

Plano de Ações Estratégicas de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2022



GOVERNO DO
Rio de Janeiro

SECRETARIA DE
SAÚDE

PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNTs) NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

2013 - 2022

Produção e distribuição:

Área Técnica das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro segundo repasse financeiro definido na Portaria nº 2.993, de 26/12/2012 – 1ª edição – 2012.



**SECRETARIA DE
SAÚDE**



Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)

Secretário de Estado de Saúde: Sérgio Luiz Côrtez da Silveira

Subsecretaria Geral (SG)

Subsecretária: Monique Zita dos Santos Fazzi

Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS)

Subsecretária: Hellen Harumi Miyamoto

Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (SVEA): Alexandre Otávio Chieppe

Coordenação de Vigilância Epidemiológica (CVE): Rita Vassoler

Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA): Jorge Cavalcanti de Oliveira

Vigilância Ambiental em Saúde e Saúde do Trabalhador

Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS)

Subsecretária: Mônica Morrissy Martins Almeida

Superintendência de Atenção Básica (SAB): Andrea Cristina de Farias Mello

Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (SAFIE): Anderson Lorengo Silva

Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (SAECA): Luzia Lamosa Arantes

Coordenação de Urgência e Emergência (CUE): Daniel da Silva Junior

Diretora da Divisão de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Sonia Cristina Amancio da Silva

Responsável pelo Plano de Enfrentamento das DCNTs:

Mônica Morrissy Martins Almeida.

Telefone Institucional do responsável pelo Plano de Enfrentamento das DCNTs:

(21) 2333-3855

E-mail Institucional do responsável pelo Plano de Enfrentamento das DCNTs:

monica.morrissy@saude.rj.gov.br

Coordenação de elaboração do plano:

Sonia Cristina Amancio da Silva

Coordenação adjunta de elaboração do plano:

Márcia Regina Mazalotti Teixeira

Myrian Coelho Cunha da Cruz

Apresentação, introdução e formatação:

Sonia Cristina Amancio da Silva

Elaboração das propostas de ações estratégicas do plano:

Aline Pinto de Menezes (SES/SAB/DCNTs)
 Ana Lúcia da Silva (SES/SAB/Saúde Mental)
 Ana Lúcia Oliveira (SES/Vigilância Sanitária)
 Daniel da Silva Junior (SES/SAS/SUE)
 Heloisa Maria Moreira da Rocha (SES/DCNTs)
 Lausanne Souza Borges (SES/SAB)
 Luzia Lamoza (SES/SAECA)
 Márcia Regina Mazalotti Teixeira (SES/DCNTs)
 Myrian Coelho Cunha Cruz (SES/SAB/ATAN)
 Rejane Laetta Galvão (SES/SAB/IDOSO)
 Rita Vassoler (SES/SVEA/CVE)
 Rosane Araújo Nunes (SES/DCNTs)
 Sonia Cristina Amancio da Silva (SES/DCNTs)
 Suzete Henrique da Silva (SES/Assistência Farmacêutica)

Revisão

Andre Schimidt da Silva (SES/SAB/Gestão)
 Fernando Sobhie Diaz (SES/SAB/Gestão)

Planejamento, execução, monitoramento, acompanhamento e avaliação das propostas de ações estratégicas do plano:

Aline Pinto de Menezes (SES/SAB/DCNTs)
 Ana Lúcia da Silva (SES/SAB/Saúde Mental)
 Ana Lúcia Oliveira (SES/Vigilância Sanitária)
 Andre Schimidt da Silva (SES/SAB/Gestão)
 Daniel da Silva Junior (SES/SAS/SUE)
 Erika Santinoni (SES/DCNTs)
 Fernando Sobhie Diaz (SES/SAB/Gestão)
 Gecélia Kurtz Mota (SES/DCNTs)
 Heloisa Maria Moreira da Rocha (SES/DCNTs)
 Lia Bacha Santos (SES/DCNTs)
 Lausanne Souza Borges (SES/SAB)
 Luzia Lamoza (SES/SAECA)
 Márcia Regina Mazalotti Teixeira (SES/DCNTs)
 Maria de Fátima Andrade Sanchez (SES/DCNTs)
 Myrian Coelho Cunha Cruz (SES/SAB/ATAN)
 Nelson Eduardo Santos Lucas (SES/DCNTs)

Rejane Laetta Galvão (SES/SAB/IDOSO)
Renata de Campos Figueiredo (SES/DCNTs)
Rita Vassoler (SES/SVEA/CVE)
Rosane Araújo Nunes (SES/DCNTs)
Rosemary Paz de Barros (SES/DCNTs)
Simone Campos Annes (SES/DCNTs)
Solange Maria de Lira (SES/SAB/IDOSO)
Sonia Cristina Amancio da Silva (SES/DCNTs)
Suzete Henrique da Silva (SES/Assistência Farmacêutica)
Telma Alves Teixeira (SES/DCNTs)
Vânia Luiza Cochlar Pereira (SES/DCNTs)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	6
INTRODUÇÃO	7
MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	7
FATORES DE RISCO (FR).....	13
Tabagismo.....	14
Consumo abusivo de bebida alcoólica.....	16
Alimentação Inadequada.....	16
Obesidade.....	16
Excesso de Peso.....	17
Inatividade Física (Sedentarismo)	17
FATORES DE PROTEÇÃO.....	18
Atividade Física	18
Consumo de Frutas, Legumes e Hortaliças (FLV).....	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	22
PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ENFRENTAMENTO DAS DCNTs DO ESTADO.....	23
Eixos I, II e III: PAINEL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO.....	23
Eixos I, II e III: PREVENÇÃO, CONTROLE E PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS QUATRO PRINCIPAIS DCNTs.....	24
Eixo I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO.....	25
Eixo II: PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	27
Eixo III: CUIDADO INTEGRAL.....	35
CRONOGRAMA DA PROPOSTA DE AÇÕES DE EXECUÇÃO DO PLANO.....	44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide etária por sexo, Estado do Rio de Janeiro, 2009.....	7
Figura 2: Taxa de mortalidade por DCNTs* ajustada, em < 70 anos de idade, para o biênio 2009 e 2010a projeção da taxa de mortalidade padronizada por DCNTs*, Estado do Rio de Janeiro, 2009-2022.....	8
Figura 3: Seis primeiras causas de óbitos, em nº absoluto por faixa etária (em anos). Estado do Rio de Janeiro, 2010.....	11.
Figura 4: Taxa de mortalidade por Doenças Cérebro-Vasculares (CID 10: I 60 - I 69) por 100 mil habitantes, segundo sexo e faixa etária. Estado do Rio de Janeiro, 2001 a 2010.....	11
Figura 5: Taxa de mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração (CID 10: I 20 - I 25), por 100 mil habitantes, segundo sexo e faixa etária. Estado do Rio de Janeiro, 2001 a 2010	12
Figura 6: Taxa de mortalidade por Diabetes (CID 10: E10 - E14) por 100 mil habitantes, segundo sexo e faixa etária. Estado do Rio de Janeiro, 2001 a 2010.....	12
Figura 7: Estudo sobre os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por 1.000 habitantes. Estado do Rio de Janeiro, período de 2005 a 2008.....	13
Figura 8: Percentual de fumantes em adultos (≥ 18 anos) no período de 2006 a 2011 e a sua Projeção até 2022. Município do Rio de Janeiro (capital).....	15
Figura 9: Percentual do consumo abusivo de bebida alcoólica em adultos (≥ 18 anos) no período de 2006 a 2011 e a sua Projeção até 2022. Município do Rio de Janeiro (capital)	15
Figura 10: Percentual da obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) em adultos (≥ 18 anos) no período de 2006 a 2011 e a sua Projeção até 2022. Município do Rio de Janeiro (capital)	16
Figura 11: Percentual de excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) em adultos (≥ 18 anos) no período de 2006 a 2011 e a sua Projeção até 2022. Município do Rio de Janeiro (capital)	17
Figura 12: Percentual de Inatividade Física em adultos (≥ 18 anos) no período de 2006 a 2011 e a sua Projeção até 2022. Município do Rio de Janeiro (capital).....	18
Figura 13: Percentual de Ativo no Lazer em adultos (≥ 18 anos) no período de 2006 a 2011 e a sua Projeção até 2022. Município do Rio de Janeiro (capital).....	19
Figura 14: Percentual do consumo de frutas, verduras e legumes (FLV) recomendado (Consumo ≥ 5 x/dia em cinco ou mais dias da semana) em adultos (≥ 18 anos) no período de 2006 a 2011 e a sua Projeção até 2022. Município do Rio de Janeiro (capital).....	19
Figura 15: Percentual do consumo de frutas, verduras e legumes regular (Consumo em cinco ou mais dias da semana) em adultos (≥ 18 anos) no período de 2006 a 2011 e a sua Projeção até 2022. Município do Rio de Janeiro (capital).....	20

APRESENTAÇÃO

O Plano Nacional de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no Brasil, 2011-2022 foi elaborado pelo Ministério da Saúde com a participação de Instituições de Ensino e Pesquisa, de diversos Ministérios do Governo Brasileiro, ONGs da área da saúde, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, dentre outros. Foi apresentado para os estados e capitais em agosto de 2011 e para a ONU, pela Presidente Dilma Vana Rousseff, em setembro do mesmo ano. Esse Plano objetiva promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNTs e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos, preparando o país, nos próximos dez anos, para esse enfrentamento. Foram priorizados quatro principais grupos de doenças (cardiovascular, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) com definição de diretrizes e ações em três eixos: a) Vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) Promoção da Saúde e c) Cuidado Integral.

Em meados de agosto do corrente ano, o MS novamente convida estados e capitais para discutirem a implementação desse Plano. Nesse momento divulga a Portaria nº 23/GM/MS, de 09/08/2012, que no seu Art. 1º estabelece o repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde [...] para implantação, implementação e fortalecimento das ações específicas de vigilância e prevenção para o enfrentamento das DCNTs no Brasil, para o ano de 2012 (Parágrafo único), para Estados e Capitais.

Considerando que as DCNTs e suas mortes continuam aumentando no mundo e, em especial as prematuras e, que interferem na qualidade de vida do indivíduo, da família e da comunidade gerando relevantes impactos econômicos, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza, então, enfrentá-las constitui um dos principais desafios para o desenvolvimento no século XXI (OPAS, 2011).

Dessa forma, as DCNTs devem sofrer intervenções amplas e custo-efetivas de promoção de saúde para redução de seus fatores de risco comuns, os quais uma vez modificados podem reduzir consideravelmente as mortes prematuras.

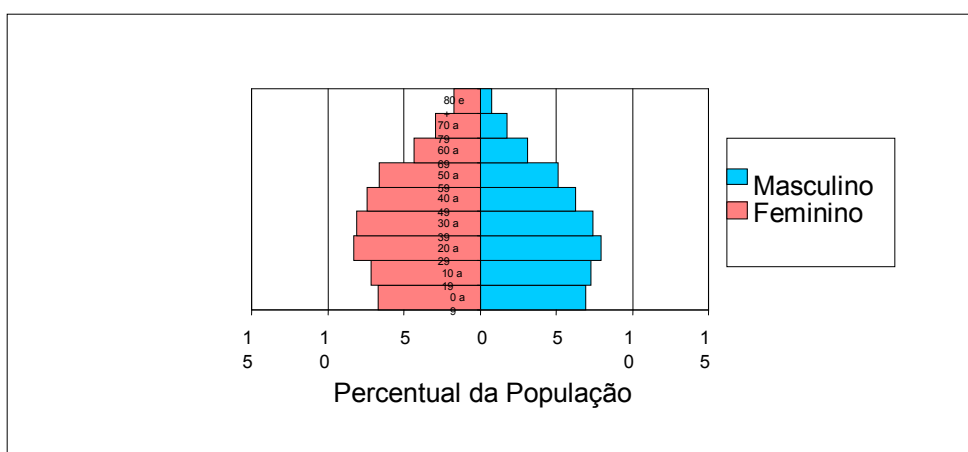
A construção desse Plano propõe um desafio para atenção efetiva e eficiente às DCNTs e se constitui como um compromisso estadual. Com tal propósito se descrevem os objetivos, ações, metas e indicadores para cada eixo pré-definido. São ainda fomentadas medidas de prevenção, considerando-se os principais determinantes sociais, de promoção e de controle com intuito de combater a epidemia global de DCNTs.

INTRODUÇÃO

Nos últimos cinquenta anos, intensas modificações sociais, econômicas e tecnológicas provocaram mudanças relevantes no modo de viver e no perfil epidemiológico da maior parte da população. Como modificação mais recente: comparando-se censos demográficos de 1990 e 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) percebe-se um fluxo migratório urbano-rural no Estado, com uma taxa de variação de 11,8%.).

Na pirâmide etária do Estado do Rio de Janeiro se observou um estreitamento da base e alargamento do seu topo, característica essa de populações amadurecidas. Foi marcante a assimetria por sexo com predominância feminina a partir dos 20 anos de idade até o topo da pirâmide, em função da mortalidade diferencial, possibilitando às mulheres se beneficiarem das condições do aumento da longevidade (Figura 1).

Figura 1: Pirâmide etária por sexo, Estado do Rio de Janeiro, 2009



Fonte: Datasus/Cadernos de Informação de Saúde.

O acelerado crescimento da população de idosos vem produzindo impacto no sistema de saúde, elevando os custos e aumentando a procura pelos serviços de saúde.

MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

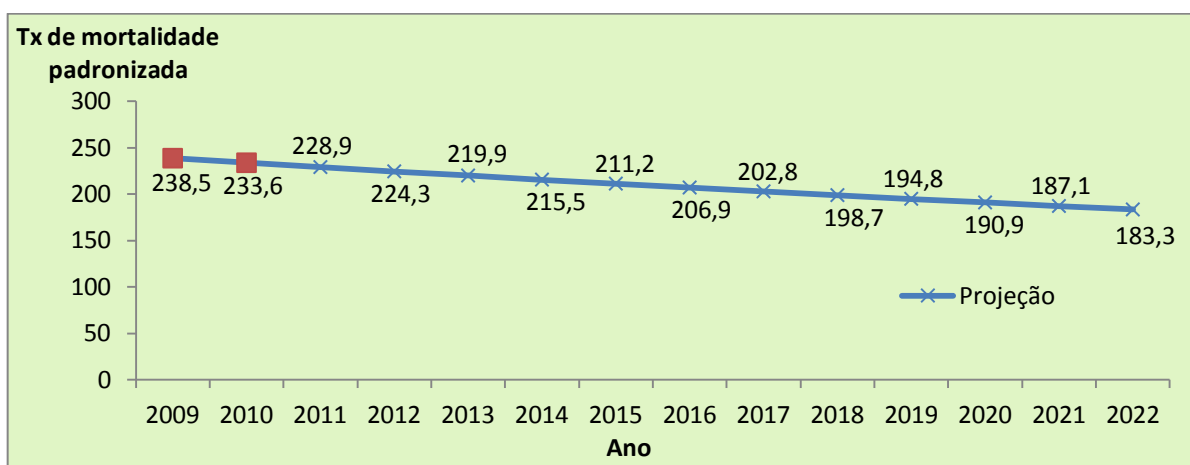
As doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças ligadas à nutrição e metabolismo e as causas externas respondem por mais de 70% de todos os óbitos do Estado. A magnitude, a gravidade e a transcendência são critérios de avaliação epidemiológica e mostram a necessidade de inserção das DANT entre as prioridades das políticas de saúde nas diversas esferas de governo. Os dados de morbimortalidade traduzem a magnitude e a gravidade das doenças, enquanto que a transcendência, os seus fatores de risco.

Na Assembléia Mundial de Saúde (OMS, Maio de 2012), adotaram para 2025 uma meta global de redução de 25% ou de 2% ao ano de mortalidade prematura (< 70 anos) por DCNTs (por

doenças cardiovasculares (CID 10 - I00-I99), câncer (CID 10 - C00-C97), diabetes (CID 10 - E10-E14) ou doenças respiratórias crônicas (CID 10 - J30-J98).

A taxa de mortalidade ajustada por idade para o conjunto das DCNTs mostrou em 2010, uma variação de 119,6 por 100 mil habitantes, no Amapá, e 228,9 por 100 mil habitantes, no Rio de Janeiro. A projeção para 2011 a 2022, dessa taxa, considerando uma redução anual de 2%, irá variar de 95,7 por 100 mil habitantes, no Amapá, a 183,3 por 100 mil habitantes, no Rio de Janeiro (Figura 2).

Figura 2: Taxa de mortalidade por DCNTs* ajustada, em < 70 anos de idade, para o biênio 2009 e 2010 e a projeção da taxa de mortalidade padronizada por DCNTs*, Estado do Rio de Janeiro, 2009-2022



Fonte: SIM, CGIAE/DASIS/SVS/MS e DATASUS-CENSO 2010 – Gráfico feito pelo MS para o Plano.

*Doenças Cardiovasculares (I00-I99), neoplasias (C00-C97), doenças respiratórias crônicas (J30-J98), diabetes mellitus (E10-E14), outras doenças crônicas (D00-D48, D55-D64 (menos D64. 9), D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99).

O Sistema de Mortalidade (SIM/2010) mostrou que as doenças do aparelho circulatório se constituem a primeira causa de óbito, seguida das neoplasias, doenças do aparelho respiratório e na quinta posição as causas mal definidas seguida das doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, onde predominam o Diabetes.

Na figura 3, estão sinalizadas as seis primeiras causas de óbitos nas diversas faixas etárias. Nestas, destacam-se as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), as causas externas e as causas mal definidas de óbitos.

As causas externas de óbito ocupam lugar importante no perfil de morbimortalidade do Estado. Representam a primeira causa de mortalidade nas faixas etárias de 1 a 39 anos de idade.

As distorções no preenchimento da declaração de óbito e a existência de problemas na assistência médica aumentam a frequência da utilização do termo “mal definidas”, por conta da diminuição da especificação das causas de morte prejudicando a identificação de patologias

importantes. A qualificação das definições dessas causas poderia modificar o perfil da mortalidade do Estado, conhecendo-se, com mais precisão, os grupos populacionais mais afetados pelos principais grupos de causas e/ou causas específicas que provocaram o óbito.

Dentre as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), as doenças do aparelho circulatório (DAC) se constituem na 1ª causa de óbito, a partir da faixa etária de 40 anos de idade no Estado. Cabe lembrar que muitos eventos fatais envolvendo as DCNTs, como por exemplo, o acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio, muitas vezes acontecem longe dos serviços de saúde, o que dificulta em alguns casos o esclarecimento do óbito e permite considerar que o dado de mortalidade pode estar subestimado.

As neoplasias são a 3ª e 4ª causas até 49 anos de idade, se tornando 2ª causa de 50 a 69 anos.

As mortes causadas por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas começam a se manifestar na faixa etária de 50 anos e mais. Dentre este grupo o diabetes mellitus responde por mais de 80 % dos óbitos. O diabetes contribui como causa associada a várias outras doenças, principalmente as cardiovasculares, entretanto sua baixa causalidade geral entre os óbitos é resultado da falta de menção do mesmo no atestado de óbito. Assim, somente quando o diabetes é registrado como causa básica é que passa a fazer parte do dado de mortalidade. A gravidade dessa doença está na sua evolução para os órgãos alvos e nas incapacitações decorrentes da cegueira (por inflamação da retina), insuficiência renal, necrose e amputação de membros devido à insuficiência de vascularização periférica, etc. Cabe ressaltar que além dos custos indiretos gastos com as doenças geradas pelo diabetes (infarto agudo do miocárdio, os acidentes cerebrovasculares, as arteriopatias, as retinopatias, entre outras) esta enfermidade é a que mais contribui com a má qualidade de vida. O diabetes está associado à mortalidade e a cronicidade, acompanhado muitas vezes da incapacidade. Os elevados custos do tratamento contribuem para o agravamento do problema e perda relacionada à redução da produtividade, também pelo absenteísmo, aposentadoria e mortalidade precoce.

Vale destacar que as mortes por doenças do aparelho respiratório (DAR) em todas as faixas etárias se constituem segunda causa nas faixas etárias de 1 a 4 anos e 70 anos e mais e terceira causa nas faixas de menores de 1 ano e de 60 a 69 anos. Contudo, nem todas as doenças do aparelho respiratório (DAR) são consideradas de evolução crônica.

Figura 3: Seis primeiras causas de óbitos, em nº absoluto por faixa etária (em anos). Estado do Rio de Janeiro, 2010

	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60- 69	70 +
1ª	Afecções Perinatais (1684)	Causas Externas (121)	Causas Externas (1528)	Causas Externas (177)	Causas Externas (1183)	Causas Externas (3260)	Causas Externas (2053)	DAC (2338)	DAC (5270)	DAC (7474)	DAC (20628)
2ª	Anomalia Congênita (591)	DAR (86)	DIP (38) Sist. Nervoso (38)	Sist. Nervoso (49)	Mal Definidas (92)	DIP (382)	DAC (755)	Causas Externas (1599)	Neoplasia (3757)	Neoplasia (4525)	DAR (9539)
3ª	DAR (163)	DIP (70)	Neoplasia (37)	DIP (45)	Neoplasia (77)	Mal Definidas (239)	DIP (710)	Neoplasia (1594)	Mal Definidas (1384)	DAR (1983)	Neoplasia (8488)
4ª	Causas Externas (150)	Sist. Nervoso (59)	Mal Definidas (26) DAR (26)	Neoplasia (42)	DIP (54)	Neoplasia (218)	Neoplasia (560)	DIP (849)	DAR (1264)	D. Endócrina (1877)	D. Endócrina (5060)
5ª	DIP (138)	Mal Definidas (44)	Anomalia Congênita (18)	Mal Definidas (41)	DAR (51) Sist. Nervoso	DAC (206)	Mal Definidas (304)	Mal Definidas (808)	Causas Externas (1212)	Mal Definidas (1714)	Mal Definidas (4606)
6ª	Mal Definidas (100)	Anomalia Congênita (43)	DAC (14)	DAR (26)	DAC (42)	DAR (179)	DAR (291)	DAR (564)	D. Endócrina (1202)	Aparelho Digestivo (1040)	Genito Urinário (1667)

Legenda: **DAC** - Doenças do Aparelho Circulatório; **DAR** - Doenças do Aparelho Respiratório e **DIP** - Doenças Infecciosas e Parasitárias

Fonte: SIM/DATASUS/ Coleta setembro 2011. Dados preliminares de 2010

Nos últimos dez anos as maiores taxas de mortalidade por Doenças Cérebro-Vasculares (DCV), Doença Isquêmica do Coração (DIC) e Diabetes predominaram no sexo masculino para todas as faixas etárias, em seu conjunto, Analisando-se as causas separadamente, houve predomínio da mortalidade no sexo feminino, em algumas faixas etárias: nas DCV predominaram em 2001, 2005 e de 2007 a 2009, na faixa de 20 a 39 anos de idade; em relação ao Diabetes, o predomínio feminino ocorreu na faixa de 60 anos e mais nos anos de 2001 a 2002 e de 2006 a 2007, enquanto que em 2008 se destacou nas mulheres de 20 a 39 anos de idade. A única doença que predominou integralmente no sexo masculino, para todas as faixas etárias e em todos os anos, foi a DIC. Ela vem em queda acentuada no período, principalmente em indivíduos com 60 anos e mais de idade, contudo, se mostrou crescente de 2009 para 2010. Quanto às taxas de mortalidade por DCV, também vem decrescendo, principalmente entre os idosos. Ao contrário das demais causas, às mortes por Diabetes se mostraram ascendentes nesse grupo de idosos (Figuras 4, 5 e 6)

Figura 4: Taxa de mortalidade por Doenças Cérebro-Vasculares (CID 10: I 60 - I 69) por 100 mil habitantes, segundo sexo e faixa etária. Estado do Rio de Janeiro, 2001 a 2010

Ano	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
Fx etária(a)	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
20 a 39	6,45	6,93	6,59	5,89	5,84	6,74	5,86	5,30	4,66	5,17	4,49	4,40	4,63	5,74	4,63	4,87	4,36	5,03	4,01	3,94
40 a 59	86,89	63,07	85,53	60,90	86,22	59,79	82,38	63,70	65,08	49,56	75,83	54,30	62,33	46,65	59,51	48,50	58,57	43,81	55,14	41,28
> 60	601,41	454,18	591,71	478,01	587,93	452,62	572,20	440,09	475,28	389,92	553,53	457,04	480,83	389,55	507,64	401,42	480,90	395,84	459,61	363,64

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (Colhidos em 16/09/2012)

Figura 5: Taxa de mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração (CID 10: I 20 - I 25), por 100 mil habitantes, segundo sexo e faixa etária. Estado do Rio de Janeiro, 2001 a 2010

Ano	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
Fx etária(a)	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
20 a 39	7,53	4,01	7,79	3,64	6,73	2,89	6,99	1,77	5,69	2,18	6,15	3,07	7,14	3,35	7,62	3,03	7,68	3,20	6,96	3,04
40 a 59	116,67	43,13	112,81	45,48	106,44	43,83	110,41	43,07	95,94	36,58	111,78	41,29	100,03	36,40	111,15	43,15	102,58	37,48	101,63	41,97
> 60	622,62	394,47	641,51	414,44	597,49	385,22	624,79	394,43	522,33	347,58	620,88	392,99	543,68	344,13	561,04	336,51	510,37	321,88	524,90	317,03

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (Colhidos em 16/09/2012)

Figura 6: Taxa de mortalidade por Diabetes (CID 10: E10 - E14) por 100 mil habitantes, segundo sexo e faixa etária. Estado do Rio de Janeiro, 2001 a 2010

Ano	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
Fx etária(a)	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
20 a 39	3,55	3,00	2,82	3,52	3,39	2,85	3,18	2,47	3,15	1,92	3,11	2,46	4,06	2,93	2,86	3,18	2,88	2,90	3,14	2,89
40 a 59	38,91	32,81	37,89	33,09	37,89	31,12	38,48	30,47	35,92	27,83	43,50	34,44	37,24	31,05	40,46	31,09	36,70	31,25	37,41	31,18
≥ 60	235,51	250,91	255,56	266,12	259,60	257,43	263,11	258,83	228,23	222,87	289,64	290,24	258,60	269,41	276,55	264,52	266,50	256,97	274,23	268,95

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (Colhidos em 16/09/2012)

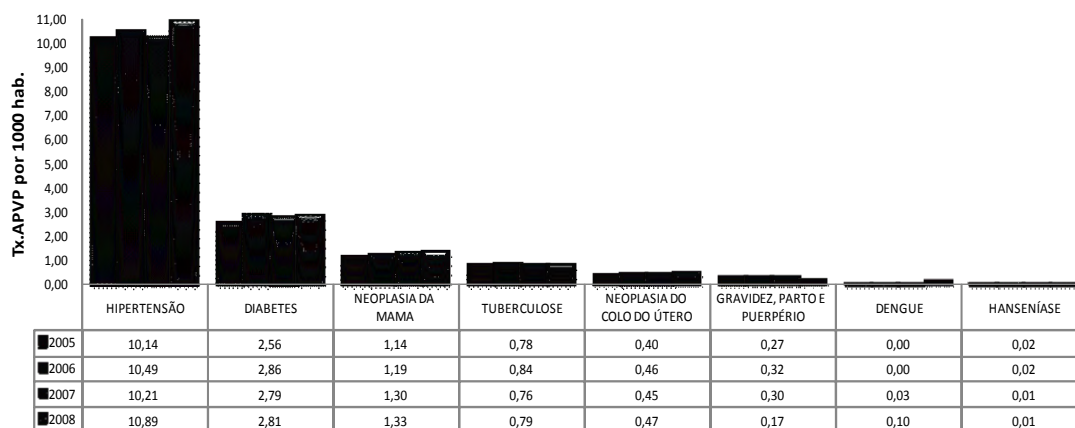
De qualquer modo, o panorama dessas doenças, ainda é bastante preocupante, portanto, a implementação de políticas de saúde, visando à redução do tabagismo, do excesso de peso e do sedentarismo, assim como, a expansão do acesso à atenção básica, entre outras, são medidas que, se intersetorialmente trabalhadas, permitirão a criação de um ambiente favorável para os indivíduos fazerem as suas escolhas saudáveis de estilo de vida.

O indicador dos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) quantifica o número de anos de vida não vividos quando uma pessoa que vai ao óbito prematuramente poderia ter vivido e produzido. No Estado do Rio de Janeiro, no período de 2005 a 2008, a maior taxa de APVP (média de 10,43 por 1.000 habitantes) foi atribuída primeiramente às causas relacionadas à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) seguida do Diabetes Mellitus (DM) e em terceira posição o Câncer de mama, se constituindo em um conjunto importante de DCNTs (Figura 7).

A HAS apresenta alta prevalência no Brasil, sendo a primeira causa de morte prematura no Estado. É responsável por complicações crônicas importantes contribuindo diretamente para a maioria dos casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e por grande parte dos casos de Doença Arterial Coronariana (DAC), Insuficiência Cardíaca (ICC) e Doença Renal Crônica (DRC), gerando custos altos de tratamento e contribuindo para invalidez, muitas vezes precoce dos seus portadores.

O DM, segunda causa de morte prematura, contribui diretamente com grande parte dos casos de DRC. É a principal causa de amputações não traumáticas dos membros inferiores. Ressalta-se que a principal causa de morbimortalidade nos diabéticos é a doença cardiovascular, com alta incidência de AVE e DAC.

Figura 7: Estudo sobre os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por 1.000 habitantes. Estado do Rio de Janeiro, período de 2005 a 2008.



FATORES DE RISCO (FR)

O termo fator de risco está associado ao aumento do risco que tem uma pessoa de desenvolver alguma doença. A exposição a um certo FR significa que antes de adoecer, o indivíduo teve um contato momentâneo ou em longo período de tempo, com um fator de exposição. O nexos causal de um FR com um evento mórbido permite o entendimento de que a remoção do FR é a prevenção do evento, caracterizando a redução de risco.

As DCNTs são multifatoriais e influenciadas pelas condições sócio-econômicas, fatores comportamentais e herança genética. A sua ocorrência está estatisticamente associada à exposição a alguns fatores ou condições de risco. A ação destes fatores cumulativos causa modificações tanto bioquímicas, quanto celulares, lesando irreversivelmente tecidos e órgãos lentamente, comprometendo suas funções e o surgimento aparente da doença. Dentre os fatores de risco comportamentais, destacam-se o tabagismo, a alimentação inadequada e o sedentarismo, que podem ser monitorados pelo **Vigitel** (Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, para os **adultos com ≥ 18 anos, residentes nas capitais dos Estados e DF**. Esses dados são coletados anualmente e divulgados até o meado do ano seguinte.

Tabagismo

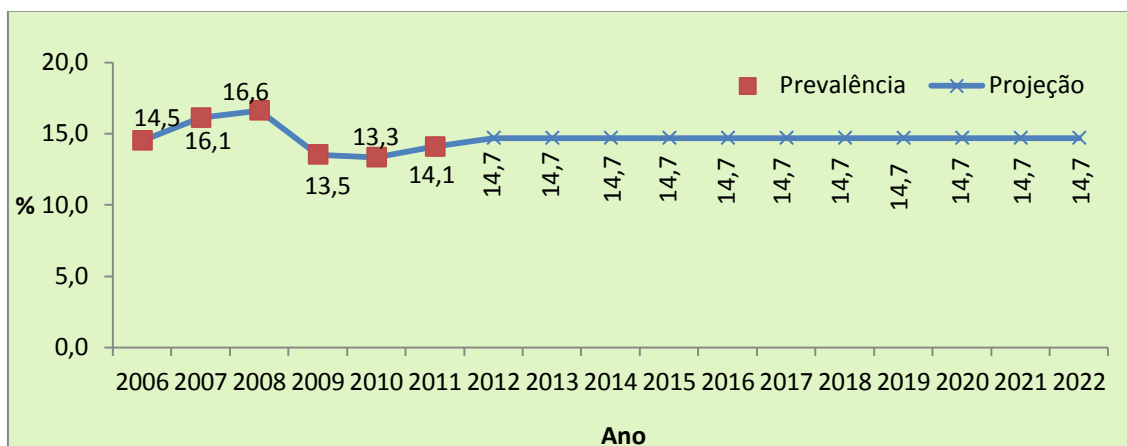
O fumo agrava as doenças cardíacas porque pode aumentar o ritmo das batidas do coração e a pressão, ou ainda piora a aterosclerose, “endurecendo” as artérias. Além disso, pode provocar câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, bexiga, rim, colo de útero, etc.) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), HAS, AVC e DAC.

O tabagismo está associado à elevada ocorrência de morte em escala mundial. Registram-se cerca de cinco milhões de mortes/ano para fumantes ativos e 600 mil mortes/ano para fumantes passivos. A gravidade em torno dos problemas proveniente do tabaco se expressa pelo número de doenças associadas ao tabagismo: são mais de cinquenta entidades nosológicas, que acabam provocando precocidade das mortes excluindo os indivíduos da sua força de trabalho.

Segundo Araújo, o Brasil gastou em 2004 cerca de R\$ 1 bilhão com enfermidades como: IAM, DIC, DPOC, Câncer de pulmão e AVC, sendo que R\$ 500 milhões estão relacionados diretamente com o tratamento dessas doenças em indivíduos fumantes. Quanto ao gasto por pessoa/ano para tratamento: de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) foi de R\$ 8.074,00; de Doença Isquêmica Coronariana (DIC), R\$ 1.848,32; de DPOC, R\$ 4.740,73; de Câncer de Pulmão, R\$ 4.201,28; de AVC (evento agudo), R\$ 3.336,95 e ao AVC (reabilitação), R\$ 1.868,87.

No Vigitel, fumante é aquele que fuma independente do nº de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar. Segundo o Vigitel 2011, a frequência brasileira de adultos que fumam variou entre 7,8% em Maceió e 22,6% em Porto Alegre (Vigitel, 2011). Na capital do Estado, verificou-se no período de 2006 a 2011 uma redução na variação percentual de 2,8% de fumantes. De 2008 para 2009 essa redução na variação percentual foi de 18,7%. Considerando-se a taxa de prevalência constante no período de 2006 a 2011, ter-se-ia uma projeção média de 14,7% fumantes até 2022 (Figura 8)

Figura 8: Percentual de fumantes em adultos (≥ 18 anos) no período de 2006 a 2011 e a sua Projeção até 2022. Município do Rio de Janeiro (capital)

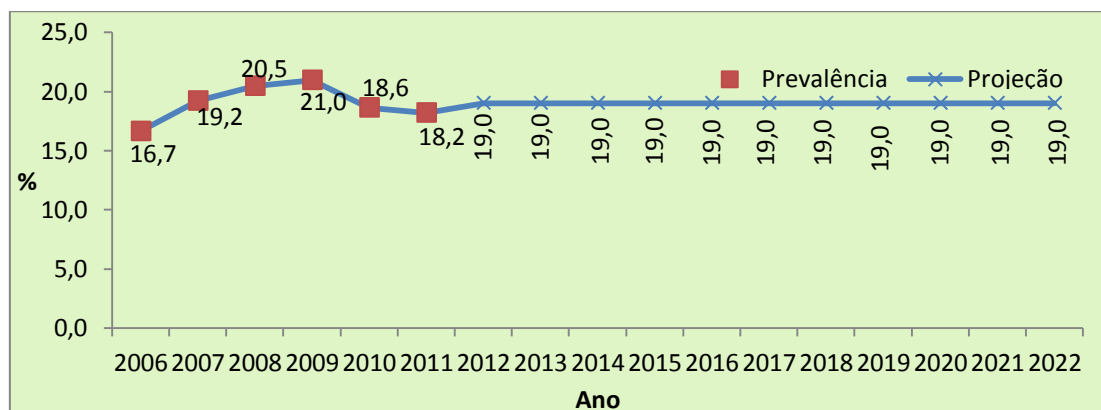


Fonte: Vigitel/MS– Gráfico feito MS, em 2012, para embasar as metas do Plano Estadual.

Consumo abusivo de bebida alcoólica

Para o Vigitel, consumo abusivo de bebidas alcoólicas significa ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, de bebidas alcoólicas, em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias. Considera-se como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho. A frequência de adultos que relataram consumo abusivo de bebidas alcoólicas, nos últimos 30 dias, variou entre 11,9% em Rio Branco e 23,6% em Salvador (Vigitel, 2011). No município do Rio de Janeiro aumentou em 8,99% de 2006 a 2011. Considerando-se a taxa de prevalência constante no período de 2006 a 2011, ter-se-ia uma projeção média de 19,0% de consumo abusivo de bebida alcoólica até 2022 (Figura 9)

Figura 9: Percentual do consumo abusivo de bebida alcoólica em adultos (≥ 18 anos) no período de 2006 a 2011 e a sua Projeção até 2022. Município do Rio de Janeiro (capital)



Fonte: Vigitel/MS– Gráfico feito MS, em 2012, para embasar as metas do Plano Estadual

Alimentação Inadequada

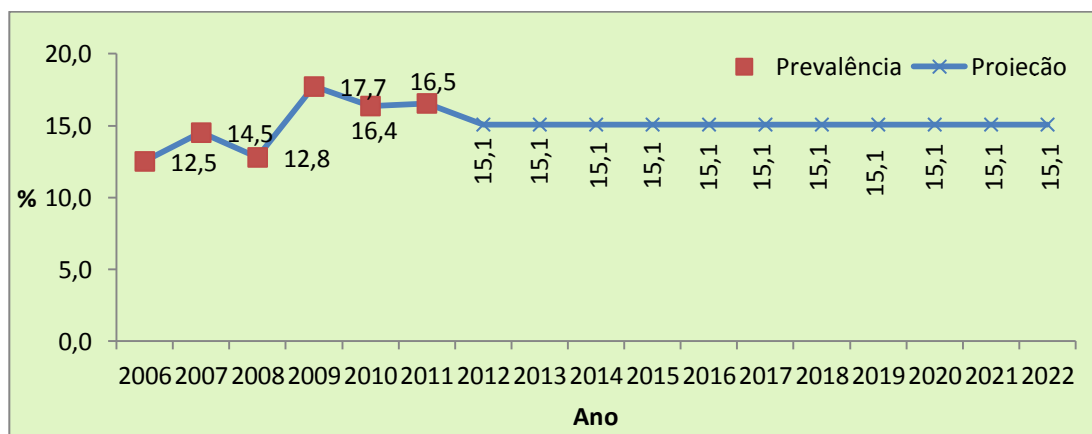
Obesidade

Cerca de um bilhão de adultos estão com excesso de peso e pelo menos 3000 milhões com obesidade (OMS). A obesidade contribui para HAS, AVC, câncer (principalmente de cólon e reto e os hormônios dependentes), para os problemas músculo-esquelético e para a perda da qualidade de vida pela presença das DCNTs. É o principal fator de risco para o diabetes e cada vez mais, as populações jovens vêm sendo acometidas por essa doença.

A obesidade é resultante das mudanças relevantes no perfil alimentar das populações, principalmente nas urbanizadas. Há um consumo maior dos produtos industrializados, calóricos, ricos em gorduras saturadas e açúcar em detrimento do alimento consumido *in natura*, especialmente frutas, legumes e verduras. Para frear essa tendência de crescimento, faz-se necessário provocar mudanças no perfil alimentar da população.

No Sistema Vigitel, a obesidade é caracterizada pelo Índice de Massa Corporal ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Na figura 6, verificou-se uma alternância entre o aumento e diminuição do percentual de obesos de um ano para o outro. Verificou-se no período de 2006 a 2011, um aumento na variação percentual de 32,0% de obesos. De 2008 para 2009, o aumento na variação percentual foi de 38,3%. No Brasil, essa frequência de adultos obesos variou entre 12,5% em Palmas e 21,4% em Macapá (Vigitel, 2011). Considerando-se a taxa de prevalência constante no período de 2006 a 2011, aplicando-se a regressão linear, ter-se-ia uma projeção média de 15,1% de obesos até 2022.

Figura 10: Percentual da obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) em adultos (≥ 18 anos) no período de 2006 a 2011 e a sua Projeção até 2022. Município do Rio de Janeiro (capital)

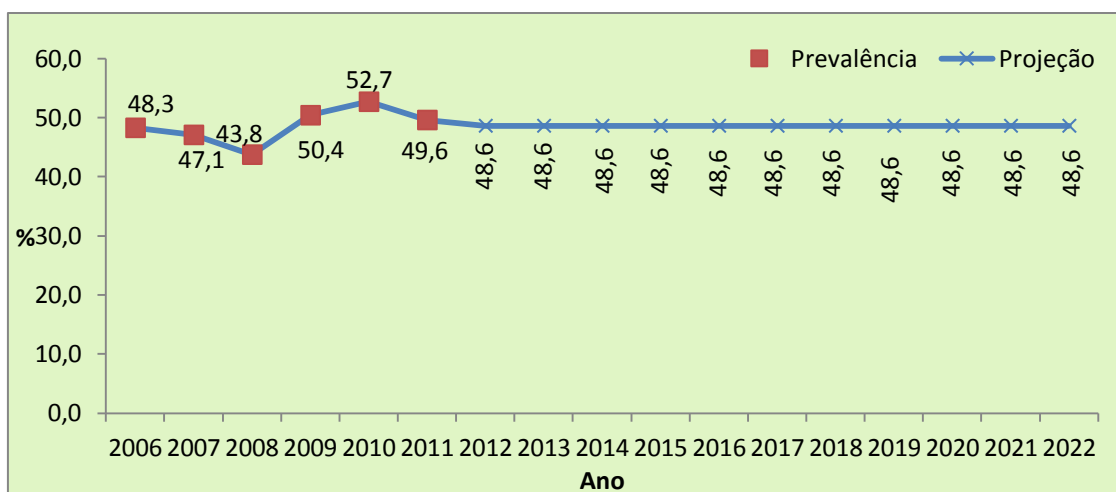


Fonte: Vigitel/MS— Gráfico feito MS, em 2012, para embasar as metas do Plano Estadual

Excesso de Peso

No Vigitel, o excesso de peso é caracterizado por um Índice de Massa Corporal ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$). Na figura 11, verificou-se no período de 2006 a 2011 um aumento na variação percentual de 2,7% de excesso de peso. De 2008 para 2009 foi observado aumento nessa variação chegando a 15,1%. Considerando-se a taxa de prevalência constante no período de 2006 a 2011, a frequência de adultos com excesso de peso variou, no Brasil, entre 39,8% em São Luís e 55,4% em Porto Alegre (Vigitel, 2011). Aplicando-se a regressão linear, ter-se-ia uma projeção média de 48,6% de indivíduo com excesso de peso até 2022

Figura 11: Percentual de excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) em adultos (≥ 18 anos) no período de 2006 a 2011 e a sua Projeção até 2022. Município do Rio de Janeiro (capital)



Fonte: Vigitel/MS– Gráfico feito MS, em 2012, para embasar as metas do Plano Estadual.

Inatividade Física (Sedentarismo)

Até pouco mais de meio século, mover-se fazia parte do cotidiano das pessoas. A partir das modificações geradas pelo transporte, pela introdução de novas tecnologias e maquinários e com o processo de urbanização, as pessoas se tornaram cada vez mais sedentárias.

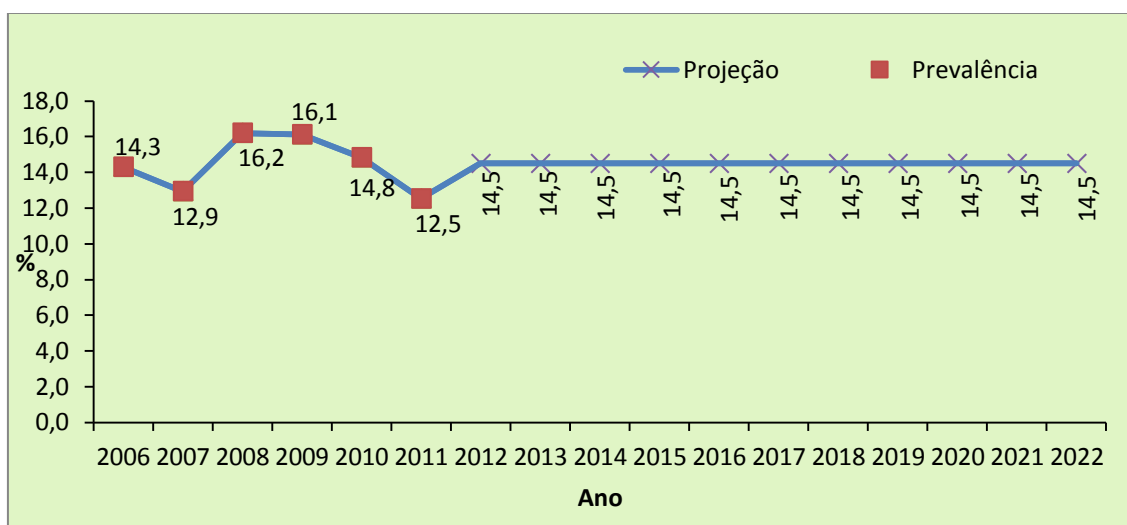
A redução da atividade física na vida das pessoas está associada a várias DCNTs, tanto as orgânicas, quanto as mentais. Segundo a Organização Mundial da Saúde, 1,9 milhões de mortes globalmente, deve-se à redução da atividade física.

Para o Vigitel, a inatividade física é caracterizada pela inexistência de atividade física nos seguintes domínios: no lazer nos últimos 3 meses; quando não se realizam esforços físicos intensos no trabalho; quando não se deslocam para o trabalho ou para a escola a pé ou de

bicicleta, perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto, por dia; ou quando não participam da limpeza pesada de suas casas.

Avaliando-se o período de 2006 a 2011 (figura 12), verificou-se no período uma redução na variação percentual de 12,6% de sedentários. Considerando-se a taxa de prevalência constante no mesmo período e aplicando-se a regressão linear, ter-se-ia uma projeção média de 14,5% de indivíduos sedentários até 2022. No âmbito nacional variou entre 10,8% em Florianópolis e 18,2% em Recife (Vigitel, 2011)

Figura 12: Percentual de Inatividade Física em adultos (≥ 18 anos) no período de 2006 a 2011 e a sua Projeção até 2022. Município do Rio de Janeiro (capital)



Fonte: Vigitel/MS– Gráfico feito MS, em 2012, para embasar as metas do Plano Estadual.

FATORES DE PROTEÇÃO

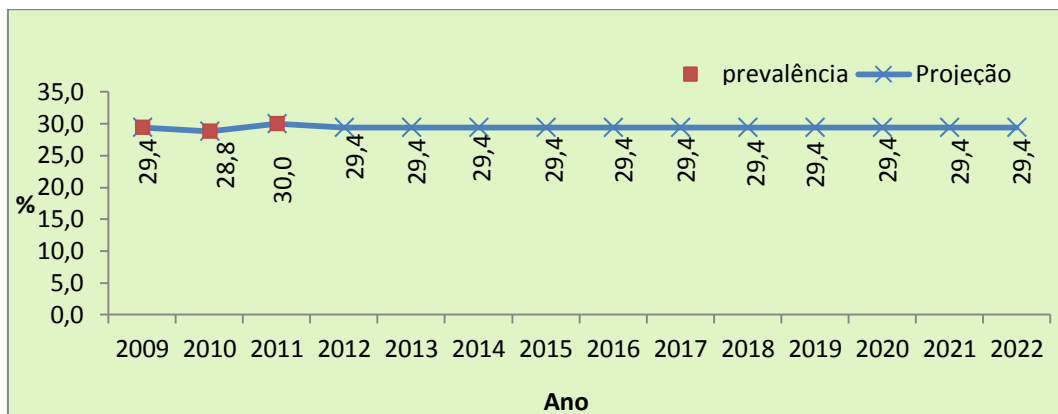
Atividade Física

O Vigitel, acompanhando a OMS (2011), define o indicador “atividade física suficiente no lazer (tempo livre)” como prática de 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada (caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol) ou 75 minutos de atividade física vigorosa (corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis). Atividade com duração inferior a 10 minutos não é considerada para efeito do cálculo da soma diária de minutos despendidos pelo indivíduo com exercícios físicos.

A figura abaixo mostrou que, no período de 2009 a 2011, verificou-se um aumento percentual de 2,0% de ativos no lazer. A frequência de adultos que praticam o volume recomendado de atividade física no tempo livre variou, no Brasil, entre 26,3% em Porto Velho e 41,4% em Florianópolis. Considerando-se a taxa de prevalência constante no mesmo período e

aplicando-se a regressão linear, ter-se-ia uma projeção média de 29,4% de indivíduos ativos no lazer até 2022 no município do Rio de Janeiro (Vigitel, 2011)

Figura 13: Percentual de Ativo no Lazer em adultos (≥ 18 anos) no período de 2006 a 2011 e a sua Projeção até 2022. Município do Rio de Janeiro (capital)

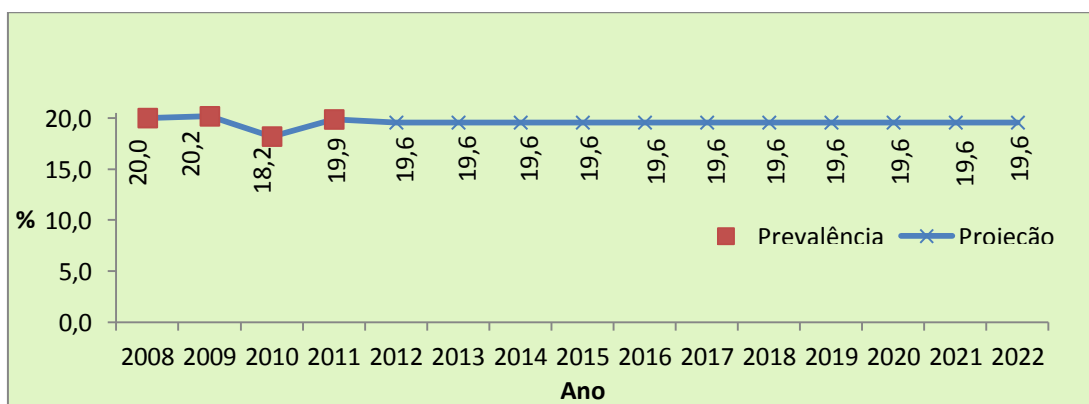


Fonte: Vigitel/MS– Gráfico feito MS, em 2012, para embasar as metas do Plano Estadual.

Consumo de Frutas, Legumes e Hortaliças (FLV)

Entre 2008 e 2011, verificou-se uma redução na variação percentual de 0,5% para o consumo recomendado de FLV. Considerando-se a taxa de prevalência constante no mesmo período e aplicando-se a regressão linear, ter-se-ia uma projeção média de 19,6% de consumo recomendado de FVL em até 2022. No Brasil a frequência desse consumo foi modesta na maioria das cidades estudadas, variando entre 11,3% em Rio Branco e 24,8% em Florianópolis (Vigitel, 2011)

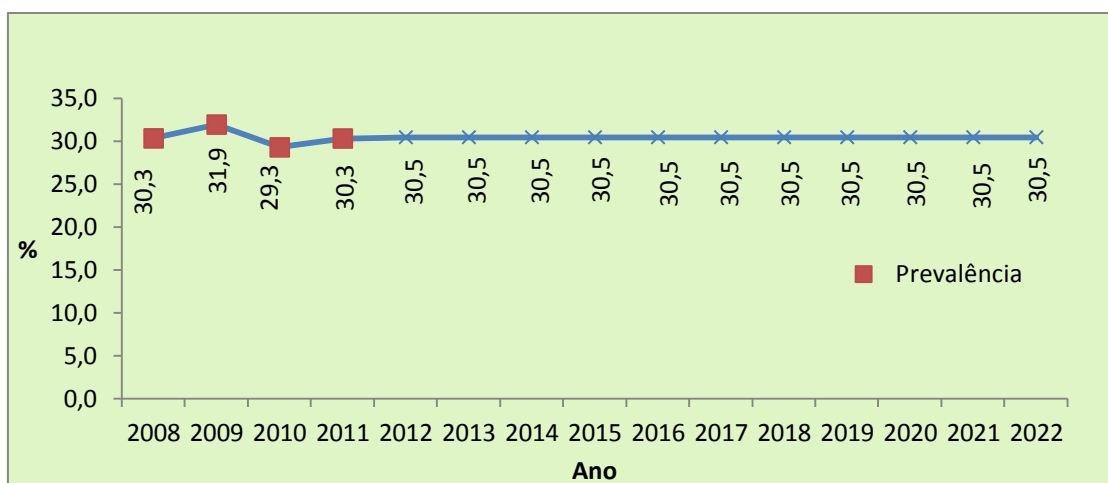
Figura 14: Percentual do consumo de frutas, verduras e legumes (FLV) recomendado (Consumo ≥ 5 x/dia em cinco ou mais dias da semana) em adultos (≥ 18 anos) no período de 2006 a 2011 e a sua Projeção até 2022. Município do Rio de Janeiro (capital).



Fonte: Vigitel/MS– Gráfico feito MS, em 2012, para embasar as metas do Plano Estadual.

Na figura que se segue, ao analisar o período de 2008 a 2011 verificou-se que não houve variação percentual para o consumo regular de FLV. Considerando-se a taxa de prevalência constante no mesmo período e aplicando-se a regressão linear, ter-se-ia uma projeção média de 30,5% de consumo regular de FLV até 2022 no município do Rio de Janeiro. Essa frequência a nível nacional variou entre 19,4% em Macapá e 39,1% em Florianópolis (Vigitel, 2011)

Figura 15: Percentual do consumo de frutas, verduras e legumes regular (Consumo em cinco ou mais dias da semana) em adultos (≥ 18 anos) no período de 2006 a 2011 e a sua Projeção até 2022. Município do Rio de Janeiro (capital)



Fonte: Vigitel/MS– Gráfico feito MS, em 2012, para embasar as metas do Plano Estadual

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Seja pela morbimortalidade ou prevalência dos fatores de risco, os dados analisados indicam a grande magnitude das DANT no Estado do Rio de Janeiro. A gravidade dessa realidade está associada à tendência ao crescimento da mortalidade e a precocidade dos óbitos. Mais de 80% das internações hospitalares estão atreladas a algum tipo de DANT, o que impacta nos serviços de saúde. Embora os dados de fatores de risco e de proteção estejam restritos à capital, é possível perceber que contribuem para colocar as DCNTs como importante problema de saúde pública a ser enfrentado. Para melhorar as condições de vida da população, torna-se importante oferecer e incentivar o uso dos espaços públicos com segurança, promover a educação e reeducação alimentar, trabalhar intersetorialmente e com equipe multidisciplinar e possibilitar escolhas para que as mudanças de comportamentos aconteçam.

A saúde não pode ser vista de forma isolada, sem que esteja relacionada aos demais fatores que envolvem o indivíduo e a coletividade. Pelo fato dos fatores de risco precederem as doenças e os agravos, torna-se estratégico priorizar as ações de prevenção e promoção da saúde no enfrentamento das DCNTs. Considerar os determinantes e condicionantes sociais e a transversalidade das ações que perpassam todos os níveis impõem aos órgãos que compõem o SUS o compromisso de identificar esses fatores sociais e ambientais e ao Governo, a responsabilidade de formular políticas públicas que contribuam com a melhora na qualidade de vida da população. Para tanto, é preciso planejar intervenções que de fato possam objetivar a redução das iniquidades e impactar positivamente na saúde da população. Esse plano se justifica tendo esses objetivos como horizonte

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Araújo, A. Custo-Efetividade de Intervenções de Controle de Tabaco no Brasil. Tese Doutorado. Net / HU.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível no site: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional>. Acesso em: 17 nov.2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs no Brasil para 2011 a 2022. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2011. Vigilância de fatores de Risco e de Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2011. <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/>. Acesso em: 20 ago.2012

Buss, P.M. & Carvalho A.I.de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 14, Núm. 6. 2009.

Christopher J.L, Murray et al. Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications/ edited by. World Health Organization 2002.

Organização Mundial de Saúde. World Report on Road Traffic Injury Prevention. <http://www.who.in:/dietphysicalactivity/publicacions:/facts>. Acesso em: 10 mai.2012

PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ENFRENTAMENTO DAS DCNTs DO ESTADO**Eixos I, II e III: PAINEL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO****Objetivo Geral**

Fortalecer a implementação do Plano Estadual de Enfrentamento das DCNTs para o período de 2013 a 2022, acompanhando-se continuamente as ações a serem executadas nos três eixos programados, por meio das metas e indicadores propostos no Plano.

Objetivo Específico 1: Realizar o monitoramento e avaliação do Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs, realinhando-o oportunamente, se necessário, por meio de um painel de monitoramento com as principais metas e indicadores propostos.

Ações:**1.1 Criar um painel de monitoramento com as principais metas e indicadores de acompanhamento do Plano Estadual de Enfrentamento das DCNTs do Estado.**

META: painel de monitoramento das principais metas e indicadores criado para o Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs.

INDICADOR: criação do painel de monitoramento das principais metas e indicadores

RESULTADO ESPERADO: monitoramento e avaliação, das principais metas e indicadores do Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs utilizado.

RESPONSÁVEIS: Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS) - Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (SVEA), Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA), Vigilância Ambiental em Saúde e Saúde do Trabalhador e Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) - Superintendência de Atenção Básica (SAB), Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (SAFIE), Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (SAECA) e Coordenação de Urgência e Emergência (CUE)

1.2 Monitorar e avaliar as principais metas e indicadores de acompanhamento do Plano Estadual de Enfrentamento das DCNTs de forma a realinhá-lo, oportunamente, se necessário.

META: 100% de metas e indicadores de acompanhamento do Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs monitorados e avaliados

INDICADOR: % de metas e indicadores de acompanhamento do Plano monitorados e avaliados

RESULTADO ESPERADO: monitoramento e avaliação das principais metas e indicadores do Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs realizados.

RESPONSÁVEIS: Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS)

1.3 Pactuar indicadores de monitoramento das ações do Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs, na esfera municipal.

META: indicadores de monitoramento das ações do Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs na esfera municipal pactuados

INDICADOR: % de municípios com os indicadores de monitoramento das ações do Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs pactuados e monitorados

RESULTADO ESPERADO: indicadores das ações do Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs na esfera municipal pactuados e monitorados.

RESPONSÁVEIS: Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

Eixos I, II e III: PREVENÇÃO, CONTROLE E PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS QUATRO PRINCIPAIS DCNT**Objetivo Geral**

Fortalecer a prevenção e o controle das DCNTs, seus fatores de risco e dos serviços de saúde voltados para a atenção integral aos portadores das principais doenças crônicas como hipertensão, diabetes, acidente vascular encefálico, doenças cardiovasculares, câncer e demais DCNTs.

Objetivo Específico 1: Realizar as ações previstas no Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs do Estado do Rio de Janeiro, de modo, a reduzir o crescimento da epidemia dessas enfermidades e seus fatores de risco com adoção de medidas de promoção da saúde, prevenção e controle das DCNTs.

Ação:

1.1 Monitorar e avaliar a redução da taxa de mortalidade prematura (< de 70 anos) para o conjunto das quatro principais DCNTs (Doenças Cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus) em 2% ao ano, no estado.

META: reduzir a taxa de mortalidade prematura (< de 70 anos) para o conjunto das quatro principais DCNTs (Doenças Cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus), em 2% ao ano

INDICADOR: taxa de mortalidade prematura para o conjunto das quatro principais DCNTs no Estado do Rio de Janeiro

RESULTADO ESPERADO: redução da taxa de mortalidade prematura (< de 70 anos) para o conjunto das quatro principais DCNTs (Doenças Cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus), em 2% ao ano no Estado do Rio de Janeiro.

RESPONSÁVEIS: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)

Eixo I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Objetivo Geral

Monitorar e avaliar o perfil epidemiológico da população do Estado do Rio de Janeiro, através do fortalecimento da vigilância integrada das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e seus fatores de proteção e de risco modificáveis e comuns à maioria das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e consumo nocivo de álcool).

Objetivo Específico 1: Utilizar os sistemas nacionais de informação (SIM, SIH, SIA, SIAB, SISVAN e demais sistemas disponíveis) para análise e divulgação dos dados produzidos no âmbito municipal.

Ações:

1.1 Monitorar as DCNTs através dos indicadores definidos e acordados com os municípios, com base nas informações dos sistemas nacionais de informação existentes.

META: 100 % dos indicadores para monitoramento das ações relativas às DCNTs, nos municípios, definidos e acordados

INDICADOR: % de indicadores para monitoramento das ações relativas às DCNTs, nos municípios, definidos e acordados

RESULTADO ESPERADO: monitoramento das ações relativas às DCNTs, por meio de indicadores definidos e acordados com os municípios, com base nas informações dos sistemas nacionais de informação existentes.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (SVEA), Superintendência de Atenção Básica (SAB) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

1.2 Qualificar profissionais dos municípios em sistemas de informação possibilitando o uso pleno das ferramentas disponíveis para análise, monitoramento e avaliação das DCNTs e seus fatores de risco e de proteção.

META: 100% dos municípios com profissionais qualificados para o uso pleno das ferramentas disponíveis para análise, monitoramento e avaliação das DCNT e seus fatores de risco e de proteção.

INDICADOR: % de municípios com profissionais qualificados para o uso pleno das ferramentas disponíveis para análise, monitoramento e avaliação das DCNT e seus fatores de risco e de proteção.

RESULTADO ESPERADO: profissionais qualificados em sistemas de informação para o uso pleno das ferramentas disponíveis para análise, monitoramento e avaliação das DCNT e seus fatores de risco e de proteção com posterior divulgação das informações de forma contínua, pelos municípios.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (SVEA,), Superintendência de Atenção Básica (SAB) e Departamento de Informática do SUS do Ministério da Saúde (Datasus-MS)

Objetivo específico 2: Divulgar a análise dos dados do Estado do Rio de Janeiro dos inquéritos populacionais, assim como dos demais estudos realizados envolvendo as DCNTs e seus fatores de risco e de proteção..

Ações:

2.1 Avaliar os resultados dos inquéritos e estudos que envolvem as DCNTs e seus fatores de risco e de proteção e divulgá-los oportunamente por meio de relatórios.

META: 100% dos inquéritos e estudos que envolvem as DCNTs e seus fatores de risco e de proteção, avaliados e divulgados

INDICADOR: % de inquéritos e estudos que envolvem as DCNTs e seus fatores de risco e de proteção, avaliados e divulgados

RESULTADO ESPERADO: ampliar o acesso à informação de inquéritos e estudos que envolvem as DCNTs e seus fatores de risco e de proteção, por meio de relatórios oportunamente divulgados.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (SVEA,), Superintendência de Atenção Básica (SAB)

Objetivo Específico 3: Fortalecer a Vigilância de DCNTs nos municípios do Estado com apoio e subsídio técnico

3.1 Referenciar as DCNTs nos municípios

META: 100% dos municípios com as DCNTs referenciadas

INDICADOR: % de municípios com as DCNTs referenciadas

RESULTADO ESPERADO: municípios com as DCNTs referenciadas

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (SVEA,), Superintendência de Atenção Básica (SAB) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

Eixo II: PROMOÇÃO DA SAÚDE**Objetivo Geral**

Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção, promoção e o controle das DCNTs e seus Fatores de Risco e o fortalecimento das articulações intra e intersetoriais, visando a promoção de estilos de vida saudáveis.

Objetivo Específico 1: Promover e fortalecer parcerias intra e intersetoriais, no estado e nos municípios, para o enfrentamento dos determinantes socioambientais das DCNTs e de promoção de comportamentos saudáveis.

Ações:

1.1 Promover a prática da alimentação saudável na primeira infância através da Estratégia Amamenta e Alimenta e da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação.

META: 50% de prevalência de aleitamento materno exclusivo e complementado adequadamente na primeira infância.

INDICADOR: prevalência de aleitamento materno exclusivo e complementado adequadamente na primeira infância.

RESULTADO ESPERADO: aumento na prevalência de aleitamento materno exclusivo e complementado adequadamente na primeira infância.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB)

1.2 Potencializar, por meio de subsídio técnico, as ações de promoção da saúde, voltadas para a alimentação saudável, as culturas alimentares locais, práticas corporais, esportivas e atividade física, prevenção do consumo de drogas, tabaco e álcool, no Programa Saúde na Escola (PSE), junto aos municípios.

META: 100% de municípios com PSE apoiados anualmente para as ações de promoção da saúde, voltadas para a alimentação saudável, as culturas alimentares locais, práticas corporais, esportivas e atividade física, prevenção do consumo de drogas, tabaco e álcool

INDICADOR: % de municípios com PSE apoiados anualmente para as ações de promoção da saúde, voltadas para a alimentação saudável, as culturas alimentares locais, práticas corporais, esportivas e atividade física, prevenção do consumo de drogas, tabaco e álcool

RESULTADO ESPERADO: Municípios com PSE apoiados anualmente para as ações de promoção da saúde, voltadas para a alimentação saudável, as culturas alimentares locais, práticas corporais, esportivas e atividade física, prevenção do consumo de drogas, tabaco e álcool

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB)

1.3 Divulgar a existência dos Guias Alimentares (Guia Alimentar para a População, Guia Alimentar para menores de 02 anos, Guia de Boas Práticas Nutricionais para Alimentação Fora de Casa) para fomentar, em todos os ciclos da vida, escolhas saudáveis relacionadas à alimentação, em especial através da Rede Cegonha, Estratégia Amamenta e Alimenta, das Academias de Saúde, do Programa Saúde na Escola, entre outras.

META: divulgar em 100% dos municípios os Guias Alimentares existentes para fomentar, em todos os ciclos da vida, escolhas saudáveis relacionadas à alimentação, em especial através da Rede Cegonha, Estratégia Amamenta e Alimenta, das Academias de Saúde, do Programa Saúde na Escola, entre outras.

INDICADOR: % de municípios com divulgação dos guias existentes

RESULTADO ESPERADO: Guias Alimentares utilizados para fomentar, em todos os ciclos da vida, escolhas saudáveis relacionadas à alimentação, em especial através da Rede Cegonha, Estratégia Amamenta e Alimenta, das Academias de Saúde, do Programa Saúde na Escola, entre outras.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

1.4 Estimular a oferta, em especial a partir da agricultura familiar, e o aumento do consumo de alimentos saudáveis, como frutas e hortaliças para a população em geral monitorando os resultados do VIGITEL sobre o consumo de FLV na capital do estado.

METAS: aumentar em 1% o consumo de FLV regular e em 0,5% o consumo de FLV recomendado anualmente

INDICADORES: % do consumo de FLV regular em adultos ≥ 18 anos (VIGITEL) e % do consumo de FLV recomendado em adultos ≥ 18 anos (VIGITEL)

RESULTADO ESPERADO: aumento no consumo de alimentos saudáveis pela população

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB), Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ)

1.5 Promover o cumprimento da Lei 11.947/2009 pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), através da articulação promovida pelo Programa Saúde na Escola (PSE), da Rede Estadual de Alimentação Escolar (REANE) e demais espaços de integração Intersetorial, fomentando e fortalecendo culturas alimentares locais.

META: 100 % dos eventos do PSE relacionados à alimentação saudável promovendo o cumprimento da Lei 11.947/2009

INDICADOR: % de eventos do PSE relacionados à alimentação saudável promovendo o cumprimento da Lei 11.947/2009

RESULTADO ESPERADO: Lei 11.947/2009 cumprida pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) em articulação com o PSE da Rede Estadual de Alimentação Escolar (REANE) e demais espaços de integração Intersetorial, fomentando e fortalecendo culturas alimentares locais.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB), Rede Estadual de Alimentação Escolar (REANE) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

1.6 Apoiar os municípios para a promoção de ações intra e intersetoriais voltadas à educação alimentar e nutricional para a população em geral e às famílias beneficiárias dos programas socioassistenciais.

META: 100% dos municípios apoiados para a promoção de ações intra e intersetoriais voltadas à educação alimentar e nutricional

INDICADOR: % de municípios apoiados para promoção de ações intra e intersetoriais voltadas à educação alimentar e nutricional

RESULTADO ESPERADO: municípios promovendo as ações intra e intersetoriais voltadas à educação alimentar e nutricional voltadas para a população em geral e para as famílias beneficiárias dos programas socioassistenciais

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB), Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Secretaria Estadual de Educação (SEE)

1.7 Apoiar os municípios para a implementação e desenvolvimento do Programa de Controle do Tabagismo monitorando os resultados do VIGITEL sobre a prevalência de tabagismo em adultos ≥ 18 anos na capital do estado

META: redução anual de 0,5% de fumantes (VIGITEL)

INDICADOR: % de tabagismo em adultos ≥ 18 anos (VIGITEL)

RESULTADO ESPERADO: Programa de Controle do Tabagismo atuante nos municípios contribuindo para a redução dos fumantes.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB), Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) e Instituto Nacional do Câncer (INCA)

1.8 Qualificar 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.

META: 100% dos municípios com profissionais qualificados para o planejamento e desenvolvimento dos Projetos em Saúde sob a ótica da Promoção da Saúde.

INDICADOR: % de municípios com profissionais qualificados para o planejamento e desenvolvimento dos Projetos de Promoção da Saúde.

RESULTADO ESPERADO: profissionais municipais qualificados para o planejamento e desenvolvimento dos Projetos em Saúde sob a ótica da Promoção da Saúde desenvolvendo suas ações específicas minimizando as DCNTs e seus fatores de risco e de promoção na população..

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

Objetivo Específico 2: Desenvolver e articular ações para prevenção e controle da obesidade, em cumprimento ao Plano Nacional de Prevenção e Controle da Obesidade.

Ações:

2.1 Realizar seminário para apresentação do Plano Nacional de Prevenção e Controle de Obesidade para os municípios do Estado com intuito de desenvolver e articular ações para prevenção e controle da obesidade.

META: seminário sobre o Plano Nacional de Prevenção e Controle de Obesidade realizado para pelo menos 80% dos municípios

INDICADOR: % de municípios participantes do seminário sobre o Plano Nacional de Prevenção e Controle de Obesidade

RESULTADO ESPERADO: gestores municipais sensibilizados quanto ao Plano Nacional de Prevenção e Controle de Obesidade para os municípios com a perspectiva de desenvolvimento das ações de prevenção e controle da obesidade.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB)

2.2 Implementar e qualificar a vigilância alimentar e nutricional no contexto da Atenção Básica de Saúde por meio da utilização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) web, em todas as fases do ciclo de vida, a fim de monitorar a prevalência de sobrepeso, obesidade e fatores associados ao consumo de alimentos não saudáveis.

META: 100% dos municípios qualificados para a vigilância alimentar e nutricional utilizando o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) web..

INDICADOR: percentual de municípios utilizando o Sisvan web em todas as fases do ciclo de vida

RESULTADO ESPERADO: utilização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) web, em todas as fases do ciclo de vida, pelos municípios do estado.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

2.3 Estimular e apoiar os modelos de atenção integral à saúde do portador de excesso de peso na rede de saúde, em especial na Atenção Básica, de forma a controlar o avanço desse excesso de peso na população monitorando os resultados do VIGITEL sobre a prevalência de excesso de peso em adultos ≥ 18 anos na capital do estado

METAS: manutenção da prevalência de 49,6% de excesso de peso em adultos e a manutenção da prevalência de 16,5% de obesidade em adultos

INDICADORES: % de excesso de peso adulto ≥ 18 anos (VIGITEL) e % de obesidade em adultos ≥ 18 anos (VIGITEL)

RESULTADO ESPERADO: modelos de atenção integral à saúde do portador de excesso de peso na rede de saúde estruturada, em especial na Atenção Básica, reduzindo essa prevalência na população. .

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB), Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ)

2.4 Estimular iniciativas intersetoriais para a promoção de modos de vida saudáveis nos territórios, considerando espaços urbanos (como escola, ambiente de trabalho, equipamentos públicos de alimentação e nutrição, atividade física e redes de saúde e socioassistencial) e/ou espaços rurais.

META: 80% dos municípios com iniciativas intersetoriais criadas para a promoção de modos de vida saudáveis nos territórios

INDICADOR: % municípios com iniciativas intersetoriais para a promoção de modos de vida saudáveis nos territórios

RESULTADO ESPERADO: iniciativas intersetoriais municipais voltadas a modos de vida saudáveis, nos territórios se desenvolvendo.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

2.5 Apoiar tecnicamente o desenvolvimento de iniciativas intersetoriais para a promoção de modos de vida saudáveis nos territórios, considerando espaços urbanos (como escola, ambiente de trabalho, equipamentos públicos de alimentação e nutrição, atividade física e redes de saúde e socioassistencial) e/ou espaços rurais

META: 80% dos municípios apoiados para o desenvolvimento de iniciativas intersetoriais para a promoção de vida saudáveis nos territórios.

INDICADOR: % de municípios com iniciativas intersetoriais municipais voltadas a modos de vida saudáveis qualificados tecnicamente nos territórios.

RESULTADO ESPERADO: municípios com iniciativas intersetoriais municipais voltadas a modos de vida saudáveis qualificados tecnicamente nos territórios.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

2.6 Apoiar a implementação dos parâmetros nutricionais do Programa de Alimentação do Trabalhador, com foco na alimentação saudável e na prevenção de DCNTs no ambiente de trabalho, através da articulação da Área Técnica de Alimentação e Nutrição e do Programa de Saúde do Trabalhador (PST)

META: 30% de municípios com a Área Técnica de Alimentação e Nutrição e com o Programa de Saúde do Trabalhador (PST) articulados

INDICADOR: % de municípios com articulação da Área Técnica de Alimentação e Nutrição e do Programa de Saúde do Trabalhador

RESULTADO ESPERADO: incorporação dos parâmetros nutricionais do Programa de Alimentação do Trabalhador nas ações do Programa Saúde do Trabalhador (PST)

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB, Vigilância Ambiental em Saúde e Saúde do Trabalho e Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

Objetivo Específico 3: Estabelecer acordo com setor produtivo e parceria com a sociedade civil visando a prevenção de DCNTs e a promoção à saúde, respeitando o artigo 5.3 da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (Decreto 5658/06) e suas diretrizes.

3.1 Estimular os setores de Vigilância Sanitária dos municípios do Estado do Rio de Janeiro para a verificação nos estabelecimentos inspecionados, quanto ao cumprimento da legislação que visa garantir os ambientes de uso coletivo livres do tabaco.

META: 100% dos municípios com setores de vigilância sanitária estimulados à verificar nos estabelecimentos inspecionados, o cumprimento da legislação que visa garantir os ambientes de uso coletivo livres do tabaco.

INDICADOR: % de municípios verificando, nos estabelecimentos inspecionados, o cumprimento da legislação que visam garantir os ambientes de uso coletivo livres do tabaco

RESULTADO ESPERADO: cumprimento da legislação para garantir os ambientes de uso coletivo livres do tabaco respeitando o artigo 5.3 da Convenção Quadra para o Controle do Tabaco (Decreto 5658/06) e suas diretrizes.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA)

3.2 Identificar os fatores de risco modificáveis de DCNTs relacionados ao consumo de alimentos in natura e industrializados, bem como outros de interesse à saúde e sujeitos à ação de Vigilância Sanitária (VISA).

META: 100% dos fatores de risco modificáveis de DCNTs relacionados ao consumo de alimentos in natura e industrializados, bem como outros de interesse à saúde sujeitos à ação de VISA, identificados.

INDICADOR: % de substâncias identificadas relacionadas à geração de fatores de risco modificáveis de DCNTs

RESULTADO ESPERADO: identificação dos fatores de risco modificáveis de DCNTs relacionados ao consumo de alimentos in natura e industrializados, bem como outros de interesse à saúde e sujeitos à ação de VISA trazendo benefícios para a população.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA)

3.3 Executar os 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 (OGM), etc) nos alimentos e dos teores de sódio, gorduras, gorduras trans e sacarose nos alimentos industrializados.

META: 100% de execução da pactuação anual dos programas de monitoramento nacionais PATEN, PROMAC, PAMVET, PARA e PNMQSA com foco nas substâncias cancerígenas (agrotóxicos, aditivos e contaminantes, OGM, etc) nos alimentos e dos teores de sódio, gorduras, gorduras trans e sacarose nos alimentos industrializados

INDICADOR: % realizado da meta pactuada, dos programas de monitoramento nacionais PATEN, PROMAC, PAMVET, PARA e PNMQSA

RESULTADO ESPERADO: programas de monitoramento nacionais PATEN, PROMAC, PAMVET, PARA e PNMQSA com foco nas substâncias cancerígenas (agrotóxicos, aditivos e contaminantes, OGM, etc) nos alimentos e dos teores de sódio, gorduras, gorduras trans e sacarose nos alimentos industrializados executados.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Sanitária (SUvisa)

3.4 Criar e acompanhar indicadores de resultado pelos programas de monitoramento nacionais PATEN, PROMAC, PAMVET, PARA e PNMQSA.

META: definição de um indicador de resultado a ser acompanhado pelos programas de monitoramento nacionais PATEN, PROMAC, PAMVET, PARA e PNMQSA.

INDICADOR: % de indicador de resultado pelos programas de monitoramento nacionais, definido e acompanhado

RESULTADO ESPERADO: acompanhamento e avaliação do indicador de resultado acompanhado pelos programas de monitoramento nacionais PATEN, PROMAC, PAMVET, PARA e PNMQSA.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Sanitária (SUvisa)

3.5 Realizar anualmente encontro de monitoramento de alimentos com as VISAs dos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

META: 100% dos municípios participando do encontro de monitoramento de alimentos com as VISAs

INDICADOR: % de municípios participando do encontro de monitoramento de alimentos com as VISAs

RESULTADO ESPERADO: participação integral de todos os municípios nos encontros de monitoramento de alimentos com as VISAs.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Sanitária (SUvisa) e Vigilâncias Sanitárias Municipais (VISAs/SMS)

3.6 Preparar e lançar a campanha Estadual “Menos Sal, Mais Saúde” para a população com a participação das VISA do Estado do Rio de Janeiro.

META: lançar a campanha estadual “Menos Sal, Mais Saúde” com a participação das VISAs do Estado do Rio de Janeiro,

INDICADOR: campanha Estadual “Menos Sal, Mais Saúde” realizada e lançada.

RESULTADO ESPERADO: veiculação da campanha estadual: “Menos Sal, Mais Saúde”, com a participação das VISAs do Estado, visando à redução do consumo de sal pela população.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Sanitária (SUvisa) e Vigilâncias Sanitárias Municipais (VISAs/SMS)

3.7 Realizar encontro para sensibilização do setor regulado (Indústrias de Alimentos localizadas no Estado do Rio de Janeiro) sobre a produção de alimentos mais saudáveis, com menores teores de sódio, gorduras e sacarose.

META: realizar 1 (um) encontro para sensibilização do setor regulado (Indústrias de Alimentos localizadas no Estado do Rio de Janeiro, sobre a produção de alimentos mais saudáveis, com menores teores de sódio, gorduras e sacarose.

INDICADOR: % de encontro para sensibilização do setor regulado realizado

RESULTADO ESPERADO: produção de alimentos mais saudáveis, com menores teores de sódio, gorduras e sacarose

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Sanitária (SUvisa) e Setor Regulado (Indústrias de Alimentos localizadas no Estado do Rio de Janeiro)

3.8 Realizar encontro estadual em rotulagem nutricional para as VISA dos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

META: realizar 1 (um) encontro estadual em rotulagem nutricional para as VISAs municipais.

INDICADOR: % de realização de encontro estadual em rotulagem nutricional

RESULTADO ESPERADO: VISAs municipais capacitadas para analisar os rótulos nutricionais dos alimentos..

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA) e Vigilâncias Sanitárias Municipais (VISAs/SMS)

3.9 Preparar e lançar a campanha “De olho no rótulo” para população com a participação das VISAs do Estado do Rio de Janeiro.

META: lançar a campanha “De olho no rótulo” para população com a participação das VISAs do Estado.

INDICADOR: campanha “De olho no rótulo” lançada

RESULTADO ESPERADO: veiculação da campanha “De olho no rótulo”, com a participação das VISAs do Estado, visando esclarecer a população do sobre a rotulagem dos produtos.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA) e Vigilâncias Sanitárias Municipais (VISAs/SMS)

Objetivo Específico 4: Promover as Academias de Saúde como espaço de promoção de comportamentos saudáveis para os vários ciclos da vida.

Ações:

4.1 Monitorar e avaliar a implantação das Academias de Saúde nos municípios e divulgar resultados por meio de relatórios anuais

META: realizar e divulgar 1 (um) relatório anual sobre a implantação das Academias de Saúde nos municípios.

INDICADOR: % de relatórios anuais sobre a implantação das Academias de Saúde nos municípios divulgados

RESULTADO ESPERADO: relatórios sobre a implantação das Academias de Saúde nos municípios.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA) e Vigilâncias Sanitárias Municipais (VISAs/SMS)

4.2 Estimular a implantação e a qualificação das Academias de Saúde, nos municípios, como espaço de prática de atividades física, 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 ≥ 18 anos na capital do estado

META: aumentar em 2%, anualmente, a prevalência de atividade física suficiente no lazer

INDICADOR: % de atividade física suficiente no lazer em adultos ≥ 18 anos (VIGITEL)

RESULTADO ESPERADO: utilização das academias como espaço qualificado de prática de atividade física, recreação infantil e atividades sociointegrativas, de promoção de comportamentos saudáveis para os vários ciclos da vida e para pessoas em risco de desenvolver DCNTs.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB), Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ)

Objetivo Específico 5: Fortalecer ações municipais de promoção à saúde e prevenção do uso prejudicial do álcool

Ações:

5.1 Fomentar o apoio técnico às iniciativas municipais de redução de danos provocados pelo consumo abusivo de álcool.

META: 100% dos municípios com projetos de redução de danos pelo consumo abusivo de álcool, elaborados

INDICADOR: % de municípios com projetos de redução de danos pelo consumo abusivo de álcool, elaborados

RESULTADO ESPERADO: municípios tecnicamente preparados para desenvolver ações de redução dos agravos pelo uso abusivo de álcool

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

5.2 Promover fóruns estaduais /regionais intersetoriais 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: 100% dos municípios participando dos fóruns estaduais /regionais intersetoriais 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.

INDICADOR: % de participação dos municípios nos fóruns/regionais intersetoriais para articulação entre a rede de cuidados da Assistência Social e equipes de apoio.

RESULTADO ESPERADO: integração das redes de cuidados da Assistência Social e equipes de apoio para o cuidado aos usuários dependentes de álcool.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB)

5.3 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: 100% dos municípios com acesso a rede de saúde mental, qualificação e diversificação do tratamento a usuários e dependentes de álcool, seus familiares e populações vulneráveis, como adolescentes, adultos jovens, baixa escolaridade, baixa renda, população de rua, indígenas e quilombolas, ampliado.

INDICADOR: % de municípios com acesso a rede de saúde mental ampliado

RESULTADO ESPERADO: ampliação do acesso qualificado a rede de saúde mental com acolhimento e oferta variada de tratamento a usuários e dependentes de álcool, seus familiares e populações vulneráveis, como adolescentes, adultos jovens, baixa escolaridade, baixa renda, população de rua, indígenas e quilombolas.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB)

Objetivo Específico 6: Implantar um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo no Estado do Rio de Janeiro

Ações:

6.1 Elaborar e distribuir material educativo/informativo com tema saúde do idoso.

META: distribuição do material educativo/informativo na temática saúde do idoso para 100% dos municípios.

INDICADOR: % de municípios com o material educativo/informativo na temática saúde do idoso.

RESULTADO ESPERADO: municípios abastecidos com material/informativo sobre a saúde da pessoa idosa orientando para um envelhecimento ativo dessa população específica.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

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.

INDICADOR: % de municípios com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa implantada

RESULTADO ESPERADO: caderneta da pessoa idosa implantada em toda a esfera estadual

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB), Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

6.3 Realizar oficinas regionais para a qualificação de ações voltadas à atenção integral ao envelhecimento ativo

META: 09 oficinas regionais anuais de qualificação de ações voltadas à atenção integral ao envelhecimento ativo

INDICADOR: % de oficinas realizadas por ano

RESULTADO ESPERADO: oficinas regionais de qualificação de ações voltadas à atenção integral ao envelhecimento ativo realizadas anualmente

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB)

Eixo III: CUIDADO INTEGRAL

Objetivo Geral

Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção e o controle das DCNTs, seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção integral aos portadores de doenças crônicas e fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde, visando ao cuidado integrado.

Objetivo Específico 1: Apoiar a construção, pelos municípios, da Linha de Cuidado das DCNTs com projeto terapêutico adequado ao portador de DCNTs, vinculação ao cuidador e à equipe de saúde, garantindo a integralidade, continuidade da atenção à saúde.

Ações:

1.1 Promover o envolvimento e coparticipação dos portadores de DCNTs na construção de seu projeto terapêutico, visando sua vinculação à Unidade Básica de Saúde (UBS) por meio de oficinas para qualificação dos profissionais

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

INDICADOR: % de oficinas regionais realizadas anualmente para a qualificação dos profissionais.

RESULTADO ESPERADO: envolvimento e coparticipação dos portadores de DCNTs na construção de seu projeto terapêutico se vinculando à Unidade Básica de Saúde (UBS)

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB)

Objetivo Específico 2: Fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços visando o aprimoramento dos fluxos de atenção à saúde dos portadores de DCNTs.

Ações:

2.1 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 DCNTs.

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

INDICADOR: % de municípios com a Rede de Atenção organizada e fluxo definido.

RESULTADO ESPERADO: organização da Rede de Atenção e fluxo estabelecido entre a Atenção Básica, Especializada e Hospitalar garantindo a continuidade do cuidado integral aos portadores de DCNTs

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

2.2 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: 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).

INDICADOR: % de municípios com menos de 115 mil habitantes com adesão ao PAHI

RESULTADO ESPERADO: melhoria da qualidade da rede de atenção à saúde nos municípios de pequeno porte através do Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI).

RESPONSÁVEIS: Subsecretaria Geral (SG)

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

META: 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

INDICADOR: % dos municípios monitorados para a implantação das ações da PAD

RESULTADO ESPERADO: monitoramento da implantação das ações da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PAD) visando o atendimento aos portadores de condições crônicas, cuidados paliativos e outros

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB)

Objetivo Específico 3: Qualificar a formação profissional e técnica das equipes de saúde para atenção integral às DCNTs promovendo a integração multiprofissional, das várias áreas técnicas da SES-RJ e desenvolver mecanismos de intersetorialidade para o desenvolvimento e a implementação desse Plano, visando a promoção, prevenção e o controle das DCNTs (Doenças Cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e outras doenças crônicas), e seus fatores de risco e o fortalecimento dos serviços de saúde voltados para a atenção integral da população, aumentando a resolutividade do Sistema Único de Saúde.

Ações:

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

META: realizar pelo menos 1 (uma) oficina de educação permanente para profissionais de saúde, qualificando as ações de promoção e atenção às DCNTs, em 100% das regiões.

INDICADOR: % de oficinas realizadas por região

RESULTADO ESPERADO: ampliação do número de profissionais de saúde qualificados para o desenvolvimento das ações de promoção e atenção às DCNTs

RESPONSÁVEIS: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Superintendência de Atenção à saúde (SAS) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

3.2 Capacitar equipes municipais de VISAs em temas relativos ao consumo de sódio, açúcar e gorduras realizadas para os profissionais de VISA, atuantes nos municípios.

META: 100% dos municípios com equipe municipais de VISAs capacitados para o consumo de sódio, açúcar e gorduras pela SUVISA.

INDICADOR: % dos municípios com equipe municipais de VISAs capacitados.

RESULTADO ESPERADO: ampliação do número de equipes municipais de VISAs capacitadas para ações relacionadas ao consumo de sódio, açúcar e gorduras.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA)

3.3 Realizar ações educativas para o setor regulado sobre o consumo de sódio, açúcar e gorduras visando o cumprimento das determinações referentes ao uso de sódio nos alimentos.

META: 100% de empresas do setor regulado recebendo ações educativas referentes ao consumo de sódio, açúcar e gorduras visando o cumprimento das determinações sobre o uso de sódio nos alimentos

INDICADOR: % de empresas do setor regulado recebendo ações educativas

RESULTADO ESPERADO: setor regulado cumprindo as determinações referentes ao uso de sódio nos alimentos.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA) e Setor Regulado (Indústrias de Alimentos localizadas no Estado do Rio de Janeiro)

3.4 Realizar ações educativas para a população sobre o consumo de sódio, açúcar e gorduras.

META: 100% das regiões realizando ações educativas, sobre o consumo de sódio, açúcar e gorduras, para a população.

INDICADOR: % de regiões com ações educativas para a população realizadas.

RESULTADO ESPERADO: população alertada sobre os riscos do consumo inadequado de sódio, açúcar e gorduras por meio de ações educativas realizadas pela Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA).

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA)

3.5 Divulgar e distribuir o Guia Alimentar às VISAS municipais e setor regulado.

META: 100% de municípios com VISAs e setor regulado recebendo o Guia Alimentar

INDICADOR: % de municípios com VISAs e setor regulado com Guia Alimentar.

RESULTADO ESPERADO: Guia Alimentar divulgado para as VISAs municipais e setor regulado, pela Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA)

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA)

3.6 Elaborar e divulgar material explicativo sobre rotulagem nutricional para a população

META: 100% de materiais explicativos sobre rotulagem nutricional divulgados pela SUVISA, para a população

INDICADOR: % de materiais explicativos divulgados sobre rotulagem nutricional

RESULTADO ESPERADO: população alertada sobre a rotulagem nutricional, por meio de material explicativo distribuído pela Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA)

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA)

3.7 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: 100% das escolas com o PSE recebendo ações educativas relacionadas ao consumo de alimentos com elevados teores de sódio, açúcar e gorduras.

INDICADOR: % de escolas com PSE recebendo ações educativas

RESULTADO ESPERADO: parcerias do Programa Saúde na Escola (PSE) com a Secretaria de Estado de Educação (SEE), Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Conselho Regional de Nutricionistas-4ª Região (CRN4) estimulando mudanças de hábitos alimentares dos escolares reduzindo o consumo de alimentos com elevados teores de sódio, açúcar e gorduras.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA), Superintendência de Atenção Básica (SAB), Conselho Regional de Nutricionistas - 4ª Região (CRN4), Secretaria Estadual de Educação (SEE) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

Objetivo Específico 4: Fortalecer a Assistência Farmacêutica para o enfrentamento das DCNTs.

Ações:

4.1 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: 2 eventos anuais para apoiar a implantação e operacionalização de um sistema informatizado de gestão da Assistência Farmacêutica nos municípios

INDICADOR: % de eventos realizados anualmente

RESULTADO ESPERADO: implantação e operacionalização de Sistema informatizado de Gestão da Assistência Farmacêutica Municipal com o apoio da Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (SAFIE)

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (SAFIE)

4.2 Qualificar profissionais de saúde dos municípios para melhoria do acesso aos medicamentos para o cuidado das DCNTs

META: realizar 1 (um) evento anual para qualificação de profissionais de saúde para a melhoria do acesso aos medicamentos para o cuidado das DCNTs

INDICADOR: % de evento de qualificação realizado.

RESULTADO ESPERADO: ampliação do número de profissionais qualificados melhorando o acesso aos medicamentos para o cuidado das DCNTs, com o apoio da Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (SAFIE)

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (SAFIE)

Objetivo Específico 5: Fortalecer a rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama

Ações:

5.1 Aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e evoluir o modelo oportunístico para o modelo organizado, com garantia de confirmação diagnóstica, tratamento de lesões precursoras e referência dos casos de câncer para o nível terciário.

META: razão de 0,6 em coletas de exames cérvico-vaginais, entre mulheres de 25 a 64 anos de idade para o rastreamento do câncer do colo do útero

INDICADOR: razão entre exames citopatológico cérvico vaginal em mulheres de 25 a 64 anos de idade

RESULTADO ESPERADO: reduzir a morbimortalidade por câncer de colo de útero na população alvo.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (SAECA)

5.2 Fortalecer o diagnóstico precoce do câncer de mama, com garantia de acesso das mulheres com lesões palpáveis ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento.

META: realização de mamografia diagnóstica em 20% das mulheres entre 40 a 69 anos e 8,9 % nas mulheres com risco elevado.

INDICADOR: número de mamografias diagnósticas pelo número de mulheres da população alvo.

RESULTADO ESPERADO: realizar diagnóstico precoce em mulheres com lesões palpáveis.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (SAECA)

5.3 Ampliar o acesso das mulheres da população-alvo à mamografia de rastreamento.

META: 60% das mamografias realizadas em mulheres entre 50 e 69 anos

INDICADOR: percentual de mamografias de rastreio realizadas na população alvo.

RESULTADO ESPERADO: ampliar o diagnóstico precoce nas mulheres da população alvo.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (SAECA)

5.4 Implantar o programa de gestão da qualidade do exame citopatológico do colo de útero

META: 1 (um) serviço para Monitoramento Externo da Qualidade do exame citopatológico do colo de útero no estado.

INDICADOR: % de serviços de Monitoramento Externo de Qualidade, implantados no estado.

RESULTADO ESPERADO: melhorar a acurácia dos laudos do exame citopatológico do colo de útero, funcionando como um mecanismo de padronização diagnóstica.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (SAECA)

5.5 Implantar o Programa de Gestão da Qualidade da Mamografia.

META: 1 (um) serviço para Monitoramento Externo da Qualidade da mamografia no estado.

INDICADOR: % de serviços de Monitoramento Externo de Qualidade, implantados no estado.

RESULTADO ESPERADO: padronização, ampliação e monitoramento das informações sobre o rastreamento do câncer de mama no estado.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (SAECA)

5.6 Capacitar profissionais do nível primário e secundário para o rastreamento do câncer do colo do útero e o tratamento das lesões precursoras.

META: duas capacitações anuais com as coordenações municipais para serem multiplicadoras dos profissionais do nível primário e secundário em rastreamento do colo do útero e o tratamento das lesões precursoras.

INDICADOR: % de capacitações realizadas no ano.

RESULTADO ESPERADO: ampliação do número de profissionais qualificados e consequente aumento do rastreamento do câncer de colo.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (SAECA)

5.7 Capacitar profissionais da atenção primária e secundária para a detecção precoce do câncer de mama.

META: duas capacitações anuais com as coordenações municipais para serem multiplicadoras dos profissionais do nível primário e secundário.

INDICADOR: % de capacitações realizadas no ano.

RESULTADO ESPERADO: ampliação do número de profissionais qualificados e consequente aumento da detecção precoce do câncer de mama.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (SAECA)

5.8 Desenvolver estratégias para difusão de informação e mobilização social relativas à prevenção e à detecção precoce do câncer do colo do útero e de mama.

META: fomento de uma campanha de prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero e de mama junto às coordenações municipais.

INDICADOR: % de campanhas realizadas.

RESULTADO ESPERADO: aumento do número de exames realizados anualmente para prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero e de mama

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (SAECA)

Objetivo Específico 6: Fortalecer o cuidado ao paciente com doenças do aparelho circulatório na rede de urgência

Ações:

6.1 Estabelecer protocolos e normas para a realização de trombólise no acidente vascular encefálico (AVE) e no infarto agudo do miocárdio (IAM), respeitando-se as características individuais das Unidades Eleitas.

META: 100 % de Unidades Eleitas com protocolos e normas para a realização de trombólise no acidente vascular encefálico (AVE) e no infarto agudo do miocárdio (IAM), estabelecidos

INDICADOR: % de Unidades Eleitas com protocolos e normas estabelecidos

RESULTADO ESPERADO: Protocolos e normas prontos para realização de trombólise no acidente vascular encefálico (AVE) e no infarto agudo do miocárdio (IAM) nas Unidades Eleitas.

RESPONSÁVEIS: Grupo Condutor da Rede de Urgências e Emergências GSE-SAMU, Coordenação de Urgência Emergência (CUE) /Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Educação Permanente

6.2 Capacitar equipes das Unidades de Pronto-Atendimento (UPAS) para a execução dos protocolos e normas para a realização de trombólise no acidente vascular encefálico (AVE) e no infarto agudo do miocárdio (IAM) estabelecidos.

META: 70% das UPAs Metropolitanas capacitadas para a execução dos protocolos e normas para a realização de trombólise no acidente vascular encefálico (AVE) e no infarto agudo do miocárdio (IAM) no 1o. ano, 100% das UPAs capacitadas em 2014, 100% dos plantões das portas de entrada capacitadas até 2013

INDICADOR: % de unidades capacitadas para a execução dos protocolos estabelecidos.

RESULTADO ESPERADO: ampliação da utilização de protocolos e normas para a realização de trombólise no acidente vascular encefálico (AVE) e no infarto agudo do miocárdio (IAM), pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e portas de entrada.

RESPONSÁVEIS: Grupo Condutor da Rede de Urgências e Emergências GSE-SAMU, Coordenação de Urgência Emergência (CUE) /Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Educação Permanente

6.3 Ampliar leitos para tratamento de infarto agudo do miocárdio (IAM)

META: 80 novos leitos para tratamento de infarto agudo do miocárdio (IAM)

INDICADOR: % de novos leitos habilitados para tratamento de infarto agudo do miocárdio (IAM)

RESULTADO ESPERADO: ampliação de leitos novos para o tratamento do IAM

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Unidades Próprias (SubUP)-Coordenação de Urgência Emergência CUE/SAS – Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (SAECA)

6.4 Utilizar métodos de Telemedicina para diagnóstico eletrocardiográfico precoce e preciso do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e na abordagem do Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Expansão do TeleECG no Serviço de Atendimento Médico de Urgência (Samu), nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) e unidades de Acidente Vascular Encefálico (AVE)

META: 100% das solicitações para diagnóstico eletrocardiográfico precoce e preciso do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e na abordagem do Acidente Vascular Encefálico (AVE) atendidas.

INDICADOR: % de atendimentos com solicitação ao núcleo de telemedicina para auxílio no diagnóstico e definição de conduta.

RESULTADO ESPERADO: expansão do TeleECG para maior agilidade no diagnóstico e definição de conduta no Serviço de Atendimento Médico de Urgência (Samu), nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) e unidades de AVE.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Unidades Próprias (SubUP) - Educação Permanente, Coordenação de Urgência Emergência CUE/SAS – Subinfo

6.5 Implantar protocolo de trombólise primária nas UPAs e SAMUs, a fim de qualificar o atendimento ao infarto agudo do miocárdio nas urgências pré-hospitalares (Samus e UPAs) e implementar a integração entre o diagnóstico pré-hospitalar e a conduta hospitalar

META: 100% dos pacientes dentro do tratamento preconizado no protocolo de trombólise primária nas UPAs e SAMUs

INDICADOR: % dos pacientes diagnosticados como infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com atendimento nas UPAs e nos SAMUs trombolizados

RESULTADO ESPERADO: atendimento ao infarto agudo do miocárdio, nas urgências pré-hospitalares (Samus e UPAs), qualificado com base nos protocolo de trombólise primária.

RESPONSÁVEIS: Núcleo de Telemedicina – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (Samu), Superintendência de Unidades Próprias (SubUP), Coordenação de Urgência e Emergência CUE/SAS - Unidades de Referência Municipais

6.6 Criar unidades porte III para Acidente Vascular Encefálico (AVE) nos hospitais de referência das regiões do Estado visando à assistência qualificada (cuidado multiprofissional).

META: 10 unidades porte III para Acidente Vascular Encefálico (AVE) nos hospitais de referência das regiões do estado visando à assistência qualificada (cuidado multiprofissional) até 2013 e 15 unidades até 2016

INDICADOR: % de unidades tipo III para Acidente Vascular Encefálico (AVE), implantadas no Estado

RESULTADO ESPERADO: assistência qualificada nos hospitais de referência, porte III para Acidente Vascular Encefálico (AVE) nos hospitais de referência das regiões do Estado visando à assistência qualificada (cuidado multiprofissional).

RESPONSÁVEIS: Coordenação de Urgência e Emergência CUE/SAS – Superintendência de Unidades Próprias SubUP – Educação Permanente – Superintendência de Atenção Básica (SAB)

6.7 Criar mecanismo de financiamento e ampliação de leitos de unidades de acidente vascular encefálico (AVE) e no infarto agudo do miocárdio (IAM) para hospitais que se habilitem a participar da Rede.

META: 80 leitos para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e 100 leitos para Acidente Vascular Encefálico (AVE) no estado

INDICADOR: % de leitos novos disponibilizados para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e % de leitos disponibilizados para Acidente Vascular Encefálico (AVE) e UCOs

RESULTADO ESPERADO: ampliação das unidades tipo I e tipo III para AVE e UCOs, e IAM nos hospitais que se habilitem a participar da Rede.

RESPONSÁVEIS: Coordenação de Urgência e Emergência CUE/SAS – Superintendência de Unidades Próprias (SubUP) - Unidades de Referência Municipais

6.8 Ampliar o acesso à angioplastia primária.

META: 20% dos casos diagnosticados nas Unidades com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) serão submetidos a angioplastia primária

INDICADOR: Proporção de pacientes diagnosticados com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) submetidos a angioplastia primária

RESULTADO ESPERADO: garantia de oferta de unidades hospitalares que realizem angioplastia primária em todas as regiões do Estado

RESPONSÁVEIS: Coordenação de Urgência e Emergência CUE – Superintendência de Unidades Próprias (SubUP) - Coordenação de Urgência e Emergência CUE/SAS – Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (SAECA/SAS) - Unidades de Referência Municipais

6.9 Estabelecer, no protocolo de atendimento ao acidente vascular encefálico (AVE) e ao infarto agudo do miocárdio (IAM), comunicação adequada entre as unidades de atendimento e as Centrais de Regulação de Urgência e Leitos.

META: 20% de pacientes não transferidos a tempo para realizarem trombólise nas Unidades referência no tratamento de acidente vascular encefálico (AVE) e no infarto agudo do miocárdio (IAM)

INDICADOR: % de pacientes não transferidos a tempo

RESULTADO ESPERADO: atendimento imediato dos pacientes para a realização de trombólise nas Unidades referência no tratamento de acidente vascular encefálico (AVE) e no infarto agudo do miocárdio (IAM)

RESPONSÁVEIS: Centrais de Regulação, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (Samu), Centrais de Regulação Estadual e Municipais, Coordenação de Urgência e Emergência CUE, Educação Permanente

6.10 Padronizar e disponibilizar medicamentos essenciais ao tratamento do acidente vascular encefálico (AVE) e do infarto agudo do miocárdio (IAM) para os pacientes desde a sua admissão até a sua alta, garantindo a continuidade do fornecimento para a Atenção Básica.

META: 0% de pacientes sem medicamentos essenciais ao tratamento do acidente vascular encefálico (AVE) e do infarto agudo do miocárdio (IAM) desde a sua admissão até a alta, garantindo a continuidade do fornecimento para a Atenção Básica.

INDICADOR: % de pacientes diagnosticados com acidente vascular encefálico (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM) e liberados por alta sem medicamentos prescritos.

RESULTADO ESPERADO: Garantia do fornecimento de medicamentos essenciais ao tratamento do acidente vascular encefálico (AVE) e do infarto agudo do miocárdio (IAM) para os pacientes desde a sua admissão até a sua alta, garantindo a continuidade do fornecimento para a Atenção Básica.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB), Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (SAFIE), Coordenação de Urgência e Emergência CUE, Unidades de Referência Municipais

6.11 Criar a Rede a disponibilização de reabilitação pós-acidente vascular encefálico (AVE).

META: 100% de pacientes com continuidade de atendimento garantido para reabilitação pós-acidente vascular encefálico (AVE) no momento da alta hospitalar.

INDICADOR: % de pacientes com continuidade de atendimento

RESULTADO ESPERADO: pacientes com integralidade garantida pela continuidade de atendimento para reabilitação pós-acidente vascular encefálico (AVE) no momento da alta hospitalar.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB) – Coordenação de Urgência e Emergência (CUE) – Superintendência de Atenção Especializada Controle e Avaliação (SAECA/SAS) - Unidades de Referência Municipais.

6.12 Criar registros de acidente vascular encefálico (AVE) e de infarto agudo do miocárdio (IAM) incluindo pontos de atenção pré-hospitalar, através de formulários eletrônicos e em papel para relato adequado dos condicionantes ao tratamento do acidente vascular encefálico (AVE) e de infarto agudo do miocárdio (IAM).

META: 100% de registros de acidente vascular encefálico (AVE) e de infarto agudo do miocárdio (IAM) incluindo pontos de atenção pré-hospitalar, em formulários eletrônicos e em papel para relato adequado dos condicionantes ao tratamento do acidente vascular encefálico (AVE) e de infarto agudo do miocárdio (IAM), até 2014

INDICADOR: % de unidades com formulários eletrônicos e em papel implantados

RESULTADO ESPERADO: relato adequado dos condicionantes ao tratamento do acidente vascular encefálico (AVE) e do infarto agudo do miocárdio (IAM) por meio de formulários eletrônicos e em papel implantados inclusive nos pontos de atenção pré-hospitalar.

RESPONSÁVEIS: Coordenação de Urgência e Emergência (CUE) – Superintendência de Unidades

Próprias (SubUP) – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (Samu) – Unidades de Referência Municipais

6.13 Implantar o Telessaúde entre unidades de acidente vascular encefálico (AVE) e outros pontos da rede.

META: 50% de Telessaúde, entre unidades de acidente vascular encefálico (AVE) e outros pontos da rede, implantado no ano de 2013 e 75% no ano de 2014.

INDICADOR: % de unidades de saúde com acesso sistemático ao Telessaúde

RESULTADO ESPERADO: comunicação entre o núcleo de Telessaúde e as unidades de acidente vascular encefálico (AVE) e outros pontos da rede estabelecida

RESPONSÁVEIS: Subsecretaria de Atenção em Saúde (SAS)

6.14 Possibilitar o acesso facilitado a leitos de retaguarda para portadores de condições crônicas e socialmente vulneráveis.

META: 0 (nenhum) paciente em condições crônicas e socialmente vulneráveis em espera diária para internação

INDICADOR: número de pacientes em espera diária para internação

RESULTADO ESPERADO: garantia de equidade no atendimento aos pacientes portadores de condições crônicas e socialmente vulneráveis dentro da Rede de Urgência e Emergência.

RESPONSÁVEIS: Coordenação de Urgência e Emergência (CUE) – Superintendência de Unidades Próprias (SubUP)

6.15 Produzir material educativo para entregar aos pacientes e acompanhantes para a prevenção secundária de acidente vascular encefálico (AVE) e de infarto agudo do miocárdio (IAM).

META: 100% dos pacientes e acompanhantes recebendo o material educativo para a prevenção secundária de acidente vascular encefálico (AVE) e de infarto agudo do miocárdio (IAM).

INDICADOR: % dos pacientes e acompanhantes recebendo o material educativo

RESULTADO ESPERADO: pacientes com diagnóstico de acidente vascular encefálico (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM) e seus acompanhantes, de posse dos materiais educativos se apropriando das orientações consistentes sobre a prevenção secundária dessas doenças.

RESPONSÁVEIS: Educação Permanente – Superintendência de Atenção Básica (SAB) – Coordenação de Urgência e Emergência CUE/SAS.

6.16 Estabelecer fluxo de referência para reabilitação, a fim de garantir o acesso à reabilitação qualificada para pacientes com acidente vascular encefálico (AVE).

META: 100% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE), referenciados para reabilitação qualificada

INDICADOR: % de pacientes com acidente vascular encefálico (AVE), referenciados

RESULTADO ESPERADO: pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) em rede de suporte qualificada.

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Especializada Controle e Avaliação (SAECA/SAS), Centrais de Regulação Estadual e Municipais, Superintendência de Atenção Básica (SAB) – Coordenação de Urgência e Emergência CUE/SAS.

6.17 Garantir a linha de cuidado em sua totalidade, estabelecendo referências e contrarreferências, visando aumentar a efetividade no atendimento de portadores de quadros clínicos complexos em unidade de atenção ao acidente vascular encefálico (AVE).

META: <1,0 paciente atendido com diagnóstico estabelecido de acidente vascular encefálico (AVE) evoluindo para óbito.

INDICADOR: prevalência de pacientes atendidos

RESULTADO ESPERADO: redução na prevalência de pacientes atendidos com diagnóstico estabelecido de acidente vascular encefálico (AVE) evoluindo para óbito, garantindo a linha de cuidado em sua totalidade..

RESPONSÁVEIS: Superintendência de Atenção Básica (SAB) – Coordenação de Urgência e Emergência CUE/SAS, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (Samu) – Unidades de Stroke

CRONOGRAMA DA PROPOSTA DE AÇÕES DE EXECUÇÃO DO PLANO

Eixos I, II e III: PAINEL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO					
OBJETIVO GERAL: Fortalecer a implementação do Plano Estadual de Enfrentamento das DCNTs para o período de 2013 a 2022, acompanhando-se continuamente as ações a serem executadas nos três eixos programados, por meio das metas e indicadores propostos no Plano.					
OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Realizar o monitoramento e avaliação do Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs, realinhando-o oportunamente, se necessário, por meio de um painel de monitoramento com as principais metas e indicadores propostos.					
Ações	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
1.1 Criar um painel de monitoramento com as principais metas e indicadores de acompanhamento do Plano Estadual de Enfrentamento das DCNTs do Estado.	X				
1.2 Monitorar e avaliar as principais metas e indicadores de acompanhamento do Plano Estadual de Enfrentamento das DCNTs de forma a realinhá-lo, oportunamente, se necessário	X	X	X	X	X
1.3 Pactuar indicadores de monitoramento das ações do Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs na esfera municipal	X				

CRONOGRAMA DA PROPOSTA DE AÇÕES DE EXECUÇÃO DO PLANO

Eixos I, II e III: PREVENÇÃO, CONTROLE E PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS QUATRO PRINCIPAIS DCNTs					
OBJETIVO GERAL: Fortalecer a prevenção e o controle das DCNTs, seus fatores de risco e dos serviços de saúde voltados para a atenção integral aos portadores das principais doenças crônicas como hipertensão, diabetes, acidente vascular encefálico, doenças cardiovasculares, câncer e demais DCNTs					
OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Realizar as ações previstas no Plano Estratégico de Enfrentamento das DCNTs do Estado do Rio de Janeiro, de modo, a reduzir o crescimento da epidemia dessas enfermidades e seus fatores de risco com adoção de medidas de promoção da saúde, prevenção e controle das DCNTs.					
Ações	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
1.1 Monitorar e avaliar a redução da taxa de mortalidade prematura (< de 70 anos) para o conjunto das quatro principais DCNTs (Doenças Cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus) em 2% ao ano, no estado.	X	X	X	X	X

CRONOGRAMA DA PROPOSTA DE AÇÕES DE EXECUÇÃO DO PLANO

Eixo I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO					
OBJETIVO GERAL: Monitorar e avaliar o perfil epidemiológico da população do Estado do Rio de Janeiro, através do fortalecimento da vigilância integrada das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e seus fatores de proteção e de risco modificáveis e comuns à maioria das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e consumo nocivo de álcool).					
OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Utilizar os sistemas nacionais de informação (SIM, SIH, SIA, SIAB, SISVAN e demais sistemas disponíveis) para análise e divulgação dos dados produzidos no âmbito municipal.					
Ações	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
1.1 Monitorar as DCNTs através dos indicadores definidos e acordados com os municípios, com base nas informações dos sistemas nacionais de informação existentes.	X				
1.2 Qualificar profissionais dos municípios em sistemas de informação possibilitando o uso pleno das ferramentas disponíveis para análise, monitoramento e avaliação das DCNTs e seus fatores de risco e de proteção.	X	X	X	X	X
OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Divulgar a análise dos dados do Estado do Rio de Janeiro dos inquéritos populacionais, assim como dos demais estudos realizados envolvendo as DCNTs e seus fatores de risco e de proteção.					
Ações	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
2.1 Avaliar os resultados dos inquéritos e estudos que envolvem as DCNTs e seus fatores de risco e de proteção e divulgá-los oportunamente por meio de relatórios.	X	X	X	X	X
OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Fortalecer a Vigilância de DCNTs nos municípios do Estado com apoio e subsídio técnico					
Ações	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
3.1 Referenciar as DCNTs nos municípios	X	X	X	X	X

PRONOGRAMA DA PROPOSTA DE AÇÕES DE EXECUÇÃO DO PLANO

Eixo II: PROMOÇÃO DA SAÚDE					
OBJETIVO GERAL: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção, promoção e o controle das DCNTs e seus Fatores de Risco e o fortalecimento das articulações intra e intersetoriais, visando a promoção de estilos de vida saudáveis					
OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Promover e fortalecer parcerias intra e intersetoriais, no estado e nos municípios, para o enfrentamento dos determinantes socioambientais das DCNTs e de promoção de comportamentos saudáveis.					
Ações	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
1.1 Promover a prática da alimentação saudável na primeira infância através da Estratégia Amamenta e Alimenta e da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação.	X	X	X	X	X
1.2 Potencializar, por meio de subsídio técnico, as ações de promoção da saúde, voltadas para a alimentação saudável, as culturas alimentares locais, práticas corporais, esportivas e atividade física, prevenção do consumo de drogas, tabaco e álcool, no Programa Saúde na Escola (PSE), junto aos municípios.	X	X	X	X	X
1.3 Divulgar a existência dos Guias Alimentares (Guia Alimentar para a População, Guia Alimentar para menores de 02 anos, Guia de Boas Práticas Nutricionais para Alimentação Fora de Casa) para fomentar, em todos os ciclos da vida, escolhas saudáveis relacionadas à alimentação, em especial através da Rede Cegonha, Estratégia Amamenta e Alimenta, das Academias de Saúde, do Programa Saúde na Escola, entre outras.	X	X	X	X	X
1.4 Estimular a oferta, em especial a partir da agricultura familiar, e o aumento do consumo de alimentos saudáveis, como frutas e hortaliças para a população em geral monitorando os resultados do VIGITEL sobre o consumo de FLV na capital do estado.	X	X	X	X	X
1.5 Promover o cumprimento da Lei 11.947/2009 pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), através da articulação promovida pelo Programa Saúde na Escola (PSE), da Rede Estadual de Alimentação Escolar	X	X	X	X	X
1.6 Apoiar os municípios para a promoção de ações intra e intersetoriais voltadas à educação alimentar e nutricional para a população em geral e às famílias beneficiárias dos programas socioassistenciais.					
1.7 Apoiar os municípios para a implementação e desenvolvimento do Programa de Controle do Tabagismo monitorando os resultados do VIGITEL sobre a prevalência de tabagismo em adultos ≥ 18 anos na capital do estado	X	X	X	X	X
1.8 Qualificar 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.	X	X	X	X	X

CRONOGRAMA DA PROPOSTA DE AÇÕES DE EXECUÇÃO DO PLANO

Eixo II: PROMOÇÃO DA SAÚDE (continuação 1)					
OBJETIVO GERAL: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção, promoção e o controle das DCNTs e seus Fatores de Risco e o fortalecimento das articulações intra e intersectoriais, visando a promoção de estilos de vida saudáveis					
OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Desenvolver e articular ações para prevenção e controle da obesidade, em cumprimento ao Plano Nacional de Prevenção e Controle da Obesidade					
Ações	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
2.1 Realizar seminário para apresentação do Plano Nacional de Prevenção e Controle de Obesidade para os municípios do Estado com intuito de desenvolver e articular ações para prevenção e controle da obesidade	X	X	X	X	X
2.2 Implementar e qualificar a vigilância alimentar e nutricional no contexto da Atenção Básica de Saúde por meio da utilização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) web, em todas as fases do ciclo de vida, a fim de monitorar a prevalência de sobrepeso, obesidade e fatores associados ao consumo de alimentos não saudáveis.	50 %	70%	80 %	90 %	100%
2.3 Estimular e apoiar os modelos de atenção integral à saúde do portador de excesso de peso na rede de saúde, em especial na Atenção Básica, de forma a controlar o avanço desse excesso de peso na população monitorando os resultados do VIGITEL sobre a prevalência de excesso de peso em adultos ≥ 18 anos na capital do estado	X	X	X	X	X
2.4 Estimular iniciativas intersectoriais para a promoção de modos de vida saudáveis nos territórios, considerando espaços urbanos (como escola, ambiente de trabalho, equipamentos públicos de alimentação e nutrição, atividade física e redes de saúde e socioassistencial) e/ou espaços rurais.	X	X	X	X	X
2.5 Apoiar tecnicamente o desenvolvimento de iniciativas intersectoriais para a promoção de modos de vida saudáveis nos territórios, considerando espaços urbanos (como escola, ambiente de trabalho, equipamentos	X	X	X	X	X
2.6 Apoiar a implementação dos parâmetros nutricionais do Programa de Alimentação do Trabalhador, com foco na alimentação saudável e na prevenção de DCNTs no ambiente de trabalho, através da articulação da Área Técnica	X	X	X	X	X

CRONOGRAMA DA PROPOSTA DE AÇÕES DE EXECUÇÃO DO PLANO Eixo II: PROMOÇÃO DA SAÚDE (continuação 2)					
OBJETIVO GERAL: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção, promoção e o controle das DCNTs e seus Fatores de Risco e o fortalecimento das articulações intra e intersetoriais, visando a promoção de estilos de vida saudáveis					
OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Estabelecer acordo com setor produtivo e parceria com a sociedade civil visando a prevenção de DCNTs e a promoção à saúde, respeitando o artigo 5.3 da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (Decreto 5658/06) e suas diretrizes.					
Ações	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
3.1 Estimular os setores de Vigilância Sanitária dos municípios do Estado do Rio de Janeiro para a verificação nos estabelecimentos inspecionados, quanto ao cumprimento da legislação que visa garantir os ambientes de uso coletivo livres do tabaco.	X	X	X	X	X
3.2 Identificar os fatores de risco modificáveis de DCNTs relacionados ao consumo de alimentos in natura e industrializados, bem como outros de interesse à saúde e sujeitos à ação de Vigilância Sanitária (VISA).	X	X	X	X	X
3.3 Executar os 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 (OGM), etc) nos alimentos e dos teores de sódio, gorduras, gorduras trans e sacarose nos alimentos industrializados.	X	X	X	X	X
3.4 Criar e acompanhar indicadores de resultado pelos programas de monitoramento nacionais PATEN, PROMAC, PAMVET, PARA e PNMQSA..	X	X	X	X	X
3.5 Realizar anualmente encontro de monitoramento de alimentos com as VISAs dos municípios do Estado do Rio de Janeiro.	X	X	X	X	X
3.6 Preparar e lançar a campanha Estadual “Menos Sal, Mais Saúde” para a população com a participação das VISA do Estado do Rio de Janeiro.	X				
3.7 Realizar encontro para sensibilização do setor regulado (Indústrias de Alimentos localizadas no Estado do Rio de Janeiro) sobre a produção de alimentos mais saudáveis, com menores teores de sódio, gorduras e sacarose.	X				
3.8 Realizar encontro estadual em rotulagem nutricional para as VISA dos municípios do Estado do Rio de Janeiro.		X			
3.9 Preparar e lançar a campanha “De olho no rótulo” para população com a participação das VISAs do Estado do Rio de Janeiro.		X			

CRONOGRAMA DA PROPOSTA DE AÇÕES DE EXECUÇÃO DO PLANO

Eixo II: PROMOÇÃO DA SAÚDE (continuação 3)					
OBJETIVO GERAL: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção, promoção e o controle das DCNTs e seus Fatores de Risco e o fortalecimento das articulações intra e intersectoriais, visando a promoção de estilos de vida saudáveis					
OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Promover as Academias de Saúde como espaço de promoção de comportamentos saudáveis para os vários ciclos da vida.					
Ações	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
4.1 Monitorar e avaliar a implantação das Academias de Saúde nos municípios e divulgar resultados por meio de relatórios anuais	X	X	X	X	X
4.2 Estimular a implantação e a qualificação das Academias de Saúde, nos municípios, como espaço de prática de atividades física, 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 ≥ 18 anos na capital do estado.	X	X	X	X	X

CRONOGRAMA DA PROPOSTA DE AÇÕES DE EXECUÇÃO DO PLANO

Eixo II: PROMOÇÃO DA SAÚDE (continuação 4)					
OBJETIVO GERAL: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção, promoção e o controle das DCNTs e seus Fatores de Risco e o fortalecimento das articulações intra e intersetoriais, visando a promoção de estilos de vida saudáveis					
OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Fortalecer ações de promoção à saúde e prevenção do uso prejudicial do álcool					
Ações	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
5.1 Fomentar o apoio técnico às iniciativas municipais de redução de danos provocados pelo consumo abusivo de álcool.	X	X	X	X	X
5.2 Promover fóruns estaduais /regionais intersetoriais 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.	X	X	X	X	X
5.3 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.	X	X	X	X	X

CRONOGRAMA DA PROPOSTA DE AÇÕES DE EXECUÇÃO DO PLANO

Eixo II: PROMOÇÃO DA SAÚDE (continuação 5)					
OBJETIVO GERAL: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção, promoção e o controle das DCNTs e seus Fatores de Risco e o fortalecimento das articulações intra e intersetoriais, visando a promoção de estilos de vida saudáveis					
OBJETIVO ESPECÍFICO 6: Implantar um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo					
Ações	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
6.1 Elaborar e distribuir material educativo/informativo com temas sobre saúde do idoso	X	X	X	X	X
6.2 Implantar, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	X	X	X	X	X
6.3 Realizar oficinas regionais para a qualificação de ações voltadas à atenção integral ao envelhecimento ativo	X	X	X	X	X

CRONOGRAMA DA PROPOSTA DE AÇÕES DE EXECUÇÃO DO PLANO

Eixo III: CUIDADO INTEGRAL					
Objetivo Geral: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção e o controle das DCNTs, seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção integral aos portadores de doenças crônicas e fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde, visando ao cuidado integrado.					
OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Apoiar a construção, pelos municípios, da Linha de Cuidado das DCNTs com projeto terapêutico adequado ao portador de DCNTs, vinculação ao cuidador e à equipe de saúde, garantindo a integralidade, continuidade da atenção à saúde.					
Ações	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
1.1 Promover o envolvimento e coparticipação dos portadores de DCNTs na construção de seu projeto terapêutico, visando sua vinculação à Unidade Básica de Saúde (UBS) por meio de oficinas para qualificação dos profissionais	X	X	X	X	X

CRONOGRAMA DA PROPOSTA DE AÇÕES DE EXECUÇÃO DO PLANO

Eixo III: CUIDADO INTEGRAL (continuação 1)					
Objetivo Geral: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção e o controle das DCNTs, seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção integral aos portadores de doenças crônicas e fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde, visando ao cuidado integrado.					
OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços visando o aprimoramento dos fluxos de atenção à saúde dos portadores de DCNTs.					
Ações	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
2.1 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 DCNTs.	X	X	X	X	X
2.2 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)	X	X	X	X	X
2.3 Monitorar a implantação das ações da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PAD) para atendimento aos portadores de condições crônicas, cuidados paliativos e outros.	X	X	X	X	X

CRONOGRAMA DA PROPOSTA DE AÇÕES DE EXECUÇÃO DO PLANO

Eixo III: CUIDADO INTEGRAL (continuação 2)					
Objetivo Geral: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção e o controle das DCNTs, seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção integral aos portadores de doenças crônicas e fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde, visando ao cuidado integrado.					
OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Qualificar a formação profissional e técnica das equipes de saúde para atenção integral às DCNTs promovendo a integração multiprofissional, das várias áreas técnicas da SES-RJ e desenvolver mecanismos de intersetorialidade para o desenvolvimento e a implementação desse Plano, visando a promoção, prevenção e o controle das DCNTs (Doenças Cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e outras					
Ações	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
3.1 Realizar oficinas regionais de educação permanente para os profissionais de saúde, visando qualificar as ações de promoção e atenção às DCNTs.	X	X	X	X	X
3.2 Capacitar equipes municipais de VISAs em temas relativos ao consumo de sódio, açúcar e gorduras realizadas para os profissionais de VISA, atuantes nos municípios.	X	X	X	X	X
3.3 Realizar ações educativas para o setor regulado sobre o consumo de sódio, açúcar e gorduras visando o cumprindo as determinações referentes ao uso de sódio nos alimentos.	X	X	X	X	X
3.4 Realizar ações educativas para a população sobre o consumo de sódio, açúcar e gorduras.	X	X	X	X	X
3.5 Divulgar e distribuir o Guia Alimentar às VISAS municipais e setor regulado.	X	X	X	X	X
3.6 Elaborar e divulgar material explicativo sobre rotulagem nutricional. para a população.	X	X	X	X	X
3.7 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	X	X	X	X	X

CRONOGRAMA DA PROPOSTA DE AÇÕES DE EXECUÇÃO DO PLANO

Eixo III: CUIDADO INTEGRAL (continuação 3)					
Objetivo Geral: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção e o controle das DCNTs, seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção integral aos portadores de doenças crônicas e fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde, visando ao cuidado integrado.					
OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Fortalecer a Assistência Farmacêutica para o enfrentamento das DCNTs. doenças crônicas), e seus fatores de risco e o fortalecimento dos serviços de saúde voltados para a atenção integral da população, aumentando a resolutividade do Sistema Único de Saúde.					
Ações	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
4.1 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	X				
4.2 Qualificar profissionais de saúde dos municípios para melhoria do acesso aos medicamentos para o cuidado das DCNTs	X	X	X	X	X

CRONOGRAMA DA PROPOSTA DE AÇÕES DE EXECUÇÃO DO PLANO

Eixo III: CUIDADO INTEGRAL (continuação 4)					
Objetivo Geral: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção e o controle das DCNTs, seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção integral aos portadores de doenças crônicas e fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde, visando ao cuidado integrado.					
OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Fortalecer a rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama (doenças crônicas), e seus fatores de risco e o fortalecimento dos serviços de saúde voltados para a atenção integral da população, aumentando a resolutividade do Sistema Único de Saúde.					
Ações	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
5.1 Aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e evoluir o modelo oportunístico para o modelo organizado, com garantia de confirmação diagnóstica, tratamento de lesões precursoras e referência dos casos de câncer para o nível terciário.	X				
5.2 Fortalecer o diagnóstico precoce do câncer de mama, com garantia de acesso das mulheres com lesões palpáveis ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento	X	X	X	X	X
5.3 Ampliar o acesso das mulheres da população-alvo à mamografia de rastreamento.	X	X	X	X	X
5.4 Implantar o programa de gestão da qualidade do exame citopatológico do colo do útero	X	X	X	X	X
5.5 Implantar o Programa de Gestão da Qualidade da Mamografia	X	X	X	X	X
5.6 Capacitar profissionais do nível primário e secundário para o rastreamento do câncer do colo do útero e o tratamento das lesões precursoras.	X	X	X	X	X
5.7 Capacitar profissionais da atenção primária e secundária para a detecção precoce do câncer de mama.	X	X	X	X	X
5.8 Desenvolver estratégias para difusão de informação e mobilização social relativas à prevenção e à detecção precoce do câncer do colo do útero e de mama.	X	X	X	X	X

CRONOGRAMA DA PROPOSTA DE AÇÕES DE EXECUÇÃO DO PLANO

Eixo III: CUIDADO INTEGRAL (continuação 5)					
Objetivo Geral: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção e o controle das DCNTs, seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção integral aos portadores de doenças crônicas e fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde, visando ao cuidado integrado.					
OBJETIVO ESPECÍFICO 6: Fortalecer o cuidado ao paciente com doenças do aparelho circulatório na rede de urgência					
Ações	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
6.1 Estabelecer protocolos e normas para a realização de trombólise no acidente vascular encefálico (AVE) e no infarto agudo do miocárdio (IAM), respeitando	X				
6.2 Capacitar equipes das Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) para a execução dos protocolos e normas para a realização de trombólise no acidente vascular encefálico (AVC) e no infarto agudo do miocárdio (IAM) estabelecidos.	X				
6.3 Ampliar leitos para tratamento de infarto agudo do miocárdio (IAM)	X				
6.4 Utilizar métodos de Telemedicina para diagnóstico eletrocardiográfico precoce e preciso do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e na abordagem do Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Expansão do TeleECG no Serviço de Atendimento Médico de Urgência (Samu), nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) e unidades de Acidente Vascular Encefálico (AVE)	X	X	X	X	X
6.5 Implantar protocolo de trombólise primária nas UPAs e SAMUs, a fim de qualificar o atendimento ao infarto agudo do miocárdio nas urgências pré-hospitalares (Samu e UPAs) e implementar a integração entre o diagnóstico pré-hospitalar e a conduta hospitalar.	X	X	X	X	X
6.6 Criar unidades de atendimento ao acidente vascular encefálico (AVE) nos hospitais de referência visando à assistência qualificada (cuidado multiprofissional) e à capacitação dos demais profissionais da Rede para o atendimento pós-internação	X	X			
6.7 Criar mecanismo de financiamento e ampliação de leitos de unidades de acidente vascular encefálico (AVE) e no infarto agudo do miocárdio (IAM) para hospitais que se habilitem a participar da Rede.	X	X	X	X	X
6.8 Ampliar o acesso à angioplastia primária.	X	X	X	X	X

CRONOGRAMA DA PROPOSTA DE AÇÕES DE EXECUÇÃO DO PLANO

Eixo III: CUIDADO INTEGRAL (continuação 6)					
Objetivo Geral: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção e o controle das DCNTs, seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção integral aos portadores de doenças crônicas e fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde, visando ao cuidado integrado.					
OBJETIVO ESPECÍFICO 6: Fortalecer o cuidado ao paciente com doenças do aparelho circulatório na rede de urgência					
Ações	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
6.9 Estabelecer, no protocolo de atendimento ao acidente vascular encefálico (AVE) e ao infarto agudo do miocárdio (IAM), comunicação adequada entre as unidades de atendimento e as Centrais de Regulação de Urgência e Leitos	X				
6.10 Padronizar e disponibilizar medicamentos essenciais ao tratamento do acidente vascular encefálico (AVE) e do infarto agudo do miocárdio (IAM) para os pacientes desde a sua admissão até a sua alta, garantindo a continuidade do fornecimento para a Atenção Básica.	X				
6.11 Criar a Rede a disponibilização de reabilitação pós-acidente vascular encefálico (AVE).	X				
6.12 Criar registros de acidente vascular encefálico (AVE) e de infarto agudo do miocárdio (IAM) incluindo pontos de atenção pré-hospitalar, através de formulários eletrônicos e em papel para relato adequado dos condicionantes ao tratamento do acidente vascular encefálico (AVE) e de infarto agudo do miocárdio (IAM).	X				
6.13 Implantar o Telessaúde entre unidades de acidente vascular encefálico (AVE) e outros pontos da rede	X	X	X	X	X
6.14 Possibilitar o acesso facilitado a leitos de retaguarda para portadores de condições crônicas e socialmente vulneráveis.	X	X			
6.15 Produzir material educativo para entregar aos pacientes e acompanhantes para a prevenção secundária de acidente vascular encefálico (AVE) e de infarto agudo do miocárdio (IAM).	X	X	X	X	X
6.16 Estabelecer fluxo de referência para reabilitação, a fim de garantir o acesso à reabilitação qualificada para pacientes com acidente vascular encefálico (AVE).	X	X	X	X	X
6.17 Garantir a linha de cuidado em sua totalidade, estabelecendo referências e contrarreferências, visando aumentar a efetividade no atendimento de portadores de quadros clínicos complexos em unidade de atenção ao acidente vascular encefálico (AVE).	X	X	X	X	X

SAÚDE NA
ESCOLA

CONTROLE

REDE DE
ATENÇÃO À
SAÚDE

CUIDADO
INTEGRAL

PREVENÇÃO

PROMOÇÃO
DA SAÚDE

ADEÃO

REABILITAÇÃO

TRATAMENTO

TABAGISMO

INFARTO

MORTE
PREMATURA

AVE

VIGILÂNCIA
SANITÁRIA

DIABETES

HIPERTENSÃO

VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA

PROMOÇÃO DA
ALIMENTAÇÃO
SAUDÁVEL

USO
ABUSIVO
DE ÁLCOOL

INQUÉRITOS

CÂNCER

SEDENTARISMO

VIGILÂNCIA
NUTRICIONAL

OBESIDADE

AVALIAÇÃO

POPULAÇÃO

ENVELHECIMENTO
ATIVO

ACADEMIA
DE SAÚDE

POLÍTICAS
PÚBLICAS

MÁS
CONDIÇÕES
DE VIDA

MONITORAMENTO

ESTILO
DE VIDA

ESCOLHAS

GORDURA

AÇÚCAR

MEDICAMENTOS

MÁS
CONDIÇÕES
DE TRABALHO

INSUMOS

DETERMINANTES
SOCIAIS DE
SAÚDE

ATENÇÃO
ESPECIALIZADA

ALIMENTOS
INDUSTRIALIZADOS

CONTROLE
E AVALIAÇÃO

SISTEMAS DE
INFORMAÇÕES

ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA

SAL

URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA