82.701

Taxa de incidência  
1.241,5  
(por 100mil hab.)

Casos graves  
1.437

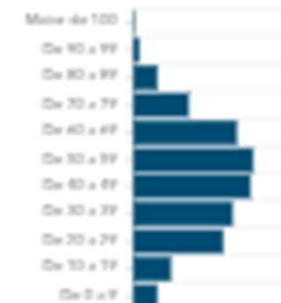
Taxa de mortalidade  
5,0  
(por 100mil hab.)

Óbitos  
335

Taxa de letalidade  
0,4%

Casos confirmados por faixa etária:

Casos confirmados por sexo:



M 34,8% F 65,2%

Casos confirmados por raça/cor:



## Fonte dos dados:

Casos de Síndrome Gripal: sistema e-SUS VE.

Casos graves e óbitos: sistema SIVEP Gripe.

Vacinação: Sistema de Registro de Vacinação - SMS Rio.

Atendimentos de urgência e emergência: Sistemas de informação das unidades de saúde.

Dados de regulação: Central de Regulação/SUBGERAL - SMS Rio.



# Reconstrução e união



SAÚDE



## GESTÃO – 2017-2019

### REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Estudo para otimização de recursos  
Redução das equipe de saúde da família

## PANDEMIA I – 2020

### PANDEMIA DE COVID-19

Hospital de Campanha  
Aniquilação do papel da APS na pandemia

## PANDEMIA II – 2021

### Protagonismo da APS no combate a COVID19

Investimento na rede própria - HMRG  
Maior campanha de vacinação da história  
Enfrentamento a emergência de saúde pública  
Vacina, testagem e acesso

## EIXO I – 2022

### RECUPERAÇÃO DA REDE SAUDE COMO PRIORIDADE

Recomposição das equipes de atenção primária  
Reequilíbrio orçamentário  
Centro de inteligência Epidemiológica (CIE)

## EIXO II – 2023

### PODEMOS VIVER MAIS, MELHORES E FELIZES

Felicidade importa  
Saúde digital e desburocratização  
Fortalecimento dos centros de conhecimento  
Reestruturar a relação público de privado

## EIXO III – 2024

### SAUDE PUBLICA CARIOCA

Reestabelecendo vínculos  
Novas formas de custeio e pagamento  
Orgulho do que somos e do que podemos ser

## EIXO I – 2022

# RECUPERAÇÃO DA REDE SAÚDE COMO PRIORIDADE

Recomposição das equipes de atenção primária

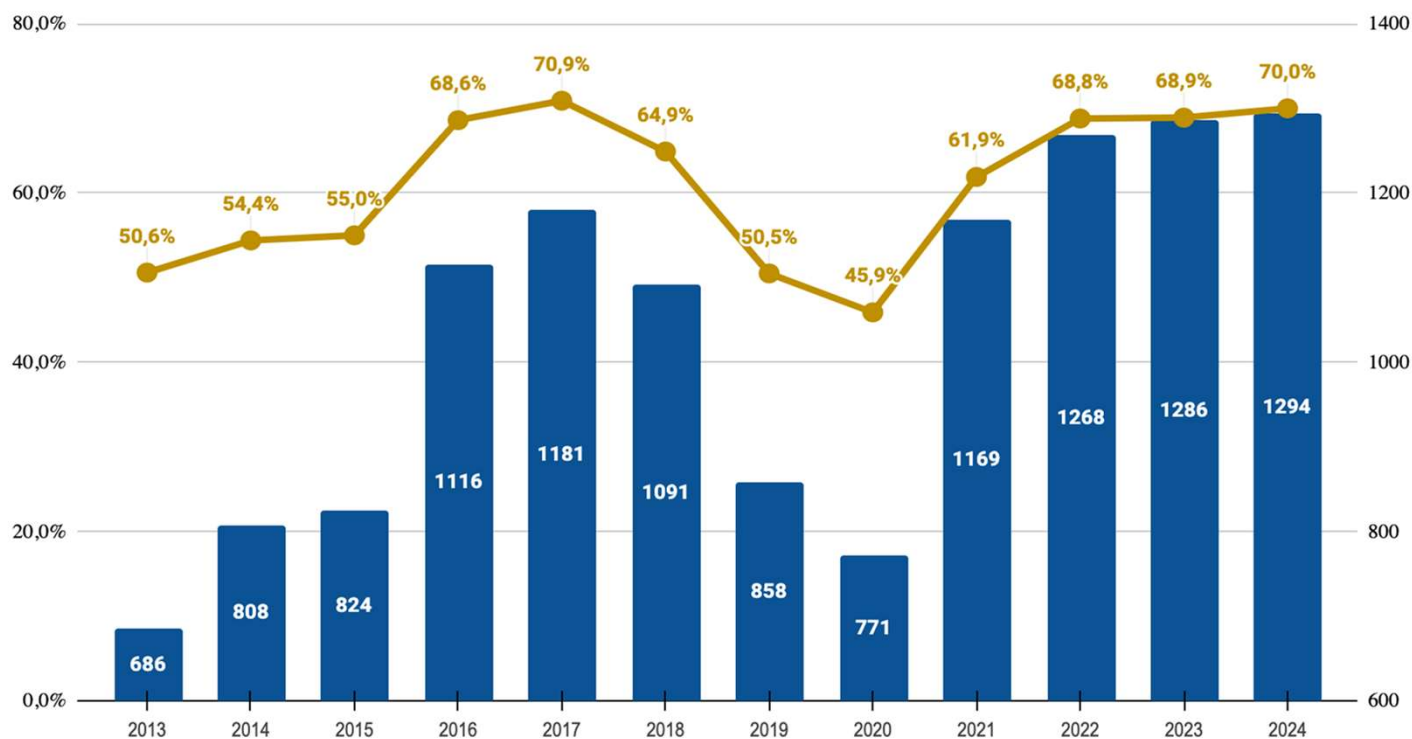
Reequilíbrio orçamentário

Centro de inteligência Epidemiológica (CIE)

# Cobertura de APS

ESF

COBERTURA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO (2017-2024)



70%

COBERTURA



# Saúde Bucal

2016

Final da Gestão do  
Prefeito Eduardo  
Paes

442

EQUIPES

2019

Final da gestão  
Crivella

352

EQUIPES

2023

3 anos de Gestão do  
Prefeito Eduardo Paes

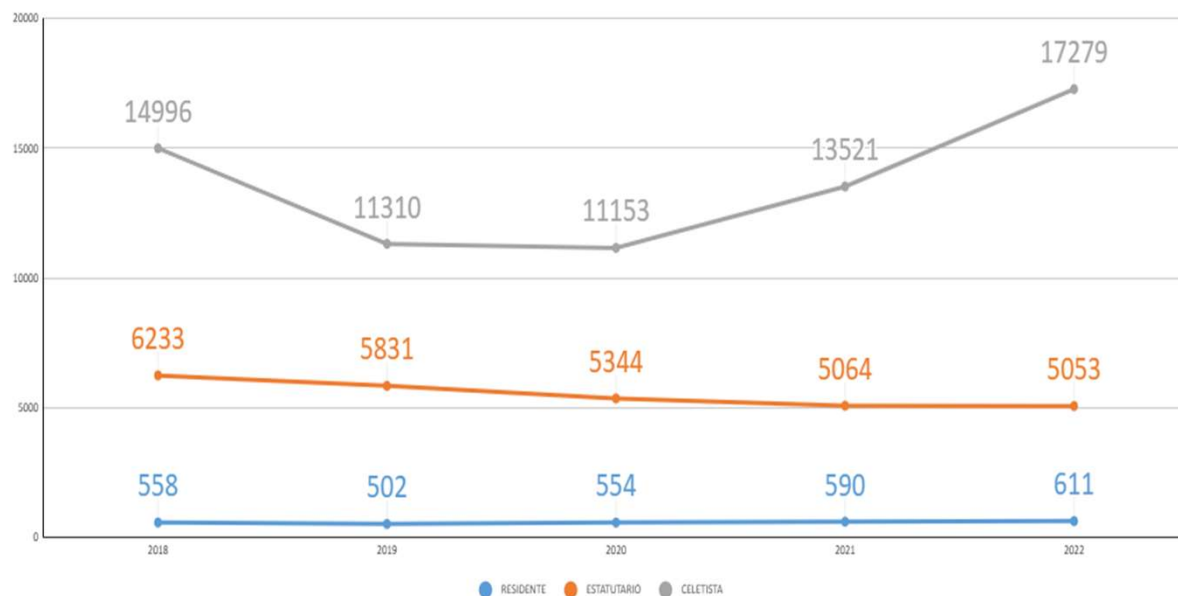
466

EQUIPES

# Recomposição das equipes de atenção primária

## HUMANOS

Cenário de Profissionais por Vinculação



MAIS DE  
**6 MIL**  
NOVOS PROFISSIONAIS

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, competência dezembro de cada ano analisado.

# MONITORAMENTO



**238**

unidades APS

**5.348.336**

cadastrados

novembro/2022



**1.349**

equipes APS

META PARA 2024

**1.448**

equipes de Saúde da Família

**70%**

cobertura ESF estimada

**254**

Unidades de Atenção Primária



**22**

equipes de APP



# Planejamento x prospecção 2016

## Meta 100% dos médicos da rede de atenção primária titulados em MFC

			70%	1.293	80%	1.545
	2017	2018	2022	2023	2024	2025
Total de potenciais egressos		211	211	211	211	211
70% dos egressos permanecem na SMS/RJ		147	147	147	147	147
Estimativa de equipes com MFC na rede SMS/RJ	251	559	1.147	1.294	1.441	1.588
% de equipes com Médicos de Família e Comunidade	31,8	43,2	88,7	100,0	93,2	100,0

**Atualizar para o planejamento SUBPAV**

Atualmente formamos XXX especialistas formados pelo programa, destes 80% estão nas equipes da ESF, XX como preceptores do PRMFC e XX assumiram a função de RT.

## 2019

42.654 equipes

79.836.576 pessoas cadastradas

1.872 pessoas cadastradas por  
equipe em média

## ESPERADO

45.000 equipes

155 milhões de pessoas cadastrada

3.450 pessoas cadastradas por  
equipes

Fonte: CNES Janeiro de 2019

**SORANZ, DR; DOCUMENTO TÉCNICO CONTENDO ESTUDO, ANÁLISE E PROPOSTA DE REFORMULAÇÃO DO FINANCIAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA DOS MUNICÍPIOS ; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; BRASÍLIA-DF 2019**

# Equipes no Brasil (42.654 equipes)



SAÚDE



25.890 equipes com menos de 2.000 pessoas cadastradas

(12.318 equipes com menos de 1.000 pessoas cadastradas)

12.159 equipes com cadastrados entre 2.000 a 3.450 pessoas

4.605 equipes com mais de 3.450 pessoas cadastradas

Fonte: CNES Janeiro de 2019

**SORANZ, DR; DOCUMENTO TÉCNICO CONTENDO ESTUDO, ANÁLISE E PROPOSTA DE REFORMULAÇÃO DO FINANCIAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA DOS MUNICÍPIOS ; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; BRASÍLIA-DF 2019**



# Entregas Subpav 2021 . 2023



SAÚDE



- ✓ Expansão da ESF: + 209 eSF
- ✓ Redução histórica da vacância: 0%
- ✓ Reforma de 124 unidades



Saúde  
Pública  
Carioca



A Secretaria Municipal de Saúde  
convida para a

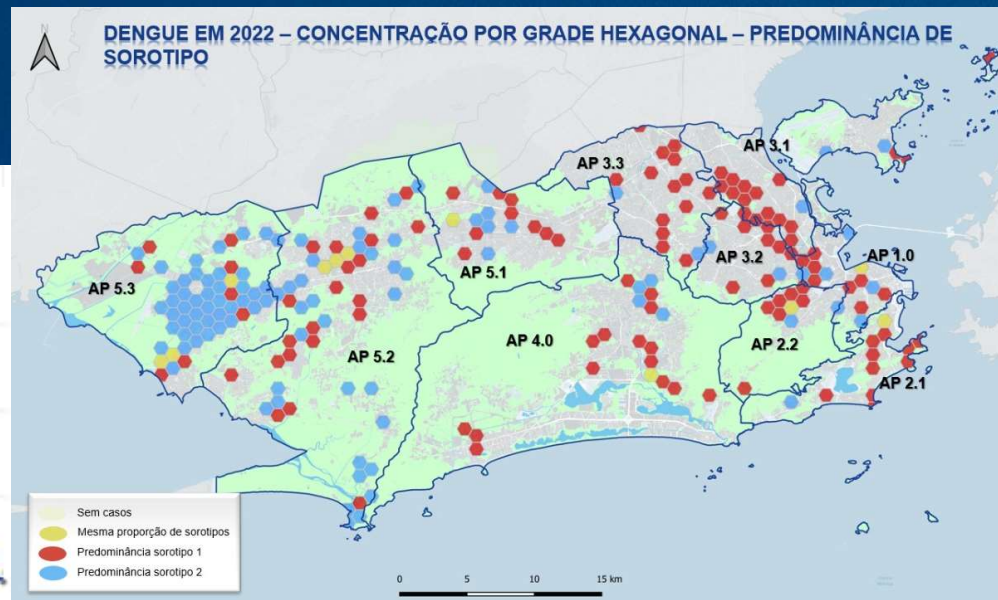
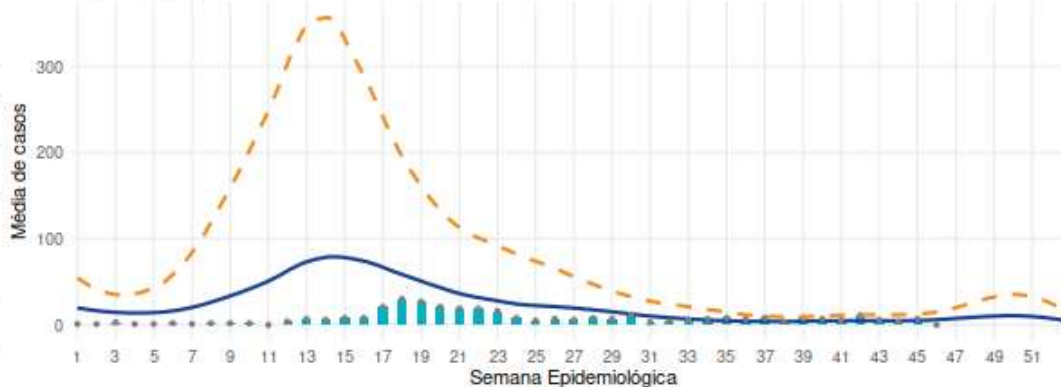
**INAUGURAÇÃO DA CLÍNICA  
DA FAMÍLIA SÃO SEBASTIÃO**

25 de janeiro • 10 horas

Clínica da Família São Sebastião  
Rua Monsenhor Manuel Gomes, 630 – Caju

# ARBOVIROSES – INTEGRAÇÃO DOS DADOS

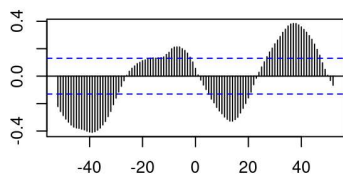
AP 3.1 - Casos em 2022 = 351 / Média anual (2014 a 2021) = 1231  
População projetada em 2020 = 906.702 hab.



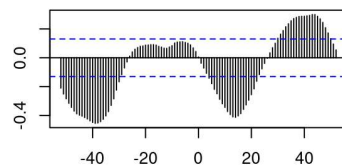
## Correlação Cruzada

— Média — Limite Superior ■ casos

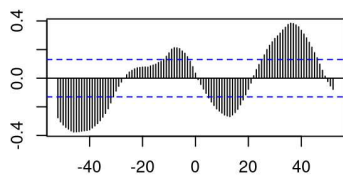
Dengue x Ovos



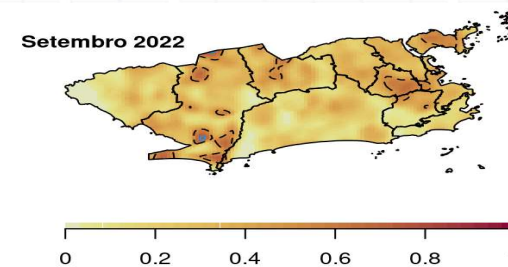
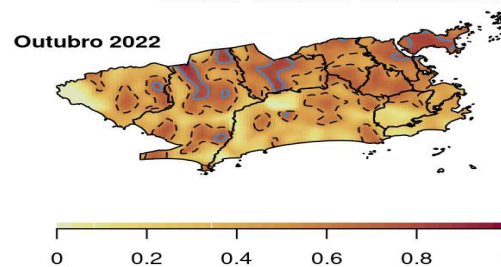
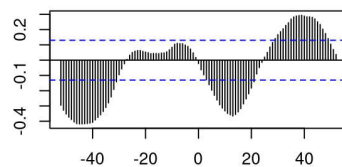
Dengue x Positivos



Chick x Ovos



Chick x perc



**Integração e análise dos dados de  
casos, clima e de vigilância  
entomológica do vetor**

## SÍLIO DE HOSPEDAGEM DE PUBLICAÇÕES TÉCNICAS

**EpiRio** | OBSERVATÓRIO  
EPIDEMIOLÓGICO  
DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Sobre o CIE

Painéis Epidemiológicos

Tabuladores

Materiais Técnicos

Saúde Pública Carioca | Rio Prefeitura

## PUBLICAÇÕES

Artigos e Livros

Notas Técnicas e Comunicados

Notas Técnicas e Comunicados

Infográficos

Boletins Epidemiológicos

Guias Técnicos

Guias Técnicos





# PLATAFORMA DE VIGILÂNCIA LABOATORIAL

GALBOT

## Dashboard Geral

Filter Create

OLÁ, [USUARIO]!

Dashboard

Painéis

Consulta

Acompanhamento

CRAFTED

Pages

Accounts

Errors

Widgets

Total exames  
solicitados  
últimos 30 dias  
**6768**

Total exames  
liberados  
últimos 30 dias  
**5398**

Liberados  
hoje  
**231**

Positivos  
hoje  
**20**

Pendentes  
últimos 30 dias  
**3495**

### Meningite

Amostras	Nº
Solicitadas	49
Positivas	7
Positivas Hoje	0
Liberadas Hoje	6
Pendentes	4

Liberação  
tempo médio  
**3.0 dias**

### Série histórica



### Meningite

Amostras	Nº
Solicitadas	49
Positivas	7
Positivas Hoje	0
Liberadas Hoje	6
Pendentes	4

Liberação  
tempo médio  
**3.0 dias**

### Série histórica



# VIGILÂNCIA SENTINELA

- A Vigilância Sentinela está presente nas 10 regiões da cidade e em unidades de saúde com diversos perfis de atendimento (CF, CMS, UPA e CER).

**S**índrome Gripal

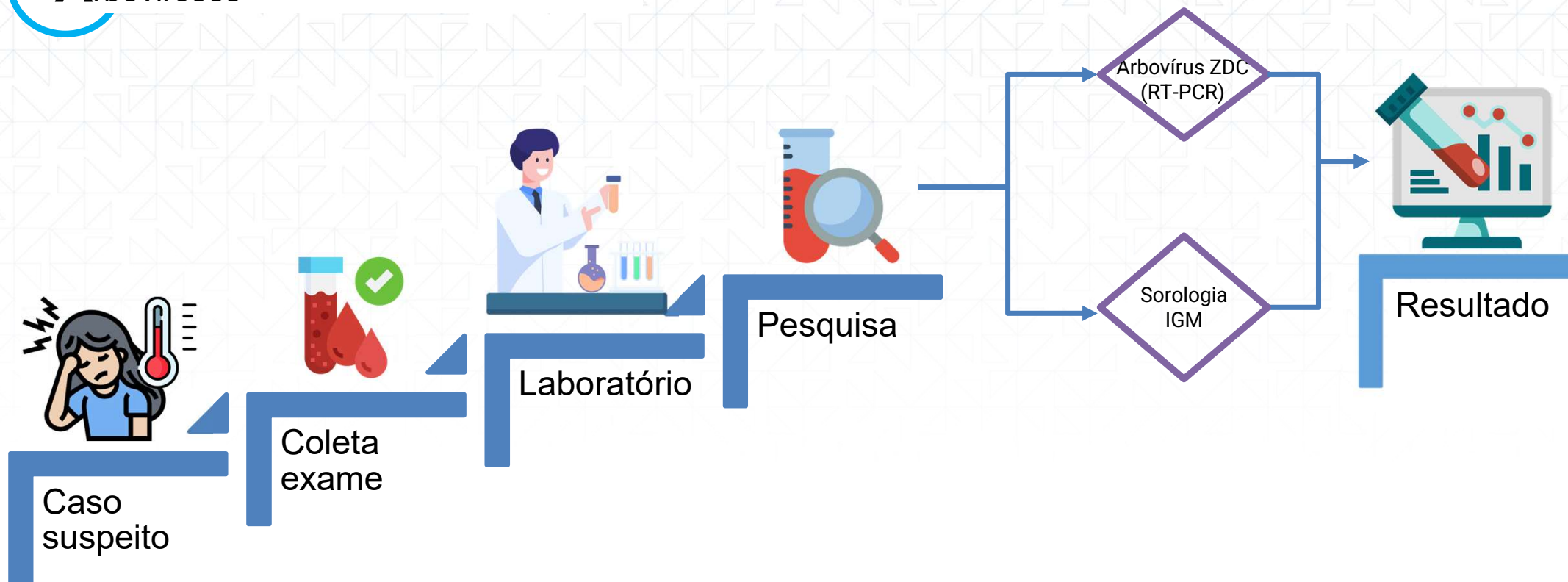
**A**rboviroses

**D**oenças Diarreicas Agudas

**C**onjuntivite



## Arboviroses





# Informação Para Ação

Cidade foi exemplo na logística de campanha e divisão de grupos

Gestão de leitos

Ampliação da testagem - criação de polos, além das unidades de saúde, com a entrada da variante Ômicron

Exigência do Passaporte da Vacinação, realização de eventos-teste, com necessidade de testagem, uso de máscara e passaporte

COVID-19 VACINAÇÃO

**JULHO 2021**

SEG	TER	QUA	QUI	SEX
31/maio 59 anos mulheres	5/07 49 anos mulheres	12/07 47 anos mulheres	19/07 45 anos mulheres	26/07 43 anos mulheres
7/07 57 anos mulheres	14/07 55 anos mulheres	21/07 53 anos mulheres	28/07 51 anos mulheres	

Mais inform coronavírus [coronavirus.rj/vacina](https://coronavirus.rj/vacina)

COVID-19 VACINAÇÃO

**AGOSTO**

SEG	TER	QUA	QUI	SEX
2/08 41 anos mulheres	3/08 41 anos homens	4/08 41 anos ou mais	9/08 39 anos mulheres	10/08 39 anos homens
16/08 37 anos mulheres	17/08 37 anos homens	18/08 37 anos ou mais	23/08 35 anos mulheres	24/08 35 anos homens
30/08 33 anos mulheres	31/08 33 anos homens			

Mais inform coronavírus [coronavirus.rj/vacina](https://coronavirus.rj/vacina)

COVID-19 VACINAÇÃO

**SETEMBRO 2021**

SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB
6/09 31 anos mulheres	13/09 29 anos mulheres	20/09 27 anos mulheres	27/09 25 anos mulheres		
4/09 23 anos mulheres	5/09 23 anos homens	6/09 23 anos ou mais	7/09 22 anos mulheres	8/09 22 anos homens	9/09 22 anos ou mais
11/09 21 anos mulheres	12/09 21 anos homens	13/09 21 anos ou mais	14/09 20 anos mulheres	15/09 20 anos homens	16/09 20 anos ou mais
18/09 19 anos mulheres	19/09 19 anos homens	20/09 19 anos ou mais	21/09 18 anos mulheres	22/09 18 anos homens	23/09 18 anos ou mais

Mais inform coronavírus [coronavirus.rj/vacina](https://coronavirus.rj/vacina)

Atualizar: [coronavirus.rj/vacina](https://coronavirus.rj/vacina)

Atualizado em: 12/05/21 às 10h20

Rio Prefeitura SAÚDE



informações em: [coronavirus.rj/vacina](https://coronavirus.rj/vacina)



**PASSAPORTE DA VACINAÇÃO**

A comprovação da vacinação contra a covid-19 é obrigatória para acessar diversos serviços e locais no Rio, conforme a tabela:

Faixa etária	Comprovante de vacinação exigido
18 anos ou mais	Dose de reforço*

\*Menores de 18 anos não precisam apresentar comprovação.

**A COMPROVAÇÃO PODE SER FEITA COM:**

- Certificado de vacinação digital na plataforma [mihfzsa.rj.gov.br](https://mihfzsa.rj.gov.br) ou ConectaSUS
- Comprovante/caderneta/cartão de vacinação

Rio Prefeitura SAÚDE SUS

## EIXO II – 2023

### PODEMOS VIVER MAIS, MELHORES E FELIZES

Felicidade importa

Saúde digital e desburocratização

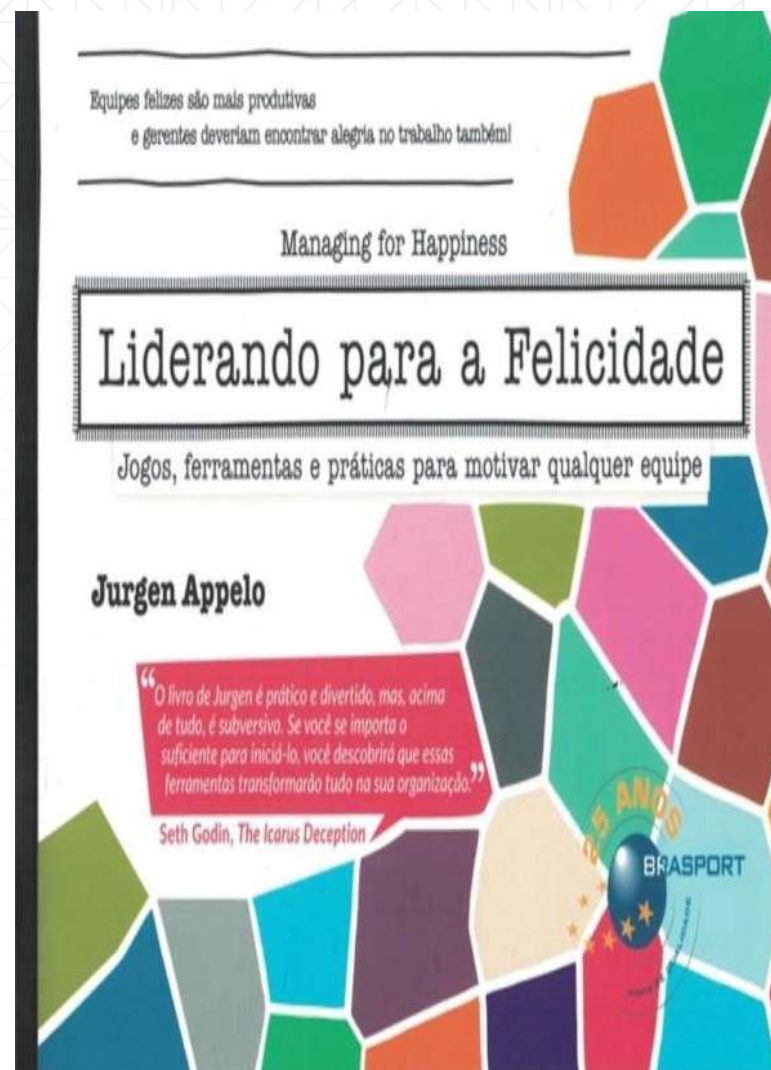
Fortalecimento dos centros de conhecimento

Reestruturar a relação público de privado

# 3 principais Fatores de fixação

- ✓ Boa estrutura física e afeto e orgulho no local de trabalho
- ✓ Remuneração adequada
- ✓ Crescimento acadêmico e de carreira

**SORANZ, DR; DOCUMENTO TÉCNICO CONTENDO ESTUDO, ANÁLISE E PROPOSTA DE PROGRAMA DE INCENTIVO A IMPLANTAÇÃO DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE ; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; BRASÍLIA-DF 2019**





**PODEMOS VIVER MAIS, MELHORES E FELIZES**



SAÚDE



**Felicidade importa pequenos detalhes fazem a diferença**



“Há um grande conforto e inspiração no sentimento de relações humanas próximas e sua influência em nosso destino — uma força poderosa, para superar as fases difíceis que certamente virão para maioria de nós de tempos em tempos..”

Walt Disney

# Reconstrução e união



## GESTÃO – 2017-2019

### REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Estudo para otimização de recursos  
Redução das equipe de saúde da família

## PANDEMIA I – 2020

### PANDEMIA DE COVID-19

Hospital de Campanha  
Aniquilação do papel da APS na pandemia

## PANDEMIA II – 2021

### Protagonismo da APS no combate a COVID19

Investimento na rede própria - HMRG  
Maior campanha de vacinação da história  
Enfrentamento a emergência de saúde pública  
Vacina, testagem e acesso

## EIXO I – 2022

### RECUPERAÇÃO DA REDE SAUDE COMO PRIORIDADE

Recomposição das equipes de atenção primária  
Reequilíbrio orçamentário  
Centro de inteligência Epidemiológica (CIE)

## EIXO II – 2023

### PODEMOS VIVER MAIS, MELHORES E FELIZES

Felicidade importa  
Saúde digital e desburocratização  
Fortalecimento dos centros de conhecimento  
Reestruturar a relação público de privado

## EIXO III – 2024

### SAUDE PUBLICA CARIOCA

Reestabelecendo vínculos  
Novas formas de custeio e pagamento  
Orgulho do que somos e do que podemos ser



## EIXO II – 2023

# PODEMOS VIVER MAIS, MELHORES E FELIZES

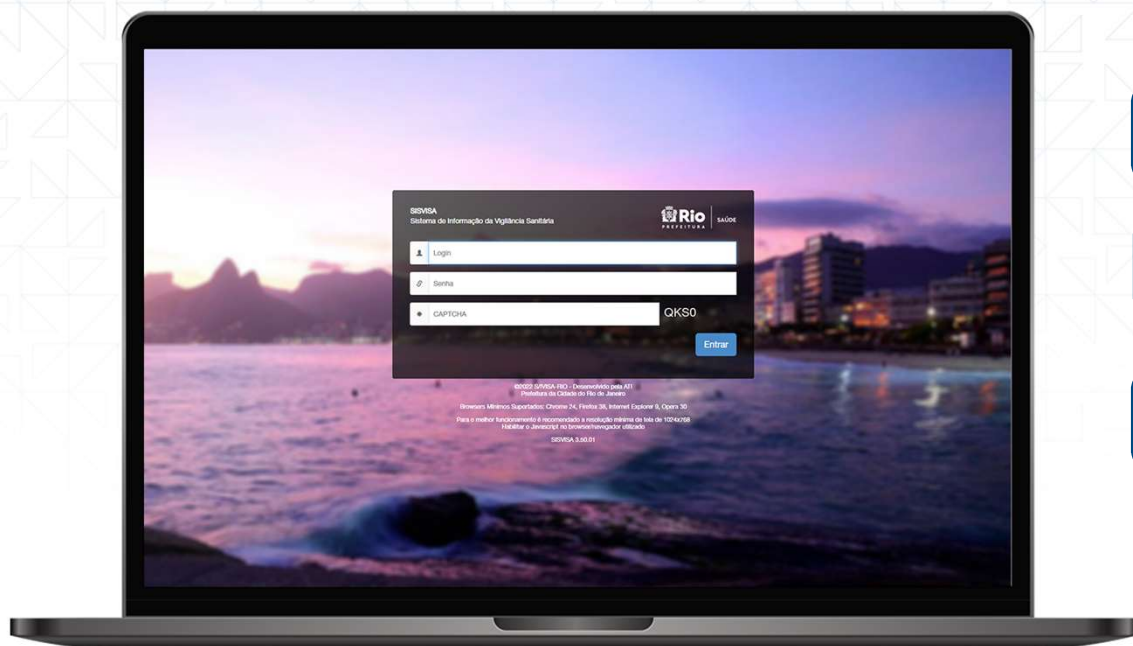
Felicidade importa

**Saúde digital e desburocratização**

Fortalecimento dos centros de conhecimento

Reestruturar a relação público de privado

## Modernização dos processos de trabalho com base na gestão de risco sanitário



Licenciamento 100% on-line



Fiscalização por classificação de risco sanitário



Controle da discricionariedade e otimização da força de trabalho



Ferramenta digital da SMS-Rio que visa garantir a comunicação clara e transparente com a população carioca sobre sua saúde.



- **Meu perfil**
- **Minha equipe de referência**
- **Minhas solicitações e agendamentos no SISREG**
- **Minha vacina**
- **Notificação COVID**
  
- **Agendamentos de consulta – 10%-20% da agenda disponível**
- **Acesso às solicitações/agendamentos das cirurgias eletivas,**
- **Receituários habituais – 2ª via com assinatura eletrônica e certificado digital do médico**
- **Calendário vacinal e solicitação de vacinação domiciliar**
- **Chat assíncrono com a equipe de APS**
- **Laudos de exames laboratoriais e de imagem pela SMSRIO**
- **Relatório de alta referenciada, informações clínicas gerais do paciente**
- **Notificações sobre autocuidado adequadas ao perfil,**
- **Teleconsulta agendada com a APS**
- **Situação das salas de espera da emergência da rede**



## Integração rede assistencial

### ✓ Desenvolvimento de sistemas de apoio a linhas de cuidados sensíveis

**AVC e infarto - Plataforma monitoramento de tempo entre diagnóstico e trombólise ou trombectomia com Regulação Vaga zero**

**Câncer - Plataforma fast-track para abreviação do tempo de tratamento, desde o rastreio, biopsia, laudo, regulação e início tratamento (Início - câncer mama)**

**Gestação alto risco – Monitoramento e suporte digital as gestantes de alto risco da cidade via [minhasaude.Rio](https://minhasaude.rio)**

# Nossos processos

Sistemas de saúde com bom desempenho tem características em comum:



Foto: Centro Cirúrgico Hospital Municipal Miguel Couto, 2014

Inserir no prontuário sempre o nome do médico e enfermeiro responsável.

Principalmente quando se tratar de pacientes internados

# Saúde digital

Cobrar dos prontuários e de todos:

- ✓ CPF numero de identificação único
- ✓ Evitar usar cartão SUS (em desuso)
- ✓ Cobrar integração das bases evitando retrabalho
- ✓ Evitar impressão fazer tudo via web
- ✓ Utilizar o whatsapp para envio de documentos
- ✓ Informar os indicadores padronizados da anahp
- ✓ Verificar desempenho clinico individual

## Os principais indicadores do setor hospitalar a um clique de distância



Novidade no portal da Anahp, o **Sistema de Indicadores Hospitalares** permite a pesquisa, em tempo real, de dados essenciais para a gestão hospitalar nas áreas de:

- qualidade
- gestão de pessoas
- assistência
- economia e finanças
- sustentabilidade
- e muito mais!



O acesso ao *dashboard* interativo é *on-line* e gratuito, disponível para consulta a qualquer momento.

### SAIBA MAIS!

 Acesse [anahp.com.br/indicadores-hospitalares](http://anahp.com.br/indicadores-hospitalares) e navegue à vontade!



# O Rio de Janeiro tem um histórico de casos de sucesso em governança em saúde



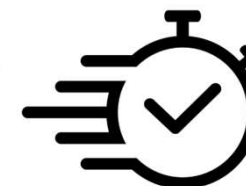
## Combate à Pandemia

Excelência em comunicação, planejamento, e tomada de decisões baseada em evidências



## Reforma do modelo de atenção à saúde

Transição de modelo de atenção hospitalar para foco em atenção primária



## Redução nas filas de espera

Criação do Supercentro Carioca de Saúde e retomada de confiança no SISREG

# Programas de prevenção e promoção atacam determinantes sociais de saúde

## Incentivo à atividade física

Programa Academia Carioca promove atividade física a quase 200.000 cariocas em 204 unidades



## Desincentivo ao tabagismo

Parcerias internacionais para reduzir tabagismo através de conscientização popular

# PARTNERSHIP FOR HEALTHY CITIES SUMMIT

# Retomada de confiança no SISREG com redução de filas e Supercentro de Saúde

## Redução de filas desde janeiro 2021



**48%**

menos pessoas nas filas do SISREG



**50%**

de solicitações aguardam <60 dias

## Aceleração com Supercentro de Saúde

**57mil**

atendimentos por mês no Centro Carioca do Olho

**27mil**

atendimentos por mês no Centro Carioca do Especialidades

**34mil**

Atendimentos por mês no Centro Carioca do Imagem



## EIXO II – 2023

- ✓ Felicidade importa
- ✓ Saúde digital e desburocratização
- ✓ Fortalecimento dos centros de conhecimento
- ✓ Reestruturar a relação público de privado

 **SUPER CENTRO**  
CARIOCA DE SAÚDE

**CENTRO CARIOCA DO OLHO**  
(HOSPITAL DO OLHO)



## EIXO II – 2023

### PODEMOS VIVER MAIS, MELHORES E FELIZES

Felicidade importa

Saúde digital e desburocratização

Fortalecimento dos centros de conhecimento

Reestruturar a relação público de privado



## Parceria Público-Privada no Souza Aguiar

A Rede de Urgência e Emergência da cidade do Rio de Janeiro está organizada em 9 Coordenadorias Gerais de Emergência – CGE - contando com um total de 14 Unidades de Pronto Atendimento - UPA, 7 Centro de Emergência Regionais – CER e 8 Hospitais de Emergência e Pronto Atendimento.

Este projeto abrangerá 4 (quatro) complexos estratégicos da Cidade envolvendo 4 Hospitais de Emergência, 3 Centros de Emergência Regional - CER, 3 Unidades de Pronto Atendimento – UPA e 1 Maternidade, totalizando em 11 equipamentos localizados em 7 bairros da cidade





# Reconstrução e união



SAÚDE



## GESTÃO – 2017-2019

### REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Estudo para otimização de recursos  
Redução das equipe de saúde da família

## PANDEMIA I – 2020

### PANDEMIA DE COVID-19

Hospital de Campanha  
Aniquilação do papel da APS na pandemia

## PANDEMIA II – 2021

### Protagonismo da APS no combate a COVID19

Investimento na rede própria - HMRG  
Maior campanha de vacinação da história  
Enfrentamento a emergência de saúde pública  
Vacina, testagem e acesso

## EIXO I – 2022

### RECUPERAÇÃO DA REDE SAUDE COMO PRIORIDADE

Recomposição das equipes de atenção primária  
Reequilíbrio orçamentário  
Centro de inteligência Epidemiológica (CIE)

## EIXO II – 2023

### PODEMOS VIVER MAIS, MELHORES E FELIZES

Felicidade importa  
Saúde digital e desburocratização  
Fortalecimento dos centros de conhecimento  
Reestruturar a relação público de privado

## EIXO III – 2024

### SAUDE PUBLICA CARIOCA

Reestabelecendo vínculos  
Novas formas de custeio e pagamento  
Orgulho do que somos e do que podemos ser

## EIXO III – 2024

### SAUDE PUBLICA CARIOCA

- ✓ **Reestabelecendo vínculos**
- ✓ Novas formas de custeio e pagamento
- ✓ Orgulho do que somos e do que podemos ser





# Reestabelecendo vínculos



SAÚDE





RIO DE JANEIRO

## PAR Carioca: espaço para atender pessoas em situação de rua é inaugurado no Centro

A área, localizada na Avenida Henrique Valadares, próximo à Praça da Cruz Vermelha tem como objetivo ser o primeiro passo para a reinserção das pessoas na sociedade e no mercado de trabalho



# Reestabelecendo vínculos

## UM PROCESSO DE RE-HUMANIZAÇÃO





# Reestabelecendo vínculos





# Reestabelecendo vínculos





# Reestabelecendo vínculos



# Reestabelecendo vínculos



SAÚDE





# Reconstrução e união



SAÚDE



## GESTÃO – 2017-2019

### REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Estudo para otimização de recursos  
Redução das equipe de saúde da família

## PANDEMIA I – 2020

### PANDEMIA DE COVID-19

Hospital de Campanha  
Aniquilação do papel da APS na pandemia

## PANDEMIA II – 2021

### Protagonismo da APS no combate a COVID19

Investimento na rede própria - HMRG  
Maior campanha de vacinação da história  
Enfrentamento a emergência de saúde pública  
Vacina, testagem e acesso

## EIXO I – 2022

### RECUPERAÇÃO DA REDE SAUDE COMO PRIORIDADE

Recomposição das equipes de atenção primária  
Reequilíbrio orçamentário  
Centro de inteligência Epidemiológica (CIE)

## EIXO II – 2023

### PODEMOS VIVER MAIS, MELHORES E FELIZES

Felicidade importa  
Saúde digital e desburocratização  
Fortalecimento dos centros de conhecimento  
Reestruturar a relação público de privado

## EIXO III – 2024

### SAUDE PUBLICA CARIOCA

Reestabelecendo vínculos  
Novas formas de custeio e pagamento  
Orgulho do que somos e do que podemos ser

## EIXO III – 2024 SAÚDE PÚBLICA CARIOCA

Reestabelecendo vínculos

**Novas formas de custeio  
e pagamento**

Orgulho do que somos e  
do que podemos ser



# MODELO DE CONTRATAÇÃO

Independente do modelo é possível avançar



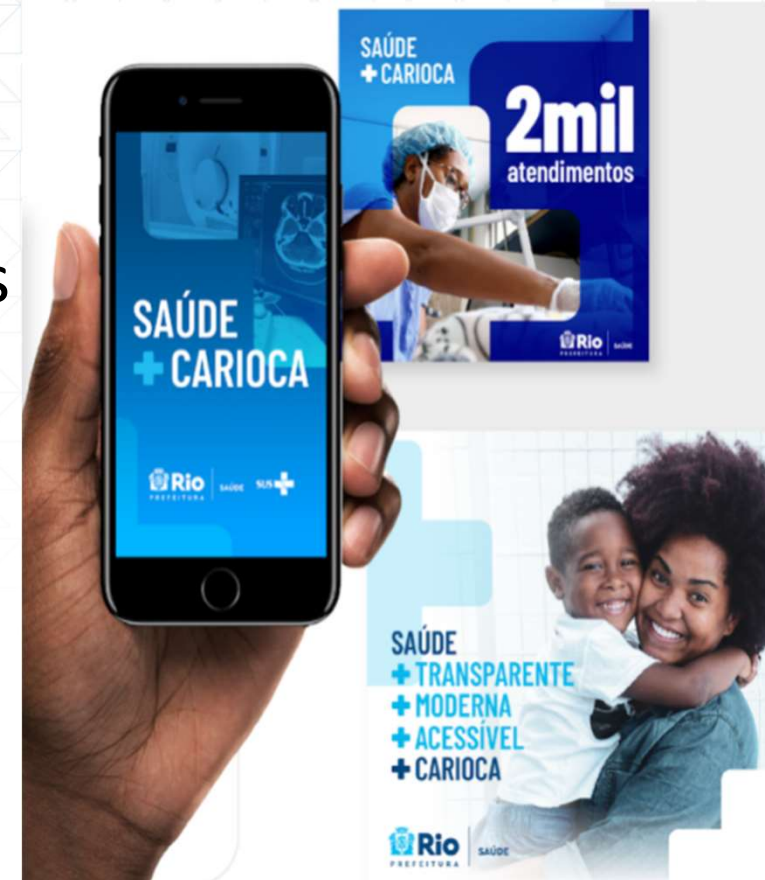


@roseniteixeira1: "A maior recompensa do nosso trabalho não é o que nos pagam por ele, mas aquilo em que ele nos transforma".

@roseniteixeira1: *"The greatest reward of our work is not what we pay for it, but what he makes us".*

(John Ruskin)

- a) **Remuneração base** - Representada por um quantitativo fixo.
- b) **Captação** - Fracção relacionada com o número de cidadãos inscritos e algumas das suas características, como por exemplo a idade.
- c) **Remunerações circunstanciais**
- d) **Pagamentos por ato** - Relativos a atos que exijam aptidões especiais
- e) **Compensação da inospitalidade** (insalubridade)



# Algumas certezas

## Some assurances)

### REMUNERAÇÃO-BASE

### BASE PAYMENT

Todos recebem o mesmo salário independente da qualidade e da quantidade do seu trabalho, deixa de premiar os melhores.

*Everybody receives the same payment, unattached the quality and quantity of work, it doesn't rewards the best.*





# Algumas certezas

## Some assurances

### PAGAMENTO POR PROCEDIMENTO

#### *PAYMENT BY PROCEDURE*

Transforma o cuidado em mais um bem de mercado que se paga quando utiliza.

*Convert care into a market good which is payed everytime it's used*

Melhora em geral a satisfação do usuário com o médico.

*Improves satisfaction between the user and the doctor.*

Promove intervenção acima do ideal, em detrimento da melhoria dos resultados.

*Promotes an intervention beyond the goal, and doesn't care with outcomes*



# Modelo De Pagamento





# Principais formas de Remuneração

- ✓ Remuneração base - Representada por um quantitativo fixo.
- ✓ Salário indireto - benefícios anexados aos vencimentos do médico de Família
- ✓ Capitação - Fracção relacionada com o número de pessoas inscritas
- ✓ Pagamentos por ato ou procedimento (Fee-for-Service)
- ✓ Bolsa de incentivo a formação (Residência Médica, Especialização, mestrado, Doutorado, Programa Mais Médicos, PMM)
- ✓ Compensação da inospitalidade (insalubridade)
- ✓ Remuneração por titulação ou competência
- ✓ Participação acionária
- ✓ Pagamento por desempenho clínico - P4P





# Modo Predominante del Pago y Contratación de los Médicos en la APS

Country	Primary care physician payments	Inpatient specialist payments	Predominant/ secondary mode of provision of primary care
AUSTRALIA	FEE FOR SERVICE	SALARY	PRIVATE GROUP PRACTICE
<b>BRAZIL</b>	<b>SALARY</b>	<b>SALARY</b>	<b>PUBLIC HEALTH CENTRE</b>
CANADA	FEE FOR SERVICE	FEE FOR SERVICE	PRIVATE GROUP/SOLO PRACTICE
TURKEY	CAPITATION	PFP/SALARY	PRIVATE GROUP/SOLO UNIT
UNITED KINGDOM	CAPITATION/FFS/SALARY	SALARY	PRIVATE GROUP PRACTICE

Fuente: Paris, 2010 Apud. Araujo EC, Atenção Primária à Saúde e a Eficiência dos Sistemas de Saude, Banco Muncial Brasilia, 2018

**Ensaio Clínico Controlado (7 estudos incluídos)**

Estudo	Objetivos do estudo	Principais resultados de interesse para o P4P	Período
Kouides RW et al. <sup>29</sup>	Investigar o efeito do P4P sobre a taxa de vacinação contra influenza, em idosos.	No grupo de médicos que recebeu o incentivo, a taxa de imunização média foi de 68,6% (DP 16,6%), em comparação com 62,7% (DP 18,0%) no grupo de controle (P = 0,22). A melhoria na média das coberturas de imunização foi 10,3% no grupo de incentivo em comparação com 3,5% no grupo controle (P = 0,03). O incentivo financeiro foi responsável pelo aumento de aproximadamente 7% na cobertura de imunização contra influenza de idosos.	1991
Hillman et al. <sup>30</sup>	Avaliar o impacto do P4P, associado ao feedback, sobre a adesão dos provedores a diretrizes clínicas para o rastreamento do câncer em mulheres de 50 anos de idade e mais.	De 1993 a 1995, as taxas de triagem duplicaram (de 24% para 50%), sem diferenças significativas entre os grupos intervenção e controle. Os incentivos financeiros e feedback não melhoraram a cobertura do rastreamento de câncer, segundo diretrizes clínicas, entre mulheres de 50 anos de idade e mais.	1993 a 1995
An et al. <sup>31</sup>	Comparar o tratamento habitual para o abandono do tabaco com uso do P4P para incentivar a referência de pacientes para serviços de Quitline Tobacco (serviços telefônicos de apoio ao abandono do tabaco) entre clínicos.	O pagamento por desempenho aumentou o encaminhamento para serviços de Quitline Tobacco, especialmente entre médicos com história de menor engajamento em atividades de melhoria da qualidade.	Setembro de 2005 a junho de 2006

# Principais Influências

Reformas dos Cuidados de Saúde Primários de Portugal. (2005/2010) **(Primary Health Care Reform in Portugal)**

Reforma do NHS (1991-2000) **(NHS Reform)**

Pagamento por desempenho Rio de Janeiro 1995  
**(Payment for performance in Rio de Janeiro – 1995)**

Acordo de resultados Casa Civil  
Prefeitura do Rio/2010-2012  
**(Result Deal – Municipality of Rio 2010/2012)**





## Primeira Iniciativa<sup>(1)</sup> *First Approach*

**1995** A Gratificação de Desempenho e Produtividade foi implantada, experimentalmente, a partir do mês de março, nas unidades da Zona Oeste (AP 5). A partir do mês de junho/ 95, a gratificação foi estendida para a Unidade Integrada de Saúde Manuel Arthur Villaboim (Paquetá – AP) 1996 todas as unidades. *1995 – Bonus performance and productivity were implemented, initially in March in west area of Rio (AP 5). Since June 1995, the bonus was extended for a new health unity located at Paquetá Island (“Unidade Integrada de Saúde Manuel Arthur Villaboim”). 1996 – all health unities.*

## Características<sup>(2)</sup> *Characteristics*

Eram utilizados 11 Indicadores de Produtividade (IP) e Desempenho (IPD) para a rede hospitalar e 13 para a rede ambulatorial básica. *1995 – About 11 productivity and performance indicators were used for the hospital net and 13 por PHC.*

Fonte: (1) Estabelecidos pela Resolução SMS no 530 de 10/03/ 95.

O cálculo foi regulamentado pelas (2) Resoluções SMS nº 570, 571, 572, 591 e 598/96.

# Linha do Tempo

## OS IDPS ESTABELECIDOS PARA CMSS, PSS, UACPSS, UMAMPS E UISS FORAM:

1. Taxa de atraso no Programa de Imunização em menores de 1 ano (+60 dias) (%).
2. Taxa de abandono no programa de hipertensão arterial (%).
3. Taxa de desnutridos até 5 anos (%).
4. Taxa de captação de gestantes no primeiro trimestre de gravidez (%).
5. Taxa de diabéticos em relação ao total de atendimentos (%).
6. Taxa de exames preventivos realizados em mulheres com idade igual ou maior com 40 anos (%).
7. Taxa de consultas médicas em relação ao potencial existente (%).
8. Taxa de exames de mama em relação às consultas em ginecologia - obstetrícia, inclusive estímulo ao auto-exame.
9. Taxa de abandono em relação ao total de pacientes em tratamento de hanseníase (%).
10. Taxa de tratamentos completados de tuberculose em seis meses (%).
11. Avaliação de procedimentos odontológicos preventivos individuais (%).
12. Avaliação de procedimentos odontológicos conclusivos individuais (%).
13. Relatório de atividades do centro de estudos (%).

## Lições aprendidas<sup>(3)</sup> *(Learned lessons)*

A implantação da GDP, na SMS-Rio, mostrou um incremento da produtividade e melhora da informação. *(Implementation of bonus performance payment increased the productivity and improved information).*

**Extinto pelo Prefeito na LEI N.º 4.814 DE 18 DE ABRIL DE 2008** Autor: Poder Executivo Art. 1.º O valor do componente fixo da gratificação por desempenho e produtividade instituída pela [Lei n.º 2.285, de 4 de janeiro de 1995](#), de acordo com os valores estabelecidos no Anexo I, será incorporado ao vencimento.





Indicadores

Órgão\*

Ano\*

Mês\*

Exibir Indicadores

Meta	Unidade	Esperado	Realizado
Reduzir a taxa de mortalidade infantil em pelo menos 11% até 2012, tendo como referência o ano de 2008	Unidades por mil nascidos vivos	12,5	<input type="text" value="13,6"/>
Reduzir a taxa de mortalidade materna em pelo menos 19% até 2012, tendo como referência o ano de 2007	Unidades por cem mil nascidos vivos	50,4	<input type="text" value="47,1"/>
Aumentar em 10 vezes a cobertura do Programa Saúde da Família no município até 2012, tendo como referência o ano de 2008	%	29	<input type="text" value="35"/>
Construir 20 novas UPAs até 2012	Unidades	13	<input type="text" value="13"/>
Reduzir em pelo menos 20% o tempo de espera nas emergências dos hospitais públicos até 2012, tendo como referência o ano de 2009.	%	-9	<input type="text"/>
Garantir que até 2016 não haja pacientes em leitos não cadastrados no CNES em nenhuma das unidades da rede hospitalar municipal, tendo como referência o ano de 2011	unidades acima da capacidade	4	<input type="text" value="5"/>
Garantir que até 2016 não haja pacientes em leitos não cadastrados no CNES em nenhuma das unidades da rede hospitalar municipal, tendo como referência o ano de 2011	% de ocupação acima da capacidade	10	<input type="text" value="14,8"/>
Aumentar a cobertura populacional do programa Saúde da Família de 6,9% para 53,1% no Complexo do Alemão / Penha.	%	43	<input type="text" value="56,5"/>
Criação do PADI (Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso) com 80 mil atendimentos por ano até 2012	mil/ ano	40	<input type="text" value="29,24"/>
Aumentar para 850 a quantidade de pacientes em atendimento domiciliar e 2012	N. Pacientes/mês	600	<input type="text" value="668"/>

# Pagamento por Desempenho

## Variáveis

Variável 01

OSS

Variável 02

Equipe

Variável 03

Profissional

Todos os cronogramas de recursos orçamentários das OSS que fazem apoio a gestão apresentam indicadores que determinam o pagamento extra de uma bonificação condicionado ao cumprimento de metas, dividida em três partes:

PARTE VARIÁVEL 01 – destinada a OSS

PARTE VARIÁVEL 02 – destinada a unidade de saúde

PARTE VARIÁVEL 03 – destinada aos profissionais da Equipe de Saúde da Família



## Incentivo institucional à gestão do TEIAS (OSS)

- **1.1. Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários mantidas**
- **1.2. Proporção de profissionais de saúde cadastrados no CNES / Ministério da Saúde**
- **1.3. Proporção de consultas realizadas pelo próprio médico de família**
- **1.4. Proporção de altas no tratamento odontológico, dos usuários cadastrados**
- **1.5. Proporção de unidades com programação entregue até 05 de fevereiro do ano corrente ou até 30 dias após inauguração de nova clínica**

## 21 indicadores 2016

### Acesso

- A1. Percentagem de consultas realizadas pelo seu próprio médico de família
- A2. Percentagem demanda espontânea (acolhimento da demanda não programada ou encaminhadas por outras unidades) em relação a programada (médicos, enfermeiros e dentistas)
- A3. Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos
- A4. Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos
- A5. Taxa de itens da carteira de serviço implementados
- A6. Percentagem de consultas agendadas por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico

### Desempenho Assistencial

- D1. Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos
- D2. Percentagem de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres
- D3. Percentagem de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos seis meses
- D4. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 2 anos
- D5. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 6 anos
- D6. Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
- D7. Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 28 dias
- D8. Proporção de altas, no tratamento odontológico, dos usuários com tratamento iniciado (acumulativo para os últimos 12 meses)
- D9. Proporção de kits de saúde bucal (kits familiares) distribuídos para famílias com vulnerabilidade social

# Satisfação dos Pacientes

**S1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos (questionário padronizado pela SMSDC)**

## Eficiência

**E1. Custo médio de medicamentos prescritos por usuário**

**E2. Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário,**

**E3. Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME**

**E4. Percentagem de pacientes encaminhados**

**E5. Percentagem de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendadas pelo SISREG**



# Indicadores de desempenho

Indicadores  
calculados  
diariamente

P4P

Definição de  
Meta

MedicineOne Performance Monitor

Indicadores | Módulos correctivos | Configuração

Indicadores

Grupo de indicadores: Centralização USF's | Ano: 2009 | Ordenação: Grupos

Código	Nome do indicador	Período análise	Data de cálculo	Valor	Meta
<b>Indicadores Financeiros</b>					
3.22.4	Taxa de utilização da consulta de enfermagem de planeamento familiar (todas as utentes)	31-01-2009	04-02-2009	19,1 %	35 %
4.22.3	Número médio de consultas de enfermagem de vigilância em saúde infantil, 2º ano de vida (nas crianças vigi...	31-01-2009	04-02-2009	2,5	3
4.22.3	Número médio de consultas de enfermagem em saúde materna (nas grávidas vigiadas na USF)	31-01-2009	04-02-2009	3,8	6
4.33.1	Proporção de grávidas com visita domiciliar de enfermagem durante o puerpério (nas grávidas vigiadas na ...	31-01-2009	04-02-2009	14,7 %	33 %
4.34	Proporção de recém-nascidos com visita domiciliar de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida	31-01-2009	04-02-2009	13,5 %	33 %
4.9.3	Número médio de consultas de enfermagem de vigilância em saúde infantil, 1º ano de vida (nas crianças vigi...	31-01-2009	04-02-2009	4,4	6
5.20.3	Proporção de hipertensos c/ registo de pressão arterial em cada semestre (vigiados na USF)	31-01-2009	04-02-2009	64,9 %	90 %
5.23.4	Proporção de crianças com 2 anos com o peso e altura registados nos últimos 12 meses (todas as utentes)	31-01-2009	04-02-2009	44,3 %	90 %
5.28.3	Proporção de hipertensos com registo do Índice de Massa Corporal (IMC) no último ano (vigiados na USF)	31-01-2009	04-02-2009	71,9 %	90 %
5.2.3	Proporção de mulheres com idades no intervalo [25; 54] anos com registo de colposcopia nos últimos 3 an...	31-01-2009	06-02-2009	85,1 %	85 %
5.7.1	Proporção de diabéticas com pelo menos um exame de pés registado no último ano (associados ao programa...	31-01-2009	04-02-2009	67,0 %	90 %
6.1.1	Proporção de crianças com PMV actualizado aos 2 anos				98 %
6.13.1	Proporção de diagnósticos precoces (TSHPLU) realizados até ao sétimo dia de vida do recém-nascido	31-01-2009	04-02-2009	87,3 %	99 %
6.26.3	Proporção de diabéticos com gestão do regime terapêutico ineficaz				
6.29.1	Proporção de diabéticos com consulta de enfermagem no último ano (associados ao programa de vigilância e...	31-01-2009	04-02-2009	56,7 %	85 %
6.2.3	Proporção de hipertensos (com 25 ou mais anos) com vacinação antitetânica actualizada				80 %
6.4.1	Proporção de grávidas com revisão de puerpério efectuada (nas grávidas vigiadas na USF)	31-01-2009	04-02-2009	67,8 %	80 %
<b>Indicadores Institucionais</b>					
3.12	Proporção de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	31-01-2009	03-02-2009	78,4 %	80 %
3.15.1	Taxa de utilização global de consultas médicas - Directas e indirectas	31-01-2009	03-02-2009	53,7 %	70 %
4.28	Taxa de visitas domiciliárias médicas por mil utentes	31-01-2009	04-02-2009	30,5 %	30 %
4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por mil utentes	31-01-2009	04-02-2009	89,2 %	120 %

## Variáveis

### Variável 01

incentivo institucional à gestão do TEIAS;  
objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMSDC

Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do contrato de gestão

**80 a 100%** - 2% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS

**60 a 79%** - 1% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS

1% dos recursos em investimentos pela CAP (distrito sanitário)  
na Rubrica “adaptação de unidades de atenção primária”

**<60%** - 2% dos recursos orçamentários à CAP

Variáveis

Variável 02

- Valor trimestral de R\$ 3.000,00 por **equipe de SF**;
- Deve ser aplicado na **própria unidade de saúde**;
- Não atingimento metas implica aplicação recursos na rubrica “**adaptação e manutenção da unidade**”;
- Matriz de indicadores deve ser **contratualizada com as equipes**;
- 18 indicadores agrupados em **ACESSO (4), DESEMPENHO ASSISTENCIAL (8), SATISFACAO USUARIOS (1), CUSTO-EFETIVIDADE (5)**.



Variáveis

Variável 02

## Quadro descritivo dos indicadores que compõem a parte variável 02

### Acesso

1. Percentagem de consultas realizadas pelo seu próprio médico de família,
2. Percentagem demanda espontânea (acolhimento da demanda não programada ou encaminhadas por outras unidades) em relação ao total de atendimentos.
3. Taxa de visitas domiciliares por 1.000 habitantes,
4. Taxa de atividades de grupos educativos realizados por ESF no período avaliado,
5. Taxa de itens da carteira de serviço implementados,

Dados Pesquisa

CAP: AP 5.1

Unidade de saúde: SMSDC CF PADRE JOHN CRIBBIN

Datas: 01.04.2012 a 30.06.2012

Indicadores de Performance - Variável 2

A1. Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família

ÁREA/CAP	N	D	VALOR	STATUS	CONTRATUALIZADO	POR ATINGIR	DIFERENÇA
CARUMBE	<a href="#">236</a>	<a href="#">298</a>	79,19 %	...	...	...	<a href="#">62</a>
FREDERICO FAULHABER	<a href="#">247</a>	<a href="#">398</a>	62,06 %	...	...	...	<a href="#">151</a>
JOSE MARIA DE ABREU	<a href="#">487</a>	<a href="#">786</a>	61,96 %	...	...	...	<a href="#">299</a>
LEONOR CHRISMAN MULLE	<a href="#">191</a>	<a href="#">424</a>	45,05 %	...	...	...	<a href="#">233</a>
LIGHT	<a href="#">288</a>	<a href="#">432</a>	66,67 %	...	...	...	<a href="#">144</a>
SALVADOR SABATE	<a href="#">395</a>	<a href="#">497</a>	79,48 %	...	...	...	<a href="#">102</a>
AP 5.1	1644	2835	65,04 %	...	...	...	991

A2. Percentagem de demanda espontânea em relação à programada

ÁREA/CAP	N	D	VALOR	STATUS	CONTRATUALIZADO	POR ATINGIR	DIFERENÇA
CARUMBE	<a href="#">456</a>	<a href="#">717</a>	63,60 %	...	...	...	<a href="#">261</a>
FREDERICO FAULHABER	<a href="#">741</a>	<a href="#">1029</a>	72,01 %	...	...	...	<a href="#">288</a>
JOSE MARIA DE ABREU	<a href="#">746</a>	<a href="#">1411</a>	52,87 %	...	...	...	<a href="#">665</a>

Indicadores PSF

Indicadores de Performance

Indicadores de Performance (2011)

Outros Indicadores de Performance

Academia

Urgência

Mapas de Produção Médica

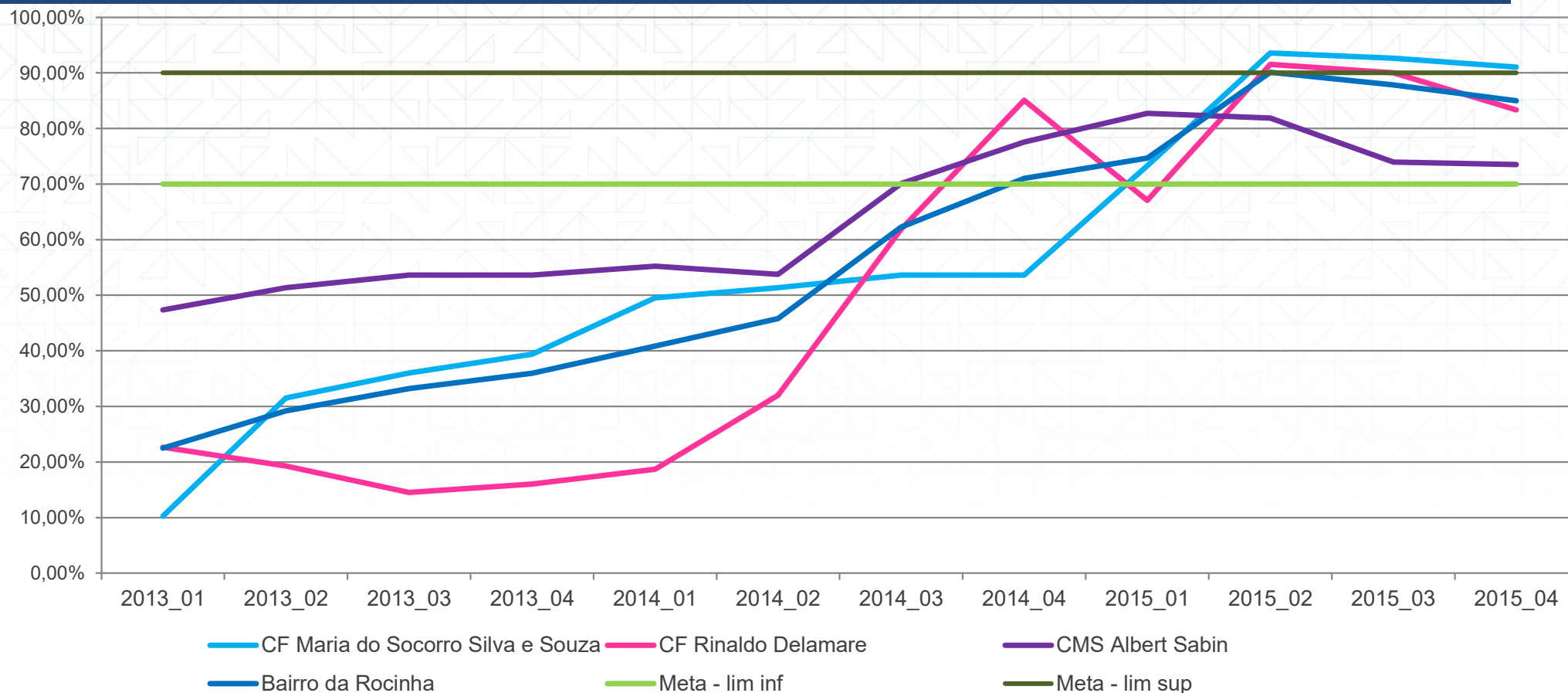
Mapas de Produção de Enfermagem

Mapas de Produção de Saúde Bucal

Grupos Educativos

# 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

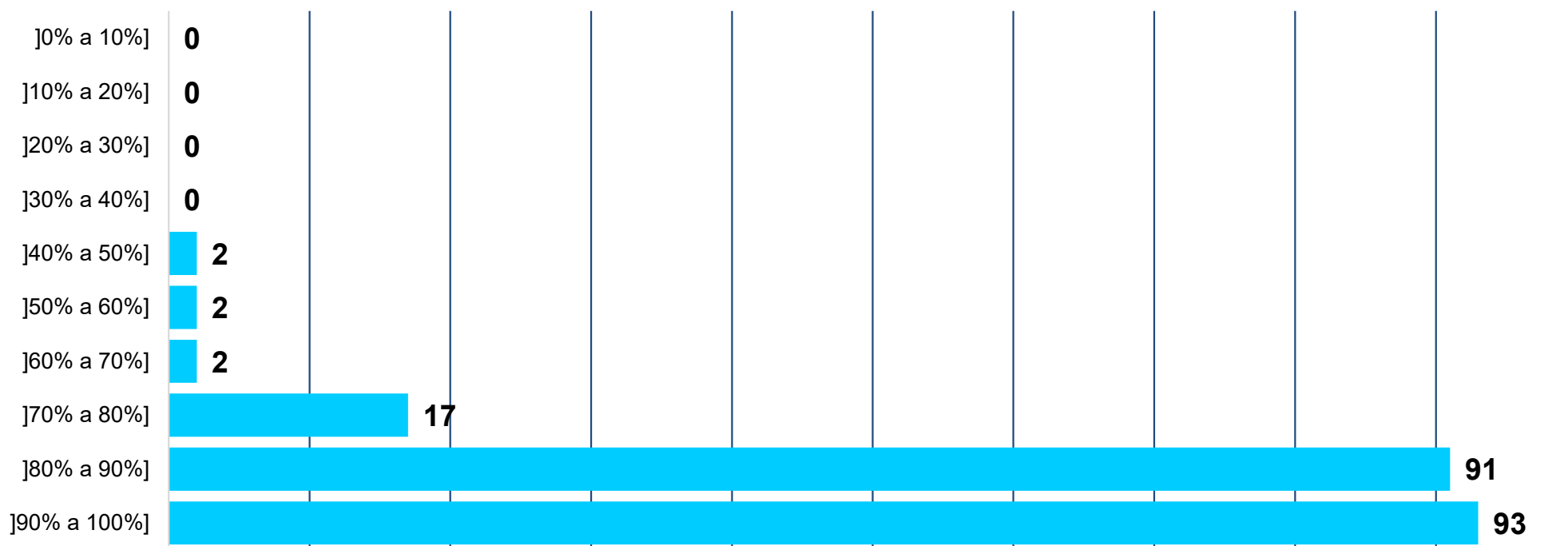


Fonte: Pinto (2016), a partir dos prontuários eletrônicos da APS, AP 2.1/SUBPAV/SMS-RJ.



## 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%**

# Reconstrução e união



SAÚDE



## GESTÃO – 2017-2019

### REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Estudo para otimização de recursos  
Redução das equipes de saúde da família

## PANDEMIA I – 2020

### PANDEMIA DE COVID-19

Hospital de Campanha  
Aniquilação do papel da APS na pandemia

## PANDEMIA II – 2021

### Protagonismo da APS no combate a COVID19

Investimento na rede própria - HMRG  
Maior campanha de vacinação da história  
Enfrentamento a emergência de saúde pública  
Vacina, testagem e acesso

## EIXO I – 2022

### RECUPERAÇÃO DA REDE SAÚDE COMO PRIORIDADE

Recomposição das equipes de atenção primária  
Reequilíbrio orçamentário  
Centro de inteligência Epidemiológica (CIE)

## EIXO II – 2023

### PODEMOS VIVER MAIS, MELHORES E FELIZES

Felicidade importa  
Saúde digital e desburocratização  
Fortalecimento dos centros de conhecimento  
Reestruturar a relação público de privado

## EIXO III – 2024

### SAÚDE PÚBLICA CARIOCA

Reestabelecendo vínculos  
Novas formas de custeio e pagamento  
Orgulho do que somos e do que podemos ser

# SAÚDE PÚBLICA CARIOCA



SAÚDE



## EIXO III – 2024

Reestabelecendo vínculos

Novas formas de custeio e pagamento

**Orgulho do que somos e  
do que podemos ser**





- ✓ Rio de Janeiro prepara-se efetivar um sistema realmente universal 100% de cobertura !
- ✓ Rio de Janeiro tem maior centro formador em Saúde da Família do País !
- ✓ Reunião dos maiores especialistas da área na SMSDC !
- ✓ Investimento no desempenho clinico, gestão do conhecimento, gestão da clinica, educação permanente !



## 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

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.

Família, recém-inauguradas, criando boas condições de atendimento para cidadãos e profissionais. São unidades de saúde de qualidade em qualquer parte do mundo.

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 planejar 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-RJO, 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.



# Melhor que a rede privada

POR WALESKA BORGES

22/09/2015 6:00

MELHOR QUE NA REDE PRIVADA

## Clínica da Família nota dez

Centro municipal de saúde na Tijuca é elogiado por moradores que, mesmo tendo plano de saúde, preferem buscar atendimento na unidade pública

WALESKA BORGES  
waleska.borges@globo.com.br

**A**dona de casa Ana Maria Rodrigues Lopes, de 62 anos, moradora da Tijuca, tem plano de saúde — ela é dependente da filha, funcionária da prefeitura. No entanto, prefere se consultar no Centro Municipal de Saúde Héitor Beltrão, na Rua Desembargador Inácio, no mesmo bairro. Ali, diz Ana, o atendimento prestado pelos médicos — que ela chama de “meninos de ouro” — é bem melhor do que o já recebido na rede privada.



Equipe. Os médicos Bernardo (à esquerda), Thadeu e Rodrigo são elogiados

satisfeita com o atendimento. Paciente de Bernardo, ela conta que sofre de depressão e que o médico sempre a escuta:

— Eu já tive plano de saúde e sei que nem todos os médicos têm paciência para escutar a gente falar.

Os profissionais são formados pela UFRJ e integram o Programa de Residência Médica de Família e Comunidade do Centro de Saúde Héitor Beltrão. A unidade tem cerca de 15 mil pessoas cadastradas na Clínica da Família,

que faz quase cinco mil atendimentos por mês. São 12 médicos residentes nas oito equipes de saúde da família. Eles são acompanhados por um preceptor.

— mas a direção da unidade, Patrícia de Andrade.

O residente Rodrigo diz que escolheu ser médico da família porque, dessa forma, pode conhecer o paciente por completo:

— Resolvemos de 80% a 90% dos sofrimentos.

Outro médico, Bernardo, confirma que alguns de seus pacientes têm realmente plano de saúde.

— Aqui, eles se sentem acolhidos.

Segundo a Secretaria municipal de Saúde, a cidade conta com 77 clínicas da família e 132 centros municipais de saúde. O programa



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



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.



Hospital de S. João é o que registra mais atendimentos de urgência na Região Norte: 125 mil, nos primeiros seis meses do ano, menos 10 mil do que em 2009

## Menos 62 mil idas às urgências desde Janeiro

Região Norte reduz atendimentos no primeiro semestre

rado. Fernando Araújo aponta três razões principais para explicar a redução de episódios nas urgências: a reforma dos cuidados de saúde primários, a aposta nos cuidados continuados e o aumento da produção hospitalar.

### Menos espera, menos urgências

Por um lado, o doente que vai ao centro de saúde, renovado e transformado em Unidade de Saúde Familiar, sai mais satisfeito e deixa de recorrer à urgência em casos não emergentes; por outro lado, a resposta aos doentes idosos e crônicos, com a criação de camas de cuidados continuados e a assistência ao domicílio, evita uma afluência destes doentes às



# Nas paradas de sucesso

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

veja Rio

Curtir 113 mil

Seguir @vejaario 74.4M 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 Clínica 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



Obrigado!

*Thank you!*

*Je vous remercie!*

Daniel Soranz

Secretaria Municipal de Saúde

*Municipal Health Secretary*

Prefeitura do Rio de Janeiro

*City of Rio de Janeiro*



**2016 Games: Our goal:  
70% of Primary Health Care –  
the greatest olympic legacy that  
a City can reach !!**



# Orgulho do que somos e do que podemos ser !!!!!



A cobertura de 100% de saúde da família da Rocinha 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. 2010

Outras fotos podem ser visualizadas em <http://otics-rio.blogspot.com.br/p/clinicas-da-familia.html>

# SUS

ORGULHO

ANIVERSÁRIO DO SUS

19/9 ANIVERSÁRIO DO SUS

# Viva o SUS

Confira algumas ações e curiosidades sobre o Sistema Único de Saúde, que hoje completa 33 anos.

17

Rio PREFEITURA SAÚDE SUS



ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE EM CASA?

## A PREFEITURA DO RIO TEM!

Saúde Pública Carioca Rio PREFEITURA SAÚDE SUS



## SUPER CENTRO CARIOCA DE SAÚDE

completa **UM ANO** de funcionamento com

+ de **530 MIL** atendimentos, exames e procedimentos

Rio PREFEITURA SAÚDE SUS

## Vacina, Rio

CAMPANHA DE MULTIVACINAÇÃO 2023



# 71 MIL

DOSES APLICADAS nesse sábado, dia D

vacina.rio Rio PREFEITURA SAÚDE SUS



# PERTENCIMENTO

## CONHECIMENTO



Rio  
PREFEITURA SAÚDE SUS+

### CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

DIRETRIZES PARA A ABRANGÊNCIA DO CUIDADO

2021

| SÉRIE ATRIBUTOS

VERSÃO PROFISSIONAL



Rio  
PREFEITURA SAÚDE SUS+

### MANUAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

DIRETRIZES PARA A COORDENAÇÃO DO CUIDADO

2022

| SÉRIE ATRIBUTOS

VERSÃO PROFISSIONAL

Rio  
PREFEITURA SAÚDE SUS+

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO  
AMBULATORIAL

### CIRURGIA GERAL

PARTE 1

SÉRIE ESPECIALIDADES | CIRURGIAS

Rio  
PREFEITURA SAÚDE SUS+

PROTOCOLO DE  
REGULAÇÃO AMBULATORIAL

### CIRURGIA PLÁSTICA

SÉRIE ESPECIALIDADES | CIRURGIAS

Rio  
PREFEITURA SAÚDE SUS+

PROTOCOLO DE  
REGULAÇÃO AMBULATORIAL

### EXAMES EM CARDIOLOGIA

SÉRIE ESPECIALIDADES | EXAMES E PROCEDIMENTOS

Rio  
PREFEITURA SAÚDE SUS+

PROTOCOLO DE  
REGULAÇÃO AMBULATORIAL

### OFTALMOLOGIA

SÉRIE ESPECIALIDADES | OFTALMOLOGIA

Rio  
PREFEITURA SAÚDE SUS+

PROTOCOLO DE  
REGULAÇÃO AMBULATORIAL

### PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL ADULTO

SÉRIE ESPECIALIDADES | SAÚDE MENTAL

Rio  
PREFEITURA SAÚDE SUS+

PROTOCOLO DE  
REGULAÇÃO AMBULATORIAL

### REABILITAÇÃO

SÉRIE ESPECIALIDADES | REABILITAÇÃO



# Programas incríveis



Rio

SAÚDE



2021 . 2023

## ○ PADI

○ Atenção Primária Prisional: 22 eAPP

○ Primeira Infância Carioca

○ Unidade Amiga da Primeira Infância:  
117 Unidades

○ Cegonha

○ Ampliação do CnaR: 13 eCNaR



# SEMANA DE PLANEJA MENTO

**23/01**  
▶ 9 h

**SMS** :: Secretaria Municipal de Saúde  
**Auditório do Hosp. Municipal Souza Aguiar**  
Praça da República, 111 – Centro

**24/01**  
▶ 14 h

**SUBPAV** :: Subsecretaria de Promoção,  
Atenção Primária e Vigilância em Saúde

**25/01**  
▶ 14 h

**SUBHUE** :: Subsecretaria de Atenção  
Hospitalar, Urgência e Emergência

**26/01**  
▶ 14 h

**SUBGERAL** :: Subsecretaria Geral

**SUBG** :: Subsecretaria de Gestão

**IVISA** :: Instituto Municipal de Vigilância  
Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de  
Inspeção Agropecuária

**RIOSAUDE** :: Empresa Pública de Saúde  
do Rio de Janeiro

**Auditório do Complexo Regulador**  
Praça da República, 111 – Centro





# OBRIGADO!

THANK YOU!



Um Rio de Saúde:

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



## Daniel Soranz

Secretário Municipal de Saúde  
Prefeitura do Rio de Janeiro  
([soranz@fiocruz.br](mailto:soranz@fiocruz.br))

[soranz@fiocruz.br](mailto:soranz@fiocruz.br)