



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA MANSA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE BARRA MANSA 2022-2025



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022 - 2025

**Barra Mansa
2021**



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde



Prefeito de Barra Mansa

Rodrigo Drable Costa

Secretaria Municipal de Saúde

Sérgio Gomes da Silva

Secretário Municipal de Saúde

Conselho Municipal de Saúde

Antônio Magno de Souza

Presidente do Conselho Municipal de Saúde



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde



- Identificação da Secretaria Municipal de Saúde:

Fundo Municipal de Saúde / CNPJ: 36.507.127/0001-49

Endereço: Rua Luis Ponce, nº 263, Centro

E-mail: saudesmsbm@gmail.com

Telefone: (24)21063453

- Ano de Elaboração:

O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 foi elaborado no decorrer do ano de 2021.



Sumário

I – Introdução	6
II – Organização Estrutural da Secretaria Municipal de Saúde	10
III – Monitoramento e Avaliação.....	11
IV – Análise Situacional.....	13
V – Condições de Saúde.....	26
VI – Rede de Atenção à Saúde	48
VII – Vigilância em Saúde.....	82
VIII – Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria	85
IX – Gestão do SUS no Município	89
X – Gestão do Trabalho e Educação Permanente	95
XI – Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores	98



1- INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) considera o planejamento o instrumento fundamental para o desempenho de seu papel como Gestora do Sistema Municipal de Saúde. A elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) para o quadriênio de **2022-2025** prioriza as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de Barra Mansa, considerando a ocorrência de variações no quadro epidemiológico, na estrutura, na quantidade e no perfil dos serviços.

O Ministério da Saúde por meio do **PLANEJASUS** define o Plano de Saúde como o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, que devem expressar políticas, compromissos e prioridades de saúde de uma determinada gestão. No Município de Barra Mansa, o Plano Municipal de Saúde expressa a síntese das propostas e ações estratégicas da Prefeitura Municipal na área da saúde com base no Programa de Governo que traduz a visão estratégica da administração nas diferentes áreas de governo com intervenções de longo prazo, na perspectiva de transformar Barra Mansa numa cidade mais justa, sustentável, saudável, criativa, empregadora, eficiente e inclusiva.

A Secretaria Municipal da Saúde, gestora do Sistema Único de Saúde no Município, é responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visam promover, proteger e recuperar a saúde da população.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) **2022/2025** dá continuidade ao processo de planejamento e contempla todas as áreas da atenção à saúde, visa à integralidade e a universalidade da atenção. Elaborado com a participação de todas as áreas de SMS será encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde para análise e deliberação.

Ao elaborarmos o PMS 2022-2025 procuramos focar nos princípios e Diretrizes do SUS. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de "Lei Orgânica da Saúde", é a tradução prática do princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado e estabelece, no seu artigo 7º, que "as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:



- I. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III. Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV. Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V. Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI. Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII. Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII. Participação da comunidade;
- IX. Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X. Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI. Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII. Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII. Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.



I - Princípios e Estrutura do Plano Municipal de Saúde

Para elaboração e desenvolvimento das propostas do Plano Municipal de Saúde, teve-se o cuidado de obtenção de um amplo conjunto de informações e questões que incluíram a consulta ao Plano 2017/2021, aos Relatórios de Gestão dos anos anteriores, as pactuações realizadas com as demais esferas de governo, às resoluções da última Conferência Municipal de Saúde, ao Plano Plurianual (PPA) e as políticas de saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 tem como princípio o contínuo aperfeiçoamento e a consolidação do SUS na Cidade. Foi elaborado após a análise dos documentos citados, da identificação de problemas e situações que interferem na saúde dos munícipes. Apresenta uma visão geral da Cidade, das condições de saúde da população, dos serviços existentes e da produção e desempenho dos serviços.

O Plano Municipal segue orientações estratégicas que visam:

1. Ampliar o acesso da população, com redução de desigualdades regionais e aperfeiçoamento da qualidade e das ações e serviços de saúde;
2. Consolidar a Estratégia Saúde da Família, considerando as singularidades regionais;
3. Aumentar a resolubilidade em todos os níveis de complexidade da atenção buscando propiciar a atenção integral ao usuário;
4. Oferecer assistência médica ambulatorial e hospitalar efetiva e com qualidade, promovendo a equidade da atenção;
5. Fortalecer o Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
6. Consolidar a rede informatizada nos serviços municipais;
7. Monitorar os Indicadores de Avaliação do Pacto pela Saúde;
8. Qualificar a Gestão e integrar as áreas técnicas;
9. Fortalecer a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e o desenvolvimento dos trabalhadores no âmbito da SMS;
10. Proteger e promover a saúde da população e suas gerações futuras por meio de um conjunto de atividades, ações e serviços em Vigilância em Saúde;
11. Propiciar o acesso e garantir a regularidade na dispensação de medicamentos para toda a população;



12. Implementar a atenção integral em Saúde Mental e garantir o acolhimento, a proteção, a defesa de direitos das pessoas em situação de vulnerabilidade social;
13. Assegurar a participação e o controle social na elaboração e execução de políticas públicas, garantindo a transparência da Gestão;

Para melhor entendimento, a política da SMS será expressa e contida em quatro eixos e sub-eixos que abrigam as linhas condutoras da saúde no Município. Os Objetivos Estratégicos expressam o que se pretende fazer para superar, reduzir, controlar ou eliminar os problemas identificados. Para cada objetivo foram propostas ações estratégicas de intervenção nos problemas e modificação dos padrões de saúde existentes no Município de Barra Mansa. Foram estabelecidas metas para o período 2022-2025.

Os quatro eixos prioritários identificados são:

Eixo I. Condições de saúde da população - estão incluídos nesse eixo os objetivos estratégicos que visam: aperfeiçoar a Atenção Básica; reduzir as desigualdades regionais, ampliar o acesso e aprimorar a organização dos serviços; melhorar a qualidade da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; e ações para humanizar o atendimento em todas as Unidades;

Eixo II. Determinantes e condicionantes de saúde- garantir a integralidade da atenção á saúde com objetivos e ações que visam à promoção, prevenção e assistência integral com eficiência, qualidade e segurança em todas as fases da vida e para todos os segmentos;

Eixo III. Gestão em saúde - neste eixo encontram-se objetivos que propiciam adequada modernização e qualificação da Gestão Municipal com o fortalecimento dos mecanismos existentes e com a implantação de novas estratégias;

Eixo IV. Fortalecer a participação da Comunidade e o Controle Social - os objetivos e ações desse eixo visam ampliar e qualificar a participação social no Município.

O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 obedece à seguinte estrutura na sua apresentação:

1. Análise situacional, que compreende os aspectos demográficos, socioeconômicos e ambientais, bem como a situação de saúde com o quadro epidemiológico do Município;



2. Descrição da organização e desempenho dos serviços – Secretaria Municipal de Saúde; e

3. Compromisso do plano municipal.

2 - ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde de Barra Mansa tem como objetivo, por meio da construção dos funcionários, Conselho Municipal de Saúde e sociedade, construir um Sistema Único de Saúde que alcance os anseios de toda a população, seja resolutivo e eficaz em sua totalidade em todos os níveis de atenção.

Assim sendo, buscamos concentrar esforços na Atenção Básica, com a ampliação do seu acesso, sendo norteadora das ações de saúde no município, com o apoio da Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Controle e Avaliação.

É de suma importância destacarmos a responsabilidade com os munícipes em nível de atendimento de Média e Alta Complexidade nos diversos serviços ofertados como o de Urgência e Emergência.

Sendo assim, a gestão municipal de saúde vem organizando os serviços de saúde nos seus diversos níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. Para melhor organização desses serviços contamos com a seguinte estrutura administrativa:

- Secretário Municipal de Saúde;
- Subsecretário Municipal de Saúde;
- Gerência de Atenção Básica;
- Gerência de Vigilância em Saúde;
- Gerência de Controle, Avaliação e Auditoria;
- Gerência de Atenção Especializada;
- Gerência Administrativa;
- Gerência Financeira;
- Assessoria de Planejamento em Saúde;
- Assessoria Jurídica;
- Direção do Hospital e Maternidade.



3 - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde é um instrumento principal de planejamento para definição e implementação de todas as ações no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS.

Deve ser elaborado considerando os seguintes elementos-chave, conforme a Portaria Nº 2.135/2013 do Ministério da Saúde (MS):

- Análise situacional, orientada por temas centrais;
- Definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores;
- Processo de monitoramento e avaliação.

Verifica-se, portanto, que há previsão legal da necessidade de definição do processo de monitoramento e avaliação para o Plano Municipal de Saúde - PMS. A ideia é que os objetivos e metas definidos sejam acompanhados sistematicamente para possibilitar ajustes que porventura sejam necessários.

Considerando ainda os demais instrumentos de gestão a Programação Anual de Saúde – PAS, por sua vez, de forma semelhante ao Plano Municipal de Saúde, traz em sua estrutura obrigatória indicadores que serão utilizados para o monitoramento das ações de saúde previstas. Esses indicadores representam o foco do acompanhamento rotineiro das ações.

O Relatório Anual de Saúde - RAG em si já se constitui de um instrumento avaliativo, uma vez que compila os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. O instrumento possibilita analisar onde estávamos e onde chegaremos, constituindo-se uma poderosa ferramenta de avaliação e instrumento de melhoria da qualidade.

Sendo assim, os processos de monitoramento e avaliação precisam estar intimamente vinculados aos instrumentos de planejamento em saúde, os quais representam a espinha dorsal da gestão em saúde.

Assim, o monitoramento do Plano Municipal de Saúde, será coordenado pela equipe de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com os técnicos que atuam na gestão e as equipes da ponta dos serviços para que todos atuem em prol dos mesmos objetivos.

Os objetivos, metas e indicadores serão acompanhados quadrimestralmente pelas Gerências com o apoio dos profissionais corresponsáveis pela execução,



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde



avaliando o alcance das metas propostas e as estratégias e medidas que serão adotadas para corrigir ou ajustar os problemas identificados. Essa avaliação será apresentada trimestralmente ao Conselho Municipal de Saúde e nas Audiências Públicas Trimestrais, obrigatórias pela Lei 141/2012 realizadas na Câmara de Vereadores, assim como anualmente através do RAG.



4 - ANÁLISE SITUACIONAL

A Análise Situacional tem a finalidade de identificar problemas, dificuldades e fragilidades, iniciando assim um planejamento através delas, para a prestação de um serviço eficaz e com qualidade para a população, determinando prioridades para alcançar os objetivos.

4.1 - Características Gerais do Município

4.1.1 - Histórico

Barra Mansa teve o território desbravado em fins do século XVIII, formando-se o núcleo original às margens dos caminhos das tropas que demandavam o interior do país. O povoado passou a atuar como base de abastecimento dos fluxos migratórios desencadeados pela mineração.

Um dos fatores que mais concorreu para retardar a marcha da civilização nesta parte antiga da capitania do Rio de Janeiro, foi à barreira geográfica da Serra do Mar, cuja escalada processou-se muito tardiamente, a partir de 1.724, através da Serra Itaguaí, por ordem do Governador Luiz Valsia Monteiro - mais conhecido pelo apelido de Onça, com o fim de abrir caminho mais curto para São Paulo, sem os inconvenientes da travessia marítima até Parati. Enquanto a marcha civilizadora, vinda da Marinha estacionava praticamente em São Marcos, alguns aventureiros, tendo a frente o paulista Simão da Cunha Gago, partindo de Airuoca, em 1.744, transpunham no lado oposto, a Serra da Mantiqueira, fixando-se no lugar conhecido dos puris pelo nome de Timburibá, onde fundaram uma povoação com o nome de N. Sra. da Conceição de Campo Alegre do Paraíba Nova, depois elevada à vila, com o nome de Resende.

Diversas incursões foram então realizadas às suas terras, pela gente de Campo Alegre, através do Paraíba, mas nada deixaram de si porque eram simples penetrações de caçadores ou explorações de aventureiros, à procura de ouro e pedras preciosas. Ao fim de quase 20 anos, continuava sendo ainda um temível sertão das matas virgens, impenetrável à civilização, quando Francisco Gonçalves de Carvalho resolveu fundar uma fazenda de gado e mantimentos, entre o Rio Paraíba e o Rio Bananal, onde se achava o córrego chamado Barra Seca (ou Mansa), obtendo para isso uma sesmaria com uma légua de terras do Vice-Rei D. Antônio Álvaro da Cunha



(Conde da Cunha), em 30 de agosto de 1764, sendo esta sesmaria confirmada a 17 de janeiro de 1765, pelo rei D. José I. Já no ano seguinte, Dr. José Alberto Monteiro, obtinha também uma sesmaria na margem do Paraíba, no lugar de Volta Redonda. O Padre Henrique José Carvalho, que tomou posse nesta ocasião como vigária de N. Sra. Conceição de Campo Alegre da Paraíba Nova, observando as dificuldades de comunicação com a cidade do Rio de Janeiro, começou a repartir as terras em sesmarias, aos colonos vindos de minas, com a condição de abrir caminho em sua testada.

Apesar de todas estas iniciativas, o povoamento só veio a tomar notável incremento, alguns anos depois, nos fins do século XVIII, coincidindo, mais ou menos com o declínio da produção de ouro na capitania de Minas Gerais, donde vieram grandes levas de novos colonos, constituídas, não só de agricultores, como de mineradores. Com o tempo, as sesmarias passaram para as mãos de outros proprietários, por herança ou compra. A de Francisco Gonçalves Carvalho, na área em que surgiu Barra Mansa, foi adquirido pelo Tenente Coronel Henrique Vicente Louzada Magalhães, posteriormente passou ao herdeiro Coronel Custódio Ferreira Leite, Barão de Airuoca, por volta de 1827, considerado um dos primeiros habitantes de Barra Mansa, enquanto Antônio Marcondes do Amaral, outro pioneiro, se instalava em N. Sra. do Rosário dos Quatis. A colonização do município se deu com a chegada de colonos mineiros, paulistas, fluminenses e goianos e a introdução de mão-de-obra escrava, fatores que concorreram para o rápido povoamento, surgindo então diversas e importantes fazendas, tais como: Ano Bom, Sant'Ana do Turvo, Santo Antônio, Criciúma, Ribeirão Claro, Onça, Três Poços, Cedro, Retiro, Belmonte, Boa Vista, Brandão e São João Batista.

As Culturas primitivas de anil, milho, feijão, mandioca, arroz e canas-de-açúcar, bem como a criação de animais, sobretudo suínos e o fabrico de açúcar e aguardente acabaram, praticamente, cedendo lugar ao café, cuja cultura se transformou em imensos cafezais.

A partir de 1829, surgiram ideias de autonomia política e administrativa, desta forma os habitantes enviaram um memorial à Assembleia do Império, pedindo a criação de uma vila do povoado sem que à tal iniciativa se opusessem as Câmaras das Vilas de Resende, Valença e São João do Príncipe, quando ouvidas a respeito.

Indo de encontro às aspirações gerais a regência Trinta que era composta do General Francisco de Lima e Silva, José da Costa Carvalho e José Bráulio Muniz, houve por bem sancionar em nome do imperador D. Pedro II, a resolução da Assembleia Geral Legislativa do Império, em 03 de outubro de 1832, criando uma vila



no povoado do curativo de São Sebastião de Barra Mansa, com as terras desmembradas das vilas de Resende, Valença e São João do Príncipe.

A instalação da nova vila se verificou em 16 de fevereiro de 1833, com a posse da primeira Câmara Municipal. A evolução do município processou-se rapidamente de simples capela em 1825, passou a curato em 1829, à vila em 1832, à freguesia em 1839, à comarca eclesiástica em 1842, à cidade em 1857, à comarca jurídica em 1874.

Ao Capitão Antônio Marcondes de Amaral é creditado os seguintes serviços:

- a) A construção da igreja matriz de São Sebastião, iniciada em 1839 e concluída em 1859 pelo Tenente Manuel Carlos de Barros;
- b) A construção do prédio da cadeia, que o entregou à municipalidade em 1845, em cuja obra despendeu 30 contos de réis.

A fundação da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia em 1859 foi processada pelo Tenente Manuel Carlos de Barros, seguida da fundação de seu Hospital, inaugurado em 1867, por iniciativa do Dr. Manuel do Rego Macedo.

Por essa época, só o sistema de transporte é que ainda não tinha evoluído, apesar da política ferroviária adotada pelo Governo do Império.

A principal produção do município - o café, toda exportada para a Corte, continuava a ser transportada no lombo dos animais ou nas barcaças que, desde 1864 desciam o Paraíba, em direção à Barra do Piraí, prosseguindo deste ponto em diante, pela ferrovia.

Em vista disso, a Câmara Municipal passou a liderar um movimento de âmbito regional, pleiteando do Governo do Império o início das obras do ramal, no trecho entre Barra do Piraí e Resende.

Após 10 anos, era afinal inaugurado o trecho ferroviário da Estrada de Ferro Dom Pedro II, entre Pinheiro (atual Pinheiral) e a cidade de Barra Mansa, a 16 de setembro de 1871, com a presença da princesa Isabel, então regente do império e de seu marido, o Conde D'Eu.

Com a promulgação da Lei Áurea, o município foi atingido pelo êxodo das lavouras, porém Barra Mansa conseguiu rapidamente refazer-se, para o que muito contribuiu a construção de um trecho ferroviário da antiga Estrada de Ferro Oeste de Minas, até as divisas do grande Estado Montanhês em 1897, seguido de sua ligação com a linha tronco, em Augusto Pestana, em 1915.

Inúmeros fazendeiros e trabalhadores de Andrelândia, Lavras, Aiuruoca, Liberdade, São Vicente e outros pontos de Minas Gerais, começaram daí por diante a procurar o município e passaram a trabalhar ou a adquirir as velhas fazendas de café.



Sem desprezarem totalmente a agricultura, enveredaram pela pecuária, conseguindo, assim reerguer o município, até elevá-lo a posição destacada de grande centro agrícola e pastoril.

Indicada, em 1911, por Cincinato Braga, como a região ideal para o estabelecimento de indústrias siderúrgicas e após a revolução de 1930, com incentivo do presidente Getúlio Vargas, foram implantadas no município diversas indústrias, não só de ferro e aço, como de outros produtos, destacando-se a Cia. Metalúrgica Bárbara, DuPont do Brasil, Moinho de Barra Mansa, Cia. Industrial Comercial Brasileira de Produtos Alimentícios (Nestlé), culminando, porém com a instalação em 1941, do Cia. Siderúrgica Nacional, em Volta Redonda. Tais indústrias contribuíram para o progresso do município e se traduz no marco inicial da emancipação econômica do país. O comércio, por outro lado, beneficiando-se desta iniciativa, não tardou a ampliar e desenvolver-se, até alcançar a posição privilegiada que hoje desfruta, somando mais de 8.000 estabelecimentos nos diversos níveis.

4.1.2 - Localização

A sede do município está localizada em uma altitude de 376 metros, acima do nível do mar e está a 154 quilômetros da cidade do Rio de Janeiro. Barra Mansa localiza-se na região industrial do MédioParaíba, na parte ocidental do Estado, com uma área de 848 km². Seus limites são:

- a) Norte: Passa Vinte (MG);
- b) Sul: Rio Claro, Bananal (SP) e Piraí;
- c) Leste: Volta Redonda, Barra do Piraí e Valença;
- d) Oeste: Resende.

O principal curso d'água é o Rio Paraíba do Sul, que corre de Oeste para Leste.

- Margem direita: Rios Bananal, Pomba, Brandão, Cachoeira, Goiabal, Cafundó, Lagoinha, Barra Mansa e Pavão.
- Margem esquerda: Rios Águas Claras, Figueira, Quatis, Inferno, Ribeirão e Turvo.
- Ilhas (Fluviais): Mury e Guarda-Chaves (Ilha Clube).
- Quedas d'água: Salto da Lagoinha (27 metros), Salto Cafundó, Salto Córrego, Salto Turvo (25 metros) e Salto Chalé (25 metros).

De modo geral, o relevo é planalto, com altitude média de 400 metros, descendo em direção ao Rio Paraíba do Sul e seus afluentes e elevando-se rumo aos distritos de N. Sra. do Amparo, Ribeirão de São Joaquim e Falcão, onde se veem os primeiros contrafortes da Mantiqueira.



- a) Pontos culminantes: Serras Mutuca, Rio Bonito, Tunifel, Amparo, Alto do Lageado.
b) Morros: Palmital e Redondo.

Nas matas que recobrem seu território, existem espécies variadas de madeiras de lei, destacando-se vinhático, angico, gameleiro, braúna e cabiúna, nas adjacentes ao Rio Paraíba e seus tributários, são frequentes os animais da fauna fluminense representados, geralmente por capivaras, pacas, lontras, quatis, tatus, e no tocante a fauna aquática, traíras, acarás, surubins, pias e bagres são os mais comuns habitantes das águas.

A pesca é realizada nos Rios Paraíba do Sul e Quatis.

A agricultura de Barra Mansa é muito significativa, sobressaindo os seguintes produtos: tomate, milho, arroz, banana, cana-de-açúcar, laranja, mandioca, café, feijão, batata-doce e alho.

A pecuária é fator muito importante na economia do município, destacando-se a criação de bovinos, suínos e aves.

Barra Mansa é uma unidade geomorfológica que se apresenta com variedade de padrões de paisagens, fazendo parte do relevo próprio da Orla Atlântica Tropical.

4.2 - Aspectos Socioeconômico

4.2.1 - Índice de Desenvolvimento Humano

O Índice de Desenvolvimento Humano é uma medida importante concebida pela ONU (Organização das Nações Unidas) para avaliar a qualidade de vida e o desenvolvimento econômico de uma população. Anualmente é elaborado o Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) com base em três critérios (Saúde, Educação e Renda) que são medidos da seguinte forma:

- Uma vida longa e saudável (**Saúde**): expectativa de vida ao nascer.
- O acesso ao conhecimento (**Educação**): média de anos de estudo (adultos) e anos esperados de escolaridade (crianças).
- Um padrão de vida decente (**Renda**): medido pela Renda Nacional Bruta (RNB) com base na Paridade de Poder de Compra (PPC) por habitante.

O IDH varia entre 0 (nenhum desenvolvimento humano) e 1 (desenvolvimento humano total), revelando que quanto maior a proximidade de 1, mais desenvolvido é o país.



Faixas de Desenvolvimento Humano

MUITO ALTO 0,800 - 1,000

ALTO 0,700 - 0,799

MÉDIO 0,600 - 0,699

BAIXO 0,500 - 0,599

MUITO BAIXO 0,000 - 0,499

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município de Barra Mansa, é 0,729, classificando o município com um grau de desenvolvimento alto, sendo o 26º do Estado do Rio de Janeiro.

4.2.2 - Abastecimento de água

O crescimento urbano desordenado devido à grande afluência de migrantes provocada pela atividade da CSN, e o crescimento de outras indústrias citadas em anexo, acarretaram graves problemas nas áreas de Saneamento Básico. Considerando os logradouros constata-se 98% tem rede e água, 80% têm rede de esgoto com um total de 48.013 ligações. O sistema de esgotamento sanitário possui extensão de 82 km e o volume de esgoto lançado é de 199.147 m³/dia, lançados no Rio Paraíba ou seus afluentes.

4.2.3 - Destino dos dejetos e Coleta de Lixo

No município de Barra Mansa a eliminação dos dejetos é feita através de escoamento, grande parte junto à rede pluvial, sendo observadas, no mínimo, ações que visem à proteção e promoção de saúde pública.

O sistema de coleta de lixo no município de Barra Mansa é feito através de caminhões coletores de lixo, de caminhão de coleta de lixo hospitalar e de caminhões basculantes nos Distritos.

No local de depósito, distante 2 km da estrada, há grande quantidade de vetores. A limpeza de terrenos baldios, por serem particulares, não é feita pela Prefeitura a não ser nos locais onde há grande quantidade de lixo acumulado. Quando existem denúncias os mesmos podem ser retirados por determinação da fiscalização sanitária da S.M.S. – BM. O lixo hospitalar, colhido em caminhão especial,



é coletado em dias alternados nos Postos de Saúde periféricos e nas farmácias dos bairros e diariamente nos hospitais e farmácias do centro.

Segundo informações da Secretaria de Obras, 80% das residências são servidas pela coleta de lixo. Os caminhões de lixo só não vão aos lugares onde não se tem acesso por ruas ou em ruas onde os caminhões não têm condições de trafegar.

4.2.4 - Poluição

Entende-se por poluição qualquer alteração no solo, na água ou no ar que cause desequilíbrio ao meio ambiente ou que o torne desfavorável à vida.

De acordo com as informações da Coordenadoria Municipal de Defesa Civil e Meio Ambiente, sobre ocorrências de agressões e poluição ao meio ambiente, em Barra Mansa, registram-se os seguintes tipos: cano de descarga de veículos; chaminés de fábricas; depósito de lixo em geral; fornos, em geral, movidos a lenha ou carvão; depósitos de produtos químicos a granel nocivos à saúde ao meio ambiente; dragas para sugar areia dos rios; valas negras de qualquer natureza, tais como: esgoto de casas de saúde, hospitais, clínicas, postos de saúde, etc; esgoto de qualquer tipo de atividade, tais como: residencial, industrial, comercial, instituições religiosas, clubes esportivos, cinemas, teatros, colégios, faculdades, sindicatos, associações, etc.

Em Barra Mansa há maior concentração da poluição biológica, derivada principalmente dos despejos de esgotos sem tratamento no Rio Paraíba do Sul, que é o principal curso d'água do município, associado à poluição química causada por despejos industriais.

Os principais poluentes industriais são os metais pesados e fertilizantes artificiais, os quais na maioria não são biodegradáveis no meio ambiente, constituindo uma ameaça ao homem e ao ecossistema.

Na comunidade barra-mansense a demanda de água para fins domésticos é crescente, necessitando de maior reutilização das águas que recebem esgotos imprópriamente tratados, levando a:

- a) Maior perigo como suprimento de água potável;
- b) Maior possibilidade de disseminação de germes patogênicos;
- c) Contaminação por animais, deixando-nos inseguros quanto à alimentação;
- d) Maior perigo em nada em águas poluídas;
- e) Diminuição do oxigênio da água, pela presença da matéria orgânica, levando os seres aquáticos à morte.



4.2.5 - Meios de transporte e locomoção

O sistema viário urbano de Barra Mansa está sendo atualmente reformulado, algumas medidas já foram tomadas de imediato com o início da pavimentação asfáltica de vias urbanas, mudanças em etapas do fluxo, sinalização de trânsito e priorizando os itinerários de transporte coletivo. Atualmente está sendo executado o projeto de mudança do pátio de manobras para reurbanização da cidade.

O transporte coletivo é atendido pelas empresas credenciadas em todos os bairros do município.

4.2.6 - Rodovias e Ferrovias

As rodovias federais que passam por Barra Mansa são a BR-116 – Rodovia Presidente Dutra, ligando Rio de Janeiro a São Paulo e a BR 393, ligando Rio de Janeiro a Bahia.

As rodovias estaduais que dispõem o município são as seguintes: BM 153 (RJ-MG); BM 137 (RJ-SP) E BM 155 (RJ-ANGRA-SP).

Através da MRS., Barra Mansa se situa com importante leito ferroviário, possibilitando a vinda de minérios da região de Minas Gerais. Através da ferrovia do aço chegam a Barra Mansa minérios para as siderúrgicas locais e regionais e, através de dois entroncamentos ferroviários também são escoados minérios para exportação – BM - Angra dos Reis – BM –Sepetiba.

4.2.7 - Nível de instrução e escolaridade

A Rede Municipal atende em média 24.426 alunos dos quais 19.630 fazem parte dos níveis pré-escolar e 1º Grau que são competência prioritária do município. A rede estadual com um total 16.677 alunos corresponde a 39,6% do número de matrículas e a rede particular atende a 9,7% da demanda.

Descrição da Rede de Educação

Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]	98,4%
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) [2019]	5,2
IDEB – Anos finais do ensino fundamental (Rede pública) [2019]	4,5
Docentes no ensino fundamental [2020]	1.323 docentes
Docentes no ensino médio [2020]	468 docentes
Número de estabelecimentos de ensino fundamental [2020]	79 escolas
Número de estabelecimentos de ensino médio [2020]	19 escolas



A presença do SENAI e do SENAC vem proporcionando preparação de mão-de-obra para a indústria, para o comércio e serviços.

O Nível Superior se faz presente de maneira bastante significativa na região com o Centro Universitário de Barra Mansa (U.B.M.) e em Volta Redonda pode-se contar com mais três instituições: Universidade Federal Fluminense, Centro Universitário Fundação Oswaldo Aranha e a Fundação Educacional Rosemar Pimentel (FERP).

4.2.8 - Áreas de lazer existentes nas escolas

As áreas de lazer das Escolas Municipais e Estaduais são compostas somente de quadras para esportes e parques infantis.

São oferecidos para os alunos: piscinas, quadra de esportes coberta e não coberta, teatro, campo de futebol, campo de futebol society, parque infantil, sala de projeções, sala de vídeo, laboratório de ciências, sala de datilografia, dança, ginástica olímpica, capela, churrasqueira e campeonatos internos.

4.2.9 - Trabalho e Rendimentos - Setores de produção

Segundo o IBGE, em 2019 o salário médio mensal era de 2.1 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 21.3%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 34 de 92 e 29 de 92, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 1530 de 5570 e 1223 de 5570, respectivamente.

Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 34.5% da população nessas condições, o que o colocava na posição 49 de 92 dentre as cidades do estado e na posição 3.675 de 5.570 dentre as cidades do Brasil.

4.2.9.1 - Setor primário:

O setor primário ocupa um lugar expressivo no quadro da economia municipal, desenvolvendo-se a agricultura, cultivando-se principalmente feijão, milho e cana-de-açúcar. Há também, em pequena escala de produção, o plantio de banana, tomate, laranja, limão e mandioca. Verifica-se a presença de hortas comunitárias e escolares, dentro do município. Há o desenvolvimento da avicultura e da pecuária, com grande representatividade dentro deste setor.



4.2.9.2 - Setor secundário:

Um dos principais setores econômicos do município é o secundário. Barra Mansa é um município que conta com indústrias e a atividade abrange atualmente os setores de metalurgia e siderurgia. Estão instaladas no município microempresas e empresas de grande porte. As microempresas abrangem os mais variados tipos, tais como: serralherias, esquadrias de metal e alumínio, fabricação de peças, comércio e indústria de serviços de usinagem, fábrica de reatores, vassouras, torrefação e moagem, carvoaria, confecções entre outros.

4.2.9.3 - Setor terciário:

O comércio tem um papel dinâmico na economia municipal, sendo representado por 04 entidades: ACIAP (Associação Comercial Industrial e Agropastoril), Clube dos Diretores Lojistas, Sindicato do Comércio Varejista e Sindicato dos Hotéis, Bares e Similares.

O setor terciário da economia de Barra Mansa apresenta hoje uma grande diversidade de ofertas, cuja capacidade de atendimento vai do comércio vicinal (ambulantes, feirantes) ao regional (estabelecidos), podendo concorrer com preços e produtos através de empresas atacadistas, grandes magazines, lojas e supermercados.

4.3 - Aspectos Demográficos

4.3.1 – Distribuição da População Geral Estimada

Segundo estimativa do IBGE para 2021, o município de Barra Mansa possui uma população de 185.237 habitantes, sendo a densidade demográfica 324,94 hab/km². A taxa anual de crescimento populacional 2000/2010 foi 1.06 %, compatível com a média do estado. Quanto à distribuição etária, Barra Mansa pode ser considerada uma cidade com população jovem. Na estimativa populacional 59,3 % da população encontra-se na faixa etária de 20 a 59 anos. A percentagem de idosos representa 13 % da população do Município, sendo idoso velho 44% e idoso novo 66% e as crianças na faixa de 0 a 4 anos representam apenas 6 % da população.

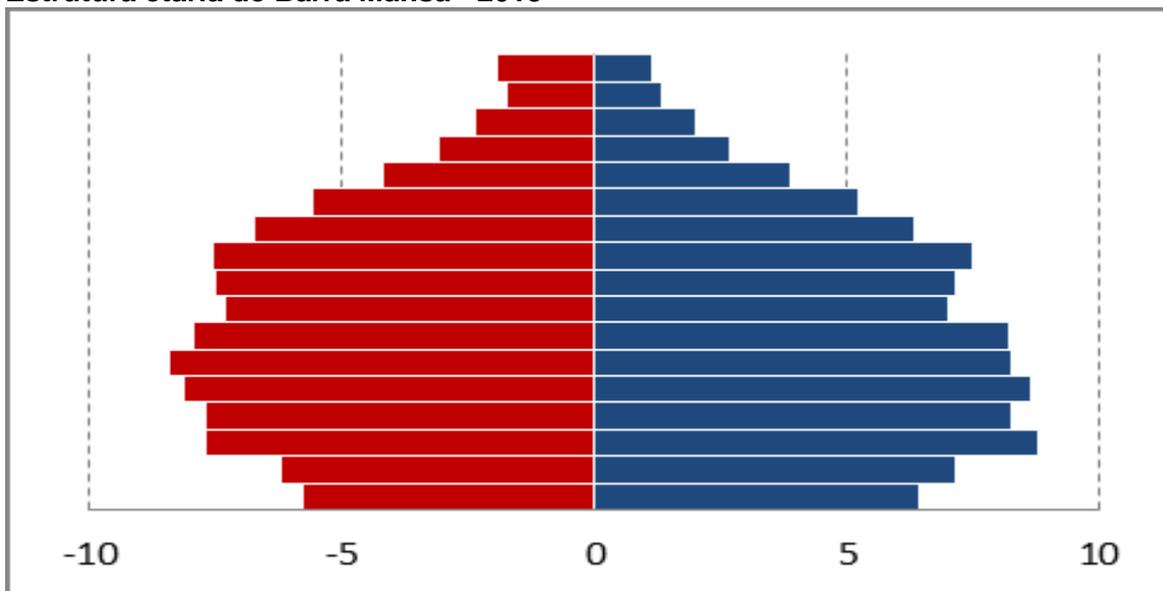


População estimada, tendência de crescimento e densidade de ocupação urbana

Território	População Estimada				Densidade Demográfica	
	2015	2016	2017	2018	Áreas Urbanizadas	Líquida
Região	879.187	882.668	886.065	909.136	3.121,03	155,15
Barra Mansa	179.915	180.126	179.451	183.976	3.156,23	330,87
Estado	16.550.009	16.635.996	16.718.956	17.159.960	4.211,99	433,26

A pirâmide etária 2015 evidencia a transição demográfica e reflete a queda da mortalidade devido ao aumento da expectativa de vida, bem como o declínio da natalidade. A redução na mortalidade, mais estável desde 1980, acompanhada pelo aumento da esperança de vida ao nascer, produz o envelhecimento populacional. Verifica-se que as mulheres chegam, em maior número, às faixas etárias superiores aos 60 anos, confirmando tendências mundiais de maior longevidade feminina, influenciada por questões como a violência, que atinge mais fortemente os homens.

Estrutura etária de Barra Mansa - 2015



Fontes: Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Estimativas de população para 2015.

Além do crescimento populacional, pode ser observado o aumento do número de adultos jovens, adultos e de idosos em contrapartida à diminuição do número de crianças, adolescentes e jovens.

O índice de envelhecimento, em geral, fica bem abaixo da média estadual, embora as expectativas de vida ao nascer e aos 60 anos a superem ligeiramente, sugerindo que a fecundidade dos municípios da região vem compensando a tendência



de envelhecimento populacional em certos casos. Tais fatores, associados com a transição demográfica e uma população com maior número de adultos e idosos, implicam em estruturar os serviços de saúde de maneira que possam ser efetivos, e possam promover a assistência em saúde necessária a cada faixa etária em observação às suas especificidades e demandas.

Tendência Demográfica

Território	Índice de Envelhecimento			Relação de Substituição de Gerações
	Total	Masculino	Feminino	
Região	47,88	39,52	56,64	1,20
Barra Mansa	47,81	39,10	57,14	1,19
Estado	49,33	38,43	60,74	1,26

Fontes: Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Estimativas de população para 2015; IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS – Estimativas de população para 2016, 2017 e 2018. MS/SINASC: 2010 e 2016.

A taxa de fecundidade geral (TFG) tem apresentado tendência de queda desde o início da década de 1970, sendo que no município de Barra Mansa em 2000 apresentou taxa de 2.01 e em 2008 1.7.

O “Índice de Envelhecimento” é um indicador importante, uma vez que estabelece a proporção de pessoas idosas em relação ao total de jovens numa determinada população. Na Cidade de Barra Mansa, esta proporção varia em função tanto do sexo (é sempre maior no caso das mulheres) . Os dados mostram a participação crescente de idosos em relação aos jovens na população, o que reflete, principalmente, a redução dos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida dos idosos.

Taxas Demográficas		
Indicador	2000	2009
Fecundidade	2.01	1.7
Esperança de vida ao nascer	72.2	73,84

Fonte: IBGE, 2021



Expectativa de vida ao nascer e aos 60 anos de idade, por sexo para o quadriênio
2012-2015

Território	Expectativa ao Nascer			Expectativa de vida aos 60 anos	
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino
Região	71,88	79,13	21,89	19,71	23,81
Barra Mansa	71,95	79,25	21,63	19,45	23,56
Estado	71,14	79,00	21,85	19,56	23,12



5 - CONDIÇÕES DE SAÚDE

O perfil epidemiológico tem como objetivo prestar informações aos profissionais a respeito de doenças e agravos de notificação compulsória no município. Oferecendo subsídios aos gestores e profissionais vinculados na Rede Pública para as ações de planejamento, promoção e prevenção no enfrentamento aos agravos de interesse em Saúde Pública, assim colaborando com as ações de fortalecimento da Rede de Atenção Básica proporcionando a melhoria na qualidade de atendimento visando à maior satisfação da comunidade.

Diversas doenças infecciosas têm apresentado tendência histórica de queda da incidência e/ou da letalidade. Isso é decorrente de ações na área da saúde: a imunização, a vigilância e o controle de doenças, ampliação do acesso aos serviços de saúde, os tratamentos específicos bem-sucedidos, ações de prevenção, como o pré-natal, entre outras, e em outros setores como o saneamento básico e o controle da poluição atmosférica. Apesar desse avanço, muitas doenças têm permanecido em níveis insatisfatórios, mostrando limites na possibilidade do seu controle, em grande parte em decorrência de transformações e adaptações dos agentes, hospedeiros e ambientes. Com o envelhecimento da população e o aumento da sobrevida, passamos a ter um maior número de doenças crônicas não transmissíveis.

5.1 – Mortalidade:

Em Barra Mansa nos últimos anos a mortalidade por doenças do aparelho circulatório e aparelho respiratório apresenta os maiores números absolutos de ocorrência, 1º e 3º lugares respectivamente e são causa de 1ª relevância devido a letalidade e agravos que estas proporcionam, de mesma relevância está a morte por causas externas que está em 4º lugar e necessita de uma intervenção multisetorial que abrange diversas pastas de secretariado de administração municipal; como por exemplo além da secretaria de saúde, as secretarias de promoção social, segurança pública, educação...entre outras. As causas de morte por Neoplasias ocupam o 2º lugar das causas e apresenta um comportamento ascendente.

As doenças crônicas permanecem, portanto, como as principais causas de morbimortalidade no Município, representando uma demanda aos serviços de saúde de grande magnitude e complexidade. A mortalidade por acidentes de trânsito encontra-se estável, enquanto os homicídios mostram uma queda a partir da virada do milênio.



Além disso, o envelhecimento da população, a elevada prevalência de fatores de risco para diversas DANT, como a obesidade e outros problemas decorrentes do consumo de alimentos não saudáveis, o tabagismo, o sedentarismo, dentre outros, representam desafios na área de promoção da saúde.

Mortalidade Geral Segundo Capítulo CID-10 – 2016 - 2020

Capítulo CID- 10	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	63	59	48	57	330	557
Neoplasias (tumores)	213	236	254	233	270	1.206
Doenças sangue, órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	14	09	08	14	10	55
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	88	78	91	112	93	462
Transtornos mentais e comportamentais	13	13	22	09	12	69
Doenças do sistema nervoso	59	54	38	50	54	255
Doenças do aparelho respiratório	176	190	166	198	182	912
Doenças do sistema digestivo	75	68	73	76	74	366
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	06	04	01	04	11	26
Doenças do aparelho geniturinário	96	74	80	86	80	416
Gravidez, parto e puerpério	04	00	01	05	01	11
Algumas afecções originadas no período perinatal	08	18	08	20	14	68
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	10	02	08	10	06	36
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificado em outra parte	51	68	67	62	91	339
Causas externas de morbidade e mortalidade	107	145	135	129	133	649
Doença Aparelho Circulatório	472	503	434	465	457	2.331



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde



Doenças da pele e do tecido subcutâneo	08	04	06	06	12	36
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	00	02	00	00	00	02

Fonte: SIM, 2021



Mortalidade segundo causa e faixa etária - 2020

Capítulo CID- 10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	00	00	00	01	00	04	07	22	47	75	88	86	330
Neoplasias (tumores)	00	02	00	01	00	05	07	08	52	79	74	42	270
Doenças sangue, órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	00	00	00	00	00	00	00	00	02	02	04	02	10
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	00	00	00	00	00	01	01	03	19	20	26	23	93
Transtornos mentais e comportamentais	00	00	00	00	00	00	01	01	03	04	01	02	12
Doenças do sistema nervoso	00	02	00	00	00	00	01	01	04	07	14	25	54
Doenças do aparelho respiratório	00	00	01	00	00	00	02	08	17	41	54	59	182
Doenças do sistema digestivo	00	00	00	00	00	01	06	03	15	16	16	17	74
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	00	00	00	00	00	00	00	01	03	01	03	03	11
Doenças do aparelho geniturinário	00	00	00	00	01	00	01	03	09	15	14	37	80
Gravidez, parto e puerpério	00	00	00	00	00	00	01	00	00	00	00	00	01



Algumas afecções originadas no período perinatal	14	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	14
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	06	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	06
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificado em outra parte	00	01	00	00	00	05	09	08	18	20	15	15	91
Causas externas de morbidade e mortalidade	00	00	00	01	14	32	19	16	14	10	13	14	133
Doenças do Aparelho Circulatório	00	00	00	00	01	01	10	23	55	99	145	123	457

Fonte: SIM. 2021



Taxa de Mortalidade Prematura por 100.000 habitantes

Taxa de óbitos prematuros, população de 30 a 69 anos, segundo principais causas (Doença do Aparelho Circulatório, Neoplasias, Doenças Crônicas do Aparelho Respiratório, Diabetes Mellitus) 2016 a 2020.

Município	2016	2017	2018	2019	2020
Barra Mansa	508,3	450,6	442,6	457,0	449,3

Fonte: SIM. 2021

Mortalidade por causas externas

Série Histórica de óbitos por causas externas - 2016 a 2020

Grupo CID- 10	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Acidentes de transporte	20	28	27	27	28	130
Outras causas externas de lesões acidentais	46	49	57	48	46	246
Lesões autoprovocadas voluntariamente	04	10	06	05	07	32
Agressões	34	55	40	43	47	219
Eventos cuja intenção é indeterminada	03	02	01	04	01	11
Sequelas de causas externas	00	01	00	00	00	01
Intervenção legal (PAF)	00	00	04	02	04	10
Total	107	145	135	129	133	649

Fonte: SIM. 2021

No decorrer dos anos apresentados acima, os óbitos por causas externas que mais impactaram foram os por “Outras causas externas de lesões acidentais”, seguidos por “Agressões” e “Acidentes de transporte”. Visando a diminuição da mortalidade por causas externas, é de suma importância organizarmos ações com demais Secretarias e Instituições, traçando ações que possam impactar na diminuição dos mesmos.



Mortalidade Materna

Série Histórica de Óbitos Maternos - 2016 a 2020

Município	2016	2017	2018	2019	2020
Barra Mansa	05	00	01	05	01

Fonte: SIM. 2021

Coeficiente de Mortalidade Materna – 2016 a 2020

Município	2016	2017	2018	2019	2020
Barra Mansa	250,2	00	47,3	231,5	48,1

O Coeficiente de mortalidade materna é o indicador utilizado para conhecer o nível de morte materna calculado pela relação do n.º de mortes maternas ou de mulheres durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela” (Laurenti, 2000).

O indicador permite estimar a frequência de óbitos femininos atribuídos às causas em questão em relação ao número de nascidos vivos, refletindo a qualidade da assistência à saúde da mulher (OPAS, 2002). Na Cúpula do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU), foram adotadas oito Metas de Desenvolvimento, entre elas, reduzir a mortalidade materna a uma taxa de 35 mortes por 100 mil nascimentos até o ano de 2015.

No município de Barra Mansa conseguimos atingir esta meta. No ano de 2016 tivemos 05 óbitos materno sendo o coeficiente de mortalidade de 250,2 por 100.000 mil nascidos vivos. Dos 05 óbitos, três óbitos que ocorreram na rede privada e os outros dois óbitos ocorreram na rede SUS. Segundo informações do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil 03 óbitos foram classificados como evitável e os outros dois provavelmente inevitável.

Proporção de Óbitos Investigados em Mulheres em Idade Fértil - 2016 a 2020

Município	2016	2017	2018	2019	2020
Barra Mansa	100%	98,4%	100%	100%	100%

Fonte: Vigilância Epidemiológica, SMS Barra Mansa 2021



A Gestão Municipal tem como prioridade a investigação dos óbitos em mulheres em idade fértil, sendo os mesmos realizados pelo Comitê de Investigação de óbitos em parceria com as unidades de saúde e unidade hospitalar.

Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil é obtida por meio do número de crianças que morrem antes de completar 1 ano, a cada mil nascidas vivas. Esse dado é um aspecto de fundamental importância para avaliar a qualidade de vida, pois, por meio dele, é possível obter informações sobre a eficácia dos serviços públicos, tais como: saneamento básico, sistema de saúde, disponibilidade de remédios e vacinas, acompanhamento médico, educação, maternidade, alimentação adequada, entre outros (Francisco, 2016). No período de 2016 a 2020 os óbitos infantis configuraram-se da seguinte forma:

Taxa de Mortalidade Infantil - 2016 a 2020 por 1.000 nascidos vivos

Município	2016	2017	2018	2019	2020
Barra Mansa	10,5%	11,8%	7,2%	13,8%	9,6%

Fonte: SIM. 2021

Número de óbitos infantis - segundo estrato etário - 2020

Estrato Etário	Não precoce	Neo Tardio	Pós Neo	Total
< 01 ano	12	03	05	20

Fonte: SIM. 2021

Série histórica de óbitos infantis conforme escolaridade da mãe - 2020

Município	Não Informado	Nenhuma	1-3	4-7	8-11	12 e +
Barra Mansa	04	01	00	01	09	05

Fonte: SIM. 2021

Série histórica de óbitos infantis segundo peso recém-nascidos - 2020

Município	< 1Kg	1kg a 2,4 kg	2,5kg a 2,9 kg	3kg a 4 kg e +	Ignorado
Barra Mansa	12	04	03	00	01

Fonte: SIM. 2021



Série histórica de óbitos infantis segundo idade da mãe - 2020

Município	<20 anos	20-39 anos	>= 40 anos	Ignorado
Barra Mansa	02	15	03	00

Fonte: SIM. 2021

Mortalidade Fetal

A Mortalidade Neonatal estima o risco de um nascido vivo morrer dos 0 aos 27 dias de vida e a mortalidade pós – neonatal estima o risco de um nascido vivo morrer entre o 28º e 364º dias completos de vida. O óbito fetal ocorre a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25cm. O número de óbitos fetais no município configurou-se da seguinte forma no período de 2016 a 2020:

Série histórica de número de óbitos fetais - 2016 a 2020

Município	2016	2017	2018	2019	2020
Barra Mansa	24	19	23	17	25

Fonte: SIM. 2021

Morbidade Hospitalar

As informações sobre perfil da morbidade da população podem ser obtidas por meio do SIH, que se refere às internações na rede SUS e do SINAN (Sistema de Informações de Agravos sob Notificação).

Morbidade hospitalar do SUS - Por local de residência - 2020

Capítulo CID- 10	2020
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	961
Neoplasias (tumores)	638
Doenças sangue, órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	81
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	226
Transtornos mentais e comportamentais	132
Doenças do sistema nervoso	133
Doenças do aparelho respiratório	537
Doenças do aparelho circulatório	1.141



Doenças do sistema digestivo	583
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	262
Doenças do aparelho geniturinário	498
Gravidez, parto e puerpério	1.975
Algumas afecções originadas no período perinatal	141
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	30
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificado em outra parte	266
Causas externas de morbidade e mortalidade	896

Fonte: tabnet.datasus.gov.br

No ano de 2016 as maiores causas de internação foram: 1º Doenças do aparelho circulatório, seguida da Doenças infecciosas e parasitárias, sendo esse fato atípico devido a Pandemia da COVID-19. Observamos que as demais causas de internação não se diferem dos anos anteriores, sendo necessário a realização de mais ações de prevenção e promoção a saúde na APS.

5.2 - Natalidade

As condições de natalidade serão analisadas de acordo com o número de nascimentos e taxa bruta de natalidade, com o desdobramento da faixa etária das mães, conforme descrito abaixo.

Informações sobre nascimentos no período de 2016 a 2020

Condições	2016	2017	2018	2019	2020
Nº de nascidos vivos	1.998	2.114	2.197	2.159	2.079
Taxa de nascidos vivos com mães adolescentes	14,4%	13,4%	10,9%	11,3%	10,0%
% com baixo peso ao nascer	8,6%	9,5%	9,4%	9,4%	8,6%
Taxa de nascidos vivos por partos cesáreos	68,5%	71,7%	75,7%	73,2%	72,2%
Taxa de nascidos vivos por partos vaginais	31,5%	28,3%	24,3%	26,8%	27,8%

Fonte: SINASC, Ministério da Saúde, 2021



Observamos que o número de nascidos vivos no decorrer dos anos descritos acima não oscila de forma significativa. Em 2020 a taxa de nascidos vivos com mais adolescentes foi a menor apresentada demonstrando uma diminuição significativa se comparada a 2016.

Um ponto importante que devemos trabalhar nos próximos anos é a diminuição do número de cesarianas através da implementação da Rede Cegonha.

Percentual de Crianças nascidas vivas por número de consulta pré-natal

Consulta de Pré-Natal	2016	2017	2018	2019	2020
Nenhuma	2,6%	2,2%	1,2%	1,6%	0,9%
De 1 a 3 consultas	4,3%	4,7%	3,4%	3,3%	3,1%
De 4 a 6 consultas	20,8%	19,8%	18,8%	16,9%	16,8%
7 ou mais consultas	71,1%	73,2%	76,4%	78,1%	78,9%
Ignorado	1,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: SINASC, Ministério da Saúde, 2021

A oferta de consulta pré-natal tanto na rede básica quanto na atenção especializada é de suma importância. Observamos que o município conseguiu garantir as gestantes o número ideal de 07 ou mais consultas de pré-natal. Isso se dá a reorganização da atenção básica nos últimos anos no município e a garantia da continuidade do atendimento do pré-natal de alto risco quando necessário.

5.2.1 - Proporção de Gravidez na Adolescência

A Gravidez na adolescência é um fator que preocupa a gestão municipal, sendo a taxa no ano de 2020 de 10%, tendo um pequeno aumento em relação ao ano anterior, estamos abaixo da média nacional e acima da estadual. A média da 6ª Regional de Saúde está em 16,56%, mostrando que necessitamos de fortalecimento das atividades relacionadas a este público-alvo, para que conseqüentemente haja uma redução nos índices.



Gravidez na adolescência, entre as faixas etárias de 10 a 19 anos

Descrição	2016	2017	2018	2019	2020
Proporção de gravidez na adolescência	14,4%	13,4%	10,9%	11,3%	10,0%

Fonte: SINASC, Ministério da Saúde, 2021

5.3 - Doenças de Notificação Compulsória

O Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema de Doenças de Notificação Compulsória (SDNC) com o objetivo de detectar e controlar doenças em estágio inicial evitando assim epidemias.

Esse sistema baseia-se na Lista de Doenças de Notificação Compulsória (LDNC), criada em 1969 considerando critérios como o potencial de disseminação e a disponibilidade de medidas de controle contra certos problemas de saúde. Tendo conhecimento a respeito da LDNC, os profissionais de saúde e também os cidadãos podem ajudar a Vigilância Epidemiológica a cuidar de cada caso da maneira correta.

A Lista de Doenças de Notificação Compulsória foi estabelecida em todo o território brasileiro.

Entre os mais de 40 problemas apresentados, os casos suspeitos, confirmados, surtos, agregação de casos ou óbitos e até mesmo epizootias e/ou morte de animais que podem preceder a manifestação de uma doença em seres humanos devem ser comunicados à Secretaria Municipal de Saúde competente em até 24 horas.

Além disso, resultados laboratoriais referentes a amostras individuais e amostras procedentes de investigação de surtos também devem ser comunicados imediatamente por Laboratórios de Saúde Pública dos Estados (LACEN) e Laboratórios de Referência Nacional ou Regional.



Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata - 2016 a 2020

Município	2016	2017	2018	2019	2020
Barra Mansa	29,85%	31,37%	29,85%	25,37%	23,88%

Fonte: Vigilância em Saúde, SMS Barra Mansa – 2021

Observa-se na tabela abaixo um acréscimo na série histórica de casos novos de Aids a partir de 2017, onde a Vigilância Epidemiológica ficou alerta no monitoramento dos casos novos.

Série Histórica de Casos de AIDS - População Geral - 2016 a 2020

Município	2016	2017	2018	2019	2020
Barra Mansa	15	68	61	50	43

Fonte: Vigilância em Saúde, SMS Barra Mansa – 2021

Já a série histórica de casos de AIDS em menores de 05 anos ficou estável nos últimos cinco anos não ocorrendo nenhum caso.

Série histórica de casos de AIDS em menores de 5 anos - 2016 a 2020

Município	2016	2017	2018	2019	2020
Barra Mansa	0	0	0	0	0

Fonte: Vigilância em Saúde, SMS Barra Mansa – 2021

Sífilis

A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), e que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica, com sequelas irreversíveis em longo prazo. É transmitida predominantemente por via sexual e vertical (LARSEN et al., 1995; HORVÁTH, 2011; BRASIL, 2020).

A infecção da criança pelo *T. pallidum* a partir da mãe acarreta o desenvolvimento da sífilis congênita (WHO, 2016; BRASIL, 2020). Ao longo da evolução natural da doença, ocorrem períodos de atividade, com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas, intercalados com períodos de latência, durante os quais não se observa a presença de sinais ou sintomas (JANIER et al., 2014; WHO, 2016).



A sífilis é um importante agravo em saúde pública, pois, além de ser infectocontagiosa e de poder acometer o organismo de maneira severa quando não tratada, aumenta significativamente o risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV, do inglês humanimmunodeficiencyvirus), uma vez que a entrada desse vírus é facilitada pela presença das lesões sífilíticas (HORVÁTH, 2011; BRASIL, 2020).

A presença de *T. pallidum* no organismo também acelera a evolução da infecção pelo HIV para a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids, do inglês acquiredimmunodeficiencysyndrome) (HORVÁTH, 2011). Além disso, a sífilis congênita é responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade, podendo elevar a 40% a taxa de abortamento, óbito fetal e morte neonatal (BRASIL, 2020; LUMBIGANON et al., 2002).

A notificação compulsória de sífilis adquirida deve ocorrer de acordo com a Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, e as notificações compulsórias de sífilis em gestante e sífilis congênita, conforme a Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005 ou demais normativas que venham a substituí-las. Para a vigilância epidemiológica dos casos de sífilis, seguimos as definições de casos e orientações estabelecidas no “Guia de Vigilância em Saúde” e suas atualizações (BRASIL, 2019b), disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Série Histórica de Casos de Sífilis - 2016 a 2020

Município	2016	2017	2018	2019	2020
Sífilis Adquirida	0	13	53	50	07
Sífilis em Gestantes	45	47	88	53	48
Sífilis Congênita	12	09	11	14	04

Fonte: Vigilância em Saúde, SMS Barra Mansa – 2021

A Vigilância Epidemiológica a APS tem acompanhado de perto dos possíveis casos de sífilis no município, planejando assim ações de prevenção à doença.

Tuberculose

Série Histórica de Casos de Tuberculose Notificados - 2016 a 2020

Município	2016	2017	2018	2019	2020
Barra Mansa	61	39	52	49	73

Fonte: Vigilância em Saúde, SMS Barra Mansa – 2021



A série histórica de casos de tuberculose oscilou nos últimos anos conforme tabela acima, demonstrando assim que as ações de prevenção devem ser fortalecidas na APS em parceria com o Programa Municipal.

Hanseníase

Série Histórica de Casos de Hanseníase notificado - 2016 a 2020

Município	2016	2017	2018	2019	2020
Barra Mansa	05	01	02	06	00

Fonte: Vigilância em Saúde, SMS Barra Mansa – 2021

A série histórica de casos de hanseníase oscilou nos últimos anos conforme tabela acima, demonstrando assim que não só nos casos de Tuberculose mais também nos de Hanseníase, as ações de prevenção devem ser fortalecidas na APS em parceria com o Programa Municipal.

Hepatites

Série histórica de casos de hepatites virais notificados - 2016 a 2020

Município	Ignorado/ Branco	Vírus A	Vírus B	Vírus C	Vírus B+C	Total
Barra Mansa	02	01	21	92	00	117

Fonte: Vigilância em Saúde, SMS Barra Mansa – 2021

Acima elencamos algumas doenças de notificação, onde as equipes das unidades de saúde acompanham de forma contínua visando melhor qualidade da assistência prestada e continuidade do serviço.

COVID-19

Ressaltamos que no ano de 2020 o mundo enfrentou a COVID-19, onde tivemos que reorganizar toda a estrutura de funcionamento da Secretaria de Saúde.

A Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global.

O SARS-CoV-2 é um betacoronavírus descoberto em amostras de lavado broncoalveolar obtidas de pacientes com pneumonia de causa desconhecida na



cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019. Pertence ao subgênero Sarbecovírus da família Coronaviridae e é o sétimo coronavírus conhecido a infectar seres humanos.

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo o homem, camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente os coronavírus de animais podem infectar pessoas e depois se espalhar entre seres humanos como já ocorreu com o MERS-CoV e o SARS-CoV-2.

No município de Barra Mansa a doença configurou-se da seguinte forma nos anos de 2020 e 2021:

COVID - 19

Ano	Casos Notificados	Casos Confirmados	Óbitos	Testes Realizados
2020	32.157	6.157	280	32.042
2021	33.443	12.953	495	64.902

Fonte: Vigilância em Saúde, SMS Barra Mansa – 2021

Visando a garantia do acesso dos pacientes aos serviços de saúde no atendimento prestado aos pacientes suspeitos ou com diagnóstico confirmado de COVID -19, a gestão municipal disponibilizou leitos de UTI e retaguarda clínica, reforçou o atendimento nas unidades de saúde e implantou o CT COVID, sendo a principal referência no município.

Hospitalização Suspeito 2020			
HOSPITAL	CTI	LEITO CLÍNICO	RESPIRADOR
STA CASA	06	13	01
UPA CENTRO	00	00	00
CENTRO COVID	00	05	00
HOSPITAL DA MULHER	00	00	00
TOTAL	06	18	01
Hospitalização Positivo 2020			
HOSPITAL	CTI	LEITO CLÍNICO	RESPIRADOR
STA CASA	03	02	03
UPA CENTRO	00	00	00
CENTRO COVID	00	06	00
HOSPITAL DA MULHER	00	00	00
TOTAL	03	08	03



Resumo de Leitos 2020									
Hospital	UTI			Clínico			Respirador		
	Ofertado	Ocupado	Disponível	Ofertado	Ocupado	Disponível	Ofertado	Ocupado	Disponível
Santa Casa	12	09	03	44	15	29	22	04	18
UPA Centro	04	00	04	10	00	10	04	00	04
Centro Covid	04	00	04	14	11	03	04	00	04
Hospital da Mulher	01	00	01	01	00	01	01	00	01
Total	21	09	12	69	26	43	31	04	27
%	-	43%	57%	-	38%	62%	-	13%	87%

Hospitalização Suspeito 2021			
HOSPITAL	CTI	LEITO CLÍNICO	RESPIRADOR
STA CASA	00	02	00
UPA CENTRO	00	00	00
CENTRO COVID	00	01	00
HOSPITAL DA MULHER	00	01	00
TOTAL	00	04	00

Hospitalização Positivo 2021			
HOSPITAL	CTI	LEITO CLÍNICO	RESPIRADOR
STA CASA	00	00	00
UPA CENTRO	00	00	00
CENTRO COVID	00	00	00
HOSPITAL DA MULHER	00	00	00
TOTAL	00	00	00

Resumo de Leitos 2021									
Hospital	UTI			Estabilização			Clínico		
	Ofertado	Ocupado	Disponível	Ofertado	Ocupado	Disponível	Ofertado	Ocupado	Disponível
Santa Casa	10	00	10	00	00	00	02	02	00
UPA Centro	00	00	00	04	00	04	06	00	06
Centro Covid	04	00	04	00	00	00	13	01	12
Hospital da Mulher	00	00	00	01	00	01	01	01	00
Total	14	00	14	05	00	05	22	04	18
%	-	0%	100%	-	00%	100%	-	18%	82%

Iniciamos a vacinação no município conforme distribuição dos imunizantes pela SES-RJ e seguimos a preconização do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado, sendo acompanhados de perto pelo Ministério Público e Conselho Municipal de Saúde.

Como estrutura inicial a Gestão Municipal implantou o serviço de Drive-trhu no Parque da Cidade, sendo nossa estrutura referência para o Estado.



Série Histórica de Cobertura Vacinal - COVID -19 - População > 12 anos

Ano	Fabricante	D1	D2	D3
2021	CORONAVAC	37.937 doses	35.389 doses	140 doses
	ASTRAZENICA	44.906 doses	42.118 doses	185 doses
	PFIZER	52.318 doses	34.274 doses	16.880 doses
	JANSSEN	3.959 doses	-	-

Fonte: Vigilância Epidemiológica, SMS 2021

Violência

A partir de 2006, o Ministério da Saúde realinhou os eixos de ação relativos à promoção da saúde e à atenção integral às pessoas em situação de violência no conjunto de diretrizes e ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 687/2006), da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 648/2006) e das diretrizes para organização de redes de atenção integral às urgências (Portaria nº 1.020/2009), pactuadas com as três esferas de gestão do SUS.

O Ministério da Saúde adota o conceito de violência utilizado pela Organização Mundial da Saúde, segundo o qual: Violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p.5).

Sendo assim, o município tem reforçado a importância da realização da notificação dos casos de violência nos serviços de saúde, principalmente nas unidades de urgência e emergência. Ressaltamos não só a importância da notificação, bem como a garantia do primeiro atendimento e posterior acompanhamento à vítima. Abaixo descrevemos a série histórica de notificação de violência.

Número de Casos de Violência Interpessoal e Autoprovocada

Série histórica de Notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências - 2016 a 2020

Município	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Barra Mansa	129	148	52	138	39	506

Fonte: Vigilância Epidemiológica, SMS 2021



Série histórica de Notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências segundo sexo - 2020

Município	Masculino	Feminino	Total
Barra Mansa	57	449	506

Fonte: Vigilância Epidemiológica, SMS 2021

Série histórica de Notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências segundo tipo de violência- 2016 a 2020

Tipo de Violência	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Física	126	140	47	126	29	468
Psicológica/Moral	29	74	15	63	19	200
Tortura	02	06	03	07	02	20
Sexual	03	10	09	21	14	57
Financeira/Econômica	01	03	00	01	00	05
Negligencia/Abandono	00	01	00	00	01	02
Outras violências	01	01	04	04	01	11

Fonte: Vigilância Epidemiológica, SMS 2021

Dengue

Segundo o Ministério da Saúde, a identificação precoce dos casos de dengue é de vital importância para a tomada de decisões e implantação de medidas de maneira oportuna, visando principalmente evitar a ocorrência de óbitos.

A organização dos serviços de saúde, tanto na área de vigilância epidemiológica quanto na prestação de assistência médica, é necessária para reduzir a letalidade por dengue no país, bem como permite conhecer a situação da doença em cada região.

Um indicador que deve ser acompanhado com bastante atenção é o número de ciclos realizados. Abaixo observamos na série histórica que somente em 2020 devido a Pandemia do Coronavírus não alcançamos a meta proposta.



Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue - 2016 a 2020

Município	2016	2017	2018	2019	2020
Barra Mansa	06	06	06	06	03

Fonte: Vigilância Epidemiológica, SMS 2021

VIGIÁGUA

O Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua) consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública nas diferentes esferas de atuação para garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade, estabelecido na legislação vigente.

O Sisagua é um instrumento do Vigiagua que tem o objetivo de auxiliar o gerenciamento de riscos à saúde a partir dos dados gerados rotineiramente pelos profissionais do setor saúde (Vigilância) e responsáveis pelos serviços de abastecimento de água (Controle) e da geração de informações em tempo hábil para planejamento, tomada de decisão e execução de ações de saúde relacionadas à água para consumo humano.

Seguindo essas indicações do Ministério da Saúde, realizamos o monitoramento das amostras de água no município conforme configuração abaixo:

Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

Município	2016	2017	2018	2019	2020
Barra Mansa	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Vigilância Ambiental, SMS 2021



Vigilância Sanitária

Segundo o Ministério da Saúde, a inspeção sanitária é o procedimento da fiscalização efetuado pela autoridade sanitária que avalia em toda a cadeia alimentar as Boas Práticas de Produção e/ou as Boas Práticas de Prestação de Serviços com vistas ao atingimento do Padrão de Identidade e Qualidade (PIQ) estabelecido através da verificação do cumprimento dos procedimentos previstos nos seus manuais, na utilização do Sistema de APPCC, e no atendimento à legislação sanitária. Orienta ainda a intervenção, objetivando a prevenção de agravos à saúde do consumidor no que se refere às questões sanitárias, inclusive quanto ao teor nutricional.

No município os fiscais da Vigilância Sanitária realizam inspeções de forma periódica conforme denúncias ou planejamento semanal das inspeções. No período de 2016 à 2020 realizamos 7.618 inspeções, destacando suas ações no ano de 2020 no período da Pandemia.

Série histórica de Inspeções - 2016 a 2020

Município	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Barra Mansa	1.581	1.542	1.523	1.716	1.256	7.618

Fonte: Vigilância Sanitária, SMS 2021

Vigilância em Saúde do Trabalhador

A Vigilância em Saúde do Trabalhador é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. É uma importante ferramenta do Sistema Único Saúde, para a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos.

É de suma importância a organização das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador nos municípios, sendo um dos principais indicadores de acompanhamento as notificações por acidente de trabalho. Abaixo descrevemos a série histórica de notificações de acidentes de trabalho no município no período de 2016 a 2020.



Série histórica de Notificações de acidentes de trabalho - 2016 a 2020

Município	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Barra Mansa	76	80	65	51	43	315

Fonte: Vigilância Ambiental, SMS 2021

Cobertura Vacinal

A cobertura vacinal é um importante indicador onde monitoramos a cobertura vacinal, principalmente na faixa etária de maior risco para doenças imunizáveis.

A avaliação da cobertura vacinal contribui para detectar se a população infantil encontra-se imunizada, além da identificação de pontos frágeis das atividades de vacinação. Abaixo elencamos uma série histórica das principais vacinas em menores de 1 ano no período de 2016 a 2020.

Série Histórica Taxa de Cobertura Vacinal - 2016 a 2020

Ano	Pneumocócica (<1ano)	Pentavalente (< 1ano)	Poliomielite (<1 ano)	Tríplice viral (D2)
2016	104,57%	91,06%	84,91%	79,96%
2017	99,38%	101,66%	104,53%	56,22%
2018	109,06%	103,15%	100,65%	91,49%
2019	90,55%	73,68%	83,51%	67,86%
2020	89,60%	97,87%	89,41%	75,47%

Fonte: Vigilância Epidemiológica, SMS Barra Mansa 2021



6 – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde buscam um atendimento em todos os níveis de atenção de maneira qualificada e resolutiva, entre a atenção básica, secundária e terciária. Neste contexto o município, busca a ampliação e qualificação da Atenção Básica, assim resultando em melhores índices e maiores resolutividade dentro da sua área de abrangência, bem como a articulação entre todos os níveis para o cuidado integral de sua população.

A implantação das RASs convoca mudanças radicais no modelo de atenção à Saúde praticada no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, alguns experienciados com sucesso, em outros países e que devem e podem ser adaptados à realidade de nosso sistema público. (Mendes, 2011).

Por ainda haver vazio sanitário no município, existe a necessidade de ampliação e fortalecimento da Atenção Básica, aumentando sua qualidade e resolutividade e sendo a norteadora das ações de saúde pública, necessitando assim da expansão das Equipes de Saúde da Família no período de 2022 a 2025.

6.1 - Atenção Primária a Saúde

Considerando que a Atenção Básica deve ser o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema de saúde, constituída de equipe multidisciplinar que cobre a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde da população de seu território, servindo como base para o ordenamento da Rede de Atenção e para efetivação da integralidade, assim, garantindo a cobertura populacional pelas equipes de atenção básica, faz-se necessário e primordial na organização da atenção primária à saúde do município.

Série Histórica de Atendimentos na Atenção Básica - 2016 a 2020

Especialista	2016	2017	2018	2019	2020
Médico Clínico	14.969	13.662	11.331	11.464	4.480
Médico da ESF	20.514	91.782	120.255	111.146	139.848
Médico Pediatra	4.395	5.806	4.093	5.349	1.537
Médico Ginecologista e Obstetra	762	1.292	1.230	1.855	614
Enfermeiro ESF	15.847	68.688	87.757	74.292	116.175



Enfermeiro	9.086	15.149	7.678	11.422	3.912
Cirurgião Dentista ESF	6.597	49.936	81.472	98.102	68.661
Psicólogo	1.082	29.720	33.017	27.664	17.615
Cirurgião Dentista Geral	846	594	2.532	3.769	2.626

Fonte: sistemas.saude.rj.gov.br/scripts/tabcgi.exe?siasus/producao.def

Cobertura populacional pelas Equipes de Atenção Básica - 2020

Barra Mansa	2020
Cobertura de Atenção Básica	83,70%
Cobertura Estratégia Saúde da Família	69,22%
Cobertura Saúde Bucal	58,54%

Fonte: e.gov.br/paginas/acessopublico/relatorios/relhistoricocoberturaab.xhtml

Unidades Básicas de Saúde

Nº	Unidade de Saúde
01	UBS São Judas Tadeu
02	UBS Centro
03	UBS Santa Clara
04	UBS Cotiara
05	UBS Vale do Paraíba
06	UBS São Vicente
07	UBS Colônia

Fonte: SCNES, 2021



Unidades de Saúde da Família

Nº	Unidade de Saúde da Família
01	USF KM4
02	USF PARAÍSO DE BAIXO
03	USF GETÚLIO VARGAS
04	USF SANTA RITA DE FÁTIMA
05	USF VILA ORLANDÉLIA
06	USF AMPARO
07	USF BOCAININHA
08	USF CLÍNICA DA FAMÍLIA
09	USF BELO HORIZONTE
10	USF SANTA LÚCIA
11	USF JARDIM PRIMAVERA
12	USF VILA MARIA II
13	USF MANGUEIRA
14	USF ISMAEL DE SOUZA
15	USF NOVA ESPERANÇA
16	USF FLORIANO
17	USF COLÔNIA
18	USF ROSELÂNDIA
19	USF VILA PRINCIPAL
20	USF VILA DELGADO
21	USF VILA CORINGA II
22	USF SANTA RITA DE CASSIA
23	USF SÃO PEDRO
24	USF PRÓ SAÚDE
25	USF SANTA MARIA II
26	USF PARAÍSO DE CIMA
27	USF RIALTO
28	USF PITEIRAS
29	USF VILA URSULINO
30	USF JULIO CARUSO
31	USF VILA INDEPENDÊNCIA
32	USF SAUDADE
33	USF VILA MARIA I
34	USF VILA CORINGA I
35	USF SIDERLÂNDIA



36	USF LOTEAMENTO SOFIA
37	USF BOA VISTA II
38	USF SÃO LUIZ
39	USF MONTE CRISTO
40	USF VALE DO PARAÍBA
41	USF SÃO FRANCISCO

Fonte:SCNES2021

A Coordenação da Atenção Básica promoveu entre os anos de 2016 a 2020, por intermédio dos Programas Prioritários e Estratégicos e das Áreas Técnicas, importante ampliação no acesso aos serviços de saúde, reduzindo as desigualdades regionais e fortalecendo a integralidade na Atenção à Saúde.

A Gestão Municipal conta 07 Unidades Básicas de Saúde, oferecendo o atendimento básico como porta de entrada ao sistema de saúde. A Estratégia da Saúde da Família (ESF), em dezembro de 2020, contava com 41 equipes e cobertura de 83,70% da população.

O objetivo da gestão municipal é fazer da Atenção Básica o principal acesso ao Sistema Municipal de Saúde e ao aprimoramento do planejamento. Todas as Unidades de Saúde da Família existentes no município atuam seguindo as diretrizes definidas pela Coordenação da Atenção Básica que são:

- Atuar em território definido;
- Desenvolver atividades de promoção e prevenção dos problemas de saúde mais frequentes;
- Desenvolver ações educativas e intersetoriais;
- Ofertar assistência básica integral e resolutiva;
- Atuar com humanização no atendimento;
- Favorecer a participação social em toda rede básica.

Dentre os diversos indicadores de monitoramento da Atenção Básica, destacamos a razão de exames citopatológicos razão de exames de mamografia. A gestão municipal tem organizado as linhas de cuidados desde a atenção básica até a atenção especializada. No período apresentado abaixo desenvolvemos várias estratégias para o alcance dessa população como campanhas e disponibilização de horário estendido.



O câncer de colo do útero é o terceiro tumor mais freqüente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Prova de que o país avançou na sua capacidade de realizar diagnóstico precoce é que na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva. Ou seja: o estágio mais agressivo da doença.

Atualmente 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada in situ. (INCA,2017). Referente ao período de 2016 a 2018 houve aumento dos exames realizados devendo-se ao aumento da oferta de exames na rede de saúde municipal.

Ao assumirmos a gestão em 2017 conseguimos aumentar a oferta aos serviços citados abaixo, porém com a Pandemia do Coronavírus houve uma pequena diminuição do atendimento ofertado.

Razão de Exames Citopatológicos do Colo do Útero em Mulheres de 25 a 60 anos - 2016 a 2020

Município	2016	2017	2018	2019	2020
Barra Mansa	4.451	5.570	9.289	7.564	7.409

Fonte: SMS Barra Mansa, 2021

Razão de Exames de Mamografias - 2016 a 2020

Município	2016	2017	2018	2019	2020
Barra Mansa	1.453	2.734	6.188	5.734	3.326

Fonte: SMS Barra Mansa, 2021

Núcleo de Apoio à Saúde da Família

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 154 MS/GM de 24/01/2008, instituiu os Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF). Os núcleos devem ser organizados por equipes multiprofissionais (psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, médico acupunturista, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, ginecologista, homeopata, nutricionista, pediatra, psiquiatra e terapeuta ocupacional), que devem estar vinculadas às equipes da Estratégica Saúde da Família.

De acordo com a portaria citada acima, um NASF deve dar suporte para no mínimo seis, e no máximo vinte equipes de ESF. A média definida para a Cidade é de um NASF para 10 equipes.



A implantação dos NASF possibilita o aumento da resolutividade na UBS, pois aumenta o escopo das ações da ESF e qualifica a assistência. Até dezembro de 2020 foram implantados 04 NASF.

Distribuição de NASF por Distrito Sanitário, segundo número de profissionais

NASF	Categoria Profissional	Unidades de Saúde da Família
NASF I	<ul style="list-style-type: none">- Pediatra- Fisioterapeuta- Fisioterapeuta II- Nutricionista- Ginecologista/Obstetra- Fonoaudiólogo- Psicólogo	<ul style="list-style-type: none">- USF Júlio Caruso- USF Boa Vista I- USF Vila Elmira- USF Paraíso de Cima- USF Paraíso de Baixo- USF Mangueira- USF São Francisco de Assis- USF Santa Rita de Fátima
NASF II	<ul style="list-style-type: none">- Pediatra- Fisioterapeuta- Fisioterapeuta II- Nutricionista- Ginecologista/Obstetra- Fonoaudiólogo- Psicólogo	<ul style="list-style-type: none">- USF Santa Rita de Cássia- USF Floriano- USF Siderlândia- USF Vila Ursulino- USF Belo Horizonte- USF Vila Marial- USF Vila Marial II- USF Colônia- USF Loteamento Sofia
NASF III	<ul style="list-style-type: none">- Pediatra- Fisioterapeuta- Fisioterapeuta II- Nutricionista- Ginecologista/Obstetra- Psicólogo	<ul style="list-style-type: none">- USF Jardim Primavera- USF São Luis- USF Rialto- USF Vila Independência- USF Santa Lúcia- USF Roselândia- USF Monte Cristo- USF KM4- USF Piteiras
NASF IV	<ul style="list-style-type: none">- Pediatra- Fisioterapeuta- Fisioterapeuta II- Nutricionista- Nutricionista II- Ginecologista/Obstetra- Psicólogo	<ul style="list-style-type: none">- USF Getúlio Vargas- USF Vila Delgado- USF Vila Coringa- USF São Pedro- USF Bocaininha- USF Pró-Saúde- USF Amparo- USF Saudade

Fonte: SMS Barra Mansa, 2022



Consultório na Rua

No município contamos com 01 Equipe de Consultório na Rua, modalidade I, composta por 01 Enfermeiro, 01 Técnico de Enfermagem, 01 Psicólogo e 01 Agente Social.

A equipe multiprofissional desenvolve ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população, realizando suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolvem ações em parceria com as equipes das Unidades de Saúde do território.

Ressaltamos que a responsabilidade pela atenção à saúde da população em situação de rua como de qualquer outro cidadão é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, mesmo que ele não seja componente de uma equipe de Consultório na Rua.

E -SUS

O e - SUS é uma estratégia do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde, para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional, sendo que por meio da Portaria nº 1.412, de 10/07/2013 foi criado o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB, o qual substitui plenamente o antigo sistema, SIAB.

O novo sistema de informação da atenção básica tem como foco facilitar o trabalho das equipes, organizando as informações de forma simplificada e unificada. São menos fichas e mais informação, menos tempo despendido no preenchimento, com maior agilidade nas consultas e armazenamento de todas as informações necessárias para um cuidado de qualidade.

As premissas de reestruturação do sistema são a redução do retrabalho de coleta de dados; a individualização do registro; o cuidado centrado no indivíduo, na família, na comunidade e no território; a produção de informação integrada e o desenvolvimento orientado pelas demandas do usuário da saúde.

De acordo com a portaria nº 1.976, de 12 de setembro de 2014 devem enviar informações para o banco de dados do SISAB todas as equipes da Atenção Básica, incluindo as equipes da Estratégia de Saúde da Família, as equipes de Agentes Comunitários de Saúde, as equipes dos Núcleos de Saúde da Família, as equipes do Consultório na Rua, as equipes participantes do Programa Saúde na Escola e do



Programa Academia da Saúde, salvo aquelas equipes de saúde com legislação específica.

Programa Nacional de Regualificação das Unidades Básicas de Saúde

O programa de requalificação das Unidades Básicas de Saúde, instituído pela portaria nº 2.206/2011, tem como objetivo criar incentivo financeiro para as UBS, tendo em vista o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento e melhoria do acesso à atenção básica e da qualidade da atenção prestada. Isso envolve melhoria da estrutura física com construção, reforma e ampliação de unidades, bem como ações que visem à informatização dos serviços e qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais.

Atenção Básica e a Integralidade da Atenção em Saúde

- Área Técnica por Ciclo de Vida

A - Saúde da Mulher:

A mulher usuária do SUS é atendida nas Unidades de Saúde em todos os seus ciclos de vida: adolescência, vida adulta em idade reprodutiva, no climatério e menopausa; são desenvolvidas ações em grupos educativos de gestantes e de planejamento reprodutivo, atendimento de pré-natal de baixo risco, atendimento ginecológico para detecção precoce do câncer de colo uterino e de mama.

Nos Ambulatórios de Especialidades são atendidas mulheres encaminhadas para pré-natal de alto risco, portadoras de patologia de colo uterino e de mama e os casos para realização de vasectomia ambulatorial de seus parceiros.

No Hospital e Maternidade é oferecida a assistência obstétrica e ginecológica de urgência.

Principais ações:

- Assistência à mulher na Gravidez/ Parto e Puerpério e ações de vigilância do Comitê Municipal de Mortalidade Materna com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil;
- Planejamento Reprodutivo e Prevenção de DST/Aids visando reduzir a vulnerabilidade em Saúde Sexual e Reprodutiva, a mortalidade materna e infantil, a incidência de DST/Aids;



- Prevenção e detecção precoce do câncer em mulheres com detecção precoce e tratamento do câncer de colo uterino e de mama, com o objetivo de reduzir os respectivos coeficientes de mortalidade;
- Assistência à mulher vítima de violência sexual e doméstica através da rede de prevenção da violência e de atendimento às mulheres vitimizadas;
- Assistência integral e humanizada à mulher no climatério;
- Qualificação da rede de atenção básica, através da capacitação dos profissionais de saúde diretamente envolvidos no atendimento à mulher.

B - Saúde da Criança e do Adolescente

A Secretaria Municipal da Saúde neste ciclo de vida tem como objetivo principal propor e implantar programas e projetos relacionados à promoção de saúde da criança e do adolescente e redução da mortalidade infantil, considerando os seguintes períodos de vida: Neonatal e Infância Precoce (nascimento até 01 ano de vida), Infância (01 a 09 anos) e Adolescência (10 a 19 anos). Período Neonatal e Infância Precoce: essa faixa etária beneficia-se das ações desenvolvidas pelo programa PAISMCA, cujo principal objetivo é o de promoção da qualidade da assistência à saúde das mulheres durante o pré-natal, parto e pós-parto e à criança durante o primeiro ano de vida.

Compreende ações de implementação e monitoramento: Triagem Neonatal (teste do pezinho) e Comitê de Mortalidade Perinatal e Infantil, que tem ampliado progressivamente os critérios de investigação dos óbitos infantis e contribuído para manter a redução progressiva dos índices atuais.

C - Saúde do Adulto

O objetivo das ações da SMS para a Saúde do Adulto é consolidar estratégias que viabilizem a promoção e a assistência à saúde da população adulta da cidade de Barra Mansa. Reveste-se de especial importância para o cuidado com a saúde desta parcela da população a atenção às doenças crônicas não transmissíveis, pois além de associadas a altos índices de mortalidade, também respondem por significantes custos para a saúde, sendo uma das principais causas de incapacidade em nosso meio.

Merece especial destaque, entre estas doenças, a **Hipertensão Arterial** e o **Diabetes Mellitus** que com as dislipidemias, o tabagismo, o sedentarismo e a



obesidade, são os principais determinantes das afecções cardiovasculares em nosso meio.

Surge então como conseqüência, a necessidade de implantar equipes multidisciplinares para a gestão do cuidado, a promoção da saúde e a incorporação de hábitos de vida saudáveis, assim como para desenvolver estratégias que aumentem a adesão ao tratamento e fortalecimento do vínculo com as equipes de saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida e prevenção das complicações crônicas.

É de suma importância desenvolver ações orientadas pelo perfil epidemiológico e pela questão da equidade e da pobreza, onde parcelas dos territórios abrigam expressivos segmentos populacionais expostos a diferentes condições de vulnerabilidade.

A política definida pela SMS à Saúde do Adulto prevê:

- Fortalecer regionalmente as redes de atenção à hipertensão e ao diabetes, implantando e implementando as políticas da SMS e apoiando tecnicamente as ações locais;
- Incentivar as ações de promoção e educação em saúde;
- Identificar os pacientes com adesão insuficiente às recomendações, estabelecendo estratégias para a recondução à Unidade de Saúde os casos de abandono de tratamento;
- Implementar ações de prevenção de complicações crônicas associadas à hipertensão e ao diabetes (cardiopatia, nefropatia, retinopatia, neuropatia e doença vascular periférica), garantindo o acesso à medicação, consultas especializadas e exames;
- Implementar a avaliação rotineira do risco do pé diabético.

D - Saúde do Homem

Tendo em vista o perfil de morbimortalidade da população masculina no município de Barra Mansa e a necessidade de habilitar serviços ao cuidado integral à saúde do homem, a SMS segue a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, com foco no cuidado a partir da Atenção Básica, ampliando-a ordenadamente para os outros níveis de complexidade da assistência.



E - Saúde da Pessoa Idosa

Envelhecer é considerado pela ONU como um dos grandes triunfos da humanidade. Muitos esforços foram feitos para que as pessoas pudessem alcançar mais anos em sua existência. A saúde pública teve e tem uma responsabilidade muito grande nesse processo, na medida em que ofereceu a universalização dos serviços de saúde e saneamento à população brasileira a partir da década de 80.

O Brasil envelhece rapidamente, principalmente nos grandes centros urbanos. A população idosa brasileira supera 19 milhões de pessoas maiores de 60 anos, evidenciando o acelerado processo de envelhecimento da sociedade brasileira.

Barra Mansa acompanha a acentuada transição demográfica e a população idosa residente em 2020 era de aproximadamente 33.317 habitantes, representando 18% do total da população.

A expectativa média de vida em 20 anos se amplia de tal forma que grande parte da população atual irá alcançar a velhice. Por outro lado, em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas.

O aumento da prevalência de condições crônicas merece a atenção das políticas públicas de saúde. A mudança do perfil epidemiológico traz para a saúde importantes desafios e a necessidade de um novo modelo de atenção.

A política municipal para a Saúde da Pessoa Idosa pauta suas ações nos marcos políticos/técnicos vigentes no país para a garantia de melhores condições de vida dos idosos do município, especialmente a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que define as diretrizes de ação e cujo objetivo principal é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

As ações da política municipal para a Saúde da Pessoa Idosa são desenvolvidas nas diversas modalidades de atenção, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde e naquelas que desenvolvem suas atividades com a Estratégia Saúde da Família, consideradas portas de entrada na garantia de atenção a saúde global dos cidadãos idosos.

Para a Atenção à Saúde do Idoso, o município conta com o Centro de Atendimento ao Idoso, onde são realizadas diversas atividades de prevenção e promoção à saúde como capoeira, aulas de artesanato, aula de pintura, desfiles, bailes entre outras atividades.



Oferta também atendimentos de fonoaudiologia, psicologia, nutricionista, fisioterapia e médico. Abaixo apresentamos uma série histórica de atendimento médico na unidade no período de 2013 a 2016 nas diversas especialidades.

Produção do Centro do Idoso

Nº	Procedimento Realizado	2017	2018	2019	2020
01	Consulta Médica em Atenção Especializada	5.745	4.517	6.788	3.374
02	Atendimento fisioterápico nas alterações motoras	1.767	1.492	2.032	49
03	Terapia fonoaudiológica individual	152	182	95	34
04	Atividade Educativa	62	265	144	55
05	Consulta de profissionais de nível superior na atenção primária (exceto médico)	212	1.082	4.084	3.168

Fonte: SMS Barra Mansa, 2021

- Áreas Específicas :

A- Tabagismo

O Programa de Combate ao Tabagismo instituído no município tem por objetivo ofertar aos usuários tabagistas tratamento com equipe multiprofissional visando à prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças relacionadas ao uso do tabaco.

As ações do Programa são desenvolvidas em parceria com as Unidades de Saúde do município, através da descentralização aumentando assim a abrangência do programa e maior impacto na saúde da população e organizada pelo Programa de Doenças Crônicas não Transmissíveis.

B - Saúde da Pessoa com Deficiência

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em seu preâmbulo reafirma a universalidade, a interdependência, a indivisibilidade e a



interrelação dos direitos humanos, assim como a necessidade de que as pessoas com deficiência tenham a garantia de poder usufruí-los sem discriminação.

Harmonicamente é ressaltada a importância do reconhecimento da acessibilidade aos meios físico, social, econômico e cultural, à educação, à saúde, à informação e comunicação, visando o pleno desfrute de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência.

A OMS estima que cerca de 15% da população mundial vivam com alguma deficiência. A Pesquisa Mundial de Saúde indica uma prevalência de 2,2% dos indivíduos com 15 anos ou mais enfrentam dificuldades funcionais significativas.

Os dados do Censo 2010 do IBGE revelam que, aproximadamente um quarto da população do município informou pelo menos uma das deficiências investigadas. Na evolução histórica ocorreu um aumento de 66,92%. Em 2000 o percentual era de 14,3, atualmente é de 23,87%.

São componentes da Rede de Atenção em Saúde das Pessoas com Deficiência a Reabilitação Física, a Auditiva, a Visual e a Intelectual.

O Ministério da Saúde vem reorganizando em parceria com os Estados e Municípios a Rede Saúde Sem Limites.

A Rede de Atenção em Saúde das Pessoas com Deficiência, conforme Portaria Ministerial Nº 793, é composta pelos seguintes componentes: Atenção Primária, Especializada e Hospitalar. Segue abaixo quadro da composição atual da rede de saúde da pessoa com deficiência em Barra Mansa:

Tabela: Serviços de Reabilitação em Barra Mansa - SUS

Serviços de Fisioterapia
SAD – Serviço de Atenção Domiciliar
NASF
Centro Universitário de Barra Mansa
Centro de Atendimento ao Idoso
Policlínica 09 de Abril
SIRENE Vila Nova
Serviço Auditivo
Teste da Orelhinha – Hospital da Mulher
Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa - Centro Auditivo



Fonte: SMS Barra Mansa, 2017

Os procedimentos básicos de odontologia são realizados nos serviços da Atenção Primária. Todos os 02(dois) Centros de Especialidades Odontológicas – CEO - existentes no município realizam atendimento para pessoas com deficiência.

C – LGBTQIA+

Sabidamente é uma população que sofre vários tipos de discriminação como racial, de gênero, social, entre outras, sendo em muitos momentos vulneráveis no acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, são necessárias estratégias de prevenção e intervenção visando às desigualdades existentes.

No município, os serviços são prestados nas unidades de saúde, entretanto, observamos que a procura ainda é incipiente.

Temos como proposta para implementação da assistência prestada as ações listadas abaixo:

- I - Implementar ações da Política Nacional de Saúde Integral no Município;
- II - Identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município;
- III - Estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;
- IV - Articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT, em conformidade com esta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;
- V- Apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos.

D - Saúde da População Negra

Segundo o Ministério da Saúde a construção de equidade racial em saúde para a população negra é um compromisso firmado através da portaria 992/2009, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral para a População Negra, cuja marca é: “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde”



O Programa Nacional de Saúde da População Negra foi criado com o objetivo de formular ações que promovam no âmbito do Sistema Único de Saúde municipal, a redução das iniquidades em saúde relacionada à questão racial, reconhecendo as especificidades deste segmento da população que gira em torno de 12,36% habitantes no Município de Barra Mansa - IBGE.

Desde então a área vem trabalhando na identificação das situações especiais de agravos à saúde, no planejamento de ações conjuntas com as demais áreas técnicas da Atenção Básica, tratando transversalmente a temática racial através dos seguintes eixos:

- Implementar o Programa de Atenção Integral aos portadores de Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias na rede;
- Promoção e Vigilância em Saúde;
- Incluir a temática étnico-racial nas capacitações, assim como na política municipal de educação permanente de trabalhadoras/es do SUS, fortalecendo processos de humanização.

É de suma importância a organização da linha de cuidado municipal, visando à melhoria das condições de saúde desse segmento da população, incluindo ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças. Sendo assim, temos como ações elencadas:

- Implementação desta Política em âmbito municipal;
- Identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e os recursos;
- Implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra;
- Estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;
- Articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação das ações;
- Fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;
- Apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra.



Temos como objetivo principal garantir maior grau de equidade à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção à saúde, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aquelas de maior prevalência nesse segmento populacional, por razões étnicas como a anemia falciforme, doenças falciformes, deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, hipertensão arterial, diabetes mellitus e síndrome hipertensiva na gravidez.

E - Saúde Mental

A Política Municipal de Saúde Mental - Álcool e Drogas têm como principal objetivo a expansão e qualificação da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, baseado na análise do índice de necessidade de saúde da população, considerando a complexidade e necessidades específicas de cada região da Cidade, minimizando as diferenças regionais e favorecendo a equidade e o acesso da população aos serviços de Saúde Mental. Várias ações e serviços fazem parte da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, tais como:

- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)- são equipamentos de saúde mental voltados para o atendimento de usuários portadores de transtornos mentais severos e persistentes nas modalidades: adulto, infantil e álcool e drogas;
- Programa Terapia Comunitária (TC) – compõe a Estratégia de Promoção de Saúde Mental nas dimensões individual e coletiva;
- Residência Terapêutica (RT) - são moradias destinadas a 08 portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que perderam os vínculos e referências familiares;
- Emergências: são serviços de atenção psiquiátrica componentes da rede de assistência emergencial da cidade e suas atividades estão integradas às equipes do Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia. Oferecem assistência psiquiátrica a pessoas em crise, objetivando a remissão do quadro agudo, em observação de no máximo 72h;
- Leitos de Psiquiatria em Hospital Geral: Clínica de Internação para assistência aos pacientes com transtorno psicótico e neurótico grave;
- Núcleos de Apoio À Saúde da Família (NASF): recomenda a inclusão de profissionais de saúde mental nas equipes, com ações de matriciamento em saúde mental, e corresponsabilização da atenção à saúde mental nas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família.



No município de Barra Mansa a rede de atenção psicossocial está organizada da seguinte forma:

- 01 CAPS Adulto
- 01 CAPS Infantil
- 03 Residências Terapêuticas
- 01 Ambulatório de Tratamento de Dependente Químico

F - Saúde Bucal

A Política Municipal de Saúde Bucal tem como objetivo implementar ações voltadas para a prevenção, tratamento e recuperação da saúde bucal nos diversos níveis de atenção do SUS.

As eSB trabalham integradas às equipes de Saúde da Família (eSF) e às equipes de Atenção Primária, fortalecendo o atributo da integralidade do cuidado e contribuindo para a ampliação da qualidade de vida das pessoas. As equipes de Saúde Bucal podem ser compostas por:

Modalidade I: Cirurgião Dentista, ACD/TSB

Modalidade II: Cirurgião Dentista, ACD/TSB, TSB

As Equipes de Saúde Bucal contribuem para o fortalecimento dos atributos essenciais da APS, tais como o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, sendo organizadas no modelo de atenção da Saúde da Família.

Organizando-se segundo as diretrizes da Estratégia Saúde da Família, ofertam o cuidado por, no mínimo, 40 horas semanais, estabelecendo relação de vínculo e responsabilização que potencializam o cuidado e resultados em saúde.

Além disso, têm um contato próximo com os usuários e competência para o conhecimento dos diferentes contextos sociais e de saúde, considerando o cidadão de forma mais integral e humanizada.

Para isso, as suas ações e serviços são baseados na promoção, prevenção e recuperação da saúde, por meio de medidas de caráter individual e coletivo, e mediante a responsabilização pela saúde das pessoas. São, portanto, o modelo prioritário e preferencial para a oferta da atenção em saúde bucal na APS.

A carteira de serviços da APS apresenta um rol sugestivo de ações e serviços a serem ofertados pelas equipes de Saúde Bucal.

No município de Barra Mansa contamos com 02 Equipes de Modalidade II e 21 Equipes de Modalidade I inseridas nas unidades de saúde da família.



Contamos também na atenção especializada com 02 CEO's, sendo serviços de referência para os profissionais da APS.

G - PSE - Programa Saúde na Escola

O Programa de Saúde na Escola (PSE) no município, oferece atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público por meio de ações que estimulam a promoção da saúde e prevenção de doenças. As ações do programa são realizadas durante o ano letivo. No projeto, os estudantes aprendem como escovar os dentes de forma correta, fazem exames oftalmológicos, acuidade auditiva, avaliação antropométrica e checam outros problemas como obesidade ou pressão alta. O trabalho é realizado entre as equipes de Saúde da Família da Atenção Básica, NASF (núcleo de Apoio a Saúde da Família) e os professores das escolas.

H - Programa Prevenção as DST's , AIDS e Hepatites Virais

O Programa Municipal de DST/AIDS /Hepatites Virais de Barra Mansa é instância de referência normativa e de coordenação das ações políticas públicas da SMS para: prevenção, controle, diagnóstico, tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais.

As ações são integradas sob uma política com base na defesa dos direitos civis e humanos, o respeito à diversidade, a construção da cidadania, a defesa dos princípios de universalidade, da integralidade e equidade (princípios do SUS) e a parceria com as Áreas Técnicas da SMS, outras Secretarias (Municipal e Estadual), Organizações da Sociedade Civil. O Programa Municipal de prevenção às DST's/Aids/Hepatites Virais tem como finalidade:

- Coordenar tecnicamente a Rede Municipal de Doenças Transmissíveis responsável pela] promoção, prevenção e assistência integral às pessoas vivendo com DST/HIV/Aids /Hepatites Virais;
- Elaborar, promover e coordenar programas de assistência e projetos de formação, treinamento e aperfeiçoamento;
- Realizar, promover, apoiar e avaliar a investigação e a pesquisa científica em seu campo de atuação e criar mecanismos para sua produção técnico-científica;
- Elaborar, promover e coordenar programas de prevenção e projetos de formação, treinamento e aperfeiçoamento, em consonância com a



especificidade e as necessidades da área de saúde e de outros órgãos públicos e entidades não governamentais;

- Propor e executar ações de vigilância de saúde em consonância com as diretrizes do Centro de Controle de Doenças da Coordenadoria de Vigilância à Saúde;
- Elaborar e implantar normas relativas às DST/Aids/Hepatites Virais no âmbito do SUSBM.

I - DANTS (Doenças e Agravos não Transmissíveis)

A Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis é o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento do padrão de ocorrência, tendência e mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dos acidentes, das violências e de seus fatores de risco e estimular ações e estratégias que visem a promoção da saúde da população.

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis representam a maior causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo. Compreendem dois grandes grupos de eventos: as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), caracterizadas principalmente pelas doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus, e as causas externas, tais como os acidentes e as violências.

Sendo assim, é de suma importância a organização das linhas de cuidados referente a doenças crônicas, principalmente nas APS. A gestão municipal tem como objetivo ampliar a promoção da saúde, a prevenção de doenças e de qualificar o cuidado às pessoas com doenças crônicas, e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde.

A Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas está em fase de reorganização e um dos elementos essenciais para compor e garantir a qualidade da atenção a essa população é a mudança no processo de trabalho das equipes em todos os pontos de atenção, desde a atenção básica passando pela especializada, pela urgência e pelo cuidado hospitalar e domiciliar.

Atualmente o Programa desenvolve ações de controle ao Tabagismo, Peso Legal, Bolsa Família, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, onde a vigilância das



Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) inclui o monitoramento das doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas. São doenças multifatoriais que se desenvolvem no curso da vida e que possuem longa duração. Estão relacionadas a diversos fatores, condicionantes e determinantes sociais, entretanto a maioria é ocasionada por fatores de risco modificáveis dentre os quais destacam-se o tabagismo, consumo excessivo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física. Contamos também com o Centro de Atendimento aos pacientes com DANTS composta por equipe multidisciplinar.

J - Vigilância em Saúde

O reconhecimento da Vigilância em Saúde como responsabilidade indelegável e como um componente indissociável do SUS. Cabe a Vigilância em Saúde atuar no âmbito de proteção contra danos, riscos, agravos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população, sendo de extrema importância trabalhar em conjunto com a APS.

As ações executadas pela Vigilância em Saúde são definidas em função do risco epidemiológico, sanitário e ambiental em saúde, existentes no Município e também definidas pelo Ministério da Saúde (Programação de Ações de Vigilância à Saúde – PAVS) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

A Vigilância em Saúde tem a relevante função de análise da situação de saúde articulando-se em um conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos a saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção e subsidiando os gestores no processo de planejamento e de tomada de decisão em tempo oportuno.

A Vigilância em Saúde deve buscar a integração das Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador devido a necessidade de organização para respostas rápidas em emergências de Saúde Pública, utilizando dispositivos e metodologias que favoreçam a integração entre as Vigilâncias e destas com a prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde.

K - PAISMCA – Programa de Assistência à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente está implantada no município e tem como principal objetivo, a organização da atenção e assistência nas ações do pré-natal, parto, e puerpério e assim o acompanhamento



do crescimento e desenvolvimento das crianças, através da puericultura, com ênfase no primeiro ano de vida.

As principais ações operacionalizadas nos serviços de saúde são: acolhimento das gestantes no pré-natal de maneira precoce, realização de no mínimo 7 consultas de pré-natal, realização dos exames fundamentais nos três trimestres gestacionais, estratificação de risco e vinculação à unidade de referência para o seu parto.

Ressalta-se que o município segue as linhas de cuidados preconizadas pelo Ministério da Saúde, visando sempre oferecer toda a assistência necessária as gestantes do município e da mesma maneira ampliando o atendimento a todas as mulheres, aumentando a oferta e diagnosticando de maneira precoce como o Câncer de mama e colo de útero através de realização de exames de mamografias e preventivos.

Nas Unidades de Saúde, o trabalho informativo é realizado de forma contínua com enfoque a todas as fases da vida da mulher, como aleitamento materno, gravidez na adolescência, entre outros assuntos pertinentes, por toda equipe de atenção básica.

É de suma importância a captação precoce das gestantes em todas as unidades de saúde e fortalecimento do Comitê de Prevenção da mortalidade Materna, Infantil e Fetal, bem como a qualidade das notificações e investigações.

Dessa forma, com este trabalho contínuo, buscar-se-á aumentar a qualidade de vida das mulheres e redução da mortalidade materna e infantil.

Quanto a linha de cuidado da Saúde da Criança e do Adolescente, o objetivo principal é traçar ações para o atendimento da faixa etária do recém-nascido até os 19 anos de idade, sendo priorizada a infância, como todo o atendimento de puericultura, sendo extremamente importante para diagnosticar e assim garantir o atendimento e encaminhando para os serviços de referências, diminuindo chances de adoecer ou morrer no primeiro ano de vida.

A Secretaria Municipal da Saúde para este ciclo de vida tem como objetivo principal implementar programas e projetos relacionados à promoção de saúde da criança e do adolescente e redução da mortalidade infantil, considerando os seguintes períodos de vida: Neonatal e Infância Precoce (nascimento até 01 ano de vida), Infância (01 a 09 anos) e Adolescência (10 a 19 anos).

Período Neonatal e Infância Precoce: essa faixa etária beneficia-se das ações desenvolvidas pelo programa PAISMCA, cujo principal objetivo é o de promoção da qualidade da assistência à saúde das mulheres durante o pré-natal, parto e pós-parto e à criança durante o primeiro ano de vida.



Compreende ações de implementação e monitoramento: Triagem Neonatal (teste do pezinho) e Comitê de Mortalidade Perinatal e Infantil, que tem ampliado progressivamente os critérios de investigação dos óbitos infantis e contribuído para manter a redução progressiva dos índices atuais.

6.2 - Atenção Especializada

A Atenção Especializada consiste no conjunto de conhecimentos, ações, práticas e técnicas assistenciais articuladas a partir processos de trabalho de maior densidade tecnológica (Ministério da Saúde, 2021).

Organizada sobretudo de forma hierarquizada, a Atenção Especializada é integrante estratégico da Rede de Atenção à Saúde, operacionalizado em articulação e em sintonia com a Atenção Básica – estabelecendo sistema de referência e contrarreferências – a fim de fomentar a continuidade da assistência de acordo com as necessidades de saúde da população. Figura-se então, como parte fundamental para a concretização do princípio da Integralidade.

Da perspectiva assistencial, a Atenção Especializada é composta por ações e serviços da atenção secundária (serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e serviços médicos ambulatoriais), da atenção terciária (diagnose, terapia e atenção hospitalar), além da área de urgência e emergência (articulada com todos os níveis de atenção).

Linhas de Cuidado

As linhas de cuidado são uma forma de garantir o atendimento necessário ao usuário, através de fluxos assistenciais. Desta forma há necessidade do fortalecimento da Atenção Primária em Saúde de forma articulada e integrada com a atenção hospitalar e especializada, sendo as suas linhas prioritárias: Saúde da Mulher, Atenção Materno-Infantil, da Criança e Adolescente, Saúde do Idoso, Atenção as condições Crônicas, Atenção à pessoa com Deficiência, Saúde Mental, População Negra e Saúde Bucal.

Consulta Especializada

As consultas especializadas são ofertadas para as unidades de saúde através do Sistema de Regulação mensalmente. A tabela abaixo demonstra a demanda reprimida do ano de 2021. Dados levantados e registrados pelo setor de agendamento ou Tratamento Fora do Domicílio.



Consultas

Nº	Especialidade	Demanda Reprimida
01	Alergologista	214
02	Angiologista	550
03	Cardiologista	424
04	Cardio Pediatra	125
05	Cirurgia Geral	1.013
06	Cirurgia Geral Hérnia	15
07	Cirurgia Plástica	123
08	Cirurgia Pediátrica	375
09	Cirurgia Vascular	72
10	Dermatologista	707
11	Especialista da dor	04
12	Endocrinologista	790
13	Gastroenterologista	1.916
14	Hematologista	40
15	Neurologista	1.838
16	Neuropediatra	381
17	Oftalmologista	3.573
18	Ortopedista	4.352
19	Otorrinolaringologista	2.047
20	Pneumologista	292
21	Proctologista	33
22	Psiquiatra	687
23	Reumatologista	557
24	Mastologista	03
25	Neurocirurgia	326
26	Cirurgia Urológica	20
27	Endocrinologista Pediatra	07
28	Pequena Cirurgia	962
29	Nefrologista	142
30	Urologista	1.817
31	Pneumologista Pediatra	00
32	Cirurgia de mão	00

Fonte: Coordenação de Controle e Avaliação SMS Barra Mansa, 2021

A principal demanda reprimida do município atualmente é Ortopedia Geral, que conta com uma fila de aproximadamente 4.352 pessoas aguardando liberação para uma consulta especializada. Ressaltamos que alguns casos de alta complexidade.

Outras especialidades, que há grande dificuldade em agendamento de consultas são: oftalmologia e otorrinolaringologia. Fica evidenciado que há necessidade de mutirões de consultas, bem como o fortalecimento do Consórcio Intermunicipal, ofertando mais consultas dentro da própria região de saúde.

Ao analisarmos a produção ambulatorial de 2020, observamos que as especialidades mais atendidas foram: oftalmologia, angiologia e cardiologia.



Produção Ambulatorial segundo Profissional - 2020

Profissional	2020
Fisioterapeuta Acupunturista	556
Médico Hematologista	316
Médico Gastroenterologista	824
Médico Reumatologista	00
Médico Endocrinologista	284
Médico Dermatologista	1.258
Médico Psiquiatra	00
Médico Pneumologista	103
Médico Cardiologista	2.378
Médico Angiologista	2.433
Médico Alergista	334
Médico Neurologista	700
Médico Cirurgião Geral	00
Médico Neurocirurgião	226
Médico Oftalmologista	16.312
Médico Ortopedista	500
Médico Otorrinolaringologista	120
Médico Coloproctologista	218
Médico Urologista	200

Fonte: SMS Barra Mansa, 2021

Além do Centro de Especialidade Média, temos como referência médica o ambulatório da Santa Casa de Barra Mansa através da contratualização.

Em relação a exames e itens complementares, as maiores demandas do município são os exames de: ultrassonografia e mamografia, a fila total para exames é de 10.410 pessoas que aguardam para realizar seu procedimento, conforme tabela abaixo.

Exames

Nº	Especialidade	Demanda Reprimida
01	Ultrasson	6.809
02	Mamografia	2.822
03	RX	59
04	Eletrocardiograma	16
05	Endoscopia	84
06	Eletroneuromiografia	355
07	Histeroscopia	30
08	Injeção Intra Vitrea	146

Fonte: Coordenação de Controle e Avaliação SMS Barra Mansa, 2021



Fisioterapia

O município realiza o atendimento fisioterápico no Centro Universitário de Barra Mansa, SIRENE Vila Nova, Centro do Idoso e Policlínica 09 de Abril sendo responsáveis por uma média de 4.000 a 5.000 atendimentos ou sessões/mês. Os profissionais são capacitados para atuar em todos os níveis de atenção à saúde na área da fisioterapia.

Além dos atendimentos realizados nos serviços citados acima, quando confirmada que há necessidade e após avaliação, são realizados tratamentos domiciliares através do Serviço de Atenção Domiciliar e NASF.

Destaca-se que um dos maiores desafios é também a alta demanda encaminhada, assim aumentando as filas e conseqüentemente o tempo de espera para início do tratamento. Ressaltando que no último ano de 2020 os atendimentos foram limitados devido às recomendações para enfrentamento da Covid-19.

As maiores necessidades do setor, além da ampliação do quadro e oferta de sessões, seria a criação de atendimentos multidisciplinares e formação de grupos de trabalhos, atingindo públicos maiores, bem como a criação de protocolos e treinamentos de profissionais médicos, que realizam os encaminhamentos e as demandas para a Clínica de Fisioterapia.

Exames Laboratoriais

Os exames laboratoriais são realizados através do Laboratório Municipal, onde o serviço é realizado por um prestador terceirizado.

As coletas são realizadas nas unidades de saúde e laboratório municipal conforme solicitação médica. Em 2020 realizamos um total de 366.693 exames como: hemograma completo, hormonal, fator Rh, colesterol, urina, fezes, entre outros.

Assistência Hospitalar

O município de Barra Mansa, conta com um Hospital e Maternidade onde são realizados todos os partos da rede SUS. Os demais atendimentos de média e alta complexidade, tanto cirúrgico quanto ambulatorial são realizados na Santa Casa de Misericórdia, por ser o único Hospital Filantrópico do município conveniado ao SUS.



Dentre os serviços prestados no hospital, destacamos os serviços de Oncologia e Cardiologia, sendo referência para a Região Médio Paraíba e Baía da Ilha Grande.

Série Histórica de Grupo de Procedimentos segundo Estabelecimento - 2016 a 2020 - Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa

Procedimentos	2016	2017	2018	2019	2020
Procedimento com finalidade diagnóstica	87.604	91.914	128.272	155.791	157.357
Procedimentos Clínicos	136.478	161.678	177.220	159.833	122.351
Procedimentos Cirúrgicos	10.936	8.459	8.569	6.369	2.628
Transplantes de órgãos, tecidos e células	62	96	93	89	73

Fonte: tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qgrj.def/ 2021

Morbidade

Os padrões de morbimortalidade na população humana estão em constante modificação. Observam-se mudanças na incidência e prevalência das doenças, bem como nas principais causas de morte, particularmente em consequência do declínio da mortalidade durante longo período de tempo. Essas alterações deram origem ao conceito de transição epidemiológica em que as doenças predominantemente agudas e quase sempre de alta letalidade, dão lugar às doenças crônicas, de longa duração, ocorrendo dessa maneira um acúmulo de doenças na população, particularmente em idades mais avançadas (LAURENTI, R, 1990).

Sendo assim, os indicadores de mortalidade sozinhos não informam adequadamente sobre a situação de saúde de uma comunidade, sendo necessário então uma maior utilização dos dados de morbidade, sob a perspectiva epidemiológica, tendo em vista a crescente possibilidade de adoecer sem morrer e a necessidade de expansão e avaliação dos serviços de saúde.



Total de Internações por ano segundo CID-10, população residente 2017a 2020

Capítulo CID-10	2017	2018	2019	2020
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	295	251	315	961
II - Neoplasias	460	638	786	638
III - Doenças sangue, órgãos hemat. e transt. imunitár	84	65	81	81
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	215	215	314	226
V - Transtornos mentais e comportamentais	118	116	181	132
VI - Doenças do sistema nervoso	166	176	152	133
VII - Doenças dos olhos e anexos	376	513	731	301
VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide	08	14	18	04
IX - Doenças do Aparelho Circulatório	1.243	1.429	1.507	1.141
X - Doenças do Aparelho Respiratório	494	573	739	537
XI - Doenças do Aparelho Digestivo	680	773	816	583
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	121	177	181	149
XIII - Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	292	305	298	262
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	584	561	655	498
XV - Gravidez, parto e puerpério	1.799	2.028	2.102	1.975
XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal	65	100	130	133
XVII - Malf, cong, deformidade e anomalias cromossômicas	46	49	39	30
XVIII - Sint. sinais e achados anormais ex, clin e laboratorial	75	88	180	266
XIX - Lesões enven e alg outras conseq. causas externas	874	1.125	1.142	896
XXI - Contatos com serviços de saúde	444	608	458	142

Fonte: SMS Barra Mansa, 2021



Terapia Renal Substitutiva (TRS):

Segundo o Ministério da Saúde as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por cerca de 60% das causas de mortes em todo mundo, afetando cerca de 35 milhões de pessoas por ano e, para a próxima década, espera-se que haja um aumento de 17% na mortalidade causada pelas DCNT. Dentre os principais tipos de DCNT, a doença cardiovascular (DCV) é a que tem o maior impacto epidemiológico, sendo responsável por cerca de 30% de todas as mortes no mundo.

A Doença Cardiovascular tem aumentado progressivamente, por conta do acúmulo de fatores de risco tradicionais como hipertensão e diabetes, bem como pelo envelhecimento e aumento da expectativa de vida, decorrentes da transição demográfica observada nas últimas décadas.

Além desses fatores de riscos tradicionais, a doença renal crônica (DRC), caracterizada pela alteração da função renal, tem sido descrita como um dos principais determinantes de risco de eventos cardiovasculares.

Atualmente, a DRC tem sido considerada um problema de saúde pública. Análise do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) demonstrou que cerca de 13% da população adulta nos EUA apresenta algum grau de perda de função renal (8).

Um importante estudo realizado na cidade de Bambuí, no estado de Minas Gerais, onde mais de 2 mil indivíduos foram avaliados, detectou-se alteração na creatinina sérica, um marcador de DRC, variando de 0,48% a 8,19%, sendo mais frequente em indivíduos idosos.

Segundo o Ministério da Saúde, além da DCV, outro desfecho temido da DRC é a perda continuada da função renal, processo patológico conhecido como progressão, que pode levar muitos desses pacientes para a DRC terminal (DRCT). Pacientes que evoluem para DRCT necessitam de algum tipo de terapia renal substitutiva (TRS), sendo as modalidades disponíveis: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. No início da década passada, estimava-se que haveria cerca de 2 milhões de pessoas em TRS em todo o mundo em 2010, sendo que esse número tem aumentado de forma expressiva nos países em desenvolvimento.

A despeito desse aumento considerável, a prevalência de pacientes em TRS no Brasil está abaixo de nações com perfil semelhante, apontando para a necessidade de identificação e tratamento adequado dos pacientes com fatores de risco para a DRC, bem como seu diagnóstico precoce e tratamento, visando o cuidado integral



desses pacientes, tendo como principais objetivos a redução de desfechos desfavoráveis, como a mortalidade cardiovascular e a progressão para DRCT.

GRUPOS DE RISCO

Doença renal crônica é um termo geral para alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico. Trata-se de uma doença de curso prolongado, insidioso e que, na maior parte do tempo de sua evolução, é assintomática.

Muitos fatores estão associados tanto à etiologia quanto à progressão para perda de função renal. Por estes motivos é de suma importância reconhecer quem são os indivíduos que estão sob o risco de desenvolver a DRC, com o objetivo do diagnóstico precoce, bem como quais são os fatores de pior prognóstico, definidos como aqueles fatores que estão relacionados à progressão mais rápida para perda de função renal.

Os indivíduos sob o risco de desenvolver DRC são:

- a) Pessoas com diabetes (quer seja do tipo 1 ou do tipo 2): o diagnóstico do diabetes deve ser realizado de acordo com o nível sérico da glicemia de jejum acima de 126 mg/dL, ou acima de 200 mg/dL 2 horas após a ingestão de 75g de glicose, ou qualquer valor de hiperglicemia, na presença de sintomas clássicos, como poliúria, polidipsia ou polifagia;
- b) Pessoa hipertensa, definida como valores de pressão arterial acima de 140/90 mmHg em duas medidas com um intervalo de 1 a 2 semanas;
- c) Idosos;
- d) Portadores de obesidade (IMC > 30 Kg/m²);
- e) Histórico de doença do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca);
- f) Histórico de DRC na família;
- g) Tabagismo;
- h) Uso de agentes nefrotóxicos.

Após o diagnóstico da DRC, devem ser considerados os preditores de progressão, que são marcadores de que o indivíduo com DRC tem pior prognóstico para perda de função renal ao longo da evolução clínica:

- a) Pessoas com níveis pressóricos mal controlados;
- b) Pessoas com níveis glicêmicos mal controlados;
- c) Pessoas com níveis de colesterol mal controlados;



- d) Estágios da DRC, sendo que há uma tendência à perda de função renal mais rápida nos estágios mais avançados da doença;
- e) Presença de albuminúria e a sua intensidade, sendo que quanto maior o nível de albuminúria, pior o prognóstico para perda de função;
- f) Tabagismo;
- g) Uso de agentes nefrotóxicos.

Sendo assim, temos organizado os serviços de saúde através de pactuação para garantir o acesso dos pacientes que fazem TRS aos serviços de saúde. Outro ponto importante no município é o fortalecimento dos serviços da atenção primária visando a prevenção à saúde da população de risco.

Tratamento Fora Domicílio - TFD:

O Tratamento Fora do Domicílio (TFD), instituído por meio da Portaria SAS/MS nº 55/1999, consiste em ajuda de custo a ser fornecida aos pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS que dependam de tratamento fora de seu domicílio, mediante garantia de atendimento no município de referência.

No município o serviço de TFD agenda todas consultas e exames referenciados que os pacientes necessitam realizar nos serviços de saúde fora do município, garantindo o transporte para locomoção desses pacientes e seus acompanhantes.

Rede de Atenção à Urgência e Emergência

Segundo o Ministério da Saúde, a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

São componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências:

- Promoção e prevenção
- UPA 24hs
- SAMU 192



- Portas hospitalares de atenção às urgências
- Enfermarias de retaguarda clínica
- Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: AVC, IAM, Traumas
- Atenção Domiciliar

No município de Barra Mansa, temos organizado nossa Rede de Atenção às Urgências e Emergências da seguinte forma:

- Promoção e prevenção
- UPA 24hs Porte II localizada no Centro
- SAMU 192 com 01 ambulância de suporte básico e 01 de suporte avançado em parceria com o CISMPEPA
- Porta hospitalar de atenção às urgências através de contratualização com a Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa
- Enfermarias de retaguarda clínica na Santa Casa de Misericórdia
- Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: **AVC, IAM, Traumas** através de contratualização com a Santa Casa de Misericórdia, sendo a referência municipal e
- Atenção Domiciliar com 02 EMADS e 01 EMAD.

Assistência Farmacêutica

Como uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde, a Assistência Farmacêutica é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e envolve a alocação de grandes volumes de recursos públicos.

A Assistência Farmacêutica, como política pública, teve início em 1971 com a instituição da Central de Medicamentos (Ceme), que tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los (BRASIL, 1971) e se caracterizava por manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos.

Mudanças de princípios foram introduzidas com a promulgação da Constituição Federal em 1988. Esta estabeleceu a saúde como direito social (Art. 6º) e o seu cuidado como competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (Art. 23).

O Art. 196 determina que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de



doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988, p. 154).

A regulamentação da Constituição Federal, específica para a área da saúde, foi estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90) que em seu Artigo 6º determina como campo de atuação do SUS, a “formulação da política de medicamentos (...)” e atribui ao setor saúde a responsabilidade pela “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.” (BRASIL, 1990)

No ano de 1998, foi publicada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria GM/MS n. 3916, tendo como finalidades principais (BRASIL, 2002a):

- Garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos.
- A promoção do uso racional dos medicamentos.
- O acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

A reorientação da Assistência Farmacêutica está fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos (BRASIL, 2002a).

A qualificação do gerenciamento da Assistência Farmacêutica é possível através do planejamento, da organização e da estruturação do conjunto das atividades desenvolvidas, visando aperfeiçoar os serviços ofertados à população.

As ações de Assistência Farmacêutica devem estar fundamentadas nos princípios previstos no Artigo 198 da Constituição Federal e no Artigo 7 da Lei Orgânica da Saúde, bem como em preceitos inerentes à Assistência Farmacêutica, sendo destacados (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; MARIN et al., 2003):

- Universalidade e equidade.
- Integralidade.
- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.
- Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- Multidisciplinaridade e intersetorialidade.
- Garantia da qualidade.
- Estruturação e organização dos serviços farmacêuticos, com capacidade de resolução.
- Normalização dos serviços farmacêuticos.
- Enfoque sistêmico, isto é, ações articuladas e sincronizadas.



No município contamos com 01 Farmácia Básica Municipal, 01 Farmácia de Alto Custo, 01 Farmácia na UPA Centro e 01 Farmácia no Hospital e Maternidade Theresa Sachhi Moura, além da distribuição de medicamentos nas unidades de saúde. Para desenvolver as atividades pertinentes a Assistência Farmacêutica contamos com equipe multidisciplinar onde planejam a aquisição dos medicamentos, organizam o armazenamento e a distribuição dos mesmos.

Atualmente o Sistema Hórus é utilizado no nível central e temos como proposta a descentralização do sistema para todas as unidades de saúde que distribuem medicamentos.

Judicialização:

A saúde e o direito são campos bastante politizados no Brasil. As instituições jurídicas e sanitárias têm sido testemunhas desse processo, que influencia decisivamente as sociabilidades e o estabelecimento de estratégias de reivindicação de direitos pelos atores sociais.

No Brasil, a relação entre direito e saúde ganhou sua versão atual há pouco mais de 25 anos, a partir da Constituição de 1988, e sua cristalização foi fruto de amplos debates com grupos de pressão, sociedade civil e Estado.

A progressiva constitucionalização que os direitos sociais passaram na década de 1980, associada aos desafios de implementação efetiva por parte do Estado, fez que tais direitos fossem cada vez mais submetidos ao crivo das instituições jurídicas para sua efetivação.

A judicialização do direito à saúde, mais especificamente, tem se direcionado a diversos serviços públicos e privados, tais como o fornecimento de medicamentos, a disponibilização de exames e a cobertura de tratamentos para doenças.

Não é difícil observar em qualquer governo no Brasil a existência de ações judiciais que buscam o deferimento de pedidos sobre estes e outros assuntos. O resultado deste processo é a intensificação do protagonismo do Judiciário na efetivação da saúde e uma presença cada vez mais constante deste Poder no cotidiano da gestão em saúde.

Seja em uma pequena comarca ou no plenário do STF, cada vez mais o Judiciário tem sido chamado a decidir sobre demandas de saúde, o que o alçou a ator privilegiado e que deve ser considerado quando o assunto é política de saúde.



No entanto, nos últimos anos, o Judiciário buscou se debruçar de forma mais sistemática sobre o ato de julgar em saúde e tem buscado fazer que este ato não seja necessariamente uma decisão “solitária”.

O crescimento da importância e do protagonismo judicial em matéria de saúde trouxe a necessidade de se estabelecer uma ação mais coordenada e estratégica. Não é por acaso que, ao longo dos últimos cinco anos, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tem liderado e estimulado de maneira mais sistemática a atuação do Judiciário, buscando estabelecer uma política judiciária para a saúde.

As estratégias oriundas dessa política judiciária envolvem desde a criação do Fórum Nacional do Judiciário para a saúde até Comitês Estaduais de Saúde e recomendações sobre como os juízes podem decidir as demandas que lhes são apresentadas.

Desde então, em meio a avanços e desafios, o CNJ tem estimulado, discutido, desenvolvido e implementado diversas ações e estratégias que visam, em alguma medida, oferecer parâmetros e diretrizes para a atuação judicial em saúde.

No Brasil, a efetivação judicial do direito à saúde tem recebido um debate cada vez mais público e em diversos espaços. Especialmente com o fomento do CNJ, tem sido analisada e desenhada uma política judiciária da saúde, que envolve não somente a atuação das instituições jurídicas, mas também sua interface com instituições políticas e participativas.

Em 2010, por exemplo, o CNJ publicou a Recomendação n. 31 que, considerando o volume processual de centenas de milhares de processos em saúde, teve como objetivo orientar os tribunais na adoção de medidas que subsidiem os magistrados para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde pública.

A gestão municipal através da Procuradoria tem trabalhado com afinco tentando diminuir os processos de judicialização.

Desse modo, seguimos as recomendações do CNJ como a apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes, observadas as possíveis peculiaridades. Além disso, quando possível, a apresentação de relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata.

Essa pauta é de suma importância tendo em vista a garantia do acesso do usuário aos medicamentos, tratamento, exames, entre outros para efetivar o direito à saúde



7- VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde caracteriza-se pela promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde. Sendo assim o objetivo é analisar permanentemente as situações de saúde da população, articulando de maneira conjunta com ações destinadas a riscos e danos à saúde da população, garantindo integralidade da atenção, de maneira individual e coletiva dos problemas de saúde.

A vigilância em saúde está inserida em todos os níveis de atenção da saúde. Assim sendo a integração com a atenção Primária em Saúde é necessária para construção da integralidade na atenção e alcance de resultados.

Atualmente, se dividem no município em Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e a Vigilância Epidemiológica responsável também pela parte de imunização.

7.1 - Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica é um conjunto de ações que buscam o conhecimento, detecção e prevenção de qualquer alteração em fatores que determinam e condicionam a saúde individual e coletiva, com a finalidade de adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos, fornecendo assim uma orientação técnica, para o processo de decisão sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos.

Suas atividades desenvolvidas no município, entre tantas são:

- Coleta e processamento de dados, análise e interpretação dos dados processados,
- Monitoramento dos Sistemas de Informação de Mortalidade, Sistemas de Informação de Nascidos Vivos, Sistemas de Informação de Agravos e Notificação,
- Gerenciamento de Ambiente Laboratorial,
- Investigação Epidemiológica,
- Investigação de casos e surtos,
- Programa de imunização e organização de campanhas de vacinação.



7.2 - Vigilância em Saúde Ambiental

Segundo o Ministério da Saúde, a Vigilância em Saúde Ambiental é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde.

A Vigilância acompanha a interação do indivíduo com o meio ambiente, enfocando o espaço urbano e coletivo e as diversas formas de intervenção sobre este meio entendendo que essa relação possa se dar de maneira harmônica e resultados positivos ou de maneira nociva, resultando em doenças e agravos à saúde.

Nesse sentido, a qualidade da água para consumo humano, contaminantes ambientais, qualidade do ar, qualidade do solo, notadamente em relação ao manejo dos resíduos tóxicos e perigosos, os desastres naturais e acidentes com produtos perigosos, são objetos de monitoramento dessa vigilância seja de forma direta e contínua ou por meio de ações em parceria com outros órgãos e secretarias.

Outro aspecto relacionado à Vigilância em Saúde Ambiental é o controle de vetores, que são as atividades de intervenção ambiental por parte do poder público e principalmente da população para reduzir ou mesmo eliminar as condições favoráveis ao desenvolvimento de vetores de doenças (insetos, aracnídeos, moluscos etc.), tais como o *Aedes aegypti*, os triatomíneos, flebotomíneos, carrapatos entre outros.

No município contamos com equipe multidisciplinar (Biólogo, Médico Veterinário, Agente de Combate a Endemias, entre outros) que desenvolvem as ações relacionadas acima.

7.3 - Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária é o conjunto de ações capazes, de eliminar, reduzir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas, destacando principalmente o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, em todas as etapas do processo, da produção ao consumo, controlando os serviços direta ou indiretamente envolvem a saúde.

A Vigilância Sanitária pode atuar em:

- Locais de produção, transporte e comercialização de alimentos;
- Locais de produção, distribuição, comercialização de medicamentos, produtos de interesse para a saúde;



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde



- Locais de serviços de saúde;
- Ambientes e processos do trabalho/saúde do trabalhador;
- Pós-comercialização;
- Projetos de arquitetura;
- Locais públicos.

No município contamos com equipe multidisciplinar (Enfermeiro, Farmacêutico, Biólogo, fiscais entre outros) que desenvolvem as ações relacionadas acima.



8 – CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA

Conceitos gerais:

Do Dicionário Aurélio (1999) pode-se extrair os seguintes significados:

- Controle: fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas, órgãos, departamentos, ou sobre produtos, etc., para que tais atividades, ou produtos, não se desviem das normas preestabelecidas.
- Avaliar: determinar a valia ou o valor, o preço, o merecimento; é ajuizar, calcular, estimar.
- Auditoria: exame analítico e pericial que segue o desenvolvimento das operações.

Assim, o controle pode ser tomado como a supervisão contínua que se faz para verificar se o processo de execução de uma ação está em conformidade com o que foi regulamentado, para conferir se algo está sendo cumprido conforme um parâmetro próximo de um limite pré-fixado se estão ou não ocorrendo extrapolações.

O controle pode se dar de forma antecipada, concomitantemente ou subseqüentemente ao processo de execução das atividades.

A avaliação é um conjunto de ações que permitem emitir um juízo de valor sobre algo que está acontecendo (sendo observado), a partir de um parâmetro (ótimo, desejável, preceito legal, etc.). Avaliar consiste em atribuir um valor ao encontrado a partir do esperado, uma medida de aprovação ou de desaprovação.

Assim, a avaliação pode se constituir em uma ferramenta para se fazer fiscalização, controle, auditoria, planejamento e replanejamento, para se melhorar desempenhos e qualidades, etc.

A auditoria é um conjunto de técnicas que visam avaliar processos e resultados e a aplicação de recursos financeiros, mediante o confronto entre uma situação encontrada com determinados critérios técnicos, operacionais ou legais.

É uma importante técnica de exame especializado de controle, na busca da melhor alocação de recursos, visando evitar ou corrigir desperdícios, irregularidades, negligências e omissões. A finalidade da auditoria é comprovar a legalidade e a legitimidade dos atos e fatos e avaliar os resultados alcançados quanto aos aspectos de eficiência, eficácia e efetividade da gerência ou gestão orçamentária, financeira, patrimonial, operacional, contábil e finalística de unidades ou sistemas (BRASIL, 2001 a).

A regulação, também segundo o Aurélio (1999), tem como significados: sujeitar às regras, dirigir, regradar, encaminhar conforme a lei, esclarecer e facilitar por meio de



disposições, regulamentar, estabelecer regras para regularizar, estabelecer ordem ou parcimônia em, acertar, ajustar, conter, moderar, reprimir, conformar, aferir, confrontar, comparar, dentre outros.

REGULAÇÃO NO SETOR SAÚDE

No Setor Saúde ela será considerada como ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de determinado sujeito social sobre a produção de bens e serviços em saúde.

Esta regulação no Setor Saúde tem o Estado como um dos seus sujeitos, além de outros sujeitos sociais não estatais, como: segmentos capitalistas presentes no setor (planos e seguros de saúde), corporações profissionais, usuários organizados (conselhos de saúde, por exemplo), dentre outros.

A regulação no Setor Saúde compreenderia tanto o ato de elaborar regulamentações facilitadoras ou limitadoras de determinados rumos da produção de bens e serviços de Saúde, quanto as ações de fiscalização, controle, avaliação e auditoria que assegurem o cumprimento daquelas regulamentações, isto é, uma série de ações meio que buscam viabilizar e/ou restringir a produção em saúde propriamente dita.

A regulação no Setor Saúde tem como objeto geral a produção de todas as ações de saúde e, em decorrência disto, tem como principais objetos: os estabelecimentos (envolvendo estrutura física, equipamentos, profissionais, habilitação a graus de complexidade, etc.); as relações contratuais; o exercício das profissões de saúde; a oferta e a demanda por serviços; os protocolos assistenciais; os fluxos de atendimento; a produção, a venda, a incorporação e o uso de insumos, medicamentos e de outras tecnologias; condições de trabalho e ambientes relativos ao Setor Saúde; além do controle e da avaliação dos custos e gastos em saúde.

A regulação no Setor Saúde, enquanto um conjunto de ações de diversos sujeitos sobre outros tantos sujeitos sociais, é uma ação social complexa, de distintas qualidades que estão, invariavelmente, atravessadas por múltiplos interesses e finalidades.

Segundo o Ministério da Saúde, o cenário atual mostra uma transição de uma determinada regulação do Estado sobre o complexo médico-industrial e sobre as corporações de profissionais, para um cenário onde entram outros atores reguladores (os seguros e os planos de saúde).

O Ministério da Saúde, em anos recentes, vem disseminando um conceito de regulação que é sinônimo da regulação do acesso dos usuários à assistência à saúde.



Isto é particularmente expresso na Portaria SAS nº 423/2002 (BRASIL, 2002). Existem noções que tomam a regulação estatal apenas como o ato de regulamentar, de elaborar as regras.

Uma das concepções ampliadas de regulação estatal no Setor Saúde, além da fiscalização e do controle, incorpora também, como de sua competência, a condução política, a análise da situação, o planejamento e a comunicação, confundindo-se, assim com o conceito de gestão.

A gestão contempla no mínimo a definição da Política de Saúde e do correspondente projeto tecno-assistencial implementados por meio de planejamento, financiamento, orçamento, programação, regulação, e da(s) modalidade(s) de atenção, além do desenvolvimento de importantes funções em saúde, como gestão do trabalho e educação, informação e informática, ciência e tecnologia, além das funções administrativas e financeiras.

A regulação, enquanto uma função da gestão, para fazer cumprir as regulamentações orientadas pela Política de Saúde, pode elaborar outras regras, outras regulamentações secundárias. Portanto, ficam marcadas as diferenças de conceituação de regulação aqui expressas com aquela da NOAS 01/2002 e da Portaria nº 423. Não se pode confundir regulação com Regulação do Acesso dos usuários a serviços de saúde nem com o ato de regulamentar apenas e tampouco com gestão em saúde.

A Regulação da Atenção à Saúde é dirigida à execução das ações diretas de atenção à Saúde por parte dos prestadores, portanto deve ser considerada como uma das ações da Regulação sobre Sistemas.

Regulação sobre Sistemas de Saúde vai ao encontro de outra iniciativa do Ministério da Saúde, que busca, desde março de 2004, constituir uma ação governamental chamada de Monitoramento, Avaliação e Controle das Ações e dos recursos financeiros transferidos a estados, municípios e instituições no âmbito do SUS.

REGULAÇÃO SOBRE SISTEMAS DE SAÚDE

Segundo o Ministério da Saúde, a Regulação sobre Sistemas de Saúde tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional e, como sujeitos, o gestor federal e os gestores estaduais e municipais. Comporta ações de regulação do gestor da saúde da esfera federal sobre estados e municípios; do gestor da esfera estadual sobre municípios e prestadores; e dos municípios sobre os prestadores, assim como a auto-regulação de cada uma dessas esferas.



Também comporta a regulação do Estado sobre o setor privado de produção de bens e serviços de saúde não conveniados e nem contratados pelo SUS.

Indo de encontro com a estrutura apresentada pelo Ministério da Saúde e SESRJ, a gestão municipal possui no seu organograma o setor de Controle, Regulação, Auditoria e Avaliação, sendo composta por equipe multidisciplinar., sendo as principais ações do setor:

- Controle sobre sistemas e avaliação dos sistemas;
- Regulação da Atenção à Saúde, ou seja, as ações de controle assistencial, contratação, regulação do acesso à assistência e de avaliação da atenção à saúde.
- As ações de auditoria que comportam a auditoria sobre sistemas ou de gestão e a Auditoria sobre ações e serviços de saúde ou assistencial, atualmente no SUS
- Ações de regulação do acesso à assistência na atenção especializada.
- Transferência financeiras para pagamento da Atenção de Média/Alta Complexidade.
- Pagamentos realizados com recursos centralizados, na esfera federal ou estadual, de procedimentos (estratégicos, TRS, QT/RT, OPM, campanhas de cirurgias eletivas) e de incentivos).
- Recursos transferidos por meio de convênios e contratos de metas.
- Processos de autorização de procedimentos e regulação do acesso, produção de procedimentos da atenção especializada ambulatorial e hospitalar, referências e contrarreferências, auditorias, etc.) e os resultados (taxas de incidência e prevalência de doenças, taxas de mortalidade, por idade e por doenças, satisfação dos usuários, etc.);
- Realização de contratualização com prestadores públicos e privados a produção de serviços de saúde, cujo custeio é feito com recursos públicos, caracterizando assim, a oferta pública de serviços de saúde. A contratação de serviços de saúde está prevista na Constituição Federal de 1988, no parágrafo único do art. 199 que diz: “As instituições privadas poderão participar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (BRASIL, 1988);
- Auditoria dos prestadores de serviços, entre outros.



9 - GESTÃO DO SUS NO MUNICÍPIO

Uma Região de Saúde compreende um sistema integrado de serviços que articule os serviços de atenção básica e serviços de média e alta complexidade, e que esses por sua vez, articulem-se em sua região. O Município de Barra Mansa, inserido na Região Médio Paraíba com cerca de 185.237 habitantes, e no que tange aos serviços de saúde é referência para outros municípios da região e de outras regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro.

O Município participou da elaboração da Programação Pactuada e Integrada PPI/2011, e assinou os Termos de Garantia de Acesso, comprometeu-se com a realização de procedimentos hospitalares e ambulatoriais nos serviços existentes em seu território, para procedimentos mais complexos, garantiu o acesso à pacientes em outros municípios

As reuniões da Comissão Intergestores Regional do Médio Paraíba Regional (CIR) ocorrem mensalmente, com a participação dos Secretários Municipais de Saúde, representante regional do COSEMS-RJ e representantes do nível central da secretaria estadual de saúde e representante da assessoria de integração regional da SES –RJ.

Essa comissão foi instituída de acordo com as disposições estabelecidas no Pacto pela Saúde (Portaria 399/06), constituindo-se em espaço de planejamento e pactuação entre os Gestores Municipal e Estadual. A CIR é uma instância deliberativa e é responsável pela pactuação de estratégias de condução e operacionalização do SUS no território regional, e tem por finalidade qualificar o processo de regionalização e descentralização da gestão, ações e serviços de saúde.

O Termo de Compromisso de Gestão, que compreende as responsabilidades da esfera municipal, de acordo com o Pacto pela Saúde, foi discutido e aprovado internamente, tendo sido encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde em

- Regionalização

Partindo de uma definição primeira, regionalizar é organizar por regiões. Nesta perspectiva, *região de saúde* pode ser entendida como a divisão territorial onde está organizado um conjunto de ações e serviços de saúde.

Regionalizar seria então o ato de organizar este conjunto. Uma das primeiras experiências de planejamento da regionalização da saúde pode ser identificada na antiga União Soviética nos primórdios do século XX, onde as diferentes Repúblicas Socialistas tinham seus Ministérios da Saúde e seus planos locais procuravam se



adequar ao plano geral da união, como também, às condições locais de saúde (Paim, 2006).

Se, por um lado, a regionalização pode ser considerada um método para ampliar e qualificar a cobertura assistencial da saúde em determinado espaço geopolítico, por outro lado, ela também deve ser considerada enquanto um processo social que envolve a participação de indivíduos e coletivos em complexas relações sociais e de poder. Deste modo, enquanto uma prática social, a regionalização de um sistema de saúde tem sua dimensão técnica, política, econômica e ideológica; dimensões que demandam um tipo de costura processual de todas estas dimensões envolvendo os diferentes atores sociais que vivem nestes espaços.

O Município de Barra Mansa compõe a Região de Saúde do Médio Paraíba com os demais 11 municípios: Volta Redonda, Rio Claro, Resende, Itatiaia, Porto Real, Piraí, Barra do Piraí, Valença, Rio das Flores, Pinheiral e Quatis.

Ampliar o acesso da população às ações e serviços assistenciais, bem como, às estratégias de prevenção e promoção da saúde passa por um forte e contínuo processo de pactuação e negociação entre os três entes federados, traduzindo-se numa cogestão da rede de serviços que compõe o sistema de saúde.

Nesta direção, a *territorialidade* expressa a relação da população com determinado espaço locoregional. A territorialidade é uma referência fundamental para a regionalização qualificada e pode ser identificada pelos dados demográficos e epidemiológicos, pelo contexto histórico e cultural, pelos equipamentos sociais existentes, pelos movimentos de liderança local, pelas dinâmicas das redes de transporte e comunicação e outras dimensões que interagem no processo saúde/doença de determinada região.

Assim, um outro aspecto relevante para a regionalização é a *flexibilidade*, entendida como a capacidade de compreender e respeitar a diversidade e a dinâmica de cada local no planejamento que configura o desenho regional sanitário. Por outro lado, é importante considerar o que vem sendo denominado de *subsidiariedade*, entendido como o princípio de não repassar a outra esfera de gestão uma responsabilidade que pode ser exercida localmente.



- Financiamento do SUS

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde.

Planejar este financiamento, promovendo arrecadação e repasse necessários de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema, tem se mostrado, no entanto, uma questão bem delicada. As restrições orçamentárias para o setor – sobretudo a falta de recursos nos municípios – e a necessidade premente de superá-las fazem com que as discussões sobre o financiamento ocupem constantemente a agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS.

Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Por esta lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos estados 12%.

No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

O financiamento do Sistema de Saúde Municipal ocorre: por meio de recursos financeiros oriundos do Tesouro Municipal, de recursos repassados pelo Ministério da Saúde, distribuídos em Blocos de Financiamento (custeio e investimento), além de convênios celebrados com o Estado e/ou Ministério da Saúde.

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) foi instituído pela Lei Municipal 2.352, de dezembro de 1990. Tem como objetivo criar condições financeiras e de gerenciamento dos recursos destinados ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde, executados e coordenados pela Secretaria Municipal da Saúde – SMS, para implantação, consolidação e manutenção do SUS.

No município o Secretário Municipal de Saúde é responsável pelo FMS, direcionando junto com a equipe técnica a utilização dos recursos.



Ressaltamos que um dos maiores problemas enfrentados pelos municípios, não sendo exceção o nosso município o subfinanciamento da saúde, principalmente com a defasagem da tabela SUS nos serviços de média e alta complexidade.

- Ouvidoria

O serviço de Ouvidoria da Saúde tem como meta principal a humanização nas relações estabelecidas nos serviços de saúde com os usuários, resgatando e fortalecendo o comportamento ético além de contribuir para mudanças culturais na área.

A Ouvidoria recebe as manifestações dos cidadãos em forma de solicitação, reclamação, denúncia, sugestão e elogios, referentes aos serviços prestados e as encaminha aos órgãos competentes.

- Fornece informações gerais sobre o funcionamento do SUS;
- Atua em situações de emergências atenuando conflitos;
- Colabora na melhoria dos serviços ofertados pelo SUS.

No município contamos com o serviço implantado, onde recebe as demandas da população, direcionando para o setor responsável e posteriormente retornando à população sua demanda (nos casos de reclamações).

- Transporte Sanitário

O Transporte Sanitário Eletivo (TSE) é entendido como aquele destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, em situações programadas, no próprio município de residência ou em outro município nas regiões de saúde de referência, conforme pactuação (BRASIL, 2017 e CIT, 2017).

Compete à Central de Veículos:

- I. Controlar as viagens de transporte de pacientes, mantendo em seus arquivos relatórios e documentos de comprovação de viagens dos mesmos;



- II. Controlar junto ao departamento de Recursos Humanos para não haver acúmulo de férias de motoristas de veículos de transporte de pacientes, ficando expressamente proibido o acúmulo de férias;
- III. Responsabilizar-se pela manutenção preventiva e corretiva dos veículos e fazer inspeção geral pelo menos uma vez por semana, verificando os itens de segurança.

A implementação do Transporte Sanitário Eletivo no município é de extrema relevância no atendimento da demanda de usuários que necessitam realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada, no próprio município de residência e nos municípios de referências.

- Informações em Saúde

É de suma importância para o planejamento e monitoramento das ações há necessidade de rapidez e a qualidade dos dados coletados. Sendo assim, estamos implantando nos serviços de saúde o sistema de Prontuário Eletrônico, onde todas as unidades de saúde contam com computador e internet possibilitando a toda equipe de saúde um planejamento eficaz para a tomada de decisão de acordo com a realidade.

Segundo o CONASS para os gestores da saúde no Brasil, os sistemas de informação "Informatizados" permitiram, nos últimos anos, analisar a situação de saúde em seu território e avaliar o sucesso de suas intervenções, monitorar e controlar as atividades desenvolvidas por prestadores públicos e privados de serviços, e quantificar/determinar o volume de recursos financeiros a ser transferido a cada um. Desde a implementação do Pacto pela Saúde, este papel é ainda mais estratégico. No que diz respeito ao Pacto pela Vida, a relação é direta, dado que o aferimento do alcance as metas pactuadas depende da alimentação das bases de dados nacionais. (CONASS, 2011).

A Secretaria Municipal de Saúde utiliza também os sistemas de informação preconizados pelo Ministério da Saúde como:

- Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES),
- DIGISUS,
- Sistema de Informações Ambulatorial de Saúde (SIA),
- Boletim de Produção Ambulatorial (BPA),



- Cadastro Nacional do SUS (CADWEB SUS),
- Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica(SISAB),
- E GESTOR AB,
- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN),
- Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM),
- Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC),
- Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI WEB),
entre outros.

Ressaltamos a necessidade de ações de educação permanente para os funcionários que utilizam os sistemas tendo em vista a importância e obrigatoriedade da alimentação dos mesmos.

- Manutenção e Abastecimento

Todas as aquisições de insumos, medicamentos, equipamentos, mobiliários, realização de obras e demais serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Barra Mansa ocorrem através do setor de Licitação. Dessa forma, o governo garante a proposta mais vantajosa para a aquisição e, respectivamente, oferece aos fornecedores oportunidades justas e transparentes de concorrência.

Após a identificação da necessidade, o setor responsável inicia o processo administrativo e acompanha o andamento do processo até sua finalização. É de suma importância o planejamento nas aquisições, evitando aquisições tempestivas, visando sempre à economicidade nos gastos públicos.

O objetivo principal é a otimização da cadeia logística referente a aquisição dos insumos, medicamentos, equipamento, entre outros nos prazos previstos e necessários para atendimento eficaz e eficiente de modo a minimizar o risco de desabastecimento da rede SUS municipal.



10 - GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

- Gestão do Trabalho

Até meados dos anos 1980 as questões relacionadas aos Recursos Humanos, ainda que presentes no discurso como fundamentais, não se traduziam em ações vinculadas à organização do trabalho. Eram, na prática, tratadas como mais um insumo, ao lado dos recursos materiais e financeiros.

A discussão mais recente sobre um novo paradigma de trabalho, que se instala com mais nitidez nas décadas de 1980 e 1990, apresenta a centralidade do trabalhador neste processo, ampliando a discussão sobre a gestão do trabalho, e inclui a necessidade de repensar o planejamento e a qualificação do trabalho e do trabalhador. Neste contexto, novas competências são requeridas dos trabalhadores e gestores, o que implica redefinir as formas de recrutar, selecionar, capacitar e manter os profissionais, e conseqüentemente impõe a necessidade de criação de instrumentos gerenciais essenciais a essa nova abordagem de gestão de recursos humanos.

No Brasil dos anos 1980, em decorrência da crise econômica, inicia-se um processo de desregulação do mercado de trabalho, marcado inicialmente por um movimento contraditório: de um lado uma desregulação impulsionada pela tendência de desestruturação do mercado de trabalho; de outro uma tentativa de regulação motivada pela regulamentação desse mesmo mercado, por meio da Constituição de 1988. A heterogeneidade dos vínculos é um dado importante que compõe esse conjunto de transformações. As novas formas de “contrato” mudam os mecanismos de ingresso e manutenção do trabalhador, estabelecendo novas relações de trabalho, definindo também a necessidade de se adquirir competências que habilitem trabalhadores e gestores como negociadores das condições de trabalho.

O CONASS descreve que “ o desenvolvimento de políticas e prioridades para a área de recursos humanos é um dos maiores desafios a ser enfrentado para a construção de um sistema de saúde solidário e justo. Construir uma política cidadã como o SUS implica que seus construtores/operadores, os trabalhadores de saúde, sejam incorporados como sujeitos e criadores de transformações, e não como meros agentes cumpridores de tarefas ou objeto de políticas desumanizadas.”

Sendo assim, para a gestão municipal, a política de recursos humanos tem, uma dimensão estratégica de gestão em saúde.



- Educação em Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), com suas bases estruturadas na reforma sanitária, tem como competência constitucional ordenar a formação dos profissionais da área. Nesse sentido, as políticas públicas de saúde brasileiras, ora fundamentadas nas diretrizes do SUS, têm demonstrado importante papel para desencadear mudanças no processo de educação dos profissionais da saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída por meio da Portaria GM/ MS nº 198/20041, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/20071 . Essa última normativa se adequou à implantação do Pacto pela Saúde, momento em que a SGTES, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), promoveu uma ampla discussão no sentido de fazer reformulações nos marcos regulatórios pelos atores do SUS nos territórios, incluindo os aspectos relacionados ao financiamento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS).

A proposta contida na PNEPS assume a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas para o enfrentamento das carências e necessidades do sistema nacional de saúde.

Com a Pandemia da COVID-19, as ações de Educação Permanente ficaram incipientes, porém temos como proposta retomar todo o planejamento de atividades de educação permanente, principalmente em parceria com a CIES.

- Controle Social

O Plenário do Conselho Municipal de saúde é o fórum de deliberação configurado por reuniões ordinárias mensais e reuniões extraordinárias dos membros do CMS designados de forma paritária dentre os segmentos que o compõe: Representantes da Sociedade Civil (50%), Trabalhadores da saúde (25%) e Instituições governamentais / prestadores de serviços e fornecedores ou produtores de materiais de saúde (25%).

O Conselho Municipal de Saúde ocupa espaço na sede central da SMS, e conta com Secretária Geral para garantir o seu funcionamento, além dos equipamentos necessários para o desempenho de suas funções.



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra Mansa
Secretaria Municipal de Saúde



- Audiência Pública

Conforme Lei Complementar 141, realizamos a cada quadrimestre a prestação de contas na Casa Legislativa através de audiência pública, sendo uma oportunidade ímpar para a efetiva construção do SUS.



11 – DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

A partir de uma análise situacional das necessidades de saúde da população e das especificidades municipal, estabelecemos diretrizes, objetivos e metas de médio prazo (2022-2025), que orientam as ações que serão executadas nas Programações Anuais de Saúde.

A seguir, apresentamos as Diretrizes, Objetivos e Metas que nortearão as políticas de saúde municipais no município de Barra Mansa para os próximos quatro anos, com seus respectivos indicadores.

O PMS foi organizado em torno de quatro diretrizes, que funcionam como eixos estruturantes em torno dos quais os objetivos foram agrupados. As metas, por sua vez, foram agrupadas em torno desses objetivos.

A evolução das metas durante o período de vigência do Plano poderá ser monitorada e avaliada por meio de indicadores definidos para cada uma delas.

Para cada indicador, sempre que possível, foi estabelecida uma linha de base (o referencial a partir do qual deverá ser feita a avaliação).

Em caso de metas que representam iniciativas totalmente novas, a linha de base é zero. As unidades de medida do indicador estão padronizadas, sendo sempre um número, um percentual, uma taxa, uma razão ou uma proporção.

Em relação às metas para as quais não foi possível estabelecer um indicador quantitativo, recomendou-se a fixação de marcos, que indicam uma entrega em período específico.

Para elaboração das Diretrizes, Objetivos e Metas, utilizamos o Relatório da última Conferência Municipal de Saúde, Plano de Governo 2021/2024 e Diretrizes Nacional e Estadual de Saúde.

No anexo I estão descritos conforme planilha do DIGISUS todos os objetivos e metas para o próximo quadriênio. No Anexo II apresentamos o Plano de Governo e no Anexo III apresentamos as propostas da última Conferência Municipal de Saúde e Roda de Conversa.



ANEXO I

As Diretrizes, Objetivos e Metas foram elencadas no DIGISUS conforme preconização do Ministério da Saúde.

Como diretrizes para elaboração do Plano elencamos abaixo:

DIRETRIZ Nº 1 - Ampliar o acesso e melhorar a organização e qualidade da Assistência Farmacêutica no município.

DIRETRIZ Nº 2 - Implementar o modelo de Atenção à Saúde no município por meio do cumprimento dos princípios estabelecidos na Política Nacional de Atenção à Saúde.

DIRETRIZ Nº 3 - Implementar a rede de urgência e emergência municipal

DIRETRIZ Nº 4 - Estruturar, fortalecer e aperfeiçoar a Vigilância em Saúde visando a melhoria da qualidade e resolubilidade das ações e serviços por meio do cumprimento dos princípios estabelecidos na políticas de saúde nacional, estadual e municipal, contribuindo para a melhoria da Atenção a Saúde da comunidade.

DIRETRIZ Nº 5 - Fortalecer a Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora e coordenadora do cuidado na Rede de Atenção em Saúde (RAS)

DIRETRIZ Nº 6 - Organizar e qualificar a rede de Atenção em Saúde promovendo o acesso e melhoria da organização da assistência de Média e Alta Complexidade, bem como fortalecer a articulação com os demais níveis regionais, com definição de fluxos de forma a contribuir com a resolubilidade do atendimento de forma integral.

DIRETRIZ Nº 7 - Organizar a rede de atendimento em Saúde Mental nos diversos dispositivos (CAPS Adulto, CAPS Infantil, ACAPS AD, Residência Terapêutica).

DIRETRIZ Nº 8 - Participação do Controle Social na elaboração, acompanhamento e avaliação das Políticas Públicas do SUS e pleno funcionamento dos serviços de saúde no município.

DIRETRIZ Nº 9 - Organizar a Política de Educação Permanente no Município



ANEXO II



PLANO DE GOVERNO

*“Pré-Candidato Prefeito
Rodrigo Drable”*

Barra Mansa – RJ / Setembro de 2020



SAÚDE

Propostas

1 - Farmácia Municipal.

A Assistência Farmacêutica contempla um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o seu acesso e uso racional.

- Readequação física da Farmácia Municipal;
- Garantir a manutenção dos medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos (Remume);
- Manter a entrega domiciliar dos medicamentos para pacientes acamados, transplantados, entre outros.

2 - Criar a Farmácia Popular de Manipulação.

Criar parceria com a Faculdade de Farmácia, proporcionando medicamento a preço de custo para o usuário do SUS.

3 - Atenção Básica / Estratégia Saúde da Família

- Manter regularidade da reestruturação da rede física, através de reformas e ou ampliações das Unidades de Saúde que necessitam de adequações;
- Implementar as atividades desenvolvidas pelo NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e incluir nas equipes o profissional de Educação Física onde desenvolverão atividades voltadas para a promoção de práticas corporais e atividade física, alimentação saudável, modos saudáveis de vida, produção do cuidado, entre outros, por meio de ações inseridas e adaptadas aos territórios locais;
- Agilidade no fornecimento dos Medicamentos nas Unidades de Saúde;
- Garantir consultas e exames, conforme preconização do Ministério da Saúde;
- Ampliar o horário de funcionamento da Políclinica 09 de Abril, SIRENE Vila Nova, SIRENE Boa Sorte e Clínica da Família da Vista Alegre até as 22hs, ampliando assim o acesso às ações e serviços de saúde na Atenção Primária;
- Ampliar a área de cobertura da Estratégia Saúde da Família no município (Roberto Silveira, Vila Nova, São Domingos, Estamparia, São Judas Tadeu e Goiabal);
- Ampliar as ações de saúde na área rural do município;



- Ampliar o monitoramento sistemático do peso, altura e consumo alimentar dos usuários para que as intervenções sejam feitas em tempo oportuno, de forma a incidir na redução do ganho de peso e conseqüentemente apoiar o controle e prevenção da obesidade em todos os ciclos de vida;
- Implementar as ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) nas Unidades de Saúde da Família e Escolas de seu território;
- Implementar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, e o Programa Crescer Saudável, que estabelece, no âmbito do PSE, um conjunto de medidas para prevenção e controle da obesidade infantil;
- Implantar Clínica da Família Boa Sorte, Cotiara, Centro e Bocaininha ;
- Implementar o ambulatório de atendimento multiprofissional (Psicólogo, Fonoaudiólogo e Nutricionista) na sede dos Distritos Sanitários (SIRENE Vila Nova, SIRENE Boa Sorte, UBS Centro e Policlínica 09 de Abril);
- Promover a atenção integral à saúde da mulher, dos idosos e da criança com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade, com adoção de linhas de cuidado e protocolos de atendimento;
- Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas e estímulo ao envelhecimento ativo.

4 Saúde Mental

A Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes adotadas com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental, tais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo compulsivo, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas), visando fortalecer a autonomia, o protagonismo e promover uma maior integração e participação social dessas pessoas.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) atua de forma a garantir a atenção integral às pessoas com transtornos mentais, por meio de diferentes serviços e estratégias de organização do cuidado em saúde mental, tais como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Unidade de Acolhimento (UA) e Equipe Multiprofissional de Saúde Mental.

- Readequar a estrutura física dos dispositivos de Saúde Mental;



- Implantar ambulatório ampliado de saúde mental na Policlínica 09 de Abril, Clínica da Família Vista Alegre e SIRENE`s Vila Nova e Boa Sorte.

5 Vigilância em Saúde

- Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde em conjunto com a Atenção Básica;
- Implementar a Vigilância de Saúde do Trabalhador;
- Intensificar as ações de combate as Arboviroses (vírus da dengue, Zika vírus, febre chikungunya e febre amarela) de acordo com o Plano de Contingência Municipal;
- Manter as ações de combate a COVID-19.

6 Rede da Pessoa com Deficiência

Para fortalecer, ampliar e qualificar as ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades foi instituído pelo Ministério da Saúde a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Sua estrutura visa oferecer atenção às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, de forma integrada, articulada e efetiva.

- Implantar o Centro Especializado em Reabilitação - CER II (Física e Intelectual).

7 Ampliação dos serviços no Hospital da Mulher.

- Implementar a Rede Cegonha no Hospital organizando toda linha de cuidado;
- Implantação da Sala de Coleta de Leite Humano;
- Certificar o Hospital com o Título: Hospital Amigo da Criança.

8 Modernização da Gestão da Saúde no Município.

- Aprimorar o sistema informatizado de gestão que integre todas as Unidades e Programas de Saúde do município;
- Implementar as Normas, Processos e Procedimentos de Boas Práticas de Saúde Pública;
- Implementar o Programa de Educação Permanente para Servidores da Secretaria de Saúde;



- Implantar a coleta de dados informatizada dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias, por meio de computadores portáteis.

9 Serviços de Urgência e Emergência.

- Ampliar mais 01 EMAD - Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar, visando o fortalecimento do programa domiciliar a pacientes acamados e doentes crônicos pela equipe multidisciplinar;
- Readequar o espaço físico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- Manter em funcionamento a UPA 24h da Região Leste;
- Reestruturar o espaço físico da Central de Ambulâncias.

10 Serviços de Médias e Altas Complexidades.

- Implementar na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) o tratamento para criança e adolescentes;
- Apoiar e incentivar a implantação do Centro de Referência em Assistência a Queimados (Portaria nº 1.273/GM – 21/11/2000);
- Ampliar o atendimento do Serviço de Nefrologia;
- Implantar o serviço de Follow Up para as crianças que recebem alta da UTI Neonatal;
- Reestruturar o Serviço de Cirurgias Ortopédicas de Média e Alta Complexidade;
- Implementar o Ambulatório de Atendimento à Doenças Crônicas não Transmissíveis, sendo referência para as Unidades de Saúde;
- Readequar o número de Cirurgias Eletivas, conforme preconização do Ministério da Saúde;
- Ampliar o serviço de transplante no município, realizando transplantes de medula e rins.



11 Serviço de Práticas Integrativas e Complementares (PICS)

- Implementar no Centro de Especialidades Médicas o serviço de Práticas Integrativas e Complementares (PICS), utilizando recursos terapêuticos, baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para prevenir diversas doenças, como depressão e hipertensão.

12 Serviços de Odontológicos.

- Ampliar o atendimento Odontológico em 100% das Unidades de Saúde da Família;
- Viabilizar a implementação e a reorganização dos Centros de Referências Odontológicas nos Distritos Sanitários.
- Viabilizar o atendimento Odontológico para Gestantes no Hospital da Mulher;
- Readequar o espaço físico dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Ampliar as atividades de Prevenção Odontológicas nas Escolas Municipais através do PSE.

13 Readequação do Centro de Referência ao Idoso

- Ampliar o Programa de Atendimento aos pacientes com Alzheimer e Parkinson no Centro de Atendimento ao Idoso;
- Implantar Centro Dia com atividades de prevenção e promoção à saúde;
- Implementar Farmácia da Melhor Idade;
- Implantar Consultório Odontológico.



ANEXO III

PROPOSTAS DOS GRUPOS DE TRABALHO CMS

Nº	Propostas
1	Ampliar a divulgação, usando a cartilha de informações que já temos, sejam distribuídas para todas as entidades e capacitação dos profissionais da saúde em todos os sentidos.
2	Priorizar o atendimento, acabar com as filas e o cumprimento do horário dos profissionais e acabar com a prática dos políticos tirar o direito dos usuários. Dar qualidade aos atendimentos, melhorando a oferta de exames e as questões do encaminhamento aos especialistas. Estruturar os equipamentos de modo a adequá-los às pessoas com deficiências e obesidade mórbida, na realização dos exames preventivos entre outros.
3	Mudar a forma de marcação de consultar para facilitar a vida dos usuários e acabar com a politicagem na saúde, fazer valer a decisão da construção do hospital Municipal. Apresentar projeto para marcação de consultas dos usuários.
4	Nacional, Estadual e Município. (Primeiro tem que fazer valer os direitos determinados nas conferências, cumprindo seus deveres. Transformar a Sirene I em policlínica. Todos os parlamentares eleitos e seus familiares usuários do SUS durante o mandato.
5	Implantação do conselho gestor, capacitação dos conselheiros, maior informação sobre a rede, ampliar a rede de especialidades médicas no município, que o SUS melhore o repasse de verba para o atendimento, oferecendo cirurgia para obesidade mórbida e diabéticos, hipertensos trabalhar a prevenção à saúde.
6	Delegar ao conselho a socialização das informações, legislação e deliberações, utilizando-se dos meios impressos e tecnológicos, disponíveis, inclusive da transversalidade de áreas pelas reuniões descentralizadas dos movimentos sociais, reuniões dos conselhos de direito e educação.
7	Estabelecer agenda permanente de capacitação de inicial e continuada dos conselheiros, independentemente e complementares da capacitação promovidas pelo



	C.N.S. (Conselho Nacional de Saúde)
8	Deliberar, normalizar e incentivar a implantação dos conselhos gestores em consonância à atuação dos movimentos sociais.
9	Institucionalizar espaço físico e infraestrutura, adequado e funcional, próprio para a funcionalidade e fortalecimento do CMS para realização de suas sessões Plenárias, capacitação e secretaria Executiva.
10	Estimular os conselhos de outros espaços de controle social, a participação no CMS, com o objetivo de um atendimento integral aos usuários de todos os conselhos, inclusive disponibilizando aos outros conselhos de direito as pautas que serão discutidas em suas reuniões.
11	Combater a precarização das relações de trabalho, propondo políticas de gestão do trabalho e de educação.
12	Realizar concurso público no regime jurídico único com plano de carreira para contratação de profissionais.
13	Estabelecer o programa de Saúde do Trabalhador criando a CIST (Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalho).
14	Fortalecer o programa de Educação permanente garantindo a oferta de educação continuada para todos os trabalhadores do SUS.
15	Criação do Fórum técnico para debate sobre a saúde bianual.
16	Implantar o conselho gestor.
17	Definir pauta padrão para o Conselho Municipal de Saúde contemplando todo o conteúdo da Conferência Municipal.
18	Integração intersetorial para promoção da prevenção em saúde.
19	Aproximação dos profissionais à sociedade, por meio de encontros.
20	Criar mecanismos eficientes de fiscalização dos recursos utilizados.



21	Elaborar critérios para ser conselheiro municipal de saúde, além de participar de capacitação técnica e política, com a finalidade de melhorar a atuação de forma a contribuir para processos em saúde.
22	Organizar a rede de saúde de forma a integrar os setores através da informatização das unidades.
23	Conscientizar e considerar o trabalho em saúde a partir da perspectiva de equipe multiprofissional e interdisciplinar na qual os saberes devem ser compartilhados na construção de projetos e intervenções junto ao indivíduo e a comunidade desde a infância com trabalhos educativos.
24	Convidar a imprensa local para conhecer o guia de saúde, com o propósito que os usuários do SUS valorizem os serviços prestados. Orientar a imprensa a confirmar informações negativas no c.c.s antes de divulgar.
25	Criar um aplicativo que permita a troca de informações entre usuários, SUS e conselho de saúde. Eleger um membro do conselho a fim de divulgar as informações na mídia mensalmente; Otimizar alimentação de informação nos sites relacionados ao sus, melhorando a transparência e o acesso dos usuários; Realizar as audiências públicas de Prestação de Contas da Saúde em horário acessível e uma melhor divulgação.
26	Divulgar as propostas aprovadas na 15ª CNS (Conselho Nacional de Saúde) e na 9ª CMS (nas escolas, igrejas, associações, sindicatos, unidades de saúde e todos os meios de comunicação. Criar boletim informativo do conselho de saúde.
27	Capacitação dos profissionais da área de saúde investindo na participação em congressos e afins para conhecimento de novas tecnologias.



28	Investir na informação e participação da população quando for necessário apresentar novos projetos.
29	Informatizações para melhorar a comunicação na rede.
30	Institucionalizações de fóruns de debates técnicos municipal a cada dois anos.

PROPOSTAS FÓRUM 2017

Nº	Proposta
1	Viabilizar as transferências de Prontuário dos pacientes do INCA/Rio para a ONCOBARRA, para que possam prosseguir o tratamento nos mesmos moldes do Rio, aqui em Barra Mansa.
2	Ampliar e agilizar os serviços de atendimento de Fisioterapia pelo SUS no município, através de uma triagem por um Fisioterapeuta, para identificar as prioridades.
3	Criar o Dia Municipal de Conscientização da Saúde da Mulher, promovendo ações voltadas para a prevenção de violências de gênero, doméstica, doméstica, racial, sexual e obstétrica.
4	Formar e garantir uma lista de materiais e medicamentos para a Farmácia e Unidades de Saúde.
5	Garantir acessibilidade para mulheres com deficiências em todos os espaços públicos e privados, oferecendo-lhes condições de mobilidade e garantia do respeito à prioridade prevista na Lei.
6	Adequação do fluxo de atendimento de obesos para serem inseridos no programa Peso legal. Com ênfase para reestruturação do DCNT'S.
7	Criação do Centro de Doenças Infecto Contagiosas.
8	Divulgar e ampliar o tratamento odontológico na infância e adolescência, até 16 anos.
9	Ao (s) portador (es) de câncer que seja facilitado e fazer valer o (s) medicamento (s) necessário com maior rapidez e também acesso ao passe livre no transporte coletivo.
10	Criação do Núcleo de atendimento a deficiente auditivo, visual e físico.
11	Viabilizar a realização dos exames suficientes para o diagnóstico (pequena, média e



	alta complexidade, desde os laboratoriais, eletro, até ressonância, tomografia, outros.).
12	Nos bairros onde há Unidade Básica de Saúde, implantar o Programa de Saúde da Família com estrutura e recursos humanos e materiais para o funcionamento. (Medicamentos + materiais de curativos, ex. pomada)
13	Usar o prédio da UPA Região Leste, para atendimento especializado.
14	Centro de Reabilitação para dependentes químicos do sexo feminino e masculino com terapia na agricultura.
15	Serviço Odontológico. Centro especializado para pessoa com deficiência.
16	Proponho que o paciente já saia do Posto de Saúde (SUS) com os exames marcados. Lógico que para isto o sistema deverá ser informatizado.
17	Criação de área técnica da pessoa com deficiência para coordenar as ações da rede de cuidados da pessoa com deficiência.
18	Cirurgias eletivas: acabar com a fila (otimizar). Usuários realizam risco cirúrgico e entregam na SMS. Proposta: Verificar quantidades pactuadas no POA (Santa Casa) e selecionar (chamar) os pacientes (usuários) para prepararem o risco cirúrgico e encaminhá-los para a cirurgia. Hoje diversos usuários fazem o risco cirúrgico, vence o prazo e não são chamados. Quando chamados tem que realizar novos exames.
19	Capacitação continuada dos profissionais de saúde a respeito do PAISMCA com ênfase nos profissionais envolvidos no atendimento humanizado da família da gestante, no parto, amamentação e puerpério.
20	Desenvolver ações de prevenção, cuidados e reinserção social diferenciada às mulheres com dependência química e situação de rua.