



**Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças  
Crônicas Não Transmissíveis  
Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2022**

---

***1º Relatório de Monitoramento***

**Referente ao biênio 2013/2014**

**Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas  
Não Transmissíveis**

**Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2022.**

**1º Relatório de Monitoramento**

**Referente ao biênio 2013/2014**

**Rio de Janeiro  
2016**

## **EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ORGANIZAÇÃO DO RELATÓRIO**

Dayse Muller Fernandes

Márcia Regina Mazalotti Teixeira

Simone Jesus de Abreu

Sonia Cristina Amancio da Silva

## **COMITÊ DE MONITORAMENTO DO PLANO**

Angelita Nascimento

Antonio Ribeiro

Bianca Andrade Marum

Clarice Furtado de Oliveira

Dayse Muller Fernandes

Eralda Ferreira da Silva

Juliana Sobral de Oliveira

Márcia Regina Mazalotti Teixeira

Maria Jose Soares Pereira

Marília Monteiro Alvim

Mariza Cardoso Rodrigues de Lima

Myrian Coelho Cruz

Rejane Laeta

Sandra Helena Menezes da Costa

Selma Moura Paixão

Simone Jesus Abreu

Sonia Cristina Amancio da Silva

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	4
RESULTADOS E DESTAQUES .....	8
INTERSETORIALIDADE .....	18
DESAFIOS .....	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
ÁREA TÉCNICA DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (VIGDCNTs) .....	24
ÁREA TÉCNICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (ATAN).....	30
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA .....	35
AÇÕES DA ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL (SAB/SAS/SES) .....	38
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO IDOSO – ATSI.....	40
AÇÕES DA SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA (SAB/SAS/SES).....	42
COORDENAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA-GRUPO TÉCNICO DA LINHA DE CUIDADOS DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO .....	47
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS.....	49
ANEXO I - SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - CAMPANHA MENOS SAL MAIS SAÚDE .....	55
ANEXO II – FOTOS APRESENTADAS PELA COORDENAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA-GRUPO TÉCNICO DA LINHA DE CUIDADOS DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO .....	56
ANEXO III – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO IAM NA EMERGÊNCIA .....	58
ANEXO IV – FICHA PROGRAMA DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO (PEG) – FICHA DE INDICADOR .....	59

## INTRODUÇÃO

Em agosto de 2012 foi proposta pelo Ministério da Saúde (MS), pela Portaria nº 23 de 09/08/2012, a elaboração de um Plano para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis para os estados, capitais e municípios com mais de um milhão de habitantes na época.

O Estado do Rio de Janeiro elaborou e encaminhou para aprovação e, por meio da Portaria nº 2.993, de 26/12/2012, foi autorizado o repasse financeiro do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde para implantação, implementação e fortalecimento das ações específicas de vigilância, prevenção e promoção da saúde para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) no Brasil.

Após a publicação com a aprovação do Plano ele foi apresentado oficialmente para as áreas técnicas da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) e para os municípios em um evento organizado pelas DCNTs no dia 18 de junho de 2013: ***Jornada de Qualificação em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e seus Fatores de Risco e de Proteção.***

Atualmente está disponível na página da Subsecretaria de Vigilância em Saúde <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=REKBw1EzsOo%3d>

O Plano estadual foi elaborado seguindo a estrutura do Plano nacional que se configura em três eixos (Figura 1):



Para a elaboração deste Plano de Enfrentamento, diversas Áreas Técnicas (AT) foram convidadas e dez participaram de sua elaboração perfazendo um total de 77 ações.

O Plano Estadual de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, período de 2013-2022, prevê que de dois em dois anos seja realizado o monitoramento e avaliação ao longo de sua execução.

Este monitoramento bianual tem grande importância, pois possibilita a avaliação e o acompanhamento das ações planejadas no Plano e seu realinhamento, caso necessário. A criação de um Comitê foi o passo fundamental para realizá-lo.

Esse Comitê de Monitoramento do Plano foi uma iniciativa do Subsecretário de Vigilância em Saúde Dr. Alexandre Chieppe, concretizada por meio da Resolução SES nº 1192 de 22 de junho de 2015 assinada pelo Sr. Secretário de Saúde Dr. Felipe Santos Peixoto e constituído da seguinte forma:

3 representantes da Vigilância Epidemiológica e Ambiental SVEA/SVS

4 representantes de Vigilância Sanitária

3 representantes da Superintendência de Atenção Básica – SAB/SAS

2 representantes da Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação – SAECA/SAS

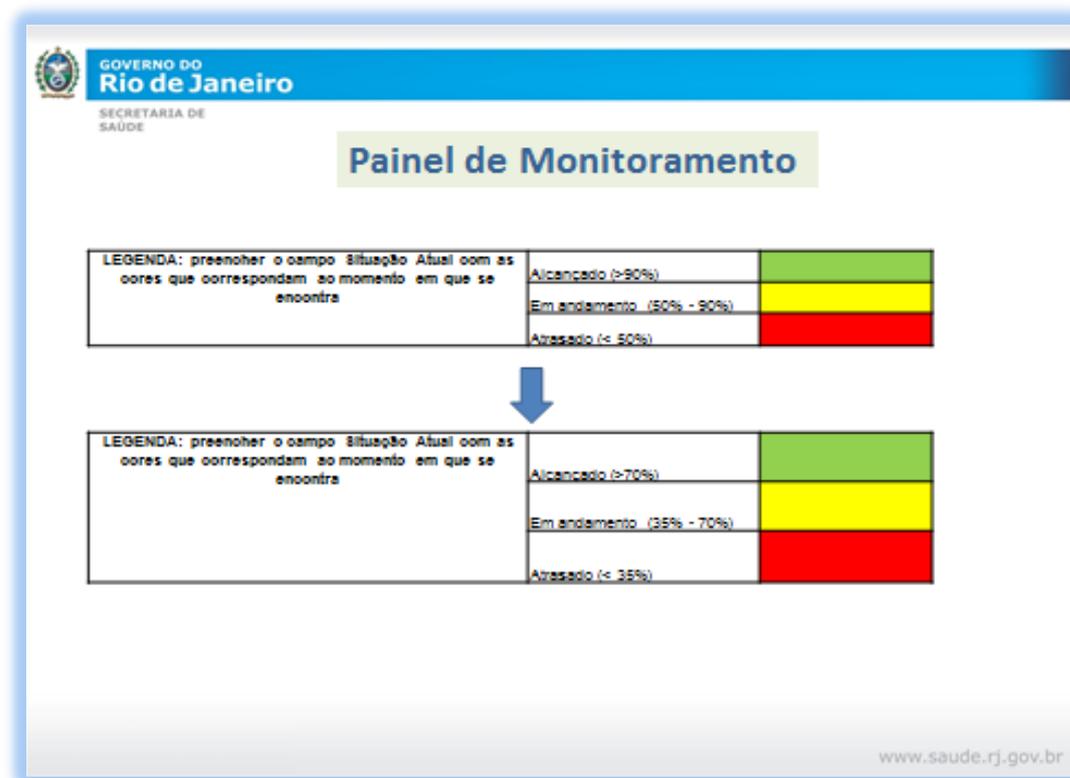
1 representante da Coordenação de Urgência e Emergência – CURGE/SAS

A coordenação do Comitê é feita pela Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental – SVEA/SVS.

A criação do Comitê facilitou o desenvolvimento do Plano uma vez que ambos são intrasetoriais, além de possibilitar a participação de outros eventuais parceiros que sejam identificados como prioritários para a sua concretização.

A partir de uma reflexão crítica de cada Área Técnica sobre as possibilidades, desafios e desempenho dos indicadores que foram eleitos para compor o Plano será possível realizar uma readequação ou manutenção de como as ações foram pensadas para o alcance das metas e principalmente dos objetivos do Plano. As contribuições intra e intersetoriais são necessárias para a efetiva implantação das ações estratégicas de enfrentamento das DCNTs no Estado do Rio de Janeiro.

A criação de um painel de monitoramento, que consta como uma ação que envolve os três eixos, foi elaborado pela equipe da VigDCNTs e posto para avaliação na segunda reunião do Comitê, que reviu os pontos de corte para os valores arbitrados para a avaliação das metas acompanhadas a cada biênio do Plano, conforme pode ser observado no quadro abaixo (Figura 2):



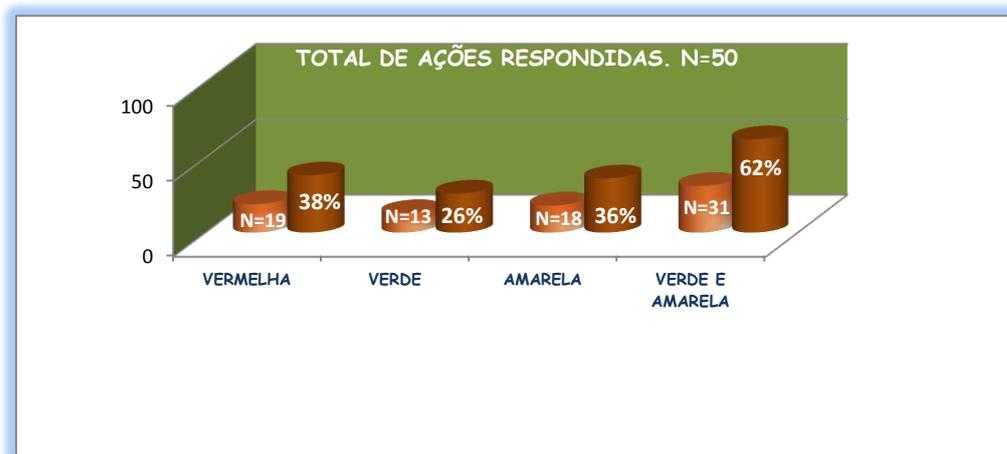
Os componentes do Comitê já participaram de três reuniões com as seguintes apresentações:

- ✓ Plano e de como foi concebido
- ✓ Painel de Monitoramento e Avaliação (com revisão dos pontos de corte)
- ✓ Painel após o preenchimento pelas AT

Além destas reuniões o Plano foi apresentado por solicitação da própria Assessoria Técnica do Pacto Interfederativo/Assessoria de Regionalização para diversas áreas técnicas da Secretaria com o intuito de conhecer e compreender melhor o indicador de redução da taxa prematura das doenças crônicas em 2% ao ano. Este indicador é considerado universal e é pactuado junto aos municípios do estado.

Neste primeiro momento de preenchimento do painel de monitoramento pelas áreas técnicas, pode-se observar na figura abaixo, segundo o desenvolvimento das ações, qual o panorama atual do Plano.

Figura 3: Total de ações respondidas pelas área técnicas segundo o desenvolvimento das ações previstas no Plano. Período: 2013/2014.



Legenda: ■ Atrasado ■ Em andamento ■ Alcançado

Cada AT ficou com a responsabilidade de elaborar um pequeno texto relatando como desenvolveu as ações previstas e apontando a necessidade ou não de revisão das mesmas e o desempenho dos indicadores selecionados para compor o relatório referente ao 1º Monitoramento Estadual do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs. Estes textos encontram-se na íntegra ao final do relatório.

Para cada AT foram selecionadas ações que foram entendidas como destaque para o desenvolvimento e monitoramento do Plano.

## RESULTADOS E DESTAQUES

A formação do Comitê tem se mostrado eficaz para a realização do monitoramento e avaliação do Plano, facilitando a interface entre as ATs, o que se reflete na construção compartilhada deste relatório. A Superintendência de Vigilância Sanitária também criou um Grupo Técnico de Educação na Coordenação de Vigilância e Fiscalização de Alimentos com objetivo principal de implementar as ações planejadas pela sua área para o Plano.

Analisando as ações que compõem o Plano percebe-se o quanto estas são complementares entre si, ainda que as responsabilidades estejam distribuídas entre diferentes áreas técnicas da SES RJ.

O alcance da meta para o indicador universal do Plano (referente à redução na prevalência de mortes precoces pelas 4 principais DCNTs) destaca-se como uma das principais análises necessárias. Considerando-se o biênio 2013/2014, observou-se que em 2014 a meta foi alcançada mostrando um valor de redução de 2%.

A análise do primeiro relatório de monitoramento do Plano de Enfrentamento das DCNTs no Estado do Rio revela importantes avanços no controle de fatores de risco para as DCNTs, em áreas como a de controle do tabagismo e de promoção da atividade física, persistindo, no entanto, importantes desafios no que concerne às estratégias voltadas ao controle do aumento da obesidade e sobrepeso entre a população do estado.

Um dos fatores contribuintes que se destacam no alcance da meta do indicador universal das DCNTs é a redução anual na prevalência de adultos fumantes, considerado o uso do tabaco como um importante fator de risco para as DCNTs. A meta estabelecida é a redução anual em 0,5% na prevalência de tabagismo em adultos  $\geq 18$  anos na capital do estado, monitorada pelo Sistema de Vigilância dos Fatores de Risco e de Proteção para as Doenças Crônicas (VIGITEL). Os resultados encontrados para o biênio 2013/2014 foram maiores que o dobro do estipulado, apresentando redução de 1,3% na prevalência de fumantes de 2013 (11,8%) para 2014 (10,5%). O Programa de Controle do Tabagismo do Rio de Janeiro está bem estruturado e é considerado como referência nacional. Dentre as ações relatadas que contribuem para o delineamento deste panorama está a expansão do programa de tratamento nas UBS no Município do Rio de Janeiro e

a realização de capacitações anuais para a implantação do programa de tratamento para a cessação do tabagismo.

No que diz respeito ao aumento anual em 2% da prevalência da prática de atividade física suficiente no lazer, os resultados do Município do Rio apontam percentuais que superam a expectativa, alterando-se a prevalência de 33% (2013) para 37,6% (2014), segundo dados do VIGITEL. O Programa Academia da Saúde tem sido acompanhado na SES/RJ por meio da instituição de um grupo de trabalho que envolve as Áreas Técnicas da Superintendência de Atenção Básica - ATPIC, Saúde Mental, Área Técnica de Alimentação e Nutrição, Saúde da criança, apoio da Superintendência de Atenção Básica, Vigilância em Saúde (DCNT) e o Ministério da Saúde, por meio de apoiador descentralizado. A proposta deste grupo de trabalho é apoiar o desenvolvimento das atividades que envolvem o Programa Academia da Saúde no Estado do Rio de Janeiro e tem se dado com objetivo de auxiliar os municípios quanto ao caráter das ações a serem desenvolvidas nos polos do Programa. Tem sido possível realizar uma aproximação mais individualizada com os municípios, a fim de auxiliá-los na implantação de suas ações.

As principais ações realizadas em 2013 foram os contatos com os municípios, principalmente nos Grupos de Trabalho da Atenção Básica, com foco na construção dos polos e a promoção de uma articulação interna na SES. Em 2014 foi realizada uma Oficina Estadual de Implantação do Programa e as primeiras Oficinas Regionais. As principais ações realizadas em 2013 foram os contatos com os municípios, principalmente nos Grupos de Trabalho da Atenção Básica, com foco na construção dos Polos e a promoção de uma articulação interna na SES. Em 2014 foi realizada uma Oficina Estadual de Implantação do Programa e as primeiras Oficinas Regionais. Destaca-se que em 2013 existiam 06 polos de Academia da Saúde com obra concluída, número que se ampliou em 2014 para 16 polos.

Outro fator de proteção importante a ser destacado é a promoção da alimentação saudável e adequada. Consta como uma das metas a ser alcançada, a ser alcançada, o aumento em 1% no consumo de FLV regular (consumo em cinco ou mais dias da semana) e 0,5% de FLV recomendado (ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças). Os resultados encontrados apontam

para aumentos da prevalência em 3,7% para o consumo regular e 2,5% para o recomendado.

Ainda com relação à promoção da alimentação saudável, vale destacar ações da ATAN, como a divulgação do Guia Alimentar para a População Brasileira nos eventos realizados pela AT, na Jornada de Alimentação e Nutrição, no Seminário da REANE (inclusive com a participação do Programa Saúde da Criança – PSE), nas oficinas de formação de tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) e da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM). Além do Guia estar disponível no site [www.riocomsaude.rj.gov.br](http://www.riocomsaude.rj.gov.br), onde estão disponíveis também a “Cartilha Alimentação Saudável” e “Promoção da Prática de Atividade Física” produzidas pela DCNTs. A SUVISA também divulgou o Guia Alimentar às VISAs municipais.

A ATAN é responsável pela implantação e implementação da EAAB no Estado do Rio de Janeiro e tem atuado formando tutores que são os responsáveis pela multiplicação em seus locais de trabalho nos municípios. A EAAB tem como objetivo prioritário promover a mudança de práticas relacionadas ao aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar saudável para menores de 02 anos de idade. Até o ano de 2014 formou-se 70 tutores em todo o estado, contemplando as nove regiões.

Ainda relativo à promoção da alimentação saudável a Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA) realiza ações voltadas para segurança de alimentos consumidos no Estado. Gerencia programas de monitoramento nacionais que fornecem informações importantes sobre os alimentos, como o Programa de Avaliação do Teor Nutricional (PATEN), Programa de Monitoramento de Aditivos e Contaminantes (PROMAC), Programa de Análise de Resíduos de Medicamentos Veterinários em Alimentos de Origem Animal (PAMVet); Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA) e Programa Nacional de Monitoramento da Qualidade Sanitária dos Alimentos (PNMQSA) com foco nos produtos relacionados ao perfil epidemiológico dos agravos e substâncias estudadas como as relacionadas ao aumento do risco de câncer (agrotóxicos, aditivos e contaminantes, organismos geneticamente modificados). Estes programas são complementares à fiscalização das Boas Práticas de Fabricação, realizadas pelas Vigilâncias Sanitárias locais e são utilizados pela

ANVISA, gestor nacional do SNVS (Sistema Nacional de Vigilância Sanitária) para alteração de normas de qualidade e identidade de produtos ou alteração de limites do padrão de segurança dos alimentos, sempre que necessário.

No dia 06 de março de 2013 foi lançada oficialmente a Campanha Estadual "Menos Sal Mais Saúde" que tem como objetivo a redução do consumo de sódio e sal na alimentação, através de medidas simples, tais como a retirada do saleiro da mesa e a observação do teor de sódio nos produtos industrializados na hora da compra. Esta é umas das estratégias de educação sanitária utilizadas pela Superintendência de Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro como integrante do Plano de Enfrentamento das DCNT. O projeto conta com a participação das vigilâncias sanitárias municipais, do Conselho Regional de Nutrição 4ª Região, do Conselho de Segurança Alimentar, dentre outros parceiros. O material de divulgação utilizado – folder e cartilha - encontra-se disponível nos links abaixo para uso dos profissionais de saúde, população e setor regulado.

Material da campanha: <http://www.saude.rj.gov.br/servicos-vigilancia-em-saude/vigilancia-em-saude-vigilancia-sanitaria/955-campanhas/16460-menos-sal-mais-saude.html>

Na Área Técnica de Saúde do Idoso (ATSI) destaca-se a qualificação de ações voltadas a atenção integral ao envelhecimento ativo, pois o envelhecimento da população é um dos grandes desafios a serem enfrentados. Conforme o indivíduo envelhece as DCNTs transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade, mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive em países em desenvolvimento. As questões que norteiam o envelhecimento ativo devem ajudar aos idosos a manterem-se independentes e devem ser voltadas para o melhoramento da qualidade de vida a partir da adoção de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Foi planejada pela AT a realização de 09 oficinas regionais anuais de qualificação das ações voltadas ao envelhecimento ativo sendo que no ano de 2013 aconteceram 06 Encontros Regionais e 01 Macrorregional. Em 2014 foram realizados 14 encontros com as regiões.

O fomento ao apoio técnico às iniciativas municipais de redução de danos provocados pelo consumo abusivo de álcool tem sido trabalhado pela AT de Saúde Mental por meio da realização mensal de Fóruns Regionais de Saúde Mental e do Fórum Intersetorial de Álcool e Drogas do Estado.

Todas as regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro elaboraram, com o apoio da SES planos de ação para a ampliação e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos seus territórios, que prevê o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas em todos os níveis de atenção. A execução destes planos vem sendo acompanhada nos Grupos Condutores Regionais e no Grupo Conductor Estadual da RAPS.

O trabalho da Superintendência de Atenção Básica (SAB) tem seu foco hoje no apoio às gestões municipais, principalmente em uma perspectiva regional por meio dos Grupos de Trabalho da Atenção Básica (GT). Neste espaço do GT fomenta-se o desenho de projetos terapêuticos singulares continuamente, ação incluída no Plano, ressaltando a importância do envolvimento e coparticipação dos portadores de DCNTs na construção de seu projeto terapêutico.

Destaca-se entre as ações da AB o apoio à rede de atenção à saúde de municípios com menos de 115 mil habitantes por meio do Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI) em 2012 e 2013. Esta ação teve continuidade em 2014, a ser incorporada nas metas do Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica. Esta ação subsidiou as metas da Atenção Básica no Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI) em 2013. As metas relacionadas ao apoio às redes nos municípios são: investigação das internações sensíveis à atenção básica (ISAB) e elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS); implantação de comissões de integração entre atenção básica e atenção hospitalar e elaboração de Carteiras de Serviços da rede de atenção à saúde. Em 2014, estas ações foram mantidas e passaram a incluir municípios até 120 mil habitantes, além de estender a meta de elaboração da Carteira de Serviços para os municípios de grande porte.

Para fins do monitoramento do PAHI, em 2013 as duas primeiras metas (investigação de ISAB com elaboração de PTS e implantação de Comissões de Atenção Básica - Atenção Hospitalar) foram analisadas em conjunto. Para atingir as metas, os 57 municípios participantes deveriam enviar relatórios com a síntese da investigação das ISABs e elaboração de PTS (Meta I) e as atas da Comissão de Atenção Básica – Atenção Hospitalar. Como resultado, 86% dos participantes, enviaram documentos relacionados as Metas I e/ou II. Em relação à Meta III, 42

municípios elaboraram a Carteira de Serviços, o que equivale a 74% dos municípios participantes do PAHI em 2013.

Em 2014, com o Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica, as três metas foram monitoradas separadamente. Todos os municípios poderiam participar do Programa e não mais apenas os com menos de 115 mil habitantes, havendo adesão de 88 municípios. No entanto, apenas os com menos de 120 mil habitantes eram elegíveis para a Meta I (investigação das ISABs e elaboração de PTS) e para a Meta II (implantação da Comissão Atenção Básica – Atenção Hospitalar), totalizando 67 municípios para o cumprimento destas metas. Destes, 64% (43 municípios) enviaram relatórios de ISAB e PTS e 67% (45 municípios) enviaram atas que comprovavam a atuação das Comissões Atenção Básica – Atenção Hospitalar.

No que se refere a Meta III, 46 municípios deveriam elaborar a carteira de serviços, visto que não haviam feito isto no ano anterior. Como resultado 43 municípios elaboraram suas Carteiras de Serviços, 93% do total de elegíveis. Somando o resultado dos dois anos, houve elaboração de Carteiras de Serviços em 85 municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Quanto à ação que se refere ao monitoramento e implantação das ações da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PAD) para atendimento aos portadores de condições crônicas, cuidados paliativos e outros no ano de 2013, o Ministério reformulou esta Política no mote do Programa Melhor em Casa. Neste mesmo ano, a equipe da SAB/SAS/SES realizou oficinas regionais de apoio à adesão em parceria com COSEMS e MS. Ao longo de 2013 e 2014 a equipe da SAB/SAS apoiou tecnicamente os municípios na elaboração dos projetos de implantação. Em dezembro de 2013 o estado do Rio de Janeiro contava com 44 EMAD, 03 EMAD2 e 27 EMAP. Em dezembro de 2014 o número de EMAD passou para 53 e o de EMAD2 permaneceu 03, já o número de EMAP subiu para 31. Ao término de 2015 o estado já contava com 54 EMAD, 4 EMAD2 e 35 EMAP implantadas. Recentemente o referido Programa deixou de estar atrelado à estrutura do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e passou ao [Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência - DAHU](#)

No eixo do Cuidado Integral em relação às doenças cardiovasculares é importante destacar que a implementação da linha de Cuidados do IAM contou

com iniciativas importantes no ano de 2013 no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro como a formação do GT de Cardiologia, a definição do Projeto, com base na Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011, a ser desenvolvido inicialmente como Piloto na METRO I e o mapeamento da Rede de Cardiologia.

Em 2014, várias ações foram desenvolvidas incluindo principalmente, a finalização do diagnóstico, estabelecimento de parcerias; elaboração do Protocolo e Elaboração do Cartaz para Porta de Entrada de Urgência e Emergência - UPA, CER, Unidades Hospitalares; capacitação e treinamento das equipes das UPAs Estaduais, UPAs do Município do Rio de Janeiro e UPAs de outros municípios para implantação do Protocolo e uso do ECG digital; distribuição e instalação escalonada do ECG digital nas portas de entradas habilitadas pelo Ministério da Saúde; e por fim a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro instituiu o Grupo de Trabalho para a Implementação da Linha de Cuidados do Infarto Agudo do Miocárdio no Estado do Rio de Janeiro através da Resolução SES nº 1033 de 07 de outubro de 2014.

Com base no Projeto de implementação da Linha de Cuidados do Infarto Agudo do Miocárdio, foram elaboradas as ações e metas referente a Linha de Cuidados do IAM para o Painel de Monitoramento do Plano Estratégico de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNTs incluindo o SAMU na relação das Portas de Entradas de Urgência e Emergência.

De acordo com as informações disponíveis sobre a implementação do Projeto foi possível encontrar os seguintes resultados:

-Protocolos e cartazes elaborados;

-01 ação desenvolvida com condições de avaliar o resultado da meta alcançada como foi o caso da capacitação das equipes das UPAs: 100% das UPAs com equipes treinadas e capacitadas para uso do ECG digital, e ECG digital instalados: Estaduais (30), Município do Rio de Janeiro (14) e outros municípios (28). Foi possível constatar excelente participação e motivação para implementação do Projeto;

- Das 10 ações com atraso, 02 foram consideradas inviáveis (uma por incompatibilidade entre ação e meta e outra por não fazer parte pertinente ao

projeto do IAM), 02 ações necessitam de aprofundamento nas discussões, 03 ações foram iniciadas com finalização no último trimestre de 2014, o que inviabilizou avaliar o alcance da meta e 03 ações não foram iniciadas;

- das 13 ações referentes ao IAM, 04 ações tiveram ajuste na meta, 04 ações sofreram reajuste e 03 ações não;

A implementação do projeto no biênio 2013/2014 demandou muito tempo para mobilização, articulações para dar sustentação ao projeto, estabelecimento de parcerias, desenvolvimento de ações estruturantes como elaboração de protocolos, produção de cartazes e sua distribuição e instalação de ECG digital, requerendo ajustes de ações, metas e no cronograma ao longo do período de vigência do Plano Estratégico de Enfrentamento as DCNTs.

Cabe destacar aqui as ações da Superintendência de Assistência Farmacêutica que em 2013, realizou uma oficina visando apoio aos Secretários de Saúde e Coordenadores de Assistência Farmacêutica dos 11 municípios habilitados à época para o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), instituído pela Portaria nº 1214 GM/MS de 13/06/2012. Nesse evento, foram abordados os aspectos legais e as diretrizes que envolvem o Programa QUALIFAR-SUS, além das estratégias para sua implantação. O Programa visa contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, mobiliários e recursos humanos. Nessa oficina foi abordada a importância da implantação de um sistema informatizado para controle de estoque de medicamentos e gestão da assistência farmacêutica. Tal evento, promovido em parceria com o Departamento de Assistência Farmacêutica do MS – DAF/SCTIE/MS e o COSEMS-RJ, teve a participação de nove municípios: São Francisco de Itabapoana, Porciúncula, Cardoso Moreira, São José de Ubá, São Sebastião do Alto, Paty do Alferes, Trajano de Moraes, Tanguá e Sapucaia.

Ainda em 2013, foi realizada uma oficina sobre o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde (Qualisus - Rede), instituído através das Portarias nº 396/2011 e nº 601/2011. O Projeto trata-se de uma iniciativa do MS para o desenvolvimento do SUS, com foco no apoio à consolidação de um sistema integrado de serviços de saúde, estruturado por meio de Redes de

Atenção a Saúde. Uma das ações do Projeto é a Intervenção Sistêmica da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde tendo como uma de suas prioridades a aquisição de equipamentos (computadores e impressoras), para todos os municípios e Secretarias de Estado da Saúde participantes do Programa, informatizando esses serviços e, desta forma, fortalecendo a gestão do Sistema Único de Saúde, com vistas à ampliação do acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Esta ação possibilita a implantação de sistemas informatizados de controle de estoque e gestão da Assistência farmacêutica, tendo em vista a disponibilidade de computadores. A Região Metropolitana I foi a elencada para participar do Projeto Qualisus-Rede, na figura de região piloto do estado nas ações que envolvem a Assistência farmacêutica. A oficina objetivou apresentar as ações do MS no âmbito da Assistência Farmacêutica vinculadas ao Projeto Qualisus - Rede, visando auxiliar a estruturação dos municípios da Região Metropolitana I. O público-alvo envolveu os gestores, coordenadores municipais de assistência farmacêutica e técnicos de farmácia, e foi realizada pelo Ministério da Saúde, com apoio da SES/RJ e do COSEMS/RJ.

Em 2014, foi realizada mais uma reunião sobre o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), que tem como uma de suas diretrizes a implantação de sistema Hórus. Esta reunião teve como público-alvo os Secretários de Saúde e Coordenadores de Assistência Farmacêutica dos doze municípios contemplados, à época, para o Programa. Neste evento estiveram presentes representantes de nove municípios, sendo eles: Porciúncula, Cardoso Moreira, São José de Ubá, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Paty do Alferes, Cambuci, Silva Jardim, São Francisco de Itabapoana. Ainda em 2014, foi realizado um evento de Capacitação sobre as Normas de Execução e Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Esse evento abordou as diretrizes contidas na Deliberação CIB-RJ nº 2661 de 26/12/2013, onde em seu Artº. 11 §1º e §2º reforça a necessidade de uso de sistema informatizado de controle de estoque para suporte à gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde. Esta capacitação teve como público-alvo os Secretários de Saúde, Coordenadores de Assistência Farmacêutica e Coordenadores dos Fundos Municipais de Saúde dos 92 municípios do Estado. Estiveram presentes representantes de 65 municípios, perfazendo um total de 116 participantes.

Para que se possa compreender melhor o desempenho do indicador universal do Plano faz-se necessárias análises mais focadas nas enfermidades que compõem tal indicador. Entre elas, destacamos nos parágrafos anteriores as doenças cardíacas. Ao longo do Plano precisa-se ainda uma análise das ações planejadas e executadas com relação ao diabetes e ao câncer.

A AT responsável pelas ações desenvolvidas na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer destacou entre as ações planejadas a execução do aporte de recursos do teto financeiro para o Município do Rio de Janeiro para implantação do programa de gestão de qualidade do exame citopatológico através do SITEC/INCA. Espera-se como resultado desta ação uma melhor acurácia dos laudos do exame citopatológico do colo do útero, funcionando como um mecanismo de padronização diagnóstica.

O exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolau) é a principal estratégia para detectar lesões precursoras e fazer o diagnóstico da doença. O exame pode ser feito em postos ou unidades de saúde da rede pública que tenham profissionais capacitados. É fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o que é e qual a importância do exame preventivo, pois sua realização periódica permite reduzir a mortalidade pela doença (SES/RJ, 2016).

Destaca também que em 2013, ofereceu capacitações para profissionais de nível primário e secundário para o rastreamento do câncer e o tratamento de lesões precursoras a todos os municípios conforme ação prevista 5.6.

Consultando-se a Ficha do Programa de Excelência em Gestão (PEG) a AT em sua análise crítica, com relação à ampliação da razão de mulheres de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos, informa que ainda há uma subnotificação o que dificulta a análise do indicador. Ainda afirma o não credenciamento pelo SUS de alguns prestadores contratados pelos municípios. Além disso, há uma limitação na construção do indicador que não inclui o procedimento para o exame citopatológico cérvico-vaginal microflora.

A detecção precoce do câncer de mama pode também ser feita pela mamografia, quando realizada em mulheres sem sinais e sintomas da doença, numa faixa etária em que haja um balanço favorável entre benefícios e riscos dessa prática (mamografia de rastreamento). Alguns fatores podem interferir na informação desta produção, como a implantação dos mamógrafos móveis no Estado, que por

problemas técnicos parou de informar produção a partir do ano de 2014 (SES/RJ, 2016).

A AT relata que quanto ao fortalecimento e a ampliação das ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero ainda se identifica subnotificação e a não informação por alguns meses dos dados de produção do mamógrafo móvel da SES, conforme citado na Atenção Oncológica.

Visando ações de melhoria a AT propôs em 2013 atuar junto às ATs das Secretarias Municipais para o credenciamento e inserção dos dados dos prestadores no Siscolo e Sismama de forma contínua.

### **INTERSETORIALIDADE**

É importante destacar as parcerias intersetoriais que foram estabelecidas por algumas ATs e que são importantes para a realização de ações propostas para o Plano e para o alcance de suas metas. A saber:

**Setor Educação:** são realizadas ações com a Rede Estadual de Alimentação e Nutrição Escolar (REANE) para a promoção da alimentação saudável, estímulo ao uso de produtos oriundos da agricultura familiar, resgate da cultura alimentar saudável (elaboração de um livro de receitas dos avós regionalizado) e promoção da articulação entre os programas PSE (saúde) e PNAE (educação) que são desenvolvidos na educação. As ATs que formaram a parceria são a DCNTs e ATAN. A ATSI também tem participado na elaboração do livro de receitas para valorizar as relações intergeracionais. É importante destacar que o GT de Educação da SUVISA também se aproximou desta parceria visando desenvolver suas ações voltadas para os escolares. São realizadas reuniões mensais pelo Comitê Executivo e duas plenárias anuais envolvendo os municípios.

Há também a realização de uma pesquisa envolvendo universidades para o mapeamento das ações de enfrentamento da obesidade que são realizadas pela Atenção Básica nos municípios do estado. Esta pesquisa será melhor detalhada a frente.

**Setor Transporte:** no biênio 2013/2014 ainda não estava estabelecida nenhuma parceria, mas em 2015, a Superintendência de Vigilância Epidemiológica iniciou participação em grupo de trabalho que tem como objetivo a redução de óbitos por

acidentes de trânsito no estado do Rio de Janeiro e que terá as suas ações desenvolvidas ao longo do ano de 2016.

**Setor Assistência Social e Direitos Humanos:** a ATAN tem participado desta parceria que também inclui o setor educação e é referente às ações desenvolvidas para o acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Tem seu enfoque em ações de promoção da alimentação saudável, avaliação antropométrica e ampliação do cuidado às famílias dentro da Atenção Básica e das demais secretarias. Com relação ao acompanhamento das famílias em 2013 e 1024 os percentuais alcançados, segundo informações do Ministério da Saúde, foram:

<b>Ano</b>	<b>1ª Vigência</b>	<b>2ª Vigência</b>
<b>2013</b>	51,8%	59,10%
<b>2014</b>	57,5%	60,4%

*1ª Vigência: janeiro a junho; 2ª Vigência: julho a dezembro.*

Outra ação que é desenvolvida com este setor é a promoção de fóruns estaduais/regionais intersetoriais de saúde mental para estimular a articulação entre a rede de cuidado da Assistência Social (Centro de Referência de Assistência Social - CRAS e Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS) e equipes de apoio para o cuidado aos usuários dependentes de álcool. O Fórum Intersetorial de Álcool e Drogas do Estado ocorre mensalmente. No entanto, ainda há necessidade de ampliar a participação para outros setores.

**Associações, Conselhos e ou outras entidades:** a AT de Saúde Mental vem entrando em contato com a Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA) para desenvolvimento de ações junto aos municípios. Pretende reformular a ação para que não se restrinja às ações de redução de danos vinculadas ao uso abusivo de álcool, mas também ao de outras drogas.

O Conselho Regional de Nutricionistas (CRN4ª Região) e a Associação de Nutricionistas do Estado do Rio de Janeiro (ANERJ) têm participado ativamente em parceria com a ATAN no Grupo Técnico de Alimentação e Nutrição (GTAN) que até o ano de 2015 realizava reuniões mensais para discutir as ações pertinentes e desenvolvidas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Em 2016 as reuniões deste GT serão bimensais. É importante destacar que neste GT

também participam universidades como a Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio).

## **DESAFIOS**

As metas anuais propostas para controle da obesidade e excesso de peso foram, respectivamente, a manutenção da prevalência em 16,5% de obesidade em adultos,  $\geq 18$  anos de idade, em ambos os sexos e manutenção em 49,6% na prevalência de excesso de peso em adultos  $\geq 18$  anos de idade, em ambos os sexos. Observou-se no estado uma redução de 1,2% obesidade de 2013 (20,7%) para 2014 (19,5%), mantendo-se, no entanto, prevalência ainda distante da esperada. Quanto à prevalência de excesso de peso, registrou-se um aumento de 1,3% entre 2013 (53,1%) e 2014 (54,4%). Trata-se de uma situação contemporânea preocupante e de importância para a saúde pública, cujo enfrentamento constitui um fator preponderante para que o Plano obtenha resultados positivos no cuidado integral da saúde da população.

A abordagem das questões relativas ao sobrepeso e obesidade demanda um trabalho integrado entre as várias AT que apresentam interface com o enfrentamento das DCNTs, seja de forma intra e intersetorial. Nesta vertente, foi proposta, em reuniões do Comitê de Monitoramento, a criação de um subcomitê para conduzir a construção da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas como uma maneira eficaz de desenvolver um trabalho integrado a partir da definição de uma agenda compartilhada.

Como medida a contribuir com este enfrentamento o MS em fevereiro de 2013, publicou a Portaria nº 252/GM/MS, que instituiu a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal Portaria foi revogada pela Portaria nº 483/GM/MS, de 2/4/2014, que apenas a atualizou. A partir delas, foi publicada a Portaria nº 424/GM/MS, de 19/3/2013, que redefine as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. As linhas de cuidado (LC) estabelecem um pacto entre os diversos atores dos pontos de atenção da RAS, estabelecendo fluxos de referência e

contrarreferência para assistir o usuário com excesso de peso e obesidade no SUS (Brasil, 2015).

A informação é primordial para o planejamento estratégico e para a tomada de decisões, para tanto, deve incorporar a adoção de diferentes estratégias de vigilância epidemiológica, como inquéritos populacionais, chamadas nutricionais e produção científica, com destaque para as ações nos serviços de saúde.

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) está destacada como uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e constitui-se como estratégia essencial para a atenção nutricional no SUS, ou seja, para organização e gestão dos cuidados em alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Assim, recomenda-se que seja realizada, nos serviços de saúde, a avaliação de consumo alimentar e antropometria de indivíduos de todas as fases da vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes). Já que, os fatores de risco para as DCNTs acumulam-se ao longo dos ciclos de vida e merecem atenção especial, com um monitoramento contínuo e regular, ampliando o conhecimento a cerca do tema permitindo propor políticas públicas e ações mais direcionadas na condução deste processo.

Como já relatado anteriormente há uma baixa cobertura de acompanhamento do Sisvan Web no Estado do Rio de Janeiro, e os dados mesmo sub-registrados, mostram que a obesidade entre adolescentes (9,4%); adultos (29,9%) e idosos (53,7%) supera os respectivos valores médios regionais e nacionais. Salienta-se que este sistema abrange informações em nível municipal, estadual, regional e nacional, diferente dos inquéritos, que apesar de sua importância, possuem abrangência menor em determinados grupos e locais específicos.

A valorização do uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan Web) que tem por objetivo realizar a gestão das informações de VAN da Atenção Básica, desde o registro de dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar até a geração de relatórios é de primordial importância e precisa ter sua implementação estimulada e apoiada pela gestão nas três esferas de governo colocando este instrumento como uma importante ferramenta para traçar um perfil epidemiológico do estado. E a partir de então, trabalhar a informação a favor do planejamento.

Para a reorganização das práticas de saúde no âmbito da Atenção Básica é fundamental que a equipe conheça os problemas e necessidades em saúde da população do seu território, assim como os possíveis aspectos promotores de sua saúde. Dessa forma, a utilização desse conhecimento contribui para organização de seu processo de trabalho. A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho das equipes de Atenção Básica. Essa prática possibilita pensar e fazer saúde com base no contexto de cada realidade social, cujos acontecimentos que afetam a vida, e conseqüentemente a saúde das populações, são decorrentes de interações e situações diversas (MONKEN; BARCELLOS, 2007). É importante que todos os profissionais das equipes de AB, inclusive aqueles que atuam no apoio matricial a estas equipes, participem desse processo de olhar contínuo sobre o território. No contexto da VAN é fundamental cartografar o território que se apresenta e conhecer como se dão as relações, as tradições e os costumes adotados pela comunidade no tocante às práticas alimentares (Brasil, 2015).

As áreas técnicas da SES têm ampliado as suas parcerias por meio da ATAN e da DCNTs. Em 2013 passou a integrar uma equipe de trabalho que envolve o setor da educação. Está participando do projeto ***“Intervenções Nutricionais para o Enfrentamento da Obesidade na Atenção Básica do SUS no Estado do Rio de Janeiro”*** aprovado pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), pelo Edital de n.º 35, referente a pesquisas para o SUS.

Este projeto é coordenado pela Profª Drª Luciene Burlandy C de Alcântara, da Universidade Federal Fluminense (UFF) e foi elaborado em parceria com as universidades: Universidade do Estado de Saúde do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO) e pela integração das áreas técnicas das DCNTs e de Alimentação e Nutrição (ATAN) da Secretaria de Estado de Saúde. O projeto, que recebeu recursos financeiros para a sua realização, iniciou em Junho de 2014.

O mapeamento das ações de enfrentamento da obesidade desenvolvidas pelos municípios é fundamental para subsidiar os gestores na definição de estratégias que qualifiquem o cuidado em saúde no atual contexto epidemiológico.

Após finalização deste projeto será possível apoiar as regiões de saúde no desenho e qualificação das ações da Atenção Básica no âmbito da linha de

cuidado da obesidade. A pesquisa encontra-se em fase de realização de entrevistas e tem previsão de conclusão em setembro de 2016.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Entende-se que as áreas técnicas devem avançar em sua organização, promovendo o realinhamento das ações quando necessário e estabelecendo parcerias internas e externas capazes de permitir a condução do Plano em sua íntegra e principalmente contribuindo para a realização eficaz das ações de enfrentamento das DCNT para o decênio 2013/2022, com foco no usuário.

Espera-se como resultado do Plano uma efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde.

Um Plano torna-se vivo quando a partir das ações planejadas inicialmente são inseridas ações que se fazem necessárias ao longo do processo de trabalho.

A seguir encontram-se os resultados informados pelas áreas técnicas com análises e considerações conforme acordado nas reuniões do Comitê. Sugeriu-se também que utilizassem as informações constantes do Painel de Monitoramento e Avaliação com os parâmetros criados e avaliados anteriormente.

O texto que cada AT elaborou foi preservado e manteve-se inclusive a formatação definida pelas próprias áreas. Em alguns parágrafos as ATs escreveram sobre ações referentes ao biênio 2015/2016. Nas reuniões do Comitê e durante a elaboração do relatório percebeu-se a dificuldade que as ATs sentiram para relatar ações referentes apenas ao biênio 2013/2014, uma vez que muitas ações já estavam sendo complementadas em 2015. Em alguns textos elaborados pelas áreas (disponíveis nas páginas seguintes) foram relatadas ações que não são referentes ao biênio deste relatório, mas optamos por mantê-los para garantir a integralidade dos mesmos. Salienta-se que a AT responsável pela análise de dados referentes a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer (SAECA/SAS) forneceu as informações por meio de um relato verbal à coordenação do Comitê.

## ÁREA TÉCNICA DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (VIGDCNTs)

### Eixo I, II e III: Painel de Monitoramento e Avaliação do Plano.

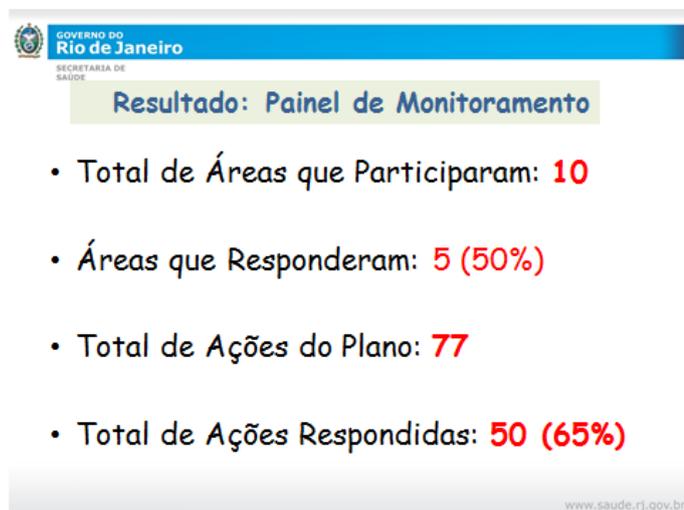
Ação 1.1 Criar um Painel de Monitoramento com as principais metas e indicadores de acompanhamento do Plano

Conforme anteriormente, a meta foi cumprida e o Painel encontra-se em uso pelas AT para fechamento do relatório bianual. Ressaltamos que o monitoramento e avaliação serão realizados no decorrer do ano conforme acordado em reunião do Comitê e tendo como produto anual a elaboração de um relatório. Tal ação permitirá realinhamentos em tempos oportunos.

Ação 1.2 Monitorar e avaliar as principais metas e indicadores de acompanhamento

Apesar das principais metas e indicadores terem sido acompanhados nesse processo de monitoramento, verificamos que nem todas as AT comprometidas com a elaboração e desenvolvimento das ações responderam aos convites para a participação das reuniões do Comitê e/ou enviaram suas colaborações. Sendo assim, não podemos afirmar que 100% das principais metas e indicadores do Plano foram acompanhados. Pode-se observar na figura abaixo um resultado parcial do monitoramento até o dia 17/11/2015, quando apresentado para os membros do Comitê:

Figura 6: Slide com os resultados do monitoramento do Plano referente ao biênio 2013/2014 apresentado pela equipe da VIGDCNT na 3ª reunião do Plano.



Após esta apresentação ainda foram recebidas informações de outras duas áreas técnicas.

### Ação 1.3 Pactuar indicadores de monitoramento das ações do Plano na esfera municipal

Esta ação está em atraso, pois a vigilância das DCNTs em grande parte dos municípios não está estruturada, gerando uma dificuldade para a execução das rotinas necessárias para o desenvolvimento das ações do Plano. Assim sendo, foi avaliada a necessidade de atualização dos interlocutores municipais prevista para conclusão em fevereiro de 2016 conforme inserção no Plano Estadual de Saúde (PES 2016 – 2019).

## **Eixo I, II e III: Prevenção, Controle e Promoção da Saúde do grupo das 4 principais DCNTs**

### Ação 1.1 Monitorar e avaliar a redução da taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) para o conjunto das 4 DCNTs

Entre as principais causas de óbitos por DCNTs encontram-se as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes. No Plano estadual, conforme a orientação do Ministério da Saúde (MS), o indicador eleito é o mesmo para monitorar a meta, tanto nacional como para os estados, e é composto pela redução da taxa de mortalidade prematura por essas doenças em indivíduos com 30 a 69 anos de idade, em 2% ao ano ou 25% até 2025 (Meta Global adotada em 2011, a Assembléia Mundial de Saúde (OMS)). É um indicador universal, do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde/COAP (parte III), pactuado pelo estado e é definido como mortalidade prematura por DCNTs, pelo grupo das quatro doenças crônicas não transmissíveis, a saber: doenças cardiovasculares (CID10 - I00-I99), câncer (CID10 - C00-C97), diabetes (CID10 - E10-E14) e doenças respiratórias crônicas (CID10 - J30-J98).

Considerando-se o biênio 2013/2014, observou-se que em 2014 a meta foi alcançada mostrando um valor de redução de 2% como resultado abaixo:

Figura 7: Taxas de mortes prematuras, em indivíduos com 30 a 69 anos de idade, por ano e pelo conjunto das quatro principais DCNTs. Estado do Rio de Janeiro, 2008 a 2014.

Região de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
							Resultado	Meta
<b>Estado</b>	<b>423,31</b>	<b>415,81</b>	<b>411,04</b>	<b>413,40</b>	<b>405,50</b>	<b>413,62</b>	<b>404,86</b>	<b>405,13</b>
BIG	325,96	324,73	333,61	305,58	326,56	340,16	321,46	299,47
B. Litorânea	384,59	361,38	371,84	380,95	357,89	393,47	360,85	373,33
Centro-Sul	490,84	462,36	491,68	463,72	484,69	484,69	489,80	454,45
M.Paraíba	432,36	425,51	417,50	425,86	407,23	444,85	432,31	417,34
Metro I	430,58	426,06	419,79	422,55	415,46	418,23	410,26	414,10
Metro II	394,67	392,52	386,37	375,44	375,15	387,02	380,83	367,93
Noroeste	433,44	406,40	381,99	383,96	400,81	396,48	389,06	376,28
Norte	367,09	358,48	337,73	372,99	340,51	354,97	352,18	365,53
Serrana	448,03	419,35	442,25	449,47	435,30	445,55	433,51	440,48

Fonte: SIM/SES-RJ/MS: <http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/tabcgi.exe?coap2013/coap.def>.

Coleta em 26/11/2015 e gerado em 14/09/2015

## **Eixo I: Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento.**

### **Ação 1.1 Monitorar as DCNTs por meio de indicadores definidos e acordados pelos municípios**

Para o acompanhamento dos indicadores a serem acordados com os municípios está sendo elaborado um roteiro pelo FormSUS que contribua para a elaboração de um diagnóstico situacional e para definição de agenda estratégica regional/municipal. A ação não foi realizada no biênio 2013/2014, mas as ações que permitirão o alcance desta meta estão planejadas para o primeiro semestre de 2016.

### **Ação 1.2 Qualificar profissionais dos municípios sobre Sistemas de Informações para a realização de análise, monitoramento e avaliação das DCNTs e seus fatores de risco e proteção.**

Em andamento. A ação ainda não foi realizada porque depende de uma atualização dos responsáveis nos municípios pela vigilância das DCNTs. Após o

diagnóstico situacional previsto para 2016, será possível identificar os municípios que necessitam de tais qualificações.

### **Ação 2.1 Avaliar resultados dos inquéritos relativos às DCNTs e divulgar oportunamente**

A ação foi realizada por meio do Boletim 2014, exceto informações sobre a PeNSE, divulgado pela VIGDCNT e que está disponível no site [www.riocomsaude.rj.gov.br](http://www.riocomsaude.rj.gov.br).

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013) – não foram incluídos, pois os resultados só foram divulgados em 2015.

### **Ação 3.1 Referenciar DCNTs nos municípios**

Em andamento. A partir da indicação de interlocutores municipais para trabalhar com a vigilância das DCNTs previsto para 2016.

## **Eixo II: Promoção da Saúde**

### **Ação 1.4 Estimular a oferta e consumo de alimentos saudáveis monitorando os resultados pelo VIGITEL**

Meta alcançada, pois o esperado era o aumento em 1% o consumo de FLV regular (consumo em cinco ou mais dias da semana) e 0,5% de FLV recomendado (ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças). Os resultados encontrados apontam para aumentos da prevalência de consumo em 3,7% para o consumo regular e 2,5% para o recomendado.

### **Ação 1.7 Apoiar os municípios para a implementação e desenvolvimento do Programa de Controle do Tabagismo com base no VIGITEL**

Esta ação tem como meta a redução anual de 0,5% na prevalência de tabagismo em adultos  $\geq 18$  anos na capital do estado, monitorada pelo Sistema de Vigilância dos Fatores de Risco e de Proteção para as Doenças Crônicas (VIGITEL). Os resultados encontrados para o biênio 2013/2014 foram maiores que o dobro do estipulado, apresentando redução de 1,3% na prevalência de fumantes de 2013 (11,8%) para 2014 (10,5%).

O alcance da meta, provavelmente, se deu por meio do planejamento e das ações realizadas em sinergia pelas esferas municipais, estadual e nacional, a saber:

- ▶ expansão do programa de tratamento nas UBSs no município do Rio de Janeiro, mediante realização de 5 (ou mais) capacitações realizadas pela coordenação municipal;

- ▶ capacitação para implantar o programa de tratamento para cessação de tabagismo para 45 profissionais de saúde de 16 municípios em abril/14;
- ▶ divulgação, apoio e acompanhamento da capacitação EAD MS/Crônicas para implantar o programa de tratamento para cessação do tabagismo, com a adesão de 340 profissionais de 61 municípios do Estado do Rio de Janeiro, tendo pelo menos 50% participantes com conclusão de curso;
- ▶ apoio, acompanhamento e suporte constante às coordenações municipais de tabagismo na implantação e gestão do programa e consolidação de relatórios trimestrais de atendimento e insumos;
- ▶ capacitação para implantar o programa de prevenção de Álcool, Tabaco e Drogas - "Saber Saúde" em Maio/14 para 80 profissionais de saúde/educação, oriundos de aproximadamente 35 municípios;
- ▶ realização de campanhas de datas pontuais: 31/05 (Dia Mundial sem Tabaco) e 29/08 (Dia Nacional de Combate ao Fumo);
- ▶ maturação da lei estadual de ambientes 100% livres de fumo 5517/09, diminuindo a aceitação social do cigarro junto à população;
- ▶ aumento dos impostos sobre o cigarro como estratégia eficaz para estimular os fumantes a deixarem de fumar, assim como inibir a iniciação por crianças e adolescentes.
- ▶ Há necessidade de reavaliar a meta que previa a qualificação de profissionais dos municípios que compõe a Rede da Política Nacional de Promoção da Saúde para o planejamento e desenvolvimento dos Projetos em Saúde sob a ótica da Promoção da Saúde. A meta era de 100% dos municípios com profissionais qualificados para planejamento e desenvolvimento dos Projetos em Saúde sob a ótica da Promoção da Saúde.

### **1.8 Qualificar profissionais dos municípios que compõem a Rede Nacional de Promoção da Saúde para o planejamento e desenvolvimento de projetos em saúde**

Em função de mudanças internas referentes aos processos de trabalho houve necessidade de reavaliar a ação que previa inicialmente a qualificação de alguns servidores do setor das Crônicas Não Transmissíveis, para numa segunda etapa, qualificar profissionais dos 49 municípios que compõem a Rede da Política Nacional de Promoção da Saúde e numa terceira etapa ampliar para os municípios restantes. Porém, com o novo alinhamento dos processos, foi definido

neste corrente ano, a realização de Oficina de Gestão de Projetos em Saúde, voltada aos profissionais da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da SES RJ, interlocutores da Atenção Básica e representantes de órgãos colegiados, entre outros.

### **2.3 Estimular e apoiar modelos de atenção integral à saúde do portador de excesso de peso monitorando os resultados pelo VIGITEL**

Para o cumprimento desta ação a VIGDCNT vem trabalhando de forma intra e intersetorial desde 2010 com o setor educação e a Área Técnica de Alimentação e Nutrição da SES/RJ em duas frentes de ações. Uma delas se refere a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar. Foi firmado um convênio técnico coordenado pela Uerj e que envolve outras instituições. Outra frente, coordenada pela UFF, é a participação na Pesquisa de mapeamento das ações de enfrentamento da obesidade realizadas na Atenção Básica com aprovado pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), pelo Edital de n.º 35, referente a pesquisas para o SUS.

Espera-se que o mapeamento forneça informações importantes para a realização de um planejamento estratégico voltado para o enfrentamento do excesso de peso e obesidade.

A meta proposta foi a manutenção da prevalência de 16,5% de obesidade em adultos,  $\geq 18$  anos de idade, em ambos os sexos. Houve uma redução de 1,2% de 2013 (20,7%) para 2014 (19,5%), mas está distante da prevalência esperada.

Quanto a manutenção de 49,6% na prevalência de excesso de peso em adultos  $\geq 18$  anos de idade, em ambos os sexos os resultados apresentaram um aumento de 1,3% entre 2013 (53,1%) e 2014 (54,4%).

### **2.4 Estimular a implantação e a qualificação das Academias de Saúde nos municípios monitorada pelos resultados do VIGITEL**

Meta alcançada. A meta proposta foi de aumentar em 2%, anualmente, a prevalência de atividade física suficiente no lazer. Os resultados apontam percentuais acima do esperado, sendo que em 2013 estava em 33% e em 2014 chegou a 37,6%.

## **ÁREA TÉCNICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (ATAN)**

As ações da ATAN previstas no Plano estão no eixo de Promoção da Saúde, pois são direcionadas, em sua maioria, para a promoção de práticas alimentares saudáveis e adequadas nas diversas fases do ciclo de vida.

### **Eixo II: Promoção da Saúde**

#### **Ação 1.1 Promover a prática da alimentação saudável na primeira infância por meio da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**

Com relação à promoção das práticas de alimentação saudável e adequada na primeira infância as ações acontecem por meio da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), que também faz parte do componente Saúde da Criança na Rede Cegonha, e da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), adotada no Estado do Rio de Janeiro. Nas reuniões do Comitê, ficou clara a necessidade de estabelecermos mais uma meta para esta ação, pois a meta proposta pela área no momento da elaboração do Plano (50% de prevalência de aleitamento materno exclusivo e complementado adequadamente na primeira infância) será muito difícil de ser monitorada. Com a finalidade de completar as informações propomos acrescentar como meta para esta ação 100 % de municípios com a EAAB e a IUBAN implantadas em uma ou mais UBS durante a vigência do Plano. O indicador proposto é: número de UBS com as estratégias implantadas por município/ano. Ressaltamos a importância do monitoramento do aleitamento materno e da alimentação complementar, mas por enquanto não teremos como responder a meta e ao indicador proposto, uma vez que os municípios ainda não têm a prática de alimentar continuamente e de forma regular o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que oferece as informações solicitadas.

#### **1.3 Divulgar a existência de Guias Alimentares**

Os Guias Alimentares sempre têm sido divulgados nos eventos realizados pela Área Técnica como na Jornada de Alimentação e Nutrição, da Rede Estadual de Alimentação e Nutrição Escolar (inclusive com a participação do Programa Saúde da Criança – PSE) e nas oficinas de formação de tutores da EAAB e da IUBAAM. Colocamos a disposição no site [www.riocomsaude.rj.gov.br](http://www.riocomsaude.rj.gov.br) tanto o Guia Alimentar para a População Brasileira como a Cartilha Alimentação Saudável produzida na SES. Além desta, foi produzida também a cartilha sobre a Prática de Atividade Física (que também consta no site).

#### **1.4 Estimular a oferta em especial a partir da agricultura familiar e aumento do consumo de alimentos saudáveis**

Estímulo ao consumo de alimentos oriundos da Agricultura Familiar por meio da Rede Estadual de Alimentação e Nutrição Escolar (REANE) e participação em discussões no Ministério Público Estadual, como membro no Fórum Estadual de Combate aos Impactos dos Agrotóxicos no Estado do Rio de Janeiro, representando a Superintendência de Atenção Básica e em outros grupos da sociedade civil organizada como o CONSEA, que debatem sobre o uso de agrotóxicos e sobre a adoção de medidas que não permitam a utilização destes produtos em alimentos, bem como suas consequências para a população. A Área Técnica da Vigilância Sanitária da SES/RJ acompanha o resultado dos laudos referentes ao uso de agrotóxicos no Estado do Rio de Janeiro e é responsável pela divulgação dos mesmos.

#### **1.5 Promover o cumprimento da Lei nº 11.947/2009 pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)**

Na REANE se promovem subsídios técnicos às Responsáveis Técnicas do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), para o cumprimento desta Lei e a articulação com o PSE fomentando e fortalecendo o uso de culturas alimentares locais. Já foram realizados 2 eventos intersetoriais, entre saúde e educação, chamando as coordenações do PSE.

#### **2.1 Realizar Seminário para a apresentação do Plano Nacional de Prevenção e Controle da Obesidade**

O Seminário sobre a apresentação do Plano Nacional de Prevenção e Controle da Obesidade para os municípios do Estado foi realizado em 2013 pela ATAN na **XII Jornada de Alimentação e Nutrição**. Neste evento foram realizadas palestras sobre a obesidade por representantes do Ministério da Saúde, tanto da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) quanto da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), apresentação de experiência municipal exitosa no tratamento da obesidade e foram realizados grupos de discussão sobre as ações para o controle da obesidade pelos municípios.

A meta de realização do seminário foi atingida parcialmente, pois participaram 38% dos municípios no ano de 2013. Mas, durante o trabalho realizado na XIV Jornada de Alimentação e Nutrição do ano (2015) foram realizados grupos focais sobre as ações de enfrentamento da obesidade e o tema foi novamente

reforçado. O objetivo dos grupos focais foi fornecer informações para compor a pesquisa sobre as ações relativas ao cuidado aos portadores de obesidade realizados na Atenção Básica no Estado do Rio de Janeiro (Pesquisa com apoio da agência de fomentos FAPERJ). Após finalização deste projeto, a ATAN poderá participar apoiando as nove regiões de saúde no desenho e qualificação das ações da Atenção Básica no âmbito da linha de cuidado da obesidade.

O fato de não alcançar a meta no biênio 2013/2014, não interromperá o processo, já que foi planejada a realização de outro evento para o ano de 2016 sobre obesidade complementando a meta estipulada inicialmente.

## **2.2 Implementar e qualificar a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) por meio do SISVAN Web**

Em andamento. São realizadas mensalmente reuniões com referências municipais das ATANs e representantes das universidades e entidades formando o Grupo Técnico de Alimentação e Nutrição (GTAN) em que um dos temas discutidos é a necessidade de qualificar e apoiar os municípios para a alimentação do SISVAN.

Durante os anos de 2013 e 2014 foram elaborados boletins com a análise de informações provenientes do SISVAN sobre o perfil epidemiológico do estado nutricional, por região, com o objetivo de chamar atenção dos Secretários Municipais de Saúde que foram distribuídos nas reuniões da Comissão Integrada de Gestores, na Jornada anual da ATAN e nos Grupos Técnicos (GTAN).

A qualificação junto aos municípios vem ocorrendo paulatinamente durante o processo de trabalho, pois percebe-se que possuem o conhecimento do SISVAN e suas ferramentas, porém ainda não o utilizam em sua plenitude. Houve um incremento do seu uso com a migração dos dados do Programa Bolsa Família. Pode-se acompanhar no quadro abaixo (Figura 7) a utilização do sistema por meio dos dados que constam relatório produzido pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde em que aponta a cobertura de acompanhamento do Estado Nutricional e de Consumo Alimentar:

<b>Cobertura de acompanhamento</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Estado Nutricional	<b>2,9%</b>	<b>3,8%</b>	<b>5,6%</b>	<b>6,3%</b>
Consumo Alimentar	<b>0,1%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,1%</b>

\* Informativo situacional sobre as ações desenvolvidas no âmbito da política nacional de alimentação e nutrição no estado do Rio de Janeiro, 2015. CGAN/MS

#### 2.4 e 2.5 Estimular e apoiar tecnicamente iniciativas de intersetoriais para a promoção de modos de vida saudáveis nos territórios

Em andamento. A ATAN tem atuado direcionada para a realização de ações inter setoriais entre a saúde e educação com o PSE e a REANE. Mas, há também uma parceria com Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos e Secretaria de Estado de Educação referente às ações desenvolvidas para o acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF enfocando em ações de promoção da alimentação saudável, avaliação antropométrica e ampliação do cuidado às famílias dentro da Atenção Básica e das demais secretarias.

Uma das estratégias utilizadas para a promoção da alimentação saudável foi o lançamento do Concurso de Receitas das Vovós, tanto para as responsáveis do PNAE, ATANs municipais, Área Técnica Saúde do Idoso (ATSI), quanto para o PSE. Esta atividade tem como objetivo introduzir no cotidiano familiar e educacional da população do Estado do Rio de Janeiro uma reflexão sobre o que é alimentação adequada e saudável, possibilitando a percepção de quanto os “produtos alimentícios” industrializados e ultraprocessados está contribuindo para a perda desse conceito e para o abandono das tradições e da cultura alimentar saudável da nossa população. Além de:

- ▶ Resgatar a cultura alimentar saudável das famílias e priorizar a produção regional e local de alimentos, utilizando estratégias baseadas na promoção da relação intrafamiliar e intergeracional.
- ▶ Valorizar o hábito de compartilhar os momentos das refeições com familiares, amigos, colegas de trabalho e da escola, sempre que isso for possível.
- ▶ Estimular o consumo de alimentos saudáveis, de preferência oriundos da agricultura familiar.
- ▶ Promover a alimentação saudável como estímulo ao conhecimento, despertando nos escolares, seus familiares e nos professores uma reflexão

crítica sobre as escolhas relacionadas a sua própria alimentação, tornando-os menos vulneráveis aos apelos da mídia e à correria da vida moderna.

▶ O concurso terá como produto um livro de receitas a ser produzido pela ATAN com recursos do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) que é recebido pela ATAN para fortalecer as ações de alimentação e nutrição do estado.

## **SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Apresentamos a situação da execução das ações referentes à SUVISA/ CVFA do período 2013/2014 previstas no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) do Estado do Rio de Janeiro para o decênio 2013-2022.

Os fatores de risco modificáveis de DCNTs relacionados ao consumo de alimentos in natura e industrializados sujeitos à ação de VISA não foram identificados, pois necessitam de reformulação.

Foi realizado o gerenciamento dos programas de monitoramento nacionais: Programa de Avaliação do Teor Nutricional (PATEN), Programa de Monitoramento de Aditivos e Contaminantes (PROMAC), Programa de Análise de Resíduos de Medicamentos Veterinários em Alimentos de Origem Animal (PAMVet); Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA) e Programa Nacional de Monitoramento da Qualidade Sanitária dos Alimentos (PNMQSA) com foco no monitoramento das substâncias cancerígenas (agrotóxicos, aditivos e contaminantes, organismos geneticamente modificados) nos alimentos e dos teores de sódio, gorduras, gorduras trans e sacarose nos alimentos industrializados.

Os indicadores de resultado dos programas de monitoramento nacionais PATEN, PROMAC, PAMVET, PARA e PNMQSA foram monitorados. Houve encontros de monitoramento de alimentos com as VISAs dos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Não foi lançada a campanha Estadual “Menos Sal, Mais Saúde” para a população, no entanto foi implantada em evento com as VISAs do Estado do Rio de Janeiro.

Não foi realizado encontro para sensibilização do setor regulado (Indústrias de Alimentos) sobre a produção de alimentos mais saudáveis, com menores teores de sódio, gorduras e sacarose, sendo planejada para abril de 2016.

Não foi realizado encontro estadual em rotulagem nutricional para as VISAs dos municípios do Estado do Rio de Janeiro, mas também está prevista a execução desta ação para outubro de 2016.

Não foi lançada a campanha “De olho no rótulo” para população com a participação das VISAs do Estado do Rio de Janeiro, o que está previsto para outubro de 2016.

Houve capacitação em relação ao consumo de sódio para as equipes municipais de VISAs, entretanto não houve quanto ao açúcar e às gorduras.

Não foram realizadas ações educativas para o setor regulado sobre o consumo de sódio, açúcar e gorduras. Não foram realizadas ações educativas para a população sobre o consumo de sódio, açúcar e gorduras, com previsão de execução em outubro de 2016.

Não houve a divulgação nem distribuição do Guia Alimentar às VISAS municipais e setor regulado, no entanto, em 2015, após as supervisões técnicas o mesmo foi divulgado às VISAs dos municípios.

Não foi elaborado material explicativo sobre rotulagem nutricional para a população, com previsão desta ação para outubro de 2016.

Não foram realizadas ações educativas nas escolas sobre o consumo de alimentos com elevados teores de sódio, açúcar e gorduras e esta ação necessita reformulação.

Ressaltamos que foi instituído em 2015 o Grupo Técnico de Educação na Coordenação de Vigilância e Fiscalização de Alimentos, o qual, dentre outras atividades, tem como principal objetivo implementar as ações deste Plano.

Com a reestruturação da atual Coordenação de Apoio às Ações de Vigilância Sanitária foi designado profissional para interagir com os profissionais de Visa Municipais. Com isso foi possível reiniciar as capacitações, já sendo realizado um evento de Capacitação disponibilizado para os 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Informamos também que foi divulgado, e disponibilizado para os municípios, oportunidade de capacitação on line no EAD da ENSP/FIOCRUZ na Comunidade de Práticas sobre Controle do Tabaco para Fiscais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). O objetivo dessa Comunidade é sensibilizar o agente fiscalizador sobre a dimensão do trabalho de fiscalização no controle do tabaco, favorecendo o desenvolvimento de competências necessárias para o cumprimento da legislação pertinente e instrumentalizando os profissionais do

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para realizar as ações de controle do tabaco.

Estamos elaborando um cronograma que nos permitirá estar em contato com os Municípios para interagirmos e auxiliá-los à superar suas dificuldades.

## **AÇÕES DA ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL (SAB/SAS/SES)**

**Ação 1: Fomentar o apoio técnico às iniciativas municipais de redução de danos provocados pelo consumo abusivo de álcool.**

**Meta 1: 100% dos municípios com projetos de redução de danos pelo consumo abusivo de álcool elaborado.**

O apoio às iniciativas municipais de redução de danos é importante e vem sendo realizado, mas a meta necessita de reformulação. A Área Técnica de Saúde Mental vem trabalhando a redução de danos provocados pelo consumo abusivo de álcool e outras drogas de forma contínua, através dos Fóruns Regionais de Saúde Mental e do Fórum Intersectorial de Álcool e Drogas do Estado, que ocorre mensalmente.

Além disso, são realizadas visitas de supervisão e apoio técnico nos municípios. No momento a Área Técnica vem entrando em contato com a Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA) para desenvolvimento de ações junto aos municípios.

A ação precisa de reformulação para que não se restrinja às ações de redução de danos vinculadas ao uso abusivo de álcool, mas também ao uso abusivo de outras drogas.

**Ação 2: Promover fóruns estaduais /regionais intersectoriais para estimular a articulação entre a rede de cuidado da Assistência Social (Centro de Referência de Assistência Social - CRAS e Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS) e equipes de apoio para o cuidado aos usuários dependentes de álcool.**

**Meta 2: 100% dos municípios participando dos fóruns estaduais / regionais para estimular a articulação entre a rede de cuidado da Assistência Social Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e equipes de apoio para o cuidado aos usuários dependentes de álcool.**

Esta ação vem sendo realizada conforme o planejado. O Fórum Intersectorial de Álcool e Drogas do Estado ocorre mensalmente com a participação da Assistência Social. No entanto, ainda há necessidade de ampliar a participação para outros setores.

**Ação 3: Apoiar a ampliação do acesso, a qualificação e a diversificação do tratamento a usuários e dependentes de álcool e aos seus familiares, com ênfase nas populações vulneráveis, como adolescentes, adultos jovens, baixa escolaridade, baixa renda, população de rua, indígenas e quilombolas.**

**Meta 3: 100% dos municípios com acesso a rede de saúde mental, a qualificação e diversificação do tratamento a usuários e dependentes de álcool e aos seus familiares, com ênfase nas populações vulneráveis, como adolescentes, adultos jovens, baixa escolaridade, baixa renda, população de rua, indígenas e quilombolas ampliado.**

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) prevê o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas em todos os níveis de atenção. Todas as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro elaboraram com o apoio da SES planos de ação para a ampliação e qualificação da RAPS nos seus territórios. A execução destes planos vem sendo acompanhada nos Grupos Condutores Regionais e no Grupo Conductor Estadual da RAPS. Neste sentido, a ação está em andamento, mas necessita de reformulações.

## **ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO IDOSO – ATSI**

A ATSI ao avaliar as ações e metas para o período de 2013/2104 observa que:

### **Ação 6.1 – Elaborar e distribuir material educativo/informativo com temas sobre saúde do idoso.**

#### **Meta: Distribuição de material educativo/informativo na temática saúde do idoso para 100% dos municípios.**

Esta ação foi considerada como parcialmente realizada porque temos utilizado como estratégia de distribuição destes materiais os eventos da ATSI com as gerências ou referências municipais onde nem sempre contamos com a presença de todas as representações. Temos, ainda, em fase de confecção material educativo/informativo sobre a temática que deverá auxiliar a fortalecer o processo de promoção do envelhecimento ativo e da prevenção das doenças crônicas.

### **Ação 6.2 – Implantar, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.**

#### **Meta: 100% dos municípios com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa implantada até 2016.**

Na avaliação da ATSI, esta meta também foi considerada parcialmente realizada porque embora a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa tenha sido ofertada a todos os municípios do estado, temos aspectos importantes a considerar:

- ▶ Dentre os 92 municípios do estado, 01 deles ainda não aderiu ao instrumento;
- ▶ Municípios com mais de 500.000 habitantes, recebem as Cadernetas diretamente da Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, representando quatro municípios. Entretanto, são incentivados, orientados e capacitados em seu uso pela ATSI;
- ▶ O número de Cadernetas não vem sendo disponibilizado em número suficiente de forma a contemplar toda população idosa dos municípios;
- ▶ A implantação sofre interferências de questões locais, como a falta de referência para o acompanhamento da implementação nos municípios, as frequentes mudanças de profissionais, entre outros.

**Ação 6.3 – Realizar oficinas regionais para a qualificação das ações voltadas à atenção integral ao envelhecimento ativo.**

**Meta: 09 oficinas regionais anuais de qualificação de ações voltadas à atenção integral ao envelhecimento ativo.**

Ação analisada como realizada porque apesar de não totalmente alcançada no primeiro ano (2013), quando aconteceram 06 Encontros Regionais e 01 Encontro Macrorregional, foi suplantada em número no ano de 2014, no qual foram realizados 14 Encontros com as regiões.

## **AÇÕES DA SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA (SAB/SAS/SES)**

**Ação 1: Monitorar e avaliar a implantação das Academias de Saúde nos municípios e divulgar resultados por meio de relatórios anuais.**

**Meta 1: Realizar e divulgar 1 relatório anual sobre a implantação das Academias de Saúde nos municípios**

**. Ação 2: Estimular a implantação e a qualificação das Academias de Saúde, nos municípios, como espaço de prática de atividades físicas, recreação infantil e atividades sociointegrativas, de promoção de comportamentos saudáveis para os vários ciclos da vida e para pessoas em risco de desenvolver DCNTs, para o controle dessas enfermidades na população monitorando os resultados do VIGITEL sobre a prevalência de atividade física suficiente no lazer em adultos  $\geq 18$  anos na capital do estado.**

**Meta 2: Aumentar em 2% ao ano a prevalência de atividade física suficiente no lazer.**

O Programa Academia da Saúde tem sido acompanhado na SES/RJ por meio de grupo de trabalho que envolve as Áreas Técnicas da Superintendência de Atenção Básica - ATPIC, Saúde Mental, ATAN, Saúde da criança, apoio da SAB, Vigilância em Saúde (DCNT) e o Ministério da Saúde, por meio de apoiador descentralizado. A Proposta de apoio ao desenvolvimento das atividades do Programa Academia da Saúde no Estado do Rio de Janeiro tem se dado com objetivo de auxiliar os municípios quanto ao caráter das ações a serem desenvolvidas nos polos do Programa. Devido ao fato de que são poucos os municípios que atualmente têm seus polos em funcionamento e/ou em fase final de construção, vem sendo possível realizar uma aproximação mais individualizada com estes, a fim de auxiliá-los na implantação de suas ações individualizada com estes, a fim de auxiliá-los na implantação de suas ações.

As principais ações realizadas em 2013 foram os contatos com os municípios, principalmente nos Grupos de Trabalho da Atenção Básica, com foco na construção dos polos e a promoção de uma articulação interna na SES. Em 2014 foi realizada Oficina Estadual de Implantação do Programa e as primeiras Oficinas Regionais. Destaca-se que em 2013 havia 06 polos de Academia da Saúde com obra concluída, número que se ampliou em 2014 para 16 polos. Em 2015 houve uma ampliação expressiva passando a haver 32 polos com obra concluída e 148 propostas de construção de novos polos já habilitadas pelo Ministério da Saúde com obras em diferentes estágios (Nov. 2015).

As ações e metas necessitam de reformulação. Estas ações não foram formuladas pelas áreas que hoje compõem a Superintendência de Atenção Básica. De acordo com o Plano de Enfrentamento das DCNT os responsáveis são: Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA), Vigilâncias Sanitárias Municipais (VISAs/SMS) e Superintendência de Atenção Básica. Sugerimos que estas ações sejam reformuladas e tenham continuidade de forma conjunta pela SAB/SAS e DCNT/SVS, pois incluem atividades próprias das duas áreas.

**Ação 3: Realizar ações educativas nas escolas sobre o consumo de alimentos com elevados teores de sódio, açúcar e gorduras, através do Programa Saúde na Escola (PSE), em parceria com a Secretaria de Estado de Educação (SEE), Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Conselho Regional de Nutricionistas - 4ª Região (CRN4).**

**Meta 3: 100% das escolas com PSE recebendo ações educativas relacionadas ao consumo de alimentos com elevados teores de sódio, açúcar e gorduras.**

Entre as ações a serem desenvolvidas no âmbito do Programa Saúde na Escola estão a Vigilância Alimentar e Nutricional e a Promoção da Alimentação Saudável nas escolas. Estas ações são realizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde e de Educação nas escolas pactuadas no programa e monitoradas anualmente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação através do SIMEC - Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação.

Cabe a Secretaria de Estado de Saúde em parceria com a Secretaria de Estado de Educação (SEEDUC) fomentar a adesão dos municípios ao PSE e apoiar o desenvolvimento das ações do Programa. Assim, a ação do Plano de Enfrentamento das DCNT (Ação 3) necessita de reformulação, visto que as ações educativas nas escolas não serão realizadas diretamente pela SES/RJ.

**Ação 4: Promover o envolvimento e coparticipação dos portadores de DCNT na construção de seu projeto terapêutico, visando sua vinculação à Unidade Básica de Saúde (UBS) por meio de oficinas para qualificação dos profissionais.**

**Meta 4: Realizar 9 oficinas/ano para a qualificação dos profissionais sobre a importância do envolvimento e coparticipação dos portadores de DCNT na construção de seu projeto terapêutico, visando sua vinculação à Unidade Básica de Saúde (UBS)**

A realização de Projeto Terapêutico Singular esteve entre as metas da Atenção Básica no Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI) em 2012 e 2013.

Esta ação teve continuidade em 2014, ao, ser incorporada, nas metas do Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica. Como meta destes programas a realização de Projetos Terapêuticos Singulares, entendida como um conjunto de condutas terapêuticas articuladas pensadas de forma dialogada com o paciente e equipe multiprofissional, foi amplamente discutida e apoiada pela SAB junto aos municípios.

A partir do monitoramento e avaliação do Programa de Apoio aos Hospitais do Interior e do Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica, respectivamente nos anos de 2013 e 2014, foi possível identificar que 67% dos municípios participantes e elegíveis nos programas enviaram relatórios de realização de Projetos Terapêuticos Singulares.

O trabalho da Superintendência de Atenção Básica tem seu foco hoje no apoio às gestões municipais, principalmente em uma perspectiva regional através dos Grupos de Trabalho da Atenção Básica. O fomento ao desenho de projetos terapêuticos singulares é abordado continuamente nesses espaços. A realização de oficinas específicas para trabalhar a coparticipação dos usuários não é uma ação viável hoje para a SAB.

**Ação 5: Organizar, em conjunto com os municípios, o processo de trabalho na Rede de Atenção e na definição de fluxo entre a Atenção Básica, especializada e hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado aos portadores de DCNT.**

**Meta 5: 70% dos municípios com a Rede de Atenção organizada e fluxo definido entre a Atenção Básica, Especializada e Hospitalar.**

A ação é ampla e sugerimos sua incorporação como uma ação de todo o comitê, considerando inclusive, que a vigilância em saúde é também transversal às redes de atenção.

**Ação 6: Apoiar a rede de atenção à saúde de municípios com menos de 115 mil habitantes, através do Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI)**

**Meta 6: Apoiar 90% da rede de atenção à saúde de municípios com menos de 115 mil habitantes, através do Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI).**

Esta ação subsidiou as metas da Atenção Básica no Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI) em 2013. As metas relacionadas ao apoio às redes

nos municípios são: investigação das internações sensíveis à atenção básica (ISAB) e elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS); implantação de comissões de integração entre atenção básica e atenção hospitalar e elaboração de Carteiras de Serviços da rede de atenção à saúde. Em 2014, estas ações foram mantidas e passaram a incluir municípios até 120 mil habitantes, além de estender a meta de elaboração da Carteira de Serviços para os municípios de grande porte.

Para fins do monitoramento do PAHI, em 2013 as duas primeiras metas (investigação de ISAB com elaboração de PTS e implantação de Comissões de Atenção Básica - Atenção Hospitalar) foram analisadas em conjunto. Para atingir as metas, os 57 municípios participantes deveriam enviar relatórios com a síntese da investigação das ISABs e elaboração de PTS (Meta I) e as atas da Comissão de Atenção Básica – Atenção Hospitalar. Como resultado, 86% dos participantes, enviaram documentos relacionados as Metas I e/ou II. Em relação à Meta III, 42 municípios elaboraram a Carteira de Serviços, o que equivale a 74% dos municípios participantes do PAHI em 2013.

Em 2014, com o Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica, as três metas foram monitoradas separadamente. Todos os municípios poderiam participar do Programa e não mais apenas os com menos de 115 mil habitantes, havendo adesão de 88 municípios. No entanto, apenas os com menos de 120 mil habitantes eram elegíveis para a Meta I (investigação das ISABs e elaboração de PTS) e para a Meta II (implantação da Comissão Atenção Básica – Atenção Hospitalar), totalizando 67 municípios para o cumprimento destas metas. Destes, 64% (43 municípios) enviaram relatórios de ISAB e PTS e 67% (45 municípios) enviaram atas que comprovavam a atuação das Comissões Atenção Básica – Atenção Hospitalar.

No que se refere a Meta III, 46 municípios deveriam elaborar a carteira de serviços, visto que não haviam feito isto no ano anterior. Como resultado 43 municípios elaboraram suas Carteiras de Serviços, 93% do total de elegíveis. Somando o resultado dos dois anos, houve elaboração de Carteiras de Serviços em 85 municípios do Estado do Rio de Janeiro

**Ação 7: Monitorar a implantação das ações da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PAD) para atendimento aos portadores de condições crônicas, cuidados paliativos e outros.**

**Meta 7: 100% dos municípios monitorados para a implantação das ações da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PAD) para atendimento aos portadores de condições crônicas, cuidados paliativos e outros.**

Em dezembro de 2013 o estado do Rio de Janeiro contava com 44 EMAD, 03 EMAD2 e 27 EMAP. Em dezembro de 2014 o número de EMAD passou para 53 e o de EMAD2 permaneceu 03, já o número de EMAP subiu para 31. Ao término de 2015 o estado já contava com 54 EMAD, 4 EMAD2 e 35 EMAP implantadas. Recentemente o referido Programa deixou de estar atrelado à estrutura do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e passou ao [Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência - DAHU](#).

**Ação 8: Realizar oficinas regionais de educação permanente para os profissionais de saúde, visando qualificar as ações de promoção e atenção às DCNTs.**

**Meta 8: Realizar pelo menos 1 oficina de educação permanente para os profissionais de saúde qualificando as ações de promoção e atenção às DCNTs, em 100% das regiões.**

A SAB não possui profissionais com o conhecimento para a realização desta oficina. Sugerimos que as ações de capacitação sejam agrupadas e conduzidas por todo o Comitê em parceria com a Superintendência de Educação em Saúde.

## **COORDENAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA-GRUPO TÉCNICO DA LINHA DE CUIDADOS DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

Este relatório tem por objetivo apresentar um relatório sucinto sobre o desenvolvimento das ações, facilidades e dificuldades e uma breve análise do indicador.

A Implementação da linha de Cuidados do IAM contou com iniciativas importantes no ano de 2013 no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro como a formação do GT de Cardiologia, a definição do Projeto, com base na Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011, a ser desenvolvido inicialmente como Piloto na região Metropolitana I e o mapeamento da Rede de Cardiologia.

Em 2014, várias ações foram desenvolvidas incluindo principalmente, a finalização do diagnóstico, estabelecimento de parcerias; elaboração do Protocolo e Elaboração do Cartaz para Porta de Entrada de Urgência e Emergência - UPA, CER, Unidades Hospitalares; capacitação e treinamento das equipes das UPAs Estaduais, UPAs do Município do Rio de Janeiro e UPAs de outros municípios para implantação do Protocolo e uso do ECG digital; distribuição e instalação escalonada do ECG digital nas portas de entradas habilitadas pelo Ministério da Saúde; e por fim a Secretaria Estadual de Estado de Saúde - RJ instituiu o Grupo de Trabalho para a Implementação da Linha de Cuidados do Infarto Agudo do Miocárdio no Estado do Rio de Janeiro através da Resolução SES nº 1033 de 07 de outubro de 2014.

Com base no Projeto de implementação da Linha de Cuidados do Infarto Agudo do Miocárdio, foram elaboradas as ações e metas referente a Linha de Cuidados do IAM para o Painel de Monitoramento do Plano Estratégico de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNTs incluindo o SAMU na relação das Portas de Entradas de Urgência e Emergência.

De acordo com as informações disponíveis sobre a implementação do Projeto foi possível encontrar os seguintes resultados:

-Protocolos e cartazes elaborados;

-01 ação desenvolvida com condições de avaliar o resultado da meta alcançada como foi o caso da capacitação das equipes das UPAs: 100% das UPAs com equipes treinadas e capacitadas para uso do ECG digital, e ECG digital

instalados: Estaduais (30), Município do Rio de Janeiro (14) e Outros municípios (28). Foi possível constatar excelente participação motivação para implementação do Projeto;

- ▶ Das 10 ações com atraso, 02 ações foram consideradas inviáveis (uma por incompatibilidade entre ação e meta e outra por não fazer parte ser pertinente ao projeto do IAM), 02 ações necessitam de aprofundamento na discussão, 03 ações foram iniciadas com finalização no último trimestre de 2014 o que inviabilizou avaliar o alcance da meta e 03 ações não foram iniciadas;
- ▶ Das 13 ações referentes ao IAM, 04 ações tiveram ajuste na meta, 04 ações e metas sofram reajuste e 03 ações e metas sem alterações;

A implementação do projeto no 2013/2014 demandou muito tempo para mobilização, articulações para dar sustentação ao projeto, estabelecimento de parcerias e desenvolvimento de ações estruturantes como elaboração de protocolos, produção de cartazes distribuição e instalação de ECG digital, requerendo ajustes de ações, metas e no cronograma ao longo do período de vigência do Plano Estratégico de Enfrentamento as DCNTs. Segue proposta de Painel reformulado.

SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS  
ESTRATÉGICOS

**Relatório das Ações de Assistência Farmacêutica no enfrentamento das  
Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT)**

**Eixo III: Cuidado integral**

Ações/Metas:

**Ação 1:** Realizar eventos anuais para apoiar a implantação e operacionalização de um sistema informatizado de gestão da Assistência Farmacêutica nos municípios do estado do Rio de Janeiro.

Meta: Realizar 2 eventos anuais para apoiar a implantação e operacionalização de um sistema informatizado de gestão da Assistência Farmacêutica nos municípios.

**Ação 2:** Qualificar profissionais de saúde dos municípios para melhoria do acesso aos medicamentos para o cuidado das DCNTs.

Meta: Realizar 1 evento anual para a qualificação de profissionais de saúde dos municípios para melhoria do acesso aos medicamentos para o cuidado das DCNTs.

**Período: 2013/2014**

Ação 1:

Os eventos voltados à qualificação das ações de Assistência Farmacêutica nos municípios visaram apoio estadual e divulgação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), que tem como uma de suas diretrizes, a implantação de sistema informatizado para o controle de estoque de medicamentos e gestão da assistência farmacêutica dos municípios (Sistema Hórus)

No período que compreende os anos de 2013 e 2014 foram realizados quatro eventos.

Em 2013, foi realizada uma oficina visando apoio aos Secretários de Saúde e Coordenadores de Assistência Farmacêuticas dos 11 municípios habilitados à época para o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), instituído pela Portaria nº 1214 GM/MS de 13/06/2012. Nesse evento, foram abordados os aspectos legais e as diretrizes que envolvem o Programa QUALIFAR-SUS, além das estratégias para sua implantação. O Programa visa contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, mobiliários e recursos humanos. Nessa oficina foi abordada a importância da implantação de um sistema informatizado para controle de estoque de medicamentos e gestão da assistência farmacêutica. Tal evento, promovido em parceria com o Departamento de Assistência Farmacêutica do MS – DAF/SCTIE/MS e o COSEMS-RJ teve a participação de nove municípios: São Francisco de Itabapoana, Porciúncula, Cardoso Moreira, São José de Ubá, São Sebastião do Alto, Paty do Alferes, Trajano de Moraes, Tanguá e Sapucaia.

Ainda em 2013, foi realizada uma oficina sobre o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede), instituído através das Portarias nº 396/2011 e nº 601/2011. O Projeto trata-se de uma iniciativa do MS para o desenvolvimento do SUS, com foco no apoio à consolidação de um sistema integrado de serviços de saúde, estruturado por meio de Redes de Atenção à Saúde. Uma das ações do Projeto é a Intervenção Sistêmica da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde. Uma de suas prioridades é a aquisição de equipamentos (computadores e impressoras), para todos os municípios e Secretarias de Estado da Saúde participantes do Programa, informatizando esses serviços e, desta forma, fortalecendo a gestão do Sistema Único de Saúde, com vistas à ampliação do acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Esta ação possibilita a implantação de sistemas informatizados de controle de estoque e gestão da Assistência farmacêutica, tendo em vista a disponibilidade de computadores. A Região Metropolitana I foi a elencada para participar do Projeto QualiSUS-Rede, na figura de região piloto do Estado nas ações que envolvem a Assistência farmacêutica. A oficina objetivou

apresentar as ações do MS no âmbito da Assistência Farmacêutica vinculadas ao Projeto QualiSUS-Rede, visando auxiliar a estruturação dos municípios da Região Metropolitana I. O público-alvo envolveu os gestores, coordenadores municipais de assistência farmacêutica e técnicos de farmácia, e foi realizada pelo Ministério da Saúde, com apoio da SES/RJ e do COSEMS/RJ.

Em 2014, foi realizada mais uma reunião sobre o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), que conforme já mencionado acima, tem como uma de suas diretrizes a implantação de sistema Hórus. Esta reunião teve como público-alvo os Secretários de Saúde e Coordenadores de Assistência Farmacêutica dos doze municípios contemplados, à época, para o Programa. Neste evento estiveram presentes representantes de nove municípios, sendo eles: Porciúncula, Cardoso Moreira, São José de Ubá, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Paty do Alferes, Cambuci, Silva jardim, São Francisco de Itabapoana.

Ainda em 2014, foi realizado um evento de Capacitação sobre as Normas de Execução e Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Esse evento abordou as diretrizes contidas na Deliberação CIB-RJ nº 2661 de 26/12/2013, onde em seu Artº 11 §1º e §2º reforça a necessidade de uso de sistema informatizado de controle de estoque para suporte à gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde. Esta capacitação teve como público-alvo os Secretários de Saúde, Coordenadores de Assistência Farmacêutica e Coordenadores dos Fundos Municipais de Saúde dos 92 municípios do Estado. Estiveram presentes representantes de 65 municípios, perfazendo um total de 116 participantes.

#### Ação 2:

Nos anos de 2013 e 2014 foram realizados seis eventos voltados à qualificação dos profissionais de saúde nas atividades que envolvem o serviço de assistência farmacêutica municipal. Em todos os eventos foram abordados temas relacionados às melhorias no acesso aos medicamentos para o cuidado dos pacientes com doenças crônicas.

Em 2013, três Oficinas, um Seminário e um Simpósio, conforme segue:

As três oficinas foram voltadas à capacitação dos profissionais farmacêuticos, enfermeiros e médicos municipais nos assuntos relacionados à Assistência Farmacêutica em todos os seus Componentes (Básico Estratégico e Especializado). Esta SAFIE realizou essas oficinas em parceria com os municípios de Angra dos Reis, São Gonçalo e Nova Friburgo, nas respectivas regiões do Estado, Baía da Ilha Grande, Metropolitana II e Serrana.

Ainda em 2013 foi realizado um Seminário de Capacitação aos Coordenadores Municipais de Assistência Farmacêutica, também com o objetivo de qualificação dos profissionais sobre os componentes da Assistência Farmacêutica (Básico, Estratégico e Especializado) e suas correspondentes normas de execução, financiamento e fluxos de solicitação, fornecendo ferramentas conceituais para melhoria da gestão municipal. O público-alvo envolveu os secretários de saúde ou representantes, os coordenadores da assistência farmacêutica e farmacêuticos responsáveis pelos programas estratégicos dos 92 municípios. Estiveram presentes representantes de 77 municípios, perfazendo um total de 189 participantes.

Foi realizado também em 2013 um Simpósio Estadual que teve como principal objetivo a qualificação dos gestores e profissionais de saúde, fornecendo bases conceituais sobre temas relevantes no campo de Assistência Farmacêutica, contribuindo assim para a melhoria da gestão municipal. As exposições tratavam de vários tópicos, dentre os quais os “Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde”, onde foram abordados os assuntos referentes à melhoria do acesso aos medicamentos no cuidado das DCNTs. O público-alvo envolveu Secretários Municipais de Saúde, Coordenadores Municipais de Assistência Farmacêutica, Farmacêuticos Responsáveis pelos Polos do Componente Especializado e Coordenadores Municipais de Atenção Básica dos 92 municípios. Estiveram presentes representantes de 61 municípios, perfazendo um total de 170 participantes.

No ano de 2014 foi realizada uma Capacitação sobre as Normas de Execução e Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Este evento buscou orientar os municípios na prestação de contas referente às aquisições de medicamentos do Componente Básico da assistência farmacêutica, atendendo ao preconizado na Deliberação CIB-RJ nº 2661 de 26/12/2013. Esta Deliberação

prevê o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da aplicação dos recursos financeiros transferidos entre os Fundos de Saúde, bem como os montantes aplicados pelas Secretarias Municipais de Saúde. A referida prestação de contas busca trazer maior clareza quanto às aquisições de medicamentos do componente básico e seus estoques disponíveis, buscando assim garantir o acesso aos medicamentos para doenças e agravos da atenção básica, dentre os quais aqueles destinados às DCNTs. Esta capacitação teve como público-alvo os Secretários de Saúde, Coordenadores de Assistência Farmacêutica e Coordenadores dos Fundos Municipais de Saúde dos 92 municípios do Estado. Estiveram presentes representantes de 65 municípios, perfazendo um total de 116 participantes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Informativo situacional sobre as Ações desenvolvidas no âmbito da Política nacional de alimentação e Nutrição no estado do Rio de Janeiro. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 56 p.: il.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2012.

BRUNDTLAND, G. H. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. OMS, 1999.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Subsecretaria de Atenção a Saúde. Atenção Oncológica, 2016.

## ANEXO I - SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### CAMPANHA MENOS SAL MAIS SAÚDE

(SUVISA)



### VOCÊ SABIA?

#### A hipertensão arterial sistêmica (HAS):

- é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA).
- tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis, e um dos mais importantes problemas de saúde pública.

Os índices de mortalidade por **doença cardiovascular (DCV)** aumentam progressivamente com a elevação da pressão arterial. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) acima de 30%.



O **excesso de sal** pode causar vários problemas de saúde como pressão alta, doenças nos rins e no coração.

A elevação da pressão arterial muitas vezes está relacionada à ingestão excessiva de sódio.

O **sódio** é um elemento mineral que compõe quase a metade

(40%) do sal. As principais fontes de consumo de sódio são: o sal e os alimentos prontos para o consumo (que possuem sal adicionado como ingrediente além de aditivos alimentares contendo sódio em sua composição).

O **consumo diário de sódio recomendado** pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de 2000 mg, o que equivale a **5g** de sal por dia (1 colher de chá), no entanto, as pesquisas atuais relatam que no Brasil o consumo diário de sal por pessoa é aproximadamente 12 gramas.

Em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros Yanomami, não foram encontrados casos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

As **principais recomendações** não-medicamentosas para prevenção primária da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são:

atividades físicas,	alimentação saudável,
combate ao tabagismo,	ingestão controlada de sódio.

**Hábitos saudáveis** de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos.

Uma forma de reduzir o sódio é diminuir a quantidade de sal adicionada aos alimentos servidos.



Uma parceria entre o setor produtivo, representado por associações brasileiras de indústrias de alimentos e o Ministério da Saúde, possibilitou estabelecer metas nacionais para a redução do teor de sódio em alimentos processados no Brasil.

Em 7 de abril de 2011, foi assinado um acordo com a indústria para a redução do sal em massas, macarrão instantâneo e pão. Em breve, novos grupos de alimentos serão também incluídos nesse esforço de redução do teor de sódio em alimentos processados. Esse acordo significa um avanço para a **saúde pública brasileira**.



Quando for consumir, **alimentos industrializados** selecione através da **Tabela de Informação Nutricional** contida no rótulo aquele que possui o menor teor de sódio em sua composição.

**ANEXO II – FOTOS APRESENTADAS PELA COORDENAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA-GRUPO TÉCNICO DA LINHA DE CUIDADOS DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**







## ANEXO IV – FICHA PROGRAMA DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO (PEG) – FICHA DE INDICADOR

GOVERNO DO Rio de Janeiro SECRETARIA DE SAÚDE		Programa de Excelência em Gestão - PEG Ficha de Indicador		PEG Programa de Excelência em Gestão	
18	Subsecretaria de Atenção a Saúde / Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação	Unidade de Medida	Razão		
<b>Perspectiva</b>		<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados (acrescentar novo)</b>		
Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada 3 anos		Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade	Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS Código do Procedimento: 0203010019 - exame citopatológico cervico-vaginal/microflora		
<b>Objetivo</b>		Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e colo de útero			
<b>Meta</b>	<b>Indicador Universal</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>			
Meta 2015: 0,22%	Razão de exames citopatológicos de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	<b>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF:</b> Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano / População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano/3			
<b>Apresentação</b>		<b>Periodicidade de Avaliação</b>			
		Anual			
		<b>Área Responsável</b>			
		SAECA/SAS			
		<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>			
		Carlos Roberto Siqueira Filho / Simone Salles			
		<b>Responsável pela Análise de Dados</b>			
		Tatiana Mattos Bozza 2333-4031			
		<b>Referencial Comparativo</b>			
		Série histórica			
		<b>Versão</b>			
		SIA			
		<b>Última Atualização</b>			

GOVERNO DO Rio de Janeiro SECRETARIA DE SAÚDE		Programa de Excelência em Gestão - PEG Ficha de Indicador		PEG Programa de Excelência em Gestão	
19	Subsecretaria de Atenção a Saúde / Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação	Unidade de Medida	Razão		
<b>Perspectiva</b>		<b>Diretriz</b>	<b>Fonte dos Dados</b>		
Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.		Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade	Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH, procedimento 0204030188 mamografia bilateral para rastreamento		
<b>Objetivo</b>		Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e colo de útero			
<b>Meta</b>	<b>Indicador Universal</b>	<b>Forma de Medição (cálculo)</b>			
Meta Estadual 2015: 0,22	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano	<b>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF:</b> Nº de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em determinado local e ano / População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano/2			
<b>Apresentação (atualização do gráfico)</b>		<b>Periodicidade de Avaliação</b>			
		Anual			
		<b>Área Responsável</b>			
		SAECA/SAS			
		<b>Responsável pela Coleta de Dados</b>			
		Carlos Roberto Siqueira			
		<b>Responsável pela Análise de Dados</b>			
		Tatiana de Matos Bozza 2333-4031 tatiana.bozza@saude.rj.gov.br			
		<b>Referencial Comparativo</b>			