

Plano Municipal de Saúde

2022-2025



Prefeitura Municipal de Resende

Secretaria Municipal de Saúde



Plano Municipal de Saúde de Resende/RJ

**Sistema
Único
de Saúde**

2022-2025

*“Planejar consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro”
(CHORNY, 1998).*



Prefeito
Diogo Gonçalves Balieiro Diniz

Vice-Prefeito
Geraldo da Cunha

Secretária Municipal de Saúde
Alexandre Sérgio Alves Vieira

Superintendência Municipal de Administração e Finanças
Neusa da Rocha Fachim

Superintendência Municipal de Assistência Farmacêutica
Débora Afonso Camoleze

Superintendência Municipal de Atenção Básica
Cácia Mônica Osório

Superintendência Municipal de Controle, Avaliação e Regulação
Gustavo Adolf Fichter

Superintendência Municipal de Atenção Especializada
Gustavo Martins Pereira Alves

Superintendência Municipal de Saúde Bucal
Flávio Monteiro de Barros de Carvalho

Superintendência Municipal de Vigilância em Saúde
Carolina Bittencourt Castro Ferraz

Superintendência Municipal de Atenção Hospitalar
Nicolau Moisés Neto

Superintendência Municipal de Saúde Mental
Daniele Barbosa Alves Barreto

Superintendência Municipal de Serviços Laboratoriais
Ísis Oliveira Delgado Mota Scopacasa

Conselho Municipal de Saúde
Presidente
Altair Mendes de Andrade

Equipe responsável pelo Planejamento
Cristiane Albuquerque
Gustavo A. Fichter
Rozimeire Cirera Codogno Franco

Sumário

Apresentação	5
1 Introdução	6
2 Identificação do município e do órgão gestor	8
3 Análise situacional	12
3.1 Condições socio sanitárias	12
3.1.1 Perfil demográfico	12
3.1.2 Perfil socioeconômico	15
3.1.3 Análise situacional epidemiológica	24
3.2 Organização e estrutura do sistema de saúde	99
3.2.1 Estrutura organizacional da SMS Resende	100
3.2.2 Atenção Básica	102
3.2.3 Vigilância em Saúde	119
3.2.4 Atenção especializada ambulatorial e hospitalar	140
3.2.5 Programa de Saúde Mental de Resende	162
3.2.6 Assistência Farmacêutica	169
3.2.7 Atenção à Saúde Bucal	174
3.3 Redes de Atenção à Saúde	179
3.3.1 Rede Cegonha	180
3.3.2 Rede de Atenção às Urgências (RAU)	182
3.3.3 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	185
3.3.4 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RDPD)	186
3.3.5 Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas	190
3.4 Fluxos de acesso	194
3.5 Financiamento do sistema de saúde	198
3.6 Gestão da saúde	206
3.7 Regionalização	213
3.8 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	215
4 Objetivos, Diretrizes, Metas e Indicadores	219
4.1 Plenárias Ampliadas da Saúde	228
4.2 Propostas/Plano de Governo para a Saúde	234
5 Monitoramento e avaliação	236
Referências bibliográficas	239

Apresentação

A Secretaria Municipal de Saúde de Resende - órgão gestor local do Sistema Único de Saúde (SUS) -, apresenta o presente Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2022-2025.

Não é demais lembrar que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Poder Público prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, sendo esta uma das conquistas fundamentais da sociedade brasileira com a Constituição Democrática de 1988.

Contendo um amplo diagnóstico sobre as condições socio sanitárias de Resende, o documento contém uma análise situacional que abarca os perfis sócio-econômico e demográfico de Resende - estes últimos ainda carentes de uma atualização dependente da realização do Censo Demográfico do IBGE, previsto para 2022 -, além de uma análise descritiva dos principais componentes do Sistema Municipal de Saúde.

A sua elaboração contou com a participação de inúmeros atores sociais, contemplando uma diversidade de visões e concepções sobre o sistema de saúde, culminando com a produção e a aprovação de um conjunto de propostas durante a realização das Plenárias Ampliadas da Saúde de Resende, realizadas remotamente em setembro do corrente ano em virtude das medidas de segurança sanitária impostas pela Pandemia da Covid-19.

As propostas aprovadas e o conjunto das metas de manutenção e estruturação da Rede de Serviços Públicos, harmonizadas com o Plano Plurianual (PPA) 2022-2025, nortearão a atuação da Gestão pelos próximos quatro anos.

A propósito da Pandemia da Covid-19, cuja Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) fora declarada pelo Ministério da Saúde em fevereiro de 2020, não resta dúvida sobre ser esta a maior crise sanitária já enfrentada pelo SUS em todos os tempos, a qual já perdura por quase dois anos, tendo exposto o sistema de saúde a situações-limite, sobretudo nas unidades hospitalares da urgência e emergência, levando profissionais de saúde da linha de frente a uma situação de exaustão, somente compensada pelo reconhecimento do trabalho heróico desses profissionais, ressignificando a importância do SUS como política pública a ser defendida e fortalecida permanentemente.

No município de Resende, o enfrentamento da pandemia e das suas consequências não foi diferente da maioria dos municípios, e exigiu uma capacidade de implantar ações coordenadas de enfrentamento da Covid-19, abrangendo a gestão e os diversos níveis de atenção à saúde, contando com o trabalho de todos os trabalhadores e trabalhadoras da saúde. Nesse sentido, inúmeras medidas voltadas à contenção, ao controle da disseminação do coronavírus e ao tratamento dos casos graves foram postas em execução, sendo as mais relevantes a elaboração do Plano Municipal de Resposta de Emergência ao Coronavírus; implantação de novos leitos de cuidados intensivos voltados ao atendimento dos casos graves; implantação de ações de vigilância e monitoramento de casos confirmados; garantia dos recursos e insumos necessários ao adequado funcionamento das unidades de saúde, sobretudo nas unidades hospitalares; priorização das ações de vacinação contra a covid-19, as quais foram realizadas de forma exitosa em toda a rede de saúde, alcançando recentemente a marca de 95% da população com esquema vacinal completo, fazendo paralisar o número de óbitos por covid há quase 60 dias, confirmando a supremacia da ação protetiva da vacina – fruto da ciência e da pesquisa -, para o enfrentamento e controle da doença que ocasionou mais de 500 óbitos no município.

Para além da crise e das perdas irreparáveis ocasionadas pela Pandemia da Covid-19 em todos os âmbitos da sociedade, das instituições e da vida das pessoas, a Gestão da Saúde em Resende assegurou o funcionamento das unidades e serviços de saúde, dentro dos protocolos estabelecidos, procurando amenizar ao máximo essas consequências na integralidade do cuidado da saúde, nos diversos níveis de atenção.

Muito haverá que ser concretizado para o restabelecimento do “normal”, com enfrentamento dos desafios atualmente colocados e alcance dos objetivos propostos.

Para tanto, a Saúde Pública em Resende vem demonstrando a sua importância e a sua vitalidade pelas mãos de todas as trabalhadoras e trabalhadores da saúde. A todos estes, deixamos um especial reconhecimento, por sua contribuição para a qualidade de vida dos usuários e na certeza de alcançarmos níveis ainda maiores e melhores no estado de saúde da população de Resende.

Diogo Gonçalves Balieiro Diniz
Prefeito Municipal de Resende

Alexandre Sérgio Alves Vieira
Secretário Municipal de Saúde

1 Introdução

O Planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se estabelecido como atribuição dos órgãos da gestão do SUS em diversos instrumentos legais, os quais, em ordem cronológica, podem ser referenciados da seguinte maneira:

1 - Lei 8.080, de 19/09/1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Em seu artigo 15, a Lei 8.080/1990, estabelece como atribuição comum da União, Estados, DF e Municípios, a elaboração e atualização periódica do plano de saúde (inciso VIII), além da elaboração da proposta orçamentária do SUS, de conformidade com o plano de saúde (inciso X);

2 - Lei 8.142, de 28/12/1990 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Esta Lei determina que os Municípios, Estados e Distrito Federal deverão contar com **plano de saúde** (artigo 4º., inciso III), para receberem os recursos do Fundo Nacional de Saúde destinados à cobertura das ações e serviços de saúde implementados pelos municípios.

3 – Decreto 7.508, de 28/06/2011 – Regulamenta a Lei nº. 8.080, de 19/09/1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e articulação interfederativa.

O Decreto 7508/2011 estabelece no artigo 15 que “o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros”.

O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada (artigo 15, § 1º.).

4 – Lei Complementar nº. 141, de 13/01/2012 - Regulamenta o § 3º. do artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993;

A Lei Complementar 141/2012 estabelece no artigo 30, que “Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos

recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar”.

§ 1º. O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

5 – Portaria Ministerial nº. GM/MS 2135, de 25/09/2013 – Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

A Portaria GM/MS 2135/2013, atualmente consolidada na Portaria de Consolidação nº. GM/MS 1, de 28/09/2017, é o instrumento normativo infralegal que regula o planejamento no âmbito do SUS e estabelece os seus instrumentos fundamentais, que são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório Anual de Gestão.

Segundo a Portaria GM/MS 2135/2013, o Plano de Saúde é o instrumento central de planejamento para a definição e a implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, devendo explicitar os compromissos do governo para o setor saúde e refletir, a partir da análise situacional, as **necessidades de saúde da população** e as peculiaridades próprias de cada esfera de governo (artigo 3º.).

O Plano de Saúde deve configurar-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade da atenção (artigo 3º. § 1º.).

Deste modo, tendo como referenciais normativos os instrumentos legais e infralegais que atualmente orientam o processo de planejamento no âmbito do SUS, o presente Plano Municipal de Saúde para o período 2022-2025 buscou orientar-se pelas necessidades de saúde da população assistida, considerando os perfis demográfico, socioeconômico e epidemiológico, assim como a oferta e as características dos serviços de saúde já implantados que integram a Rede Municipal de Saúde; as diretrizes e propostas aprovadas nas Plenárias Ampliadas da Saúde, realizadas remotamente nos dias 18 e 25 de setembro de 2021; a regionalização da saúde; e a análise das fontes de recursos e das receitas que financiam as ações e serviços de saúde no município de Resende, sejam as receitas públicas próprias ou aquelas provenientes de outras esferas de governo do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 Identificação do município e do órgão gestor

Descrição do identificador	Identificação
Nome, UF e código IBGE do Município	Resende/RJ – IBGE 3304201
Secretário Municipal de Saúde	Alexandre Sérgio Alves Vieira
Nome e endereço do órgão gestor	Secretaria Municipal de Saúde Rua Augusto Xavier de Lima, 251 Jardim Jalisco – Resende/RJ CEP 27.510-090
Telefones e endereço eletrônico	(24) 3360 5077 – 3360 5066 sms.resende@gmail.com
Períodos inicial e final da gestão	2021-2024
CNES da Secretaria Municipal de Saúde	CNES 5473861
Estrutura Organizacional	Lei Municipal nº. 3.324, de 01/12/2017.
Região de Saúde	Região do Médio Paraíba
Inserção do município no PDR 2001-2004	Sede do Módulo Assistencial MP II.2, com os municípios de Quatis e Porto Real adscritos a Resende
População residente - IBGE – Censo 2010 http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Rio_de_janeiro.pdf	119.769 habitantes
População estimada 2021-2022 (Portaria IBGE 268, de 26/08/2021 – DOU 27/08/2021)	133.244 habitantes
Área da unidade territorial http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=33&dados=1	1.095,3 km ²
Densidade demográfica (2010) http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=33&dados=1	109,35 hab./km ²
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) 2010 http://www.atlasbrasil.org.br/	0,768 (Desenvolvimento Humano Alto) Posição Nacional: 249 ^a Posição no Estado do Rio de Janeiro: 5 ^a
Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) Ano Base 2013 - Edição 2015	IFDM 0,8441 (Desenvolvimento Alto) Ranking Nacional 119 ^o Ranking Estadual 1 ^o
Pacto pela Saúde	Termo de Compromisso de Gestão Municipal – TCGM homologado pelo MS (PT GM/MS 13, de 04/01/2008).
Plano Municipal de Saúde 2018-2021	Aprovado pela Resolução nº. 10, de 13/12/2017).
Relatório Anual de Gestão – RAG 2018	Aprovado pela Resolução CMS 11, de 21/07/2021.
Relatório Anual de Gestão – RAG 2019	Aprovado pela Resolução CMS 5, de 17/06/2020.
Relatório Anual de Gestão – RAG 2020	O RAG 2020 elaborado pelo Sistema DigiSUS encontra-se em análise pelo Conselho Municipal de Saúde.
Programação Anual de Saúde 2018	Aprovada pela Resolução CMS 2, de 21/03/2018.
Programação Anual de Saúde 2019	Aprovada pela Resolução CMS 7, de 22/07/2020.
Programação Anual de Saúde 2020	Aprovada pela Resolução CMS 15, de 16/12/2020.
Programação Anual de Saúde 2021	Aprovada pela Resolução CMS 2, de 22/01/2021.

2.1 Localização e outros aspectos geográficos

O município de Resende está localizado ao sul do Estado do Rio de Janeiro, na Mesorregião Sul Fluminense, Microrregião Vale do Paraíba Fluminense. Pertence à Região de Saúde do Médio Paraíba, que também abrange os municípios de Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda.

Resende limita-se a norte com o município de Itatiaia (RJ) e os municípios de Bocaina de Minas, Passa Quatro, Itamonte, Itanhandu e Passa-Vinte, no Estado de Minas Gerais; a leste, com os municípios de Quatis, Porto Real e Barra Mansa, no Estado do Rio de Janeiro; a sul e a oeste, com os municípios de Areias, Queluz, São José do Barreiro, Bananal e Arapeí, no Estado de São Paulo.

O município está subdividido nos distritos do Centro (sede), Agulhas Negras, Visconde de Mauá, Pedra Selada, Fumaça e Engenheiro Passos, ocupando uma área total de 1.095,3 km², o equivalente a 17,7% da Região do Médio Paraíba e próximo de 2,5% da área total do Estado do Rio de Janeiro.

De acordo com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a densidade demográfica em 2010 é de 109,35 hab./km².

Os principais eixos de acesso a Resende, além da Rodovia Presidente Dutra, BR-116, são a BR-354, que segue rumo às estações de águas em Minas Gerais; a RJ-161, que segue rumo sul a Arapeí, em São Paulo, e rumo norte para o distrito de Pedra Selada e, ainda, a RJ-163, que acessa Penedo, no município de Itatiaia, e Visconde de Mauá - este último um dos distritos de Resende -, em trecho cuja pavimentação foi concluída em dezembro de 2011. O transporte ferroviário também está disponível, na artéria Rio – São Paulo.

A distância de Resende até a capital do estado é de 143 quilômetros; até a cidade de São Paulo, cerca de 250 quilômetros; até a cidade de Belo Horizonte, cerca de 350 quilômetros.

Resende encontra-se a 407 metros acima do nível do mar, possui clima tropical de altitude, apresentando temperatura média anual de 25°C, com máxima de 39°C e mínima de 7°C. As maiores precipitações ocorrem no período de novembro a março.

O relevo do município é típico de vale. Cortado pelo Rio Paraíba do Sul, a planície aluvial dispõe-se ao longo de suas margens, com leves colinas de topos ligeiramente achatados e altitudes entre 480 e 580 metros, favorecendo a implantação de assentamentos urbanos e expansão de atividades econômicas.

Figura 3 - Resende e os Municípios Limítrofes nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais.

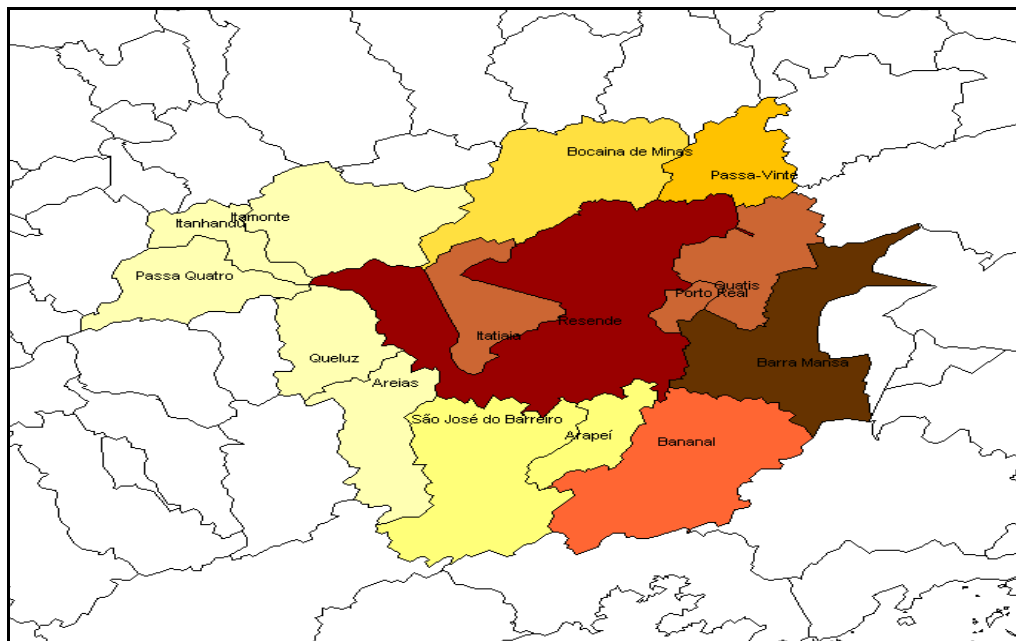
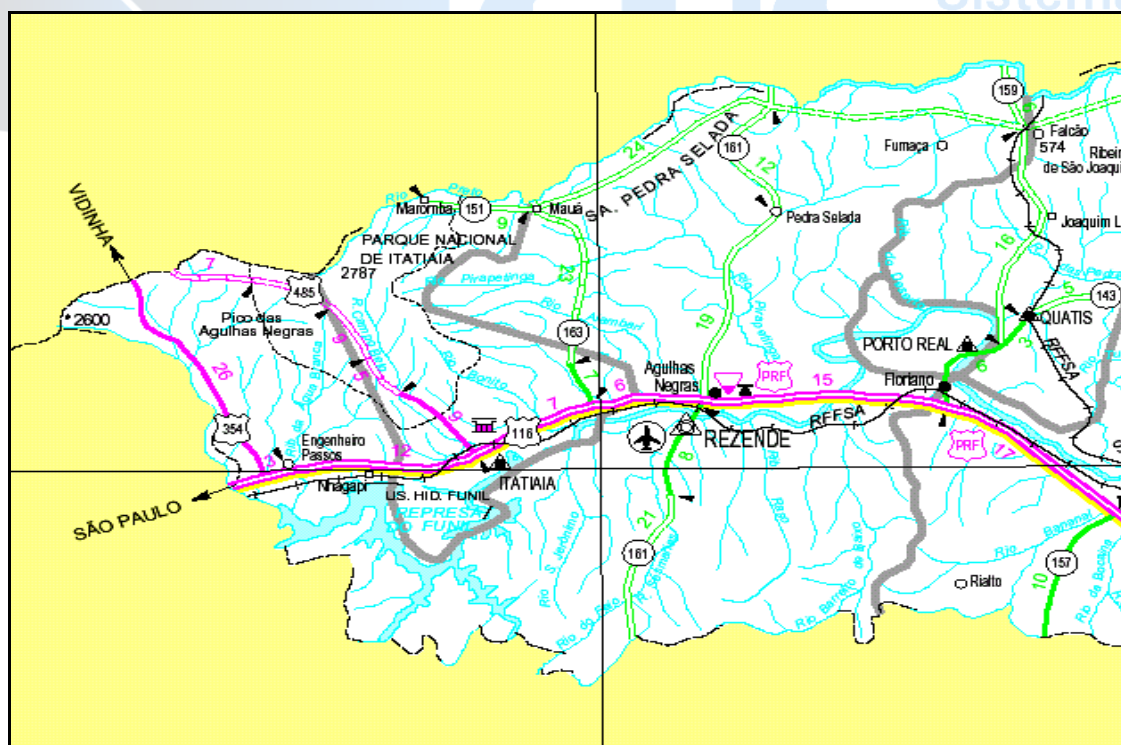


Figura 4 - O Município de Resende e as principais vias de acesso



3 Análise situacional

De acordo com definição do Ministério da Saúde, a análise situacional consiste no processo de identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade. Seu objetivo é permitir a identificação de problemas, orientando a definição das medidas a serem adotadas, tendo como eixos orientadores as **condições socio sanitárias, a organização e a estrutura do sistema de saúde, as redes de atenção, e a gestão em saúde.**

No que se refere ao perfil demográfico e socioeconômico, optou-se pela reprodução dos dados referentes ao Censo Demográfico de 2010, enquanto se aguarda a realização do Censo Demográfico, prevista para o ano 2022, cujos resultados serão objeto de análise para atualização futura do presente Plano Municipal de Saúde.

3.1 Condições socio sanitárias

A presente análise procurará se deter na descrição da realidade que conforma as condições de saúde da população resendense segundo os perfis **demográfico, socioeconômico e epidemiológico.**

3.1.1 Perfil demográfico

3.1.1.1 População

A taxa média de crescimento populacional de Resende no período 2000-2010 foi superior às taxas observadas para o Estado do Rio de Janeiro (1,01%) e para o Brasil (1,01%).

Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 (Atlas Brasil 2013), entre os anos 2000 e 2010, a população de Resende teve uma taxa média de crescimento anual de 1,37%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 2,38%. No Estado, estas taxas foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,01% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 9,10%. A taxa de urbanização é de 93,79%.

A população estimada de Resende para o período 2021-2022 é de 133.244 habitantes (IBGE, 2021).

A razão de sexos exprime uma predominância de 100 mulheres para cada 94,74 homens na população recenseada em 2010.

População total, por gênero, Rural/urbana e Taxa de Urbanização – Resende/RJ

População Total, por Gênero, Rural/urbana e Taxa de Urbanização - Resende - RJ						
População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	84.635	100,00	104.549	100,00	119.769	100,00
Homens	41.558	49,10	51.168	48,94	58.268	48,65
Mulheres	43.078	50,90	53.381	51,06	61.501	51,35
Urbana	72.757	85,97	95.963	91,79	112.331	93,79
Rural	11.878	14,03	8.586	8,21	7.438	6,21
Taxa de Urbanização	-	85,97	-	91,79	-	93,79

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

3.1.1.2 Estrutura etária

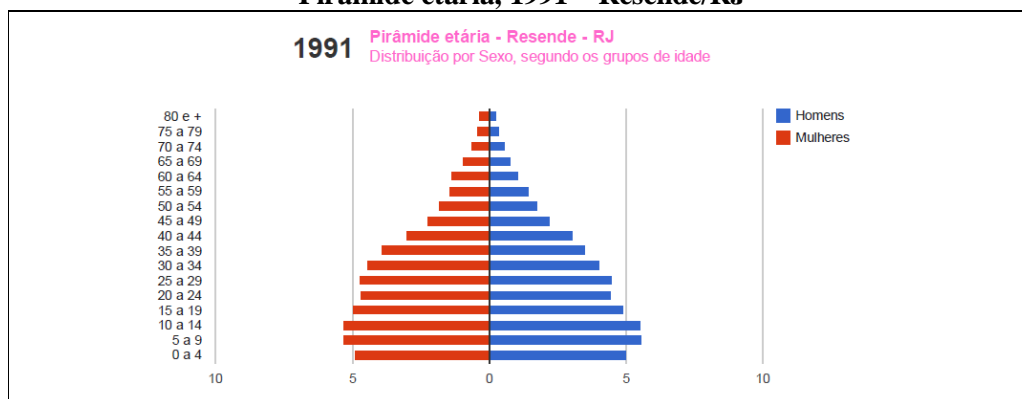
Em relação à **estrutura etária**, entre os anos 2000 e 2010, a **razão de dependência** de Resende passou de 47,97% para 41,34% e a **taxa de envelhecimento** evoluiu de 5,52% para 7,31%. Entre 1991 e 2000, a **razão de dependência** foi de 57,05% para 47,97%, enquanto a **taxa de envelhecimento** evoluiu de 4,43% para 5,52%.

Estrutura etária da população – Resende/RJ

Estrutura Etária da População - Resende - RJ						
Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	26.999	31,90	28.183	26,96	26.308	21,97
15 a 64 anos	53.890	63,67	70.599	67,53	84.710	70,73
65 anos ou mais	3.746	4,43	5.767	5,52	8.751	7,31
Razão de dependência	57,05	0,07	47,97	0,05	41,34	0,03
Índice de envelhecimento	-	4,43	-	5,52	-	7,31

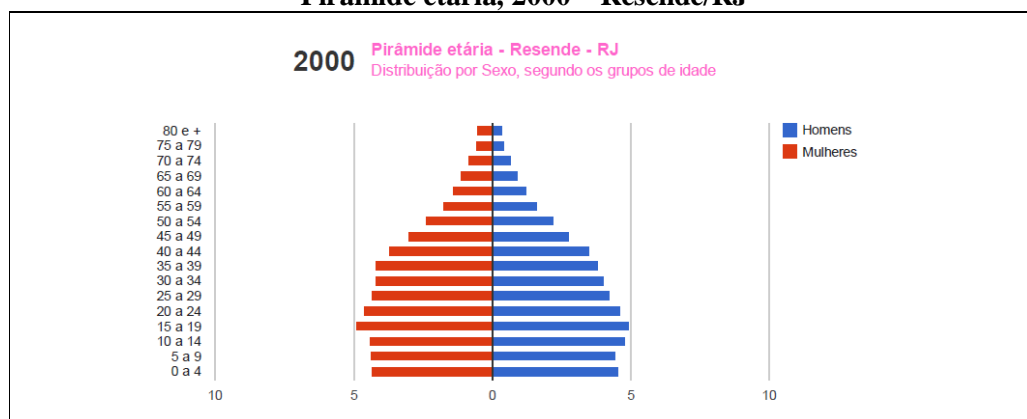
Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

Pirâmide etária, 1991 – Resende/RJ



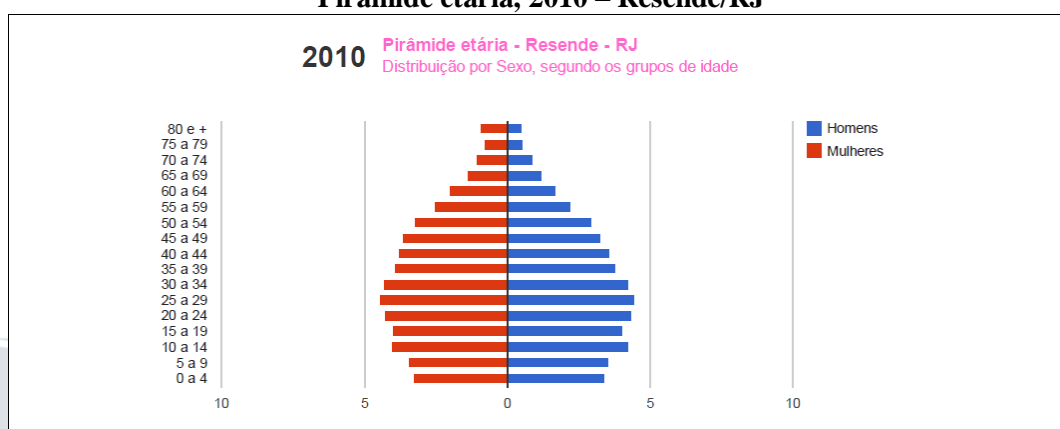
Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

Pirâmide etária, 2000 – Resende/RJ



Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

Pirâmide etária, 2010 – Resende/RJ



Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

3.1.1.3 Longevidade, mortalidade e fecundidade

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) em Resende reduziu 24%, passando de 18,3 por mil nascidos vivos em 2000 para 13,9 por mil nascidos vivos em 2010. Segundo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015. Em 2010, as taxas de mortalidade infantil do estado e do país eram 14,2 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente.

A taxa de mortalidade infantil de Resende em 2020 foi de 13,1 por mil nascidos vivos, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponíveis na página da Secretaria Estadual de Saúde.

A taxa de fecundidade total reduziu-se de 2,1 filhos por mulher em 2000 para 1,7 filhos por mulher em 2010.

Longevidade, mortalidade e fecundidade - Resende/RJ

Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Resende - RJ			
	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	68,3	70,0	75,3
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	25,2	18,3	13,9
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	28,9	20,8	15,6
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	2,1	2,0	1,7

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Resende, a esperança de vida ao nascer aumentou 7,0 anos nas últimas duas décadas, passando de 68,3 anos em 1991 para 70,0 anos em 2000, e para 75,3 anos em 2010. Em 2010, a esperança de vida ao nascer média para o estado é de 75,1 anos e, para o país, de 73,9 anos.

3.1.2 Perfil socioeconômico

3.1.2.1 Renda

A renda per capita média de Resende cresceu 87,11% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 489,14 em 1991 para R\$ 721,26 em 2000 e R\$ 915,21 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 47,45% no primeiro período e 26,89% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 9,46% em 1991 para 3,46% em 2000 e para 0,82% em 2010. A desigualdade diminuiu: o Índice de Gini passou de 0,57 em 1991 para 0,56 em 2000 e para 0,52 em 2010. O Índice de Gini é um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

Renda, pobreza e desigualdade - Resende/RJ

Renda, Pobreza e Desigualdade - Resende - RJ			
	1991	2000	2010
Renda per capita (em R\$)	489,14	721,26	915,21
% de extremamente pobres	9,46	3,46	0,82
% de pobres	26,67	13,51	5,28
Índice de Gini	0,57	0,56	0,52

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

Porcentagem da renda apropriada por estratos da população - Resende/RJ

Porcentagem da Renda Apropriada por Estratos da População - Resende - RJ			
	1991	2000	2010
20% mais pobres	2,88	3,12	3,99
40% mais pobres	9,12	9,74	11,72
60% mais pobres	19,62	20,43	23,58
80% mais pobres	38,50	39,30	42,52
20% mais ricos	61,50	60,70	57,48

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

3.1.2.2 Trabalho e taxa de desemprego

A taxa de desocupação da população de 18 anos ou mais de idade reduziu-se de 13,05% no ano 2000 para 7,83% em 2010, ou seja, corresponde ao percentual da população economicamente ativa (PEA) nessa faixa etária que estava desocupada, ou seja, que não estava ocupada na semana anterior à data do Censo, mas havia procurado trabalho ao longo do mês anterior à data dessa pesquisa.

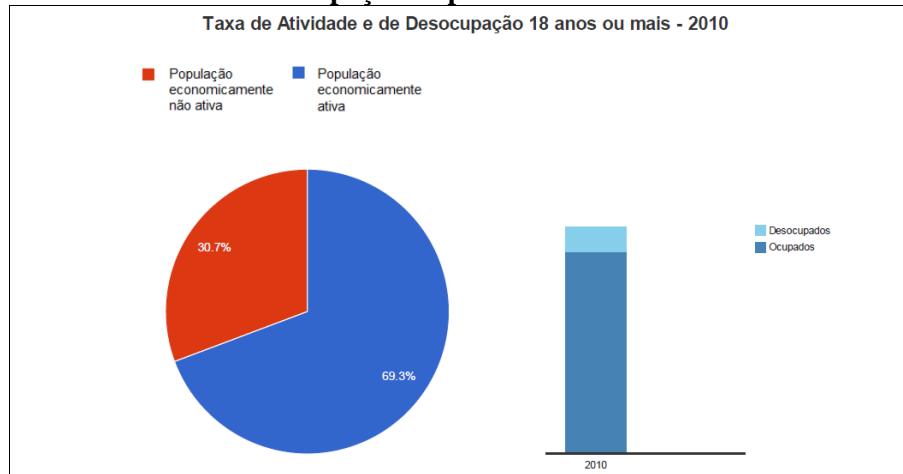
O setor de serviços detém o maior percentual de ocupados com 18 anos ou mais, tendo havido redução desse indicador no período de 2000 (54,36%), para 2010 (48,72%). O setor de indústria de transformação aumentou sua participação no percentual de ocupados com 18 anos ou mais, saltando de 15,72% em 2000, para 18,89% em 2010. O setor comércio é o terceiro setor que mais detém o percentual de ocupados com 18 anos ou mais, tendo aumentado sua participação de 13,07% em 2000 para 14,14% no ano 2010. Os demais setores no ano 2010 são o agropecuário (2,45%); a indústria extrativa (0,18%); setor de construção (8,11%); e setor de utilidade pública (1,28%).

O percentual de ocupados de 18 anos ou mais que são empregados com carteira apresentou crescimento de 50,30% em 2000 para 63,13% em 2010.

A taxa de atividade das pessoas de 18 anos ou mais de idade, ou seja, a razão entre as pessoas de 18 anos ou mais de idade que eram economicamente ativas, e o total de pessoas nesta faixa etária aumentou de 68,36% em 2000 para 69,29% em 2010.

A população economicamente ativa (PEA) de 18 anos ou mais de idade salta de 48.034 em 2000 para 60.586 em 2010, um crescimento de 26% no período.

Taxa de atividade e de desocupação de pessoa com 18 anos ou mais - Resende/RJ



Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

Ocupação da população de 18 anos ou mais - Resende/RJ

Ocupação da população de 18 anos ou mais - Resende - RJ		
	2000	2010
Taxa de atividade	68,36	69,29
Taxa de desocupação	13,05	7,83
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	64,36	75,22
Nível educacional dos ocupados		
% dos ocupados com fundamental completo	53,54	72,47
% dos ocupados com médio completo	35,54	54,74
Rendimento médio		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m.	37,31	10,30
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m.	65,07	62,70

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

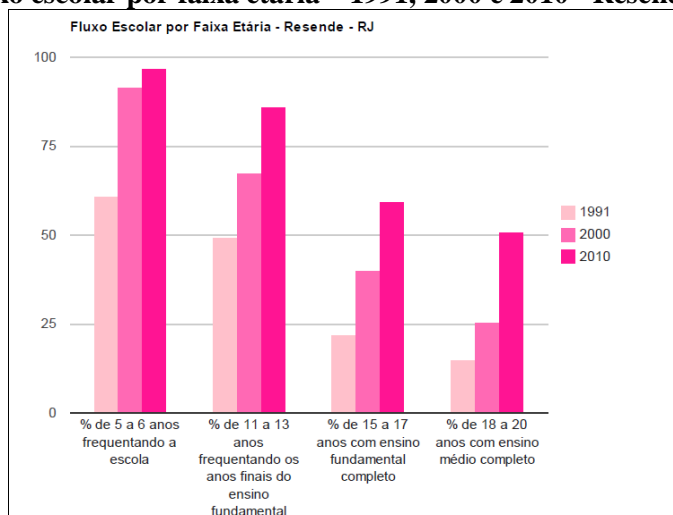
3.1.2.3 Nível de escolaridade

As análises e conclusões aqui presentes são oriundas do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 (Atlas Brasil 2013).

No tocante a **educação de crianças e jovens**, no período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 5,89% e no período de 1991 a 2000, 50,21%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos freqüentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 27,78% entre 2000 e 2010 e 36,62% entre 1991 e 2000.

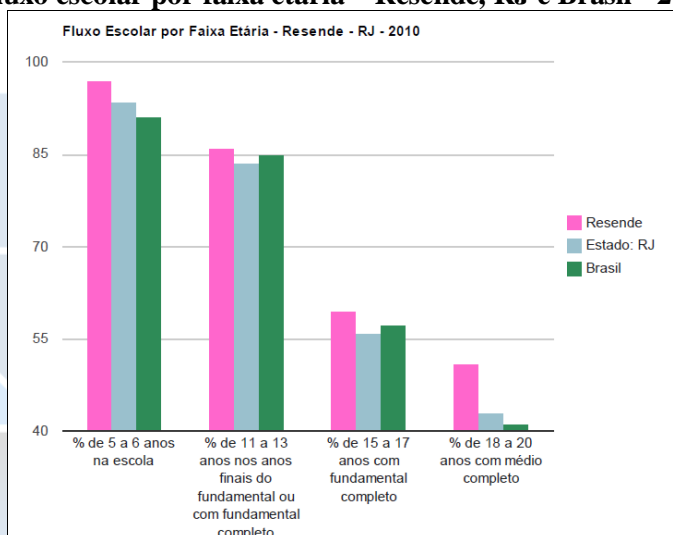
A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 49,26% no período de 2000 a 2010 e 81,81% no período entre 1991 e 2000. A proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 100,79% entre 2000 e 2010, e 71,30% entre 1991 e 2000.

Fluxo escolar por faixa etária – 1991, 2000 e 2010 - Resende/RJ



Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

Fluxo escolar por faixa etária – Resende, RJ e Brasil - 2010

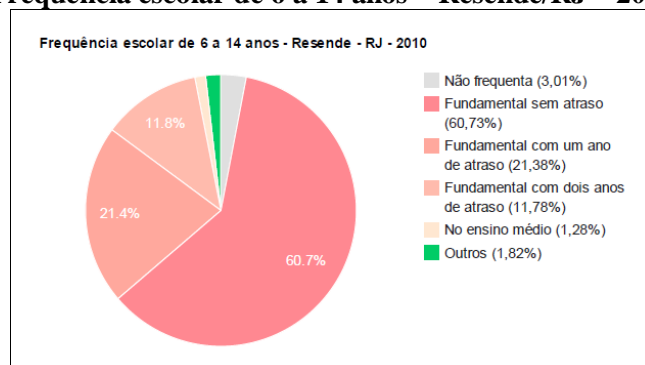


Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

Em 2010, 60,73% dos alunos entre 6 e 14 anos de Resende estavam cursando o ensino fundamental regular na série correta para a idade. Em 2000 eram 60,76% e, em 1991, 40,70%. Entre os jovens de 15 a 17 anos, 30,18% estavam cursando o ensino médio regular sem atraso. Em 2000 eram 22,26% e, em 1991, 8,83%. Entre os alunos de 18 a 24 anos, 16,70% estavam cursando o ensino superior em 2010, 10,40% em 2000 e 5,71% em 1991.

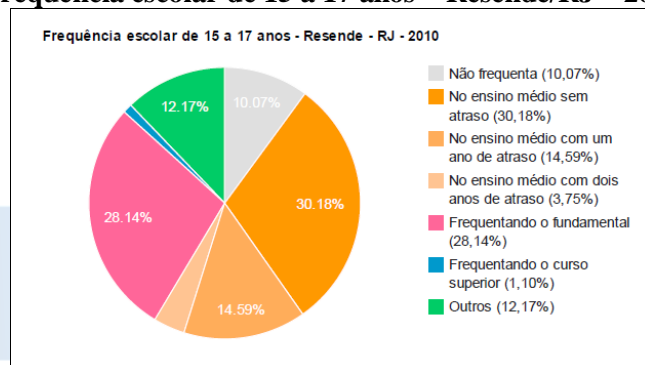
Nota-se que, em 2010, 3,01% das crianças de 6 a 14 anos não frequentavam a escola, percentual que, entre os jovens de 15 a 17 anos atingia 10,07%.

Frequência escolar de 6 a 14 anos – Resende/RJ – 2010



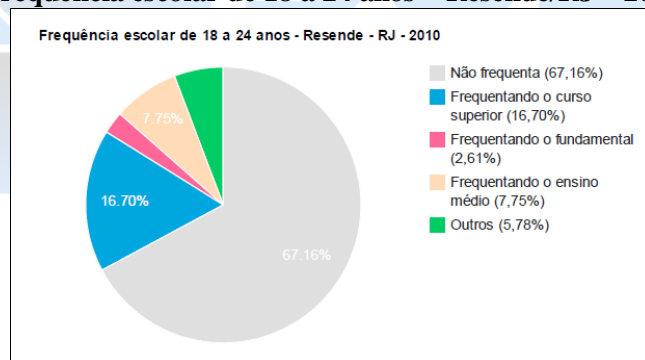
Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

Frequência escolar de 15 a 17 anos – Resende/RJ – 2010



Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

Frequência escolar de 18 a 24 anos – Resende/RJ – 2010



Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

No que diz respeito à **escolaridade da população adulta**, este é um importante indicador de acesso ao conhecimento, compondo também o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-Educação.

Em 2010, 66,35% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 47,94% o ensino médio. No Estado do Rio de Janeiro, 64,65% e 45,55% respectivamente. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas e de menos escolaridade.

A **taxa de analfabetismo** da população de 18 anos ou mais diminuiu 6,75% nas últimas duas décadas. Esse indicador corresponde à razão entre a população de 18 anos ou mais de idade que não sabe ler nem escrever um bilhete simples e o total de pessoas nesta faixa etária multiplicado por 100.

O perfil desse indicador em Resende nas duas últimas décadas é o seguinte:

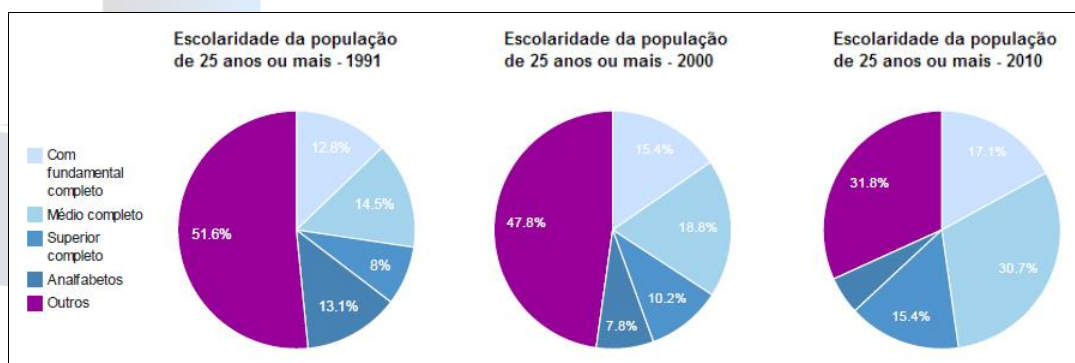
Taxa de analfabetismo na população de 18 anos ou mais – 1991, 2000 e 2010

Ano	1991	2000	2010
Taxa de Analfabetismo	11,19	6,55	4,44

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

A figura abaixo ilustra a evolução da escolaridade da população de 25 anos ou mais em Resende, ao longo das duas últimas décadas.

Evolução da escolaridade da população de 25 anos ou mais – 1991, 2000 e 2010



Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

Os **anos esperados de estudo** indicam o número de anos que a criança que inicia a vida escolar no ano de referência tende a completar.

Em 2010, Resende tinha 9,62 anos esperados de estudo, em 2000 tinha 9,30 anos e em 1991 8,72 anos. Enquanto que Rio de Janeiro, tinha 9,17 anos esperados de estudo em 2010, 8,96 anos em 2000 e 8,65 anos em 1991.

3.1.2.4 Condições de habitação

As condições de habitação em Resende estão ilustradas na figura abaixo:

Condições de habitação em Resende – 1991, 2000 e 2010

Indicadores de Habitação - Resende - RJ			
	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	94,29	97,59	98,28
% da população em domicílios com energia elétrica	98,41	98,79	99,89
% da população em domicílios com coleta de lixo. *Somente para população urbana.	96,57	99,34	99,76

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

3.1.2.5 Vulnerabilidade social

Seguem abaixo os indicadores de vulnerabilidade social apurados pelo Atlas Brasil 2013 para o município de Resende.

Indicadores de vulnerabilidade social – 1991, 2000 e 2010 - Resende

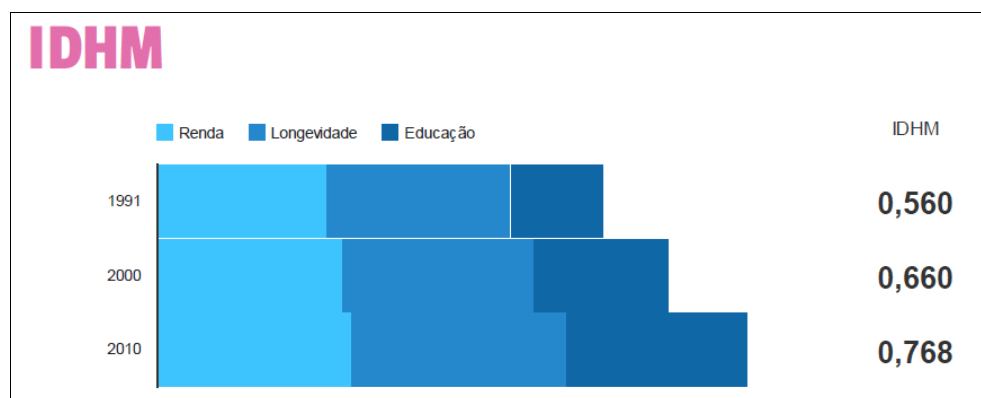
Vulnerabilidade Social - Resende - RJ			
	1991	2000	2010
Crianças e Jovens			
Mortalidade infantil	25,20	18,30	13,90
% de crianças de 4 a 5 anos fora da escola	-	32,43	10,14
% de crianças de 6 a 14 anos fora da escola	11,66	1,82	3,01
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza	-	10,38	7,08
% de mulheres de 10 a 14 anos que tiveram filhos	0,35	0,00	0,66
% de mulheres de 15 a 17 anos que tiveram filhos	5,06	4,76	4,62
Taxa de atividade - 10 a 14 anos (%)	-	5,14	4,47
Família			
% de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos	12,61	14,12	11,42
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	2,11	1,63	1,08
% de crianças extremamente pobres	15,21	6,00	1,59
Trabalho e Renda			
% de vulneráveis à pobreza	49,91	32,61	18,54
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	38,31	23,08
Condição de Moradia			
% de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados	0,69	0,64	0,21

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

3.1.2.6 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Resende é 0,768, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,180), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,160), seguida por Renda e por Longevidade.

Índice de Desenvolvimento Humano e Componentes – 1991, 2000 e 2010 - Resende



Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

Índice de Desenvolvimento Humano, Componentes e Indicadores – 1991, 2000 e 2010 - Resende

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Resende - RJ			
IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,369	0,529	0,709
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	37,39	47,22	66,35
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	60,90	91,48	96,87
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	49,24	67,27	85,96
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	21,94	39,89	59,54
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	14,81	25,37	50,94
IDHM Longevidade	0,721	0,750	0,839
Esperança de vida ao nascer (em anos)	68,27	70,00	75,31
IDHM Renda	0,661	0,723	0,762
Renda per capita (em R\$)	489,14	721,26	915,21

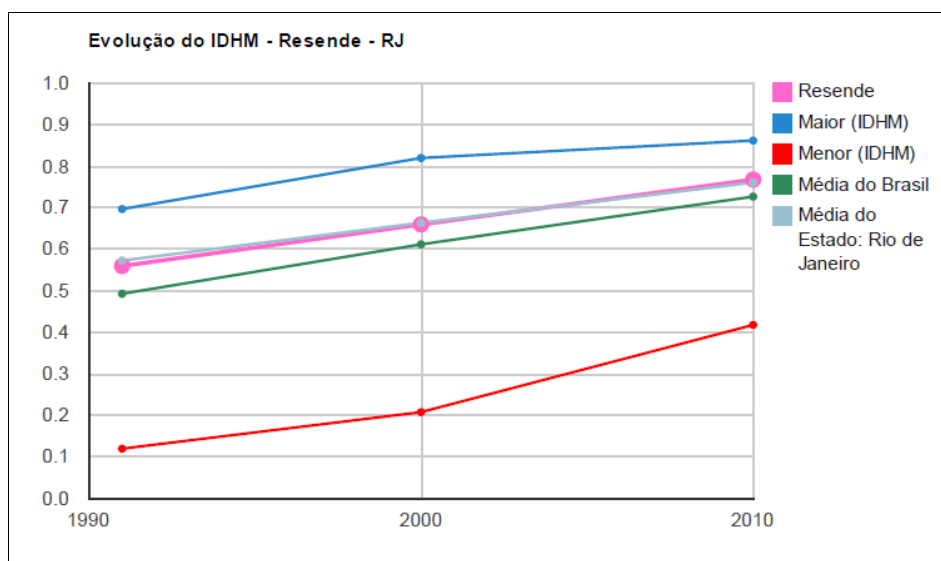
Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

O Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 mostra que, **entre 2000 e 2010**, O IDHM passou de 0,660 em 2000 para 0,768 em 2010 - uma taxa de crescimento de 16,36%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 31,76% entre 2000 e 2010.

No período **entre 1991 e 2000**, O IDHM passou de 0,560 em 1991 para 0,660 em 2000 - uma taxa de crescimento de 17,86%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 22,73% entre 1991 e 2000.

Já no período **entre 1991 e 2010**, Resende teve um incremento no seu IDHM de 37,14% nas últimas duas décadas, abaixo da média de crescimento nacional (47,46%) e acima da média de crescimento estadual (32,81%). O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 47,27% entre 1991 e 2010.

Evolução do IDHM de Resende – 1991, 2000 e 2010 - Resende



Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013

Na avaliação do Desenvolvimento Humano Municipal, Resende ocupa a 249ª posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 248 (4,46%) municípios estão em situação melhor e 5.317 (95,54%) municípios estão em situação igual ou pior.

Em relação aos 92 outros municípios de Rio de Janeiro, Resende ocupa a 5ª posição, sendo que 4 (4,35%) municípios estão em situação melhor e 88 (95,65%) municípios estão em situação pior ou igual.

3.1.3 Análise situacional epidemiológica

O perfil epidemiológico foi elaborado pelas Áreas Técnicas (Serviço de Vigilância Epidemiológica, Serviço de Atenção Especializada de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais, Serviço de Atenção Integral de Pneumologia e Dermatologia Sanitária e Programa Municipal de Imunização) da Superintendência de Vigilância em Saúde e a Superintendência de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, com base na análise e interpretação dos dados e informações disponibilizados por meio dos diversos Sistemas de Informações em Saúde de abrangência nacional. Contempla as seguintes dimensões: **mortalidade infantil; mortalidade geral; condições de nascimento; notificação de doenças e agravos; cobertura vacinal de doenças imunopreveníveis; Pólo de referência em soroterapia.**

3.1.3.1 Dados Vitais

O **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)** foi implantado no país no ano de 1979 e descentralizado para o município em 1996; o **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**, foi implantado nacionalmente em 1990, descentralizado para o estado do Rio de Janeiro (RJ) em 1994 e para o município em 1996.

3.1.3.1.1 Mortalidade infantil

O coeficiente de mortalidade infantil em Resende mostra evidente redução (42,7%), passando de 24,8/1.000 nascidos vivos (NV) em 1997, para 10,6/1.000 NV em 2006, resultado decorrente da implantação no ano de 1997 e o aumento da cobertura assistencial da Estratégia de Saúde da Família e das ações de atenção primária em saúde e políticas implementadas na atenção à gestação, parto e puerpério.

A partir de 2007 observamos elevação do indicador, quando se eleva de 10,9/1.000 NV para 14,77/1.000 NV em 2009. O ano de 2010 apresentou queda, ficando em 12,7/1.000 NV, inferior ao coeficiente da região Médio Paraíba para este ano (14,0/1.000 NV). Chamou-nos a atenção a elevação em 2011, com 18,3 /1.000 NV. Em 2019, o Coeficiente apresentou queda relevante, com resultado de 14,5/1.000 NV, e no ano de 2020 manteve nos patamares do início da década de 2010, com 12,5/1.000 NV, semelhante ao coeficiente do estado do RJ (12,6/1.000 NV) e do país (12,4/1.000 NV) no ano de 2015. A comparação do quadriênio de 2013 – 2016 mostra uma média de 12,2/1.000 NV e o quadriênio de 2017 – 2020 mostra uma média de 14,5/1.000 NV, demonstrando um aumento desta taxa referente aos períodos citados.

Na mortalidade infantil do ano de 2020, o componente Neonatal (óbitos ocorridos entre 0 a 28 dias após o nascimento) é responsável por 75,0% dos óbitos (15 em 20 óbitos infantis), superior ao ano de 2016 (70,5%) dos óbitos, à proporção do estado do RJ (66,8%) e à média nacional (70,7%) do ano de 2015. Os óbitos nesse período são influenciados por fatores vinculados à gestação e ao parto, e à assistência prestada.

A mortalidade pós-neonatal, óbitos infantis ocorridos entre 28 dias e 1 ano, após importante redução em 2007, voltou a crescer em 2008, permanecendo elevado até 2011. Porém, em 2012 apresentou queda significativa, com o resultado de 2,94/1.000 NV. Contudo, em 2020 manteve estável com 3,6/1.000 NV em relação ao ano de 2016 (4,0/1.000 NV), inferior ao coeficiente do estado do RJ (4,2/1.000 NV) e ao coeficiente do país (3,7/1.000 NV) do ano de 2015.

Mortalidade infantil e componentes por 1.000 nascidos vivos, residentes de Resende – 2020

Coefficiente	2020
Mortalidade Infantil	12,5
Mortalidade Neonatal	9,38
Mortalidade Neonatal Precoce	3,75
Mortalidade Neonatal Tardia	3,75
Mortalidade Perinatal	11,4
Mortalidade Pós-neonatal	3,6
Natimortalidade	4,8

Fonte: SIM/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

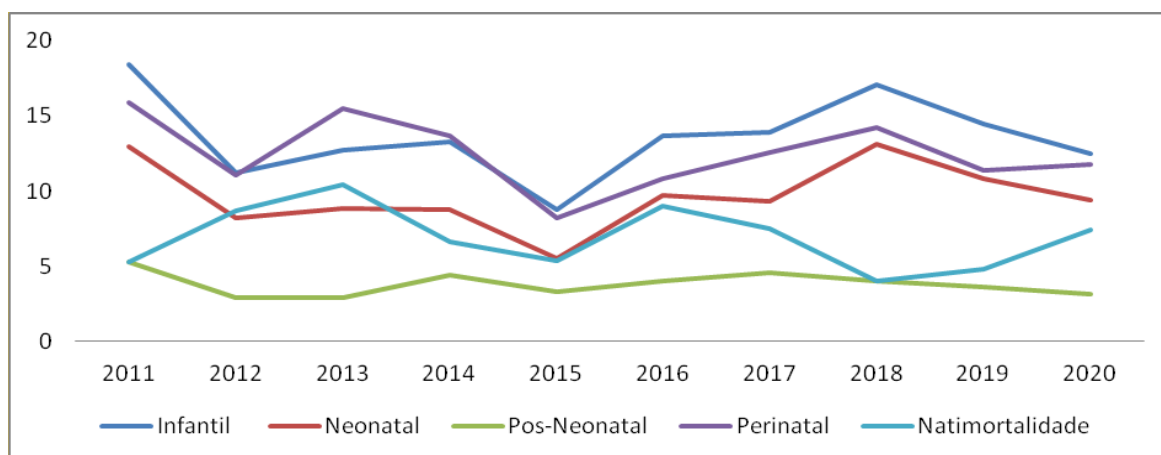
Evolução da mortalidade infantil e componentes por 1.000 nascidos vivos, residentes de Resende – 2005 a 2020

Mortalidade	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Infantil	17,8	10,6	10,9	13,9	14,8	12,7	18,4	11,2	12,7	13,3	8,8	13,9	13,9	17,1	14,5	12,5
Perinatal	13	14,5	14,1	16,1	10,0	16,8	15,9	11,1	15,5	13,7	8,2	16,6	10,8	12,6	14,2	11,4
Neonatal	12,4	6,4	9,6	9,0	9,45	6,6	13,0	8,3	8,8	8,8	5,5	9,8	9,3	13,1	10,8	9,38
Natimortalidade	4,1	9,3	7,0	9,0	5,9	11,9	5,3	8,7	10,4	6,6	5,4	9,1	9	7,5	4	4,8
Pós-neonatal	5,3	4,1	1,3	4,8	5,3	6,0	5,3	2,9	2,9	4,4	3,3	4,0	4	4,6	4	3,6

Fonte: SIM/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

As principais causas de óbitos infantis em 2020 foram: desconforto respiratório do recém-nascido (03 casos) e sepse bacteriana no recém-nascido (02 casos). Destaca-se que 01 óbito pós-neonatal foi por causa mal definida após a investigação epidemiológica.

Evolução da Mortalidade infantil e componentes por 1.000 nascidos vivos, residentes de Resende – 2011 a 2020



e: SIM/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Causas de óbitos em menores de 1 ano, por faixa etária, residentes de Resende – 2020

CID-10 – Causa	< 1D	01-06D	07-27D	28D-<1	Total
P02 Feto recém-nascido complicações placenta cordão umbilical	0	0	1	0	1
P05 Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal	0	0	1	0	1
P22 Desconforto respiratório do recém-nascido	1	1	1	2	5
P29 Transtorno cardiovascular originado período perinatal	1	0	0	0	1
P36 Septicemia bacteriana do recém-nascido	0	2	0	0	2
P39 Outras infecções específicas do período perinatal	1	0	0	0	1
P50 Perda sanguínea fetal	0	0	1	0	1
P61 Outros transtornos hematológicos perinatais	0	1	0	0	1
P74 Outro distúrbio eletrolítico metabólico neonatal	0	0	0	1	1
P77 Enterocolite necrotizante do feto e recém-nascido	0	0	1	0	1
P96 Outras afecções originadas período perinatal	0	1	0	0	1
Q28 Outras malformações congênitas aparelho circulatório	0	0	0	1	1
Q39 Malformações congênitas do esôfago	0	0	1	0	1
Q79 Malformações congênitas sistema osteomuscular NCOP	0	1	0	0	1
R99 Outras causas mal definidas e NE	0	0	0	1	1
Total	3	6	6	5	20

Fonte: SIM/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

A análise dos óbitos infantis e tempo de gestação, ano 2020, revela que dos 20 óbitos ocorridos, 01 óbitos (5,0%) foi proveniente de gestação com mais de 37 semanas, inferior à proporção do estado do RJ (26,8%) e nacional (26,5%) no ano de 2015.

Óbitos em menores de 1 ano, segundo o número informado de semanas de gestação, residentes de Resende – 2020

Semanas Gestação	Faixa Etária				Total
	< 1D	01-06D	07-27D	28D-<1	
Menos 22	2	1	0	1	4
22 a 27	0	0	2	1	3
28 a 31	0	1	2	1	4
32 a 36	0	3	2	1	4
37 a 41	0	1	0	0	1
Não informado	1	0	0	1	2
Total	3	6	6	5	20

Fonte: SIM/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

A análise dos óbitos infantis em função da faixa etária da mãe, ano 2020, evidencia que nenhum óbito era de mãe com idade entre 15 e 19 anos.

Óbitos em menores de 1 ano, por faixa etária e idade da mãe, residentes de Resende - 2020

Idade Mãe	Faixa Etária				Total
	< 1D	01-06D	07-27D	28D-<1	
Não Informado	1	0	1	1	3
15-19	0	0	0	0	0
20-30	2	4	3	2	11
31-40	0	2	2	1	5
41-50	0	0	0	1	1
Total	3	6	6	5	20

Fonte: SIM/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Em relação aos óbitos fetais, bebês que nasceram sem vida acima de 22 semanas de gestação, após considerável aumento em 2008 (9,04/1.000 NV), apresentaram queda significativa em 2009 – 5,87/1.000 NV. Em 2010, apresentou elevação (11,9/1.000 NV), queda em 2011 (5,3/1.000 NV). No entanto, que em 2012 houve elevação deste coeficiente, cujo resultado foi de 8,7 /1.000 nascidos vivos, com 15 óbitos fetais (100%) de causa não especificada. Após a criação do Comitê de Óbito Infantil e Fetal no município em novembro de 2010, a qualidade de investigação foi intensificada.

No ano de 2020 apresentou um coeficiente de 7,5/1.000 NV, inferior ao coeficiente do estado do RJ (12,1/1.000 NV) e do país (10,9/1.000 NV) no ano de 2015. Na investigação, 06 óbitos (50,0%) apresentaram causa definida (03 óbitos por hipóxia intrauterina, 02 óbitos por hipóxia intrauterina e 01 óbito por sífilis congênita). Seis óbitos (50,0%) ainda em investigação pelo Comitê Municipal, classificado como morte fetal de causa não especificada (NE) – CID 10 P95 devido a insuficiência de informações sobre o pré-natal ou assistência materna no parto. Destaca-se que a causa definida foi inferior ao ano de 2016 (62,5%)

Causas de óbitos fetais, residentes de Resende – 2020

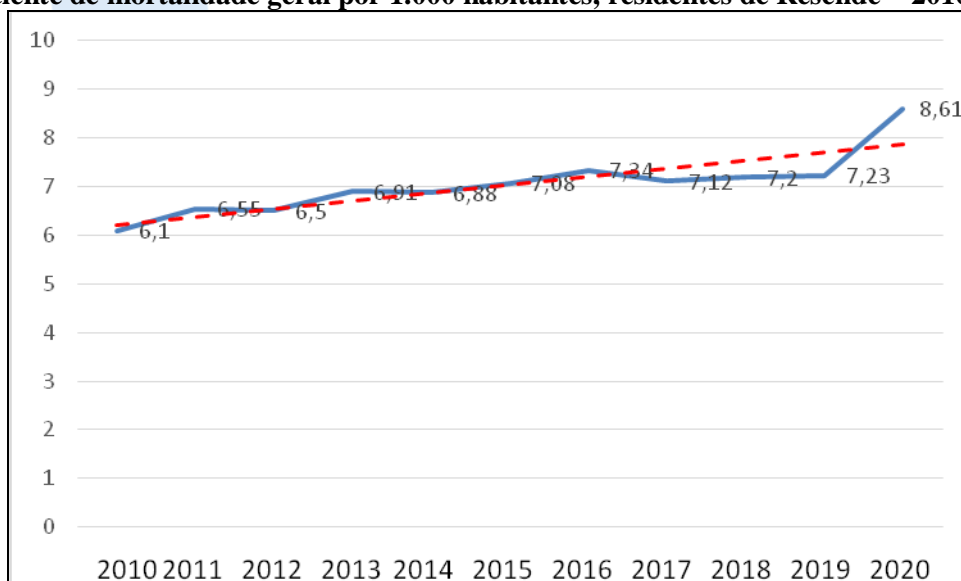
CID-10 – Causa	Fetal
P95 Morte fetal de causa NE	6
P20 Hipóxia intrauterina	3
P00 Feto recém-nascido afecção materna não obrigatório relacionado gravidez	1
P02 Feto recém-nascido complicação placentária cordão umbilical	0
A50 Sífilis congênita	1
P01 Feto recém-nascido complicações maternas gravidez	1
Total	12

Fonte: SIM/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

3.1.3.1.2 Mortalidade

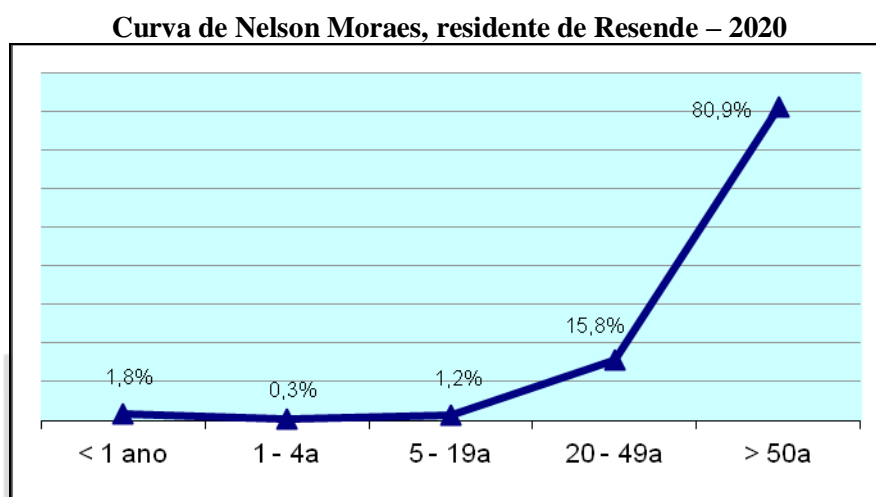
3.1.3.1.2.1. Geral: o gráfico abaixo mostra a evolução do coeficiente de mortalidade geral (CMG) por 1.000 habitantes, que é uma medida global da quantidade total de mortes ocorridas de residentes do município de Resende. A análise da evolução do CMG no período de 2006 a 2009 mostra uma manutenção deste coeficiente, sendo em 2006 e 2007 de 5,3/1.000 habitantes; no ano 2008, de 5,8/1.000 habitantes; em 2009, com 5,5/1.000 habitantes; 2010 de 6,1/ 1.000 habitantes; 2011 de 6,5/1.000 habitantes; e 2012 de 6,3/1.000 habitantes. A partir de 2013 o coeficiente apresentou aumento progressivo variando entre 6,9/1.000 habitantes até 7,2/1.000 habitantes em 2019. **No ano de 2020, a taxa de mortalidade foi 8,6/1.000 habitantes, um aumento importante em decorrência da pandemia de COVID-19, representando a maior taxa da série histórica desde o ano de 1997.** No Brasil, o CMG no ano de 2015 foi de 6,08, segundo última atualização do IBGE.

Coefficiente de mortalidade geral por 1.000 habitantes, residentes de Resende – 2010 a 2020



Fonte: SIM/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

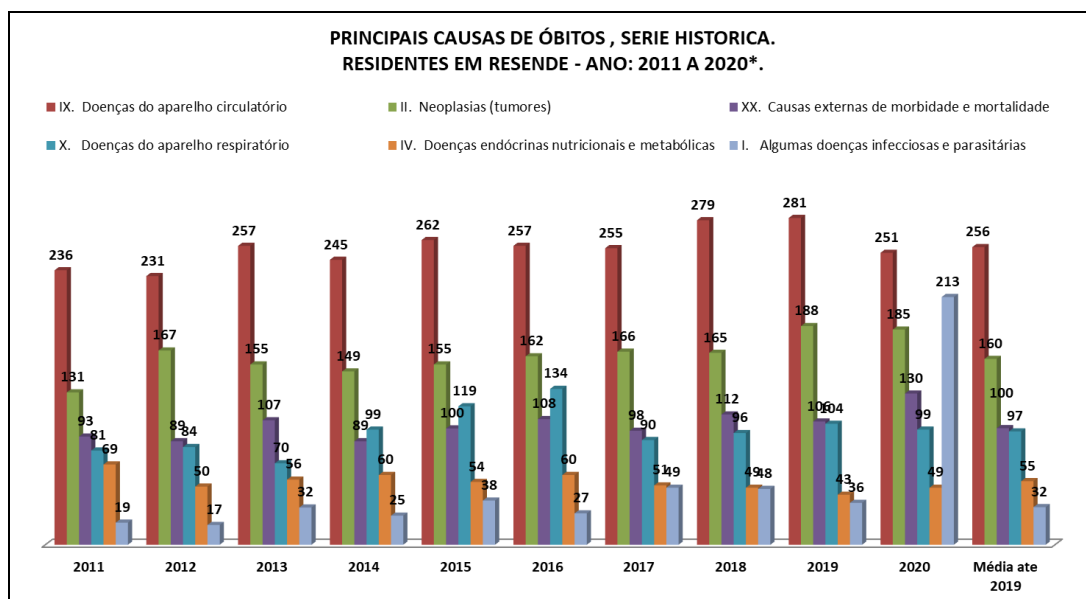
O indicador de mortalidade proporcional ou curva de Nelson Moraes (ver gráfico abaixo) permite uma visualização rápida do estado de saúde da comunidade, a partir da contribuição de cada grupo etário escolhido, no total dos óbitos. Conforme a classificação deste indicador, o nível de saúde do município é considerado como tipo IV, nível de saúde elevado no ano de 2020 e manteve estável a proporção de cada grupo etário quando comparado com o ano de 2016 (ano base de análise para o quadriênio de 2016 a 2020).



Fonte: SIM/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

3.1.3.1.2.2. Específica: na série histórica analisada no gráfico abaixo entre os anos 2011 e 2020, referente à proporção dos principais grupos de mortalidade por causas específicas, as Doenças do Aparelho Circulatório mantiveram-se em todos os anos como primeira causa de óbito no município; em segundo as Neoplasias; em terceiro as Causas Externas e em quarto as Doenças do Aparelho Respiratório.

Principais causas de óbitos, residentes de Resende – 2011 a 2020



Fonte: SIM/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Os quatro principais grupos de causas de óbitos foram as doenças do aparelho circulatório (241 óbitos).

Em 2020, os quatro principais grupos de causas de óbito foram as doenças do aparelho circulatório (251 óbitos), doenças infecciosas e parasitárias (214 óbitos), neoplasias (185 óbitos) e causas externas de morbidade e mortalidade (130 óbitos) representando respectivamente 22,07%, 18,82%, 16,27% e 11,43% do total de 1.137 óbitos ocorridos. As doenças do aparelho respiratório superaram as causas externas entre os anos de 2014 e 2016, especialmente no ano de 2016, relacionado a recrudescência da Síndrome Respiratória Aguda Grave por vírus Influenza ocorrida neste mesmo ano. Após 2017, as causas externas retornaram como terceira causa, superando as doenças respiratórias. Em 2020, houve um aumento exponencial de óbitos por doenças infecciosas, tornando-se a segunda causa mais frequente, devido a pandemia de COVID-19.

Conforme a tabela abaixo, observa-se que as doenças do aparelho circulatório causaram 251 óbitos em 2020. A causa infarto agudo do miocárdio teve a maior porcentagem neste grupo, 60 óbitos, sendo destes 41 óbitos do sexo masculino e a faixa etária mais acometida entre os homens é 60 a 69 anos. O infarto acometeu em 19 mulheres a partir da idade de 40 anos. A segunda causa que mais acometeu nesta causa foi o acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico, com 32 óbitos, 17 do sexo masculino e 15 do sexo feminino.

O grupo de doenças infecciosas e parasitárias foi o segundo grupo de causas de óbito no município (202 óbitos), referente ao período pandêmico por COVID-19. Neste grupo a causa que teve o maior número de óbitos foi a neoplasia maligna dos brônquios e dos

pulmões, com 19 óbitos (9,4%). O grupo de doenças do aparelho respiratório foi responsável por 104 óbitos (52,5%) em residentes em Resende. A pneumonia por microorganismos não especificados foi a principal causa nesse grupo, com 46 óbitos (44,2%).

Na tabela abaixo é apresentado o terceiro grupo de causas de óbitos foram de causas externas (106 óbitos). Agressão por disparo de arma de fogo (30 óbitos) foram responsáveis por 28,30 % dos óbitos, outras quedas do mesmo nível 16,99 % (18 óbitos), riscos não específicos a respiração (08 óbitos) e fatos ou eventos não específicos com intenção não especificada (06 óbitos) foram responsáveis por aproximadamente por 13,20% das mortes neste grupo de causas.

A evolução das principais causas dentro do grupo de causas externas, nos últimos dez anos (2011 a 2020), demonstra que os homicídios se mantiveram como a causa mais frequente de óbitos por causas externas (ver gráfico abaixo), chamando a atenção os anos de 2017, 2018 e 2020, com 41, 55 e 44 óbitos, respectivamente. Em segundo lugar ficaram os óbitos devido a outras quedas no mesmo nível.

Analisando-se o perfil de causas principais de mortalidade podemos detectar que o município necessita de maior investimento de promoção e prevenção de saúde com implantação do sistema de vigilância de doenças crônicas não transmissíveis (DANT), especialmente para as causas do aparelho cardiocirculatório e respiratório, através do aperfeiçoamento e eficácia das ações da Atenção Básica. A mortalidade por neoplasias indica que a implantação de uma política de cuidados paliativos e ampliação da capacidade operacional do Programa de Internação Domiciliar (*homecare*) e/ou Melhor em Casa podem intensificar as ações de suporte e assistência aos usuários e familiares, oferecendo maior qualidade de vida a estes usuários, e articulação com à Atenção Básica para trabalho em parceria com ESF.

As causas de morte por causas externas exigem criação de uma política municipal intersetorial da saúde, esporte e lazer, cultura, ação social, transporte, educação e segurança pública para minimizar os determinantes socioeconômicos e de saúde pública da violência urbana e no trânsito.

Em 2010 foi implantado o Comitê de Prevenção à Mortalidade Materna. Em 2016 ocorreram 05 óbitos maternos (02 por Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG – por vírus influenza A H1N1, 1 por diabetes, 1 por homicídio e 1 por doença hipertensiva específica da gestação), o coeficiente de mortalidade materna foi 285,9/100.000 nascidos vivos. No período de 2017 a 2020, houve 01 óbito materno em 2018 e 02 óbitos maternos em 2020, com coeficiente de mortalidade materna de 57,3 e 125,1/100.000 nascidos vivos, respectivamente.

A análise dos coeficientes de mortalidade específicas de algumas doenças infecciosas e/ou transmissíveis por 100.000 habitantes (CID 10 A00 – B99, J00 – J22, G00 – G03) mostra uma tendência histórica entre 2006 e 2010 de redução da taxa, contudo foi observado uma reversão dessa tendência entre 2010 e 2016, com um aumento de 50,6% em relação ao ano de 2006 (ver tabelas abaixo). Verifica-se que o principal agravo é representado pela pneumonia por microrganismo não especificado (CID 10 J18) com contribuição em 62,4% das causas de óbito por doenças infecciosas no período observado e aumento importante nos anos de 2015 e 2016. Nos anos de 2015 e 2016 esse coeficiente foi também afetado pela epidemia de dengue e influenza, respectivamente (3ª causa com 8,6% e 2ª causa com 10,2%, respectivamente). Destacamos que a epidemia de influenza indiretamente afetou o número de óbitos por pneumonia CID 10 J18 por esta última ser uma complicação secundária frequente em grupos mais vulneráveis da população.

No período de 2017 a 2020, no último ano do quadriênio, devido a pandemia de COVID-19 no ano de 2020, doença viral doença não especificada em outra parte (CID-10 B34) causou 189 óbitos, seguido por pneumonia viral não especificada em outra parte e outros transtornos respiratórios – SRAG com pneumonia viral – (CID-10 J12 e J98, respectivamente), com total de 93 óbitos.

Coeficiente de mortalidade de doenças transmissíveis e/ou infecciosas por 100.000 habitantes, residentes de Resende – 2010 a 2020

Óbitos	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	44	62	63	65	76	105	101	98	84	85	261
População Resende/RJ	119.769	120.937	122.068	123.385	124.316	125.214	126.084	126.923	130.334	131.341	132.312
Coeficiente de mortalidade	36,7	51,3	51,6	52,7	61,1	83,9	80,1	77,2	64,5	64,7	197,3

Fonte: SIM/ Serviço de Epidemiologia/SMS- Resende. Dados sujeitos à revisão.

No ano de 2015 foram confirmados pelo Comitê Municipal de Óbitos por Dengue/Arboviroses (SMS-RJ) e pelo Comitê Estadual de Óbitos por dengue (SES-RJ) 09 óbitos por dengue, sendo 03 óbitos de relação direta com o dengue e 06 óbitos por complicações de comorbidades, de relação indireta com o dengue, conforme classificação demonstrada na tabela abaixo. No período entre 2016 e 2020 não ocorreu óbitos por dengue.

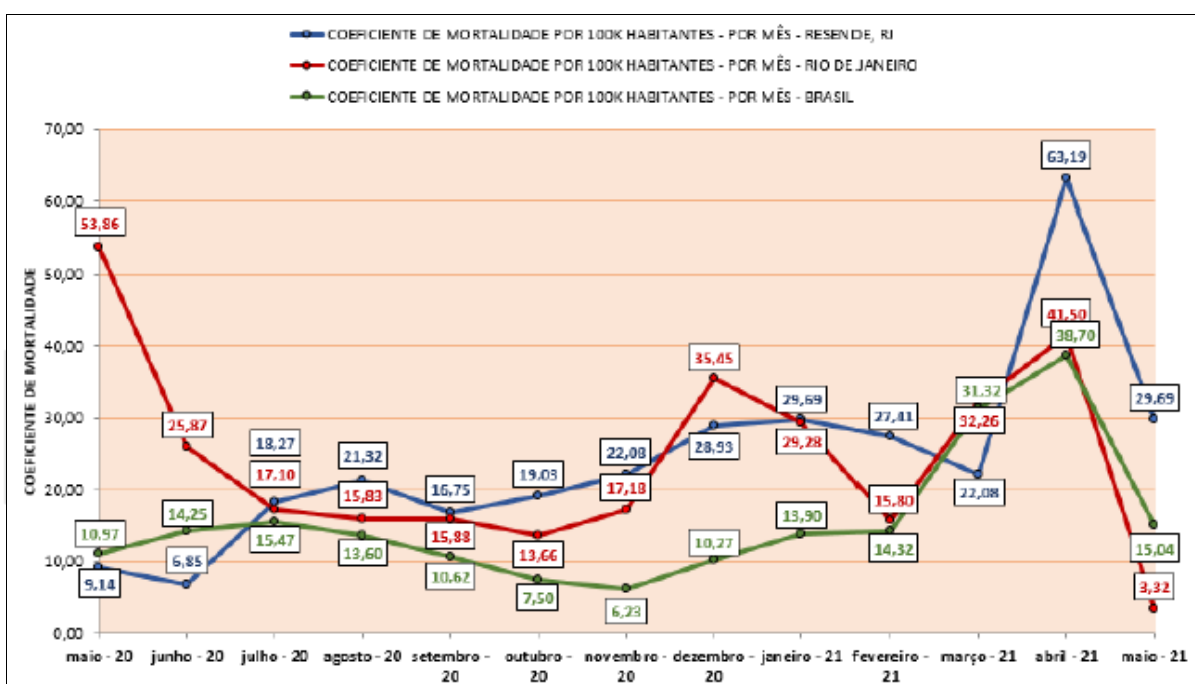
No ano de 2020, houve registro de óbito em 03 casos de Influenza B, 03 casos de Influenza B com coinfeção de SARS-CoV-2 e 01 caso de Influenza B com coinfeção de DENV; Influenza A foi causa de óbito em 01 caso; 01 caso de óbito por Influenza não tipado.

Importante destacar que o Influenza B pode aumentar sua circulação na próxima temporada em 2021 caso seja de linhagem Yamagata, não incluída na vacina trivalente do MS em 2019 e 2020. Complementarmente, a triagem diagnóstica com teste rápido por antígeno de

Influenza deve ser mantida em período de cocirculação de SRAS-CoV-2 devido a semelhança clínica entre os agravos e garantir o monitoramento epidemiológico contínuo de ambos os vírus.

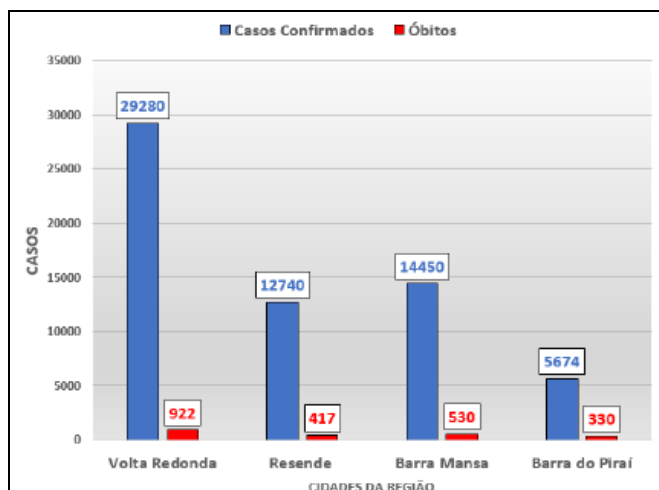
No ano de 2020, com a pandemia de COVID-19, foram registrados até a SE 21 de 2021 (28 de maio) 417 óbitos confirmados por SARS-CoV-2, com um coeficiente de mortalidade acumulada de óbitos de 3,27% casos e taxa de mortalidade de 315,16 casos / 100.000 hab., menor que os municípios principais da região Médio Paraíba (Volta Redonda com 922 óbitos e Barra Mansa com 530 óbitos (ver figura abaixo).

Mortalidade por SARS-CoV-2 – Coeficientes de Resende, RJ e Brasil, mai/2020 a mai/2021

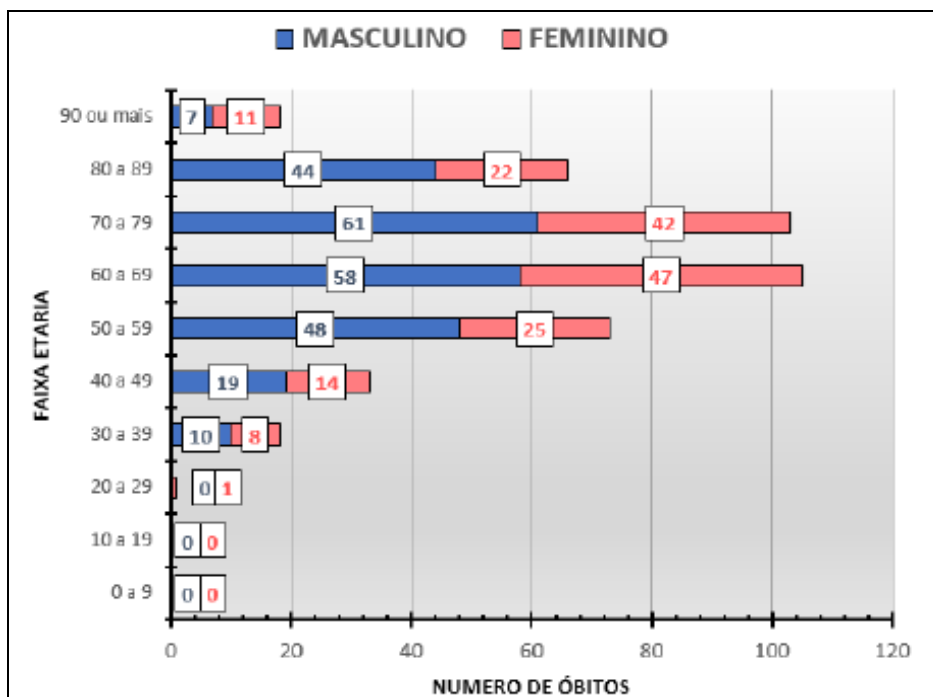


Fonte: SIVEP-GRIPE e SIM/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Casos confirmados e óbitos por Covid-19, Resende e municípios da Região do Médio Paraíba



Óbitos por COVID-19, por sexo e faixa etária, em residentes de Resende, anos 2020 e 2021



Fonte: SIVEP-GRIPE e SIMS/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

A distribuição por sexo e faixa etária dos óbitos demonstra que 59,2% dos casos ocorreu no sexo masculino (247 casos) e 87,5% acima de 50 anos (365 casos) – ver figura acima.

No HMHSG no período entre 31 de março de 2020 e 31 de maio de 2021 houve 1.070 internações por SRAG com 770 casos confirmados por COVID-19 (71,0%), sendo 6 casos considerados Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) por COVID-19 (0,78%) – ver tabela abaixo.

Casos de SRAG e COVID-19 por internação no HMHSG. Resende, ano 2020 e 2021.

	ALTA	ÓBITO	TOTAL	MORTALIDADE
COVID	551	219	770	28,4
SRAG	257	43	300	14,3
TOTAL	808	262	1070	24,5

Fonte: CCIH/NHE. Dados sujeitos a revisão.

Distribuição de óbitos segundo o grupo de causas, por faixa etária e sexo, residentes de Resende – 2020

CID 10 – Causa Original	< 01a		01-04a		05-09a		10-14a		15-19a		20-29a		30-39a		40-49a		50-59a		60-69a		70-79a		80 e+		Ign		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	10	14	22	21	42	35	29	42	28	0	0	251
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	3	5	5	9	10	18	22	25	29	34	21	29	0	1	214
Neoplasias (tumores)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	4	3	15	6	17	13	27	25	20	22	15	14	0	0	185
Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	1	0	0	0	0	1	8	7	25	2	18	0	13	1	12	1	9	5	10	10	7	0	0	130
Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	4	2	1	4	4	13	9	7	11	22	18	0	0	99
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	2	2	5	5	8	8	5	8	2	0	0	49
Doenças do sistema nervoso	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	1	0	3	2	3	6	19	7	0	0	46
Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4	2	5	2	6	7	2	11	4	0	0	45
Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	4	2	1	4	5	14	3	0	0	38
Algumas afecções originadas no período perinatal	5	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	5	27
Sintomas, sinais e achados anormais no exame clínico e laboratorial – causa mal definida	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	4	0	7	0	2	0	3	5	1	0	0	27
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	5	0	0	0	7
Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	6
Doenças sangue órgãos hematológicos e transtornos imunitários	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	4
Doenças sistema osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	4
Malformação congênita, deformidades e anomalias cromossômicas	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	6	14	0	3	1	0	0	2	1	10	16	26	12	40	28	56	54	92	97	132	118	130	173	114	6	6	1.137

Fonte: SIM/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Grupos de óbitos de doenças do grupo de doenças do aparelho circulatório, por sexo e faixa etária, residentes de Resende – 2020

CID 10 – Causa Original	30-39a		40-49a		50-59a		60-69a		70-79a		80 e+		Total		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
I21 Infarto agudo do miocárdio	0	3	1	4	4	7	5	13	5	6	4	8	19	41	60
I64 Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico ou isquêmico	0	0	1	0	1	1	4	6	6	6	3	4	15	17	32
I10 Hipertensão essencial	0	0	0	1	1	6	1	4	1	5	6	2	9	18	27
I50 Insuficiência cardíaca	0	0	1	0	1	1	1	4	2	3	6	1	11	9	20
I67 Outras doenças cerebrovasculares	0	0	0	1	2	0	1	2	3	1	4	4	10	8	18
I11 Doença cardíaca hipertensiva	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	5	2	9	5	14
I61 Hemorragia intracerebral	0	0	0	1	2	2	2	2	3	1	0	0	7	6	13
I25 Doença isquêmica crônica do coração	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	2	4	5	9
I12 Doença renal hipertensiva	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	1	2	4	3	7
I42 Cardiomiopatias	0	1	0	1	0	1	0	0	2	1	0	1	2	5	7
I13 Doença cardíaca e renal hipertensiva	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	1	0	4	2	6
I48 Flutter e fibrilacao atrial	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	1	4	2	6
I69 Sequelas de doença cerebrovasculares	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	1	3	3	6
I26 Embolia pulmonar	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	0	3	1	4
I71 Aneurisma e dissecação da aorta	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	3	1	4
I60 Hemorragia subaracnoide	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	1	3
I73 Outras doenças vasculares periféricas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	2
I05 Doenças reumáticas da valva mitral	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
I27 Outra forma de doença cardíaca pulmonar	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
I33 Endocardite aguda e subaguda	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
I35 Transtorno não reumáticos da valva aórtica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
I44 Bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
I46 Parada cardíaca	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
I51 Complicações cardiopatias doenças cardíacas mal definidas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
I70 Aterosclerose	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
I72 Outros aneurismas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
I74 Embolia e trombose arteriais	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
I77 Outras afecções das artérias e arteríolas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
I82 Outras embolias e trombozes venosas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
I83 Varizes dos membros inferiores	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Total	0	5	3	10	14	22	21	42	35	29	42	28	115	136	251

Fonte: SIM/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Causas de óbitos do grupo de neoplasias, por faixa etária e sexo, residentes em Resende – 2020

CID 10 – Causa Original	01-04a		20-29a		30-39a		40-49a		50-59a		60-69a		70-79a		80 e+		Total		Total Geral
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
C10 Neoplasia maligna da orofaringe	0	0	0	0	2	0	5	0	3	0	4	2	2	5	1	2	17	9	26
C15 Neoplasia maligna do esôfago	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	4	3	3	0	1	0	11	6	17
C16 Neoplasia maligna do estômago	0	1	1	0	0	0	2	2	1	0	2	2	1	0	0	1	7	6	13
C18 Neoplasia maligna do cólon	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	2	1	0	4	5	6	11
C19 Neoplasia maligna da junção reto-sigmoide	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3	3	0	1	5	5	10
C20 Neoplasia maligna do reto	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	2	1	0	1	4	5	9
C22 Neoplasia maligna fígado vias biliares intra-hepáticas	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0	2	1	0	4	4	8
C23 Neoplasia maligna da vesícula biliar	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	2	1	0	0	2	0	4	4	8
C25 Neoplasia maligna do pâncreas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	2	0	4	3	7
C24 Neoplasia maligna outras partes e NE vias biliares	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	1	0	1	0	1	4	3	7
C07 Neoplasia maligna da glândula parótida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	1	0	6	6
C34 Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	3	2	5
C26 Neoplasia maligna outras mal definidas do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	3	2	5
C32 Neoplasia maligna da laringe	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	3	2	5
C41 Neoplasia maligna ossos/cartilagem articular outro local e NE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	4
C50 Neoplasia maligna da mama	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	3
C56 Neoplasia maligna do ovário	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	2	1	3
C53 Neoplasia maligna do colo do útero	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	3
C55 Neoplasia maligna do útero porção NE	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	3
C49 Neoplasia maligna tec conjuntivo e outros tecidos moles	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	2	1	3
C44 Outras neoplasias malignas da pele	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	2	1	3
C54 Neoplasia maligna do corpo do útero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2	1	3
C57 Neoplasia maligna outros órgãos genitais feminino e NE	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	1	3
C71 Neoplasia maligna do encéfalo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
C80 Neoplasia maligna s/especificação de localização	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
C67 Neoplasia maligna da bexiga	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
C78 Neoplasia maligna secundária órgãos respiratórios e digestivos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
C79 Neoplasia maligna secundária de outras localizações	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
C76 Neoplasia maligna outras localizações e mal definidas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
C95 Leucemia de tipo celular NE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
D47 Outras neoplasias tecido linfático e hematológico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
C74 Neoplasia maligna da glândula suprarrenal	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total	0	1	3	0	4	3	15	6	17	12	27	17	20	20	15	14	101	73	174

Fonte: SIM/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Óbitos segundo o grupo de causas externas, por faixa etária e sexo, residentes de Resende – 2020

CID 10 – Causa Original	01-04a		15-19a		20-29a		30-39a		40-49a		50-59a		60-69a		70-79a		80 e+		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
V05 Pedestre trauma colis trem ferroviário	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
V09 Pedestre trauma outro acidente transporte e NE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	1	0	0	0	1	4
V13 Ciclista trauma colisão automóvel pickup caminhonete	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
V23 Motocicleta trauma colisão automóvel pickup caminhonete	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
V28 Motociclista trauma acidente transporte s/colisão	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
V29 Motociclista trauma outros transportes e NE	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
V48 Ocup automóvel trauma transporte s/colisão	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
V49 Ocupante automóvel trauma outro transporte e NE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
W05 Queda envolvendo uma cadeira de rodas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
W06 Queda de um leito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	4	
W10 Queda em ou de escadas ou degraus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
W18 Outras quedas no mesmo nível	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	3	5	4	7	10
W19 Queda s/especificação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
W24 Contato elevadores transporte NCOP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
W84 Riscos NE a respiração	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2		0	0	2	
W69 Afogamento e submersão em águas naturais	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
W74 Afogamento e submersão NE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
W84 Riscos NE a respiração	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	6
X04 Exposição combustão subst muito inflamável	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			1	
X09 Exposição a tipo NE de fumaças fogo chamas	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
X59 Exposição a fatores NE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		1	
X62 Autointoxicação intencional narcóticos psicodislépticos NCOP	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
X70 Lesão autoprov intenc enforc estrang sufoc	0	0	0	0	2	1	0	3	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	2	7
X71 Lesão autoprovocada intencional p/afogamento submersão	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
X95 Agressão disparo outra arma de fogo ou NE	0	0	1	6	0	20	1	10	0	4	0	1	0	1	0	0	0	0	2	42
X96 Agressão p/meio de material explosivo	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
X99 Agressão objeto cortante ou penetrante	0	0	0	2	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	5
Y00 Agressão p/meio de um objeto contundente	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Y04 Agressão p/meio de força corporal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Y34 Fatos ou eventos NE e intenc não determinada	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	1	0	1	0	3	0	0	0	10
Y35 Intervenção legal	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Y84 Reac anorm compl tard out proc med s/acid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total	0	1	1	8	7	25	2	19	0	13	0	12	1	11	5	10	10	7	27	106

Fonte: SIM/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

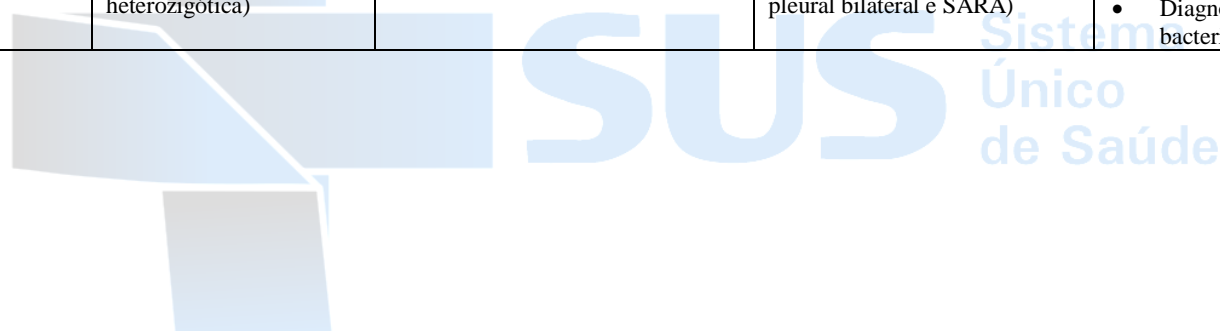
Óbitos segundo o grupo de causas infecciosas e/ou transmissíveis, residentes de Resende – 2010 a 2020

CID-10 – Causa	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
J18 Pneumonia por microrganismo NE	24	38	43	32	48	64	68	45	31	46	39
J12 Pneumonia viral NCOP	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
B34 Doença por vírus de localização NE (COVID-19)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	188
A41 Outras septicemias	3	8	8	7	14	10	10	29	27	18	13
A16 Tuberculose de vias respiratórias sem confirmação bacteriológica	3	1	3	1	0	5	2	3	3	2	3
A09 Diarreia e gastroenterite origem infecciosa presumida	2	2	2	3	2	4	1	4	0	2	3
J15 Pneumonia bacteriana NCOP	3	2	2	0	3	3	5	2	3	3	7
B20 Doença por HIV resultante doença infecciosa e parasitária	1	3	0	4	1	2	4	2	8	6	2
B21 Doença por HIV resultante em neoplasia maligna	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
B22 Doença por HIV resultante em outras doenças especificadas	1	1	2	1	0	0	0	2	0	0	0
B23 Doença p/HIV resultante em outras doenças	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
B24 Doença por HIV NE	0	1	0	4	0	2	2	2	3	2	0
J09 Influenza devido à vírus influenza A H1N1	0	0	0	0	0	0	10	0	0	1	0
A90 Dengue	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0
A95 Febre amarela	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
B17 Outras hepatites virais agudas	0	0	1	0	2	2	1	0	0	0	0
B18 Hepatite viral crônica	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
A50 Sífilis congênita	0	1	0	1	0	0	3	1	1	0	1
G00 Meningite bacteriana NCOP	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	1
A39 Infecção meningocócica	0	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0
A81 Infecção p/vírus atípico sistema nervoso central	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
A86 Encefalite viral NE	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
A46 Erisipela	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1
B16 Hepatite aguda B	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0
A27 Leptospírose	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0
A35 Outros tipos de tétano	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
A91 Febre hemorrágica devido vírus do dengue	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0
B40 Blastomicose	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
B45 Criptococose	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
B57 Doença de Chagas	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
J10 Influenza devido à vírus influenza identificado	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
J21 Bronquiolite aguda	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
J22 Infecções agudas NE das vias aéreas inferiores	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
A04 Outras infecções intestinais bacterianas	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
A15 Tuberculose respiratória com confirmação bacteriológica	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A26 Erisipeloide	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
B00 Infecção p/vírus do herpes	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
B01 Varicela	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
B19 Hepatite viral NE	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
B33 Outras doenças por vírus NCOP	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B58 Toxoplasmose	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
B65 Esquistossomose	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
B69 Cisticercose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
B86 Escabiose	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
B99 Doença ou infecção outras e as NE	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
G03 Meningite devido outras causas e a causas NE	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
J20 Bronquite aguda	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

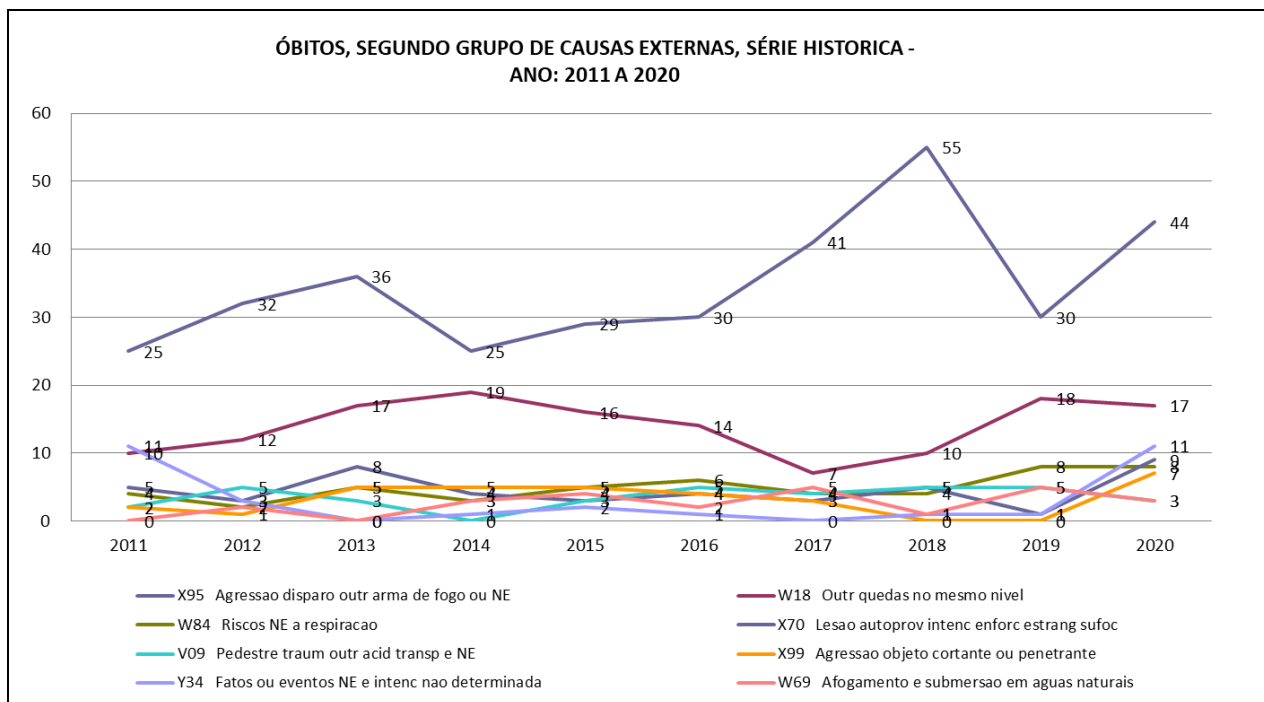
Óbitos por dengue por classificação e recomendações do Comitê de Óbitos por Arboviroses, residentes de Resende – 2015

Caso	Exame confirmatório	Condições associadas	Classificação	Observações (Fase da infecção/óbito)	Recomendações
Fem., 34 anos Início sint.: 07/01/2015 Óbito em 12/01/2015	NS1 positivo PCR detectável (DENV 1)	Nenhuma	DENV Grave com óbito por relação / associação direta com a infecção pelo DENV (Fase de viremia).	D6 – Fase crítica da infecção – choque hipovolêmico distributivo não hemorrágico.	Manejo clínico na fase crítica da infecção: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar sinais de alarme clínico-laboratoriais; e • Expansão volêmica por hidratação, conforme protocolo do M.S.
Fem., 85 anos Início sint.: 22/01/2015 Óbito em 30/01/2015	NS1 positivo PCR detectável (DENV 1) IgM não reativo	Idoso Miocardiopatia dilatada Fibrilação atrial crônica Anticoagulação oral Insuficiência Renal	DENV Grave com óbito por descompensação de comorbidades E relação / associação indireta com a infecção pelo DENV (Fase imune precoce).	D9 – Fase de recuperação precoce da infecção – choque cardiogênico e hemorragia digestiva baixa (HDB).	Manejo clínico na fase de recuperação da infecção: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar clinicamente pacientes com fatores de risco (idoso) e comorbidades; • Tratamento e compensação das comorbidades; e • Tratamento de complicações de fase de recuperação (HDB).
Masc., 81 anos Início sint.: 22/01/2015 Óbito em 31/01/2015	NS1 positivo PCR detectável (DENV 1) IgM reativo	Idoso DPOC	DENV Grave com óbito por descompensação de comorbidades E relação / associação indireta com a infecção pelo DENV (Fase imune precoce).	D10 – Fase de recuperação precoce da infecção – insuficiência respiratória aguda.	Manejo clínico na fase de recuperação da infecção: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar clinicamente pacientes com fatores de risco (idoso) e comorbidades; • Tratamento e compensação das comorbidades; • Expansão volêmica por hidratação, conforme protocolo do M.S.
Fem., 72 anos Início sint.: 22/01/2015 Óbito em 24/02/2015	NS1 positivo PCR detectável (DENV 1)	Idoso Valvulopatia cardíaca com prótese valvar mitral metálica Anticoagulação oral <i>Diabetes mellitus</i> não insulínica HAS	DENV Grave com óbito por descompensação de comorbidades E relação / associação indireta com a infecção pelo DENV (Fase imune tardia).	D34 – Fase de recuperação tardia da infecção – falência de múltiplos órgãos (cardíaca, pulmonar, renal – edema agudo pulmonar, coagulopatia e anemia por HDA).	Manejo clínico na fase de recuperação da infecção: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar clinicamente pacientes com fatores de risco (idoso) e comorbidades; • Tratamento e compensação das comorbidades; e • Tratamento de complicações de fase de recuperação (HDA).
Masc., 61 anos Início sint.: 07/03/2015 Óbito em 10/03/2015	NS1 positivo PCR detectável (DENV 1)	Idoso Sangramento ativo gastrointestinal (GI) de origem não determinada (úlceras pépticas?) Asma	DENV Grave com óbito por relação / associação direta com a infecção pelo DENV (Fase de viremia).	D4 – Fase crítica da infecção – choque hipovolêmico hemorrágico por hemorragia digestiva alta (HDA).	Manejo clínico na fase crítica da doença: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar sinais de alarme clínico-laboratoriais; e • Tratamento de complicações de fase crítica (HDA e choque hemorrágico GI).
Masc., 70 anos Início sint.: 06/02/2015 Óbito em 12/03/2015	NS1 positivo PCR não detectável IgM reativo	Idoso Cardiopatia com insuficiência ventricular esquerda Fibrilação atrial de alta resposta ventricular HAS	DENV Grave com óbito por descompensação de comorbidades E relação / associação indireta com a infecção pelo DENV (Fase imune tardia).	D35 – Fase de recuperação tardia da infecção – sepse por pneumonia com empiema pleural bilateral.	Manejo clínico na fase de recuperação da infecção: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar clinicamente pacientes com fatores de risco (idoso) e comorbidades; • Tratamento e compensação das comorbidades; e • Diagnóstico e tratamento de infecções bacterianas secundárias (sepse por pneumonia com empiema pleural).

Caso	Exame confirmatório	Condições associadas	Classificação	Observações (Fase da infecção/óbito)	Recomendações
Fem., 98 anos Início sint.: 24/02/2015 Óbito em 13/03/2015	NS1 positivo PCR não detectável IgM reativo	Idoso Miocardiopatia dilatada Hipotireoidismo	DENV Grave com óbito por descompensação de comorbidades E relação / associação indireta com a infecção pelo DENV (Fase imune tardia).	D18 – Fase de recuperação tardia da infecção – insuficiência respiratória aguda (edema agudo pulmonar – EAP – e pneumonia com derrame pleural bilateral).	Manejo clínico na fase de recuperação da infecção: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar clinicamente pacientes com fatores de risco (idoso) e comorbidades; • Tratamento e compensação das comorbidades; • Diagnóstico e tratamento de infecções bacterianas secundárias (pneumonia).
Masc., 23 anos Início sint.: 13/04/2015 Óbito em 19/04/2015	NS1 positivo PCR detectável (DENV-1)	Anemia falciforme	DENV grave com óbito por relação / associação direta com a infecção pelo DENV (Fase de viremia).	D7 – Fase crítica da infecção – choque séptico de etiologia indeterminada com crise falcêmica e pneumonia.	Manejo clínico na fase crítica da doença: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar sinais de alarme clínico-laboratoriais; e • Tratamento e compensação das comorbidades (anemia falciforme).
Masc., 24 anos Início sint.: 20/04/2015 Óbito em 01/05/2015	IgM reativo	Traço Falcêmico (presença de Hemoglobina S, manifestação heterozigótica)	DENV grave com óbito relação / associação indireta com a infecção pelo DENV (Fase imune tardia).	D12 – Fase de recuperação tardia da infecção – insuficiência respiratória aguda (pneumonia com sepse, derrame pleural bilateral e SARA)	Manejo clínico na fase de recuperação da infecção: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar clinicamente pacientes com fatores de risco (traço falcêmico) e comorbidades; • Tratamento e compensação das comorbidades; • Diagnóstico e tratamento de infecções bacterianas secundárias (pneumonia).



Óbitos, segundo grupo de causas externas, residentes de Resende – 2011 a 2020



Fonte: SIM/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

3.1.3.1.3. Condições de nascimento

Em Resende no ano de 2020 ocorreram 2.142 nascimentos, sendo que 1.599 foram de residentes em Resende, 543 nascimentos foram de residentes de outros municípios. Itaitiaia foi o município que mais encaminhou gestante, totalizando 185 partos (8,6%).

A APMIR concentrou o maior número de nascimentos ocorridos no município 1.191 nascidos (74,7%), superior a 2019 que foi de 1.143 (68,9%). O SAMER foi responsável por 196 nascimentos (12,3%). O Hospital Unimed registrou 182 (11,4%) nascimentos.

De 2010 a 2015, o SUS apresentou crescimento no número de partos normais realizados no Brasil. Os dados mostram ainda que, desde 2009, o número de cesarianas na rede pública e privada não apresentou crescimento significativo. Outro dado que chama a atenção é que de 2013 a 2016, o número de partos normais subiu de 43% para 44,5%, enquanto de cesáreas caiu de 57% para 55,5%. Mesmo assim, o número de cesarianas no país ainda é significativo: dos partos realizados no Brasil, 55,5% foram cesáreas e 44,5% partos normais. Pelo SUS foram 59,8% de partos normais e 40,2% de cesarianas e, em 2016, a tendência de estabilização se mantém com o mesmo índice de 55,5% (dado preliminar). No estado do Rio de Janeiro a taxa de cesáreas foi de 60,7% no ano de 2015, um índice superior à média nacional.

Ao analisarmos a variável tipo de partos ocorridos em Resende independente do estabelecimento de ocorrência em 2020, verificamos que 21,2% dos partos foram do tipo

vaginal, inferior à 2016 que foi de 28,5% e à 2011 que foi 19,6% do total. O parto cesáreo representou 70,8%, menor que a porcentagem de 2008, que foi de 80,4%. E de 2012 que foi de 77,9%. Em relação ao parto cesáreo, mesmo com esta queda em relação a 2008, esta proporção encontra-se em níveis muito superiores a 25%, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, e muito elevado em relação aos índices de 55,5% no ano de 2016 no Brasil e 60,7% no ano de 2015 no Estado do Rio de Janeiro.

A estabilização das cesarianas é consequência de uma série de medidas, como a implementação da Rede Cegonha pelo SUS, que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegura às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Distribuição de nascidos vivos, por estabelecimento informado e tipo de parto ocorrido em Resende, residentes de Resende - 2020

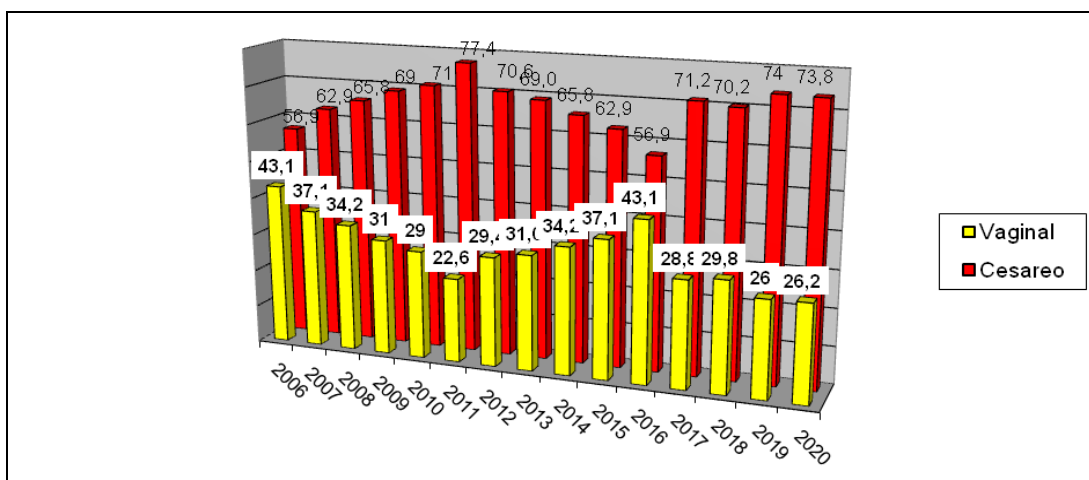
Estabelecimento de Saúde	Tipo de Parto				Total
	Vaginal	%	Cesáreo	%	
Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Resende - APMIR	312	93,7%	879	71,0%	1.191
SAMER Hospital	3	0,9%	193	15,6%	196
Hospital UNIMED Resende	18	5,4%	164	13,3%	182
Hospital de Emergência Henrique Sérgio Grégori	0	0,0%	2	0,2%	2
Total	333	100%	1.238	100%	1.571

Fonte: SINASC/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Considerando que cerca de 75,8% dos partos do município ocorrem na APMIR, é de grande importância verificarmos o percentual da taxa de tipo de parto desta instituição. Abaixo encontra-se o gráfico representativo destes percentuais nos últimos quatro anos, onde podemos destacar que o do tipo cesáreo reduziu de modo sustentado entre os anos de 2011 e 2016 (77,4% e 56,9%, respectivamente). Contudo, a partir de 2017, os partos cesáreos retornaram a patamares elevados, superando no período 70%.

No ano de 2020, apesar de ter ocorrido uma proporção maior de óbitos por COVID-19, a taxa de crescimento da população do município foi mantida. O número de nascidos vivos (1.599) foi superior ao total de óbitos no período (1.110).

Evolução das taxas percentuais do parto cesáreo e vaginal na APMIR, residente de Resende – 2006 a 2020



Fonte: SINASC/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

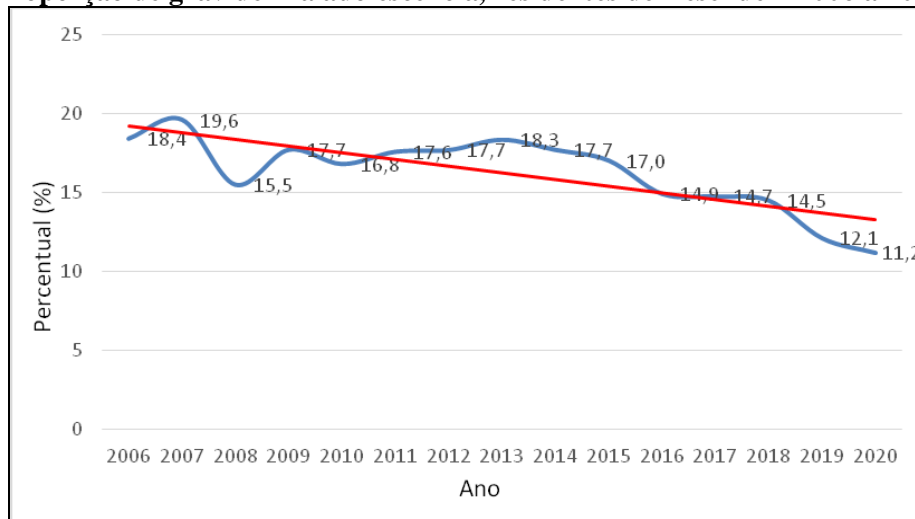
No que diz respeito à ocorrência de gestação de acordo com a faixa etária, observamos que em 2020 ocorreram 03 nascimentos (0,2%) de bebês cujas mães tinham idade entre 10 a 14 anos. Na faixa etária entre 15 e 19 anos, ocorreram 176 (11,0%) nascimentos. A proporção de gravidez na adolescência (10 a 19 anos) vêm de um patamar estável entre os anos de 2010 a 2014 (16,80% e 17,70%, respectivamente) e apresenta queda significativa até o ano de 2020 (11,2%), inferior a proporção do estado do RJ (17,18%) e do Brasil (18,15%) no ano de 2015.

Número e proporção de nascidos vivos, segundo faixa etária da mãe, residentes de Resende – 2020

Tipo de Parto	< 15a	15-19a	20-34a	>35a	Total
Vaginal	1	61	245	33	340
Cesário	2	115	889	253	1.259
Total	3	176	1.134	286	1.599
%	0,2%	11,0%	70,9%	17,9%	100,0%

Fonte: SINASC/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Proporção de gravidez na adolescência, residentes de Resende – 2006 a 2020



Fonte: SINASC/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Considerando que o baixo peso ao nascer (< 2.500 g) representa importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil, verificamos a ocorrência do mesmo no período compreendido entre 2006 e 2016. Conforme o quadro abaixo, observamos que em 2016 e 2017 (8,91% e 8,82%, respectivamente) o percentual apresentou queda em relação a 2011, quando ocorreu um pico de ocorrência (11,5%), inferior à proporção no estado do RJ (9,06%) e superior à média nacional (8,44%) no ano de 2015. Contudo, nos anos de 2019 e 2020, houve um novo aumento no percentual, com 10,3% e 10,31%, respectivamente.

Percentual de nascidos vivos com baixo peso (< 2.500 g), residentes de Resende – 2005 a 2020

Nascidos Vivos	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Baixo Peso %	10,1	9,9	8,7	9,6	9,9	9,28	11,5	10,9	10,37	9,37	9,11	8,91	8,82	9,85	10,3	10,31

Fonte: SINASC/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Em 2020, a relação entre o número de nascidos vivos com o número de consultas de pré-natal e o peso ao nascer evidencia que a maior ocorrência de baixo peso (167) foi em nascidos vivos cuja mãe frequentou acima de 4-6 e 7 ou mais consultas de pré-natal, ou seja, 120 nascidos (71,9%), representando um aumento em relação ao ano de 2016 (65,5%) significativamente superior à proporção do estado do RJ (48,8%) e do país (48,7%) no ano de 2015.

Número e proporção de nascidos vivos, segundo consultas de pré-natal e peso ao nascer, residentes de Resende – 2020

Consultas Pré-Natal	0g a 999g	1000g a 1499g	1500g a 2499g	2500g a 2999g	3000g a 3999g	4000g e mais	Total	%
Nenhuma	5	4	7	9	20	4	49	3,1%
1-3 vezes	4	12	31	53	109	7	216	13,5%
4-6 vezes	3	11	90	321	835	74	1.334	83,4%
7 e +	5	4	7	9	20	4	49	3,1%
Total	12	27	128	383	964	85	1.599	100,0%

Fonte: SINASC/Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

3.1.3.2 Agravos e doenças transmissíveis e não transmissíveis

O Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) foi implantado nacionalmente entre os anos 1990 e 1993 e no município à partir de 1996. As análises dos agravos de notificação compulsória, listados pelo Ministério da Saúde na Portaria GM nº 204, de 17 de Fevereiro de 2016 e pela Secretaria de Estado de Saúde do RJ na Resolução nº 674 de 12 de Julho de 2013, foram realizadas tomando por base os dados do SINAN. Em 2020 foram confirmados 11.534, um aumento importante de 63,3% de casos doenças e agravos de notificação compulsória quando comparado com o ano de 2016 (7.063 casos). Esse aumento se deveu a pandemia de COVID-19.

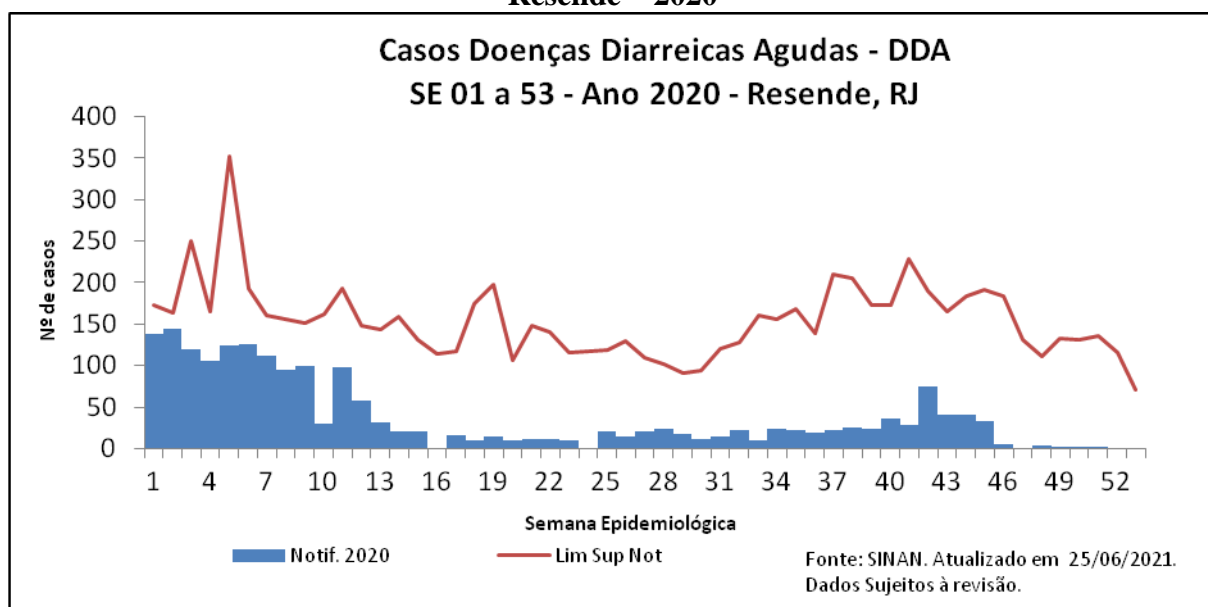
CID 10 – Agravos notificados	Notificados	Confirmados
U07 COVID-19	23.177	7.000
A09 DIARRÉIA E GASTROENTERITES	1.960	1.960
A90 DENGUE	389	42
X58 EXPOSICAO A OUTROS FATORES ESPECIFICADOS	590	590
W64 ATENDIMENTO ANTI-RABICO	383	383
Y09 VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	361	361
A920 FEBRE DE CHIKUNGUNYA	24	4
B86 ESCABIOSE [SARNA]	125	125
N72 SINDROME DO CORRIMENTO CERVICAL EM MULHERES	112	112
Z579 LER DORT	16	16
T659 INTOXICACAO EXOGENA	97	94
X29 ACIDENTE POR ANIMAIS PECONHENTOS	110	110
B24 AIDS	35	35
B02 HERPES ZOSTER [ZONA]	0	0
A169 TUBERCULOSE	56	56
Z209 ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSICAO A MATERIAL BIOLÓGICO	38	38
O981 SIFILIS EM GESTANTE	73	73
J09 INFLUENZA	0	0
A53 SIFILIS EM ADULTO (EXCLUIDA A FORMA PRIMARIA)	46	46
A509 SIFILIS CONGENITA	65	18
B26 CAXUMBA [PAROTIDITE EPIDEMICA]	23	23
B01 VARICELA	0	0
A928 DOENCA AGUDA PELO VÍRUS ZIKA	16	2
B37 CANDIDIASE	0	0
G039 MENINGITE	17	5
B19 HEPATITES VIRAIS	26	26
B42 ESPOROTRICOSE	14	13
A59 TRICOMONIASE	9	9
A279 LEPTOSPIROSE	5	0
A530 SIFILIS LATENTE,NAO ESPECIFICADA SE RECENTE OU TARDIA	1	1
B58 TOXOPLASMOSE	2	2
A779 FEBRE MACULOSA / RICKETTSIOSES	2	0
R36 SINDROME DO CORRIMENTO URETRAL EM HOMEM	9	9
B25 DOENCA POR CITOMEGALOVIRUS	4	4
A630 CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)	7	7
B09 DOENCAS EXANTEMATICAS	8	1
A60 HERPES GENITAL (APENAS O PRIMEIRO EPISODIO)	2	2
A959 FEBRE AMARELA	2	0
A539 SIFILIS NAO ESPECIFICADA	18	18
A309 HANSENIASE	5	5
Y96 ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE	325	325
B54 MALARIA	2	2
A510 SIFILIS GENITAL PRIMARIA	1	1
B580 OCULOPATIA POR TOXOPLASMA	0	0
L989 DERMATOSES OCUPACIONAIS	0	0
Z21 GESTANTE HIV	1	1
B551 LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	0	0
P371 TOXOPLASMOSE CONGENITA	0	0
O986 DOENCAS CAUSADAS POR PROTOZOARIOS COMPLICANDO A GRAVIDEZ,O PARTO E O PUERPERIO	0	0
Total	28.199	11.534

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

3.1.3.2.1. Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar

3.1.3.2.1.1. Doença diarreica aguda (DDA): a DDA apresentou o maior número de notificações no ano de 2020. Houve 1.960 casos de DDA e 61,6% dos casos (1.208 casos) ocorreram em crianças com idade superior a 10 anos. Destaca-se que 22,4% dos casos ocorreram com crianças com até 04 anos, onde os casos podem apresentar maior gravidade. O tratamento mais utilizado para os casos de DDA foi o Plano C (702 registros), indicado para pacientes com sintomas de DDA severa, onde se é necessário hidratação venosa. Houve considerável redução (72%) nas notificações de DDA em relação ao ano de 2019. Esta redução pode estar ligada com aumento dos cuidados de higiene devido a pandemia de COVID-19.

Incidência de doenças diarreicas agudas por semana epidemiológica, residentes de Resende – 2020



Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

3.1.3.2.1.2. Hepatite viral A: é uma hepatite viral de transmissão fecal-oral importante para monitoramento de acesso ao abastecimento de água de qualidade no município. Não foi identificado entre os anos 2006 e 2016 nenhum surto da doença, especialmente nas faixas etárias menores de 15 anos e o número de casos da forma aguda da infecção (sorologia IgM antiHAV reagente) foi muito reduzido, totalizando 12 casos. O baixo número de casos notificados indica uma subnotificação do agravo possivelmente pela condição de formas subclínicas esporádicas muito frequentes da infecção e provável efeito a recente introdução da vacina contra hepatite A no calendário vacinal na infância à partir de 2014. No período entre 2017 e 2020 houve um aumento de casos confirmados de Hepatite A.

Coefficiente de detecção de casos de hepatite viral A (IgM antiHAV reagente) por 100.000 habitantes, residentes de Resende – 2010 a 2020

Casos	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	0	1	1	4	0	0	0	0	1	3	5
População Resende/RJ	119.769	120.937	122.068	123.385	124.316	125.214	126.084	126.923	130.334	131.341	132.312
Coefficiente de detecção	0	0,8	0,8	3,2	0	0	0	0	0,8	2,3	3,8

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS- Resende. Dados sujeitos à revisão.

3.1.3.2.2. Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses

3.1.3.2.2.1 Arboviroses Urbanas: das doenças transmitidas por vetores, as arboviroses urbanas de destaque no Estado do Rio de Janeiro e no município são: dengue, doença por Zika vírus e febre por Chikungunya. Estas são as infecções que apresentam maior risco epidêmico nos períodos de maior sazonalidade (estação chuvosa, entre dezembro e maio), por isso a necessidade de ações contínuas para o controle e eliminação de criadouros do mosquito transmissor (*Aedes aegypti*) é de fundamental importância.

O município de Resende identificou os primeiros casos de dengue no ano de 1998 e sofreu epidemias nos anos de 2002, 2007, 2011, 2013, 2015 e 2016 (ver tabela e gráficos abaixo), considerando a taxa de incidência acima de 300 casos/100.000 habitantes. O ano de 2015 foi a epidemia mais intensa do município, com um coeficiente de incidência de 6.891,4 casos/100.000 habitantes. Em 2015 foram notificados 12.236 casos de suspeitos de dengue e destes 8.629 casos foram confirmados, sendo 41 casos de dengue com sinais de alarme 16 casos de dengue grave.

Nos anos de 2013 e 2015, houve a introdução de novos arbovírus urbanos no Brasil, a saber: febre de Chikungunya e doença pelo Zika vírus, respectivamente. No município de Resende, foi identificado o primeiro caso de Zika vírus em maio de 2015 e febre do Chikungunya em fevereiro de 2016. No ano de 2016 foram notificados 9 casos suspeitos e 4 casos foram confirmados por critério laboratorial de febre de Chikungunya e 90 casos suspeitos de Zika vírus e 89 confirmado por critério clínico-epidemiológico. Em 2020 houve 04 casos confirmados de Chikungunya e 02 casos confirmados de Zika, todos por critério laboratorial sorológico.

O Zika vírus tem importância para a vigilância epidemiológica a partir da identificação de mal formações congênitas em mães expostas ao vírus e síndrome de Guillain-Barré em adultos expostos previamente ao vírus. Em Resende foram notificados 17 casos de gestantes com exantema, e 5 casos foram confirmados por critério laboratorial de infecção pelo Zika vírus (método de reação em cadeia de polimerase – PCR). Todos os casos notificados foram acompanhados durante o pré-natal até o parto e nenhum nascido vivo

exposto ao Zika vírus apresentou microcefalia ou sequelas congênitas detectáveis clinicamente até o momento. A síndrome de Guillain-Barré é monitorada sistematicamente no município desde janeiro de 2016, não sendo identificado nenhum caso confirmado por Zika vírus, Chikungunya ou dengue.

No ano de 2016 30,4% dos casos de dengue foram confirmados (ver tabela abaixo) e apresenta um coeficiente de incidência de 523,1 casos/100.000 hab. Foram notificados 2.182 casos suspeitos, sendo 664 casos de dengue (44 confirmados por critério laboratorial, 620 confirmados por critério clínico-epidemiológico), contudo, sem detecção do sorotipo circulante.

No ano de 2017, foram notificados 401 casos suspeitos, sendo 22 casos de dengue (10 confirmados por critério laboratorial, 12 confirmados por critério clínico-epidemiológico). Os sorotipos DENV-1 e DENV-2 foram detectados em 2020 no Estado RJ, nos seguintes municípios de residência: Paraty (DENV-1 e 2); Volta Redonda, Valença, Barra Mansa e Rio de Janeiro (DENV-2) – ver figura 1. No período entre 2016 e 2018 não foi identificado o sorotipo circulante no município de Resende. Em 2019 foram notificados 1.006 casos suspeitos com 342 casos confirmados e **o sorotipo DENV-2 foi identificado pela primeira vez no município**. No ano de 2020 e até a SE 39/2020 (26 de setembro) foram identificados no município os sorotipos DENV-1 e DENV-2, havendo uma redução em 295% dos casos em relação ao ano anterior. **O cenário epidemiológico atual regional e municipal aponta para o risco de futura circulação intensa com provável epidemia pelo DENV-2, detectado em 2019 e 2020 no município de Resende, e pelo DENV-3.**

O percentual de casos confirmados, inclusive laboratorialmente, em período de baixa notificação aponta para uma provável redução da circulação de DENV ou para uma necessidade de aprimoramento na coleta e envio das amostras. A proporção de casos investigados e confirmados em um ano considerado não epidêmico (abaixo de 100 casos por 100.000 habitantes) é considerada satisfatória quando 100% dos casos notificados são investigados laboratorialmente, ou seja, não foi adequada, pois representou apenas 5,5% e 4,0% do total de casos notificados nos anos de 2017 e 2018, respectivamente, mas com uma discreta melhora nos anos de 2019 (12,6%) e 2020 (até SE 39 – 11,7%).

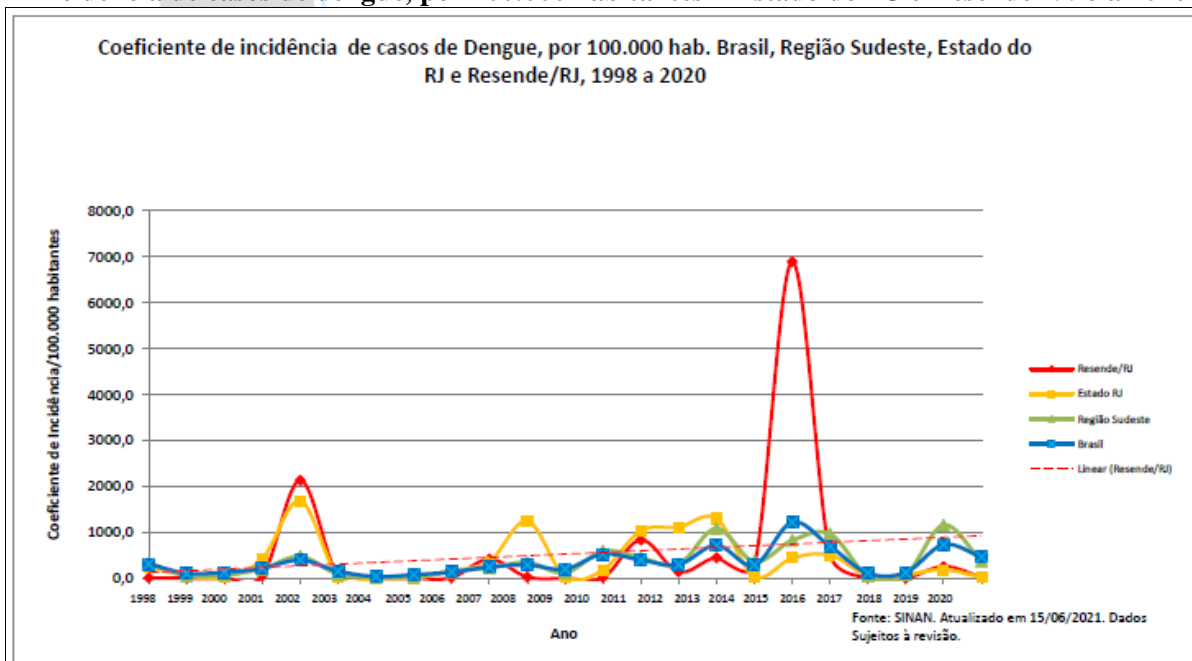
Nesse sentido, é recomendável dois componentes de vigilância laboratorial. O primeiro componente é garantir o envio de amostras de fase aguda virêmica para realização de RT-PCR para arboviroses no LACEN-RJ nas unidades de pronto-atendimento (unidade sentinela: Hospital Municipal Henrique Sérgio Gregori – HMHSG). O segundo componente é intensificar a busca ativa dos casos notificados por bairros para coleta de exames diagnósticos

sorológicos (IgM) em parceria entre a Atenção Básica e o Serviço de Vigilância Epidemiológica.

A principal limitação para o diagnóstico laboratorial é a baixa sensibilidade do teste NS1 na fase aguda da doença (até 5 dias do início dos sintomas) e a dificuldade de retorno do paciente para coleta de sorologia IgM após o 6º dia do início dos sintomas. Outro fator limitante na investigação laboratorial é a possibilidade de reação cruzada com o Zika nos testes de NS1 e sorologia IgM para dengue, pois ambos são flavivírus, o que dificulta a classificação clínica e laboratorial dos casos, além da semelhança clínica entre estes agravos e mesmo a Chikungunya.

A vigilância laboratorial de dengue também é importante para monitoramento do sorotipo (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4) circulante e avaliar a dinâmica temporal do risco de epidemias a partir da detecção oportuna e precoce da (re)introdução de novos sorotipos no município (tabela 1 e figura 1). Foi detectado no município o DENV-3 na epidemia de 2002 e no ano de 2007, o DENV-1 nos anos de 2001, 2012, 2013, 2014 e na epidemia de 2015, além de ter sido novamente detectado no ano de 2020. O DENV-4 circulou no ano de 2012, 2013 e 2014 e o **DENV-2 somente foi detectado no município a partir do ano de 2019, oferecendo risco para futuras epidemias, juntamente com o DENV-3, que não é identificado desde o ano de 2007.**

Incidência de casos de dengue, por 100.000 habitantes – Estado do RJ e Resende 1998 a 2020



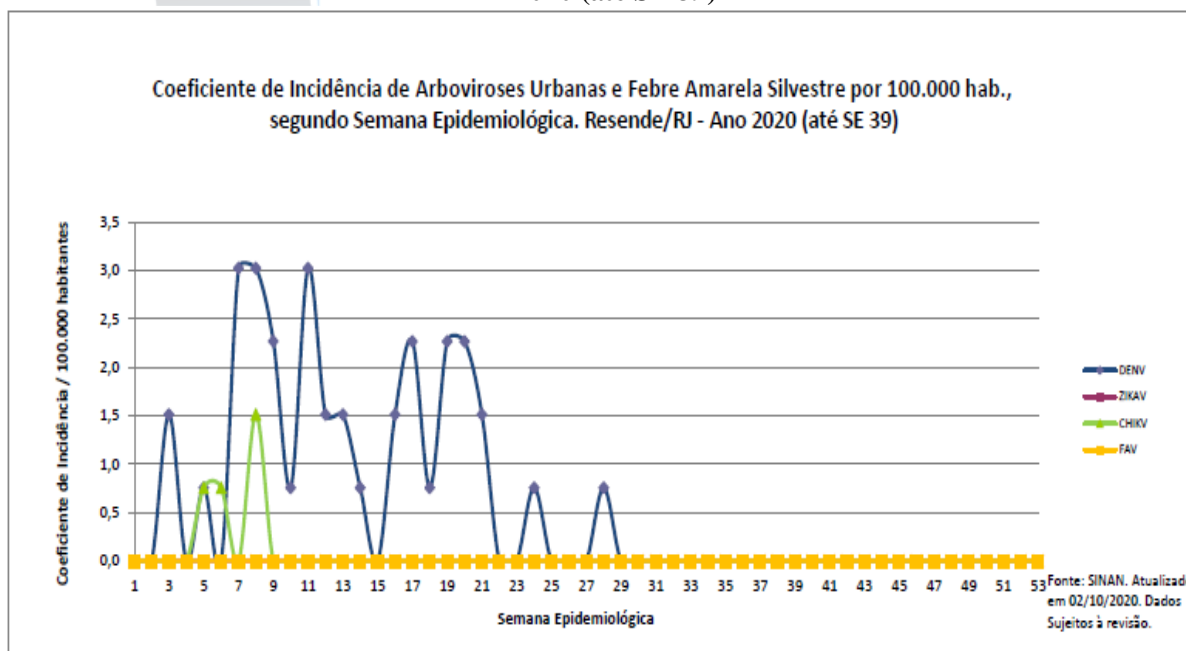
Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Casos de dengue, residentes de Resende, e coeficiente de incidência por ano da início dos sintomas, Brasil, região sudeste, estado do RJ e Resende – 1998 a 2020

Ano	Casos dengue	População (IBGE)	Resende/RJ	Estado RJ	Região Sudeste	Brasil
1998	14	98.532	14,2	236,7	333	313,8
1999	4	100.626	4,0	65,8	58,8	112,3
2000	2	104.549	1,9	29,7	74,1	134,3
2001	61	106.994	57,0	431,5	210,3	221,9
2002	2325	108.870	2135,6	1691,7	477,3	399,7
2003	51	110.875	46,0	37,1	92,2	158,9
2004	1	112.876	0,9	8,2	28,2	40,5
2005	0	117.416	0,0	8,9	27,1	81,9
2006	22	119.728	18,4	171	151,5	138,9
2007	515	122.020	422,1	367,7	230	251
2008	42	127.763	32,9	1249,1	350,6	292,8
2009	5	130.035	3,8	42,5	122,7	205,5
2010	26	119.769	21,7	186,5	594,8	530,3
2011	1013	120.937	837,6	1036,8	449,6	400,5
2012	177	122.068	145,0	1116,2	308,6	303,9
2013	561	123.385	454,7	1301,6	1087,1	722,4
2014	355	124.316	285,6	46,9	366,1	290,5
2015	8629	125.214	6891,4	389,7	826	1221,4
2016	664	126.084	526,6	407,7	967,8	699,8
2017	22	126.923	17,3	62,8	60	114,8
2018	6	130.334	4,6	87,4	86	127,5
2019	344	131.341	261,9	188,6	1159,4	735,2
2020	42	132.312	31,7	25,8	379,4	469,8

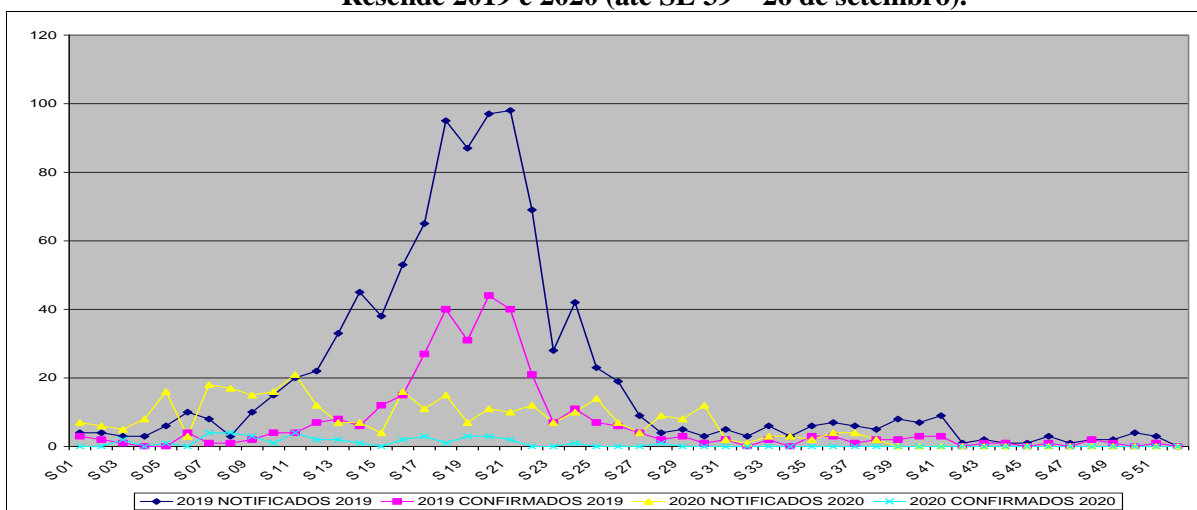
Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Coeficiente de incidência por 100.000 habitantes de arboviroses urbanas, residentes de Resende – 2020 (até SE 39)



Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

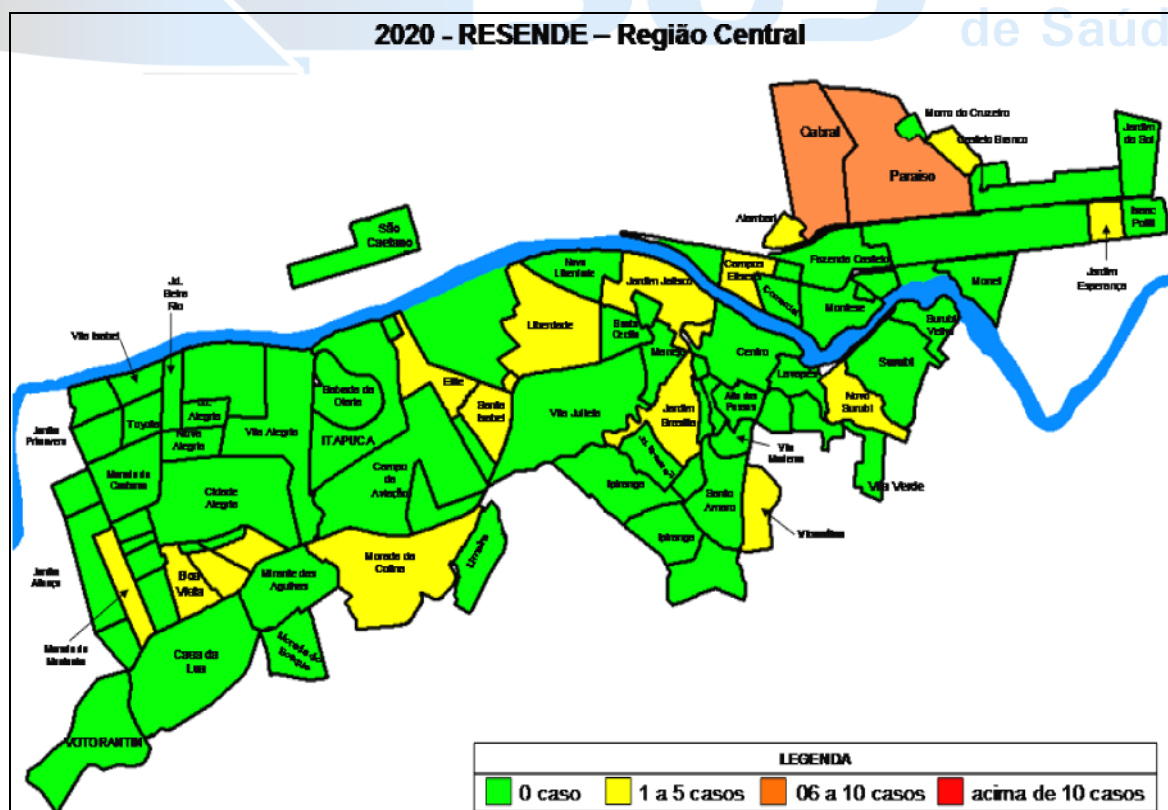
**Casos de dengue notificados e confirmados, por semana epidemiológica.
Resende 2019 e 2020 (até SE 39 – 26 de setembro).**



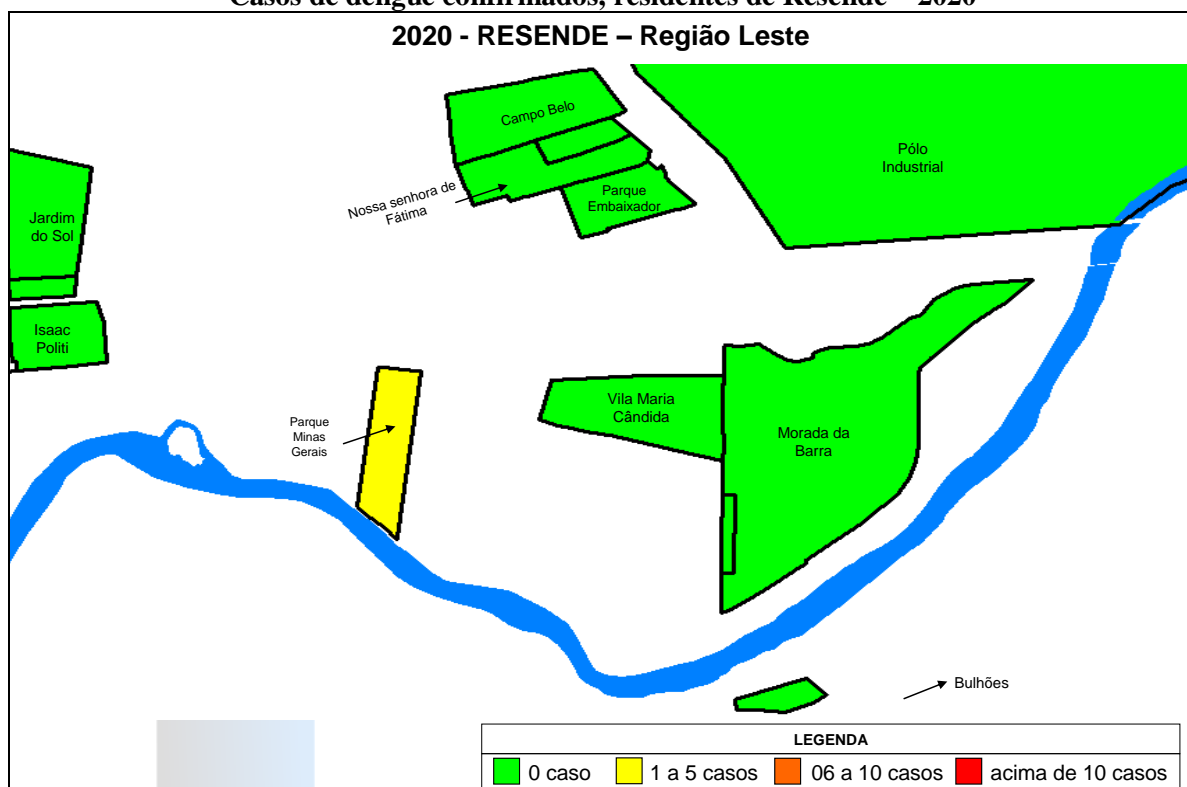
Fonte: SINAN – Serviço de Vigilância Epidemiológica. Dados sujeitos à revisão.

Conforme gráfico acima observamos que a partir da SE 10/2019 houve aumento sustentado por 3 semanas de casos notificados de dengue e tendo o pico de notificações entre as SE 18 e 22. Em 2020 o número de notificações se manteve estável e predominantemente abaixo do nível de notificações do ano anterior durante todo o período até a SE 39/2020.

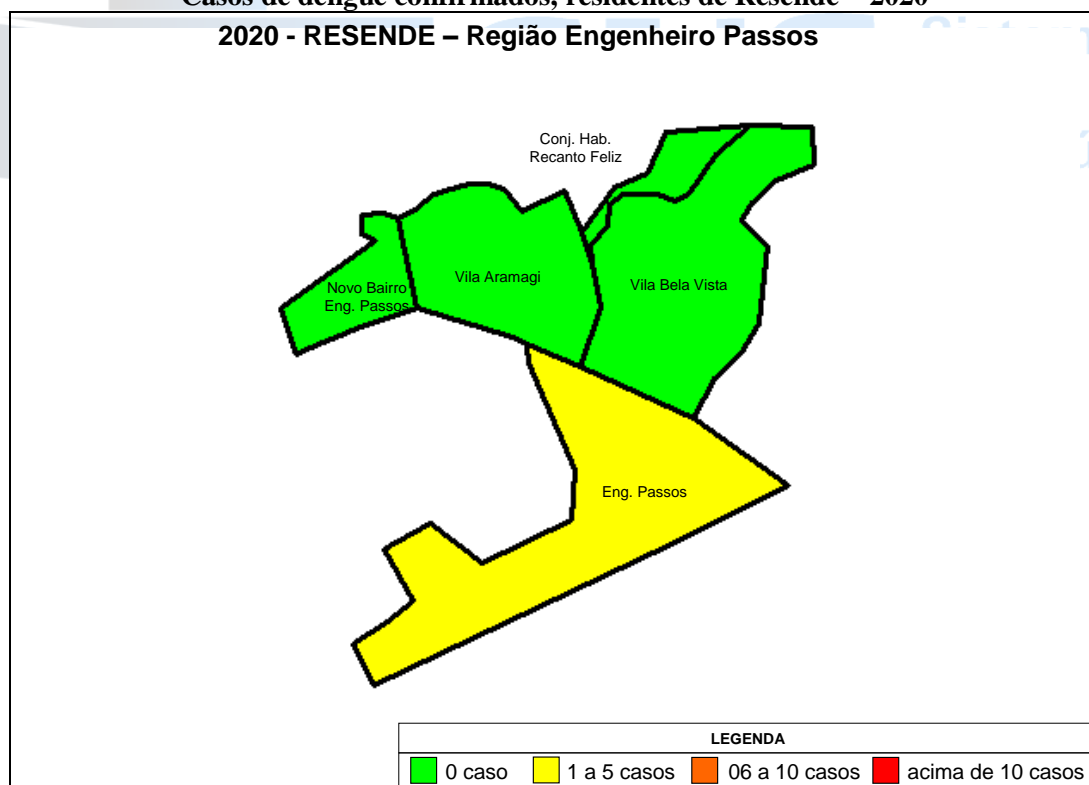
Casos de dengue confirmados, residentes de Resende – 2020



Casos de dengue confirmados, residentes de Resende – 2020



Casos de dengue confirmados, residentes de Resende – 2020



Fonte: ResenGEO e SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Nas figuras acima é descrito a distribuição territorial dos casos confirmados de dengue no município. Na região Central da cidade houve a maior concentração de casos confirmados da doença.

Os bairros Paraíso, Cabral, Liberdade e Morada da Colina foram as localidades que mais tiveram casos confirmados de dengue (21 casos – 50%). Em destaque temos os bairros Paraíso e Cabral, que são localidades vizinhas e que apresentaram o maior número de casos, ao todo 15 casos confirmados por dengue.

O Município de Resende possui cerca de 64.223 imóveis, distribuídos em 113 bairros, quando então os imóveis são inspecionados cinco vezes ao ano, totalizando 385.338 inspeções. Atualmente estão cadastrados 14 pontos estratégicos (ferro velho, borracharia, cemitério, etc.) e 11 pontos com monitoramento com atenção conforme variações climáticas, visando um maior controle do vetor.

O número de agentes de combate à endemias (ACE) é insuficiente para o total de imóveis do município, ou seja 65 a 80 profissionais que cubram de 800 a 1.000 imóveis com carga de trabalho de 8 horas diárias e rendimento diário de 20-25 imóveis/dia para visitas a cada 2 meses (atualmente com 47,5% a 58,5% do número suficiente de ACE).

Em 2017, o 1º LIRAA apresentou baixo risco de infestação do vetor; em 2018 o 1º LIRAA apresentou médio risco e em 2019 médio risco. No 1º LIRAA de 2020 foi apresentado médio risco. Segue abaixo detalhamento referente ao mesmo período de 2019 e 2020:

LIRAA de 2019:

1º LIRAA: visitas em 2783 imóveis de 49 bairros com 66 amostras coletadas.

Período: 03 a 09 de fevereiro de 2019.

I.I.P de *A. aegypti*: 2,0 %

I.I.P de *A. albopictus*: 0,6 %

I.B de *A. aegypti*: 2,1%

I.B de *A. albopictus*: 0,6%

Avaliação: Médio risco no município.

LIRAA de 2020:

1º LIRAA: visitas em 2.783 imóveis de 55 bairros com 76 amostras coletadas.

Período: 03 a 09 de fevereiro de 2020.

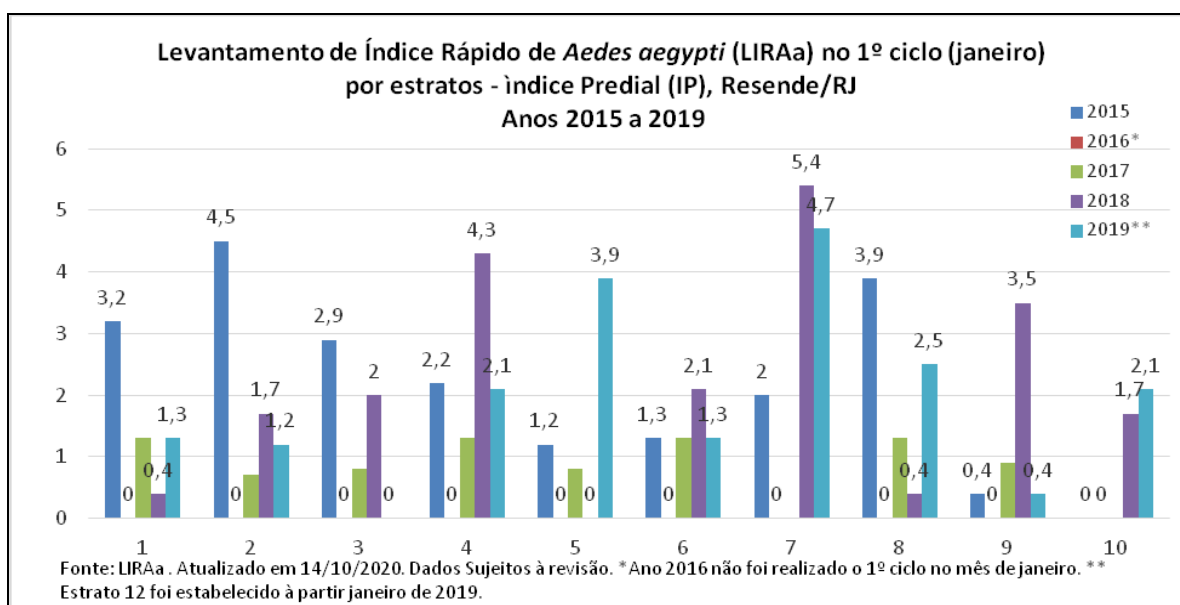
I.I.P de *A. aegypti*: 3,0%

I.I.P de *A. albopictus*: 1,1 %

I.B de *A. aegypti*: 3,1%

I.B de *A. albopictus*: 1,2%

Avaliação: Médio risco no município.



Fonte: LIRAA. Centro de Controle de Zoonoses.

A figura acima demonstra a série histórica entre os anos 2015 e 2019 que os estratos do município avaliados no primeiro ciclo anual do LIRAA (janeiro), o índice de infestação predial (IIP) para o *Ae. aegypti* em 12 estratos territoriais foi classificado em janeiro de 2019 como alto risco (acima de 4,0% de IIP) no estrato 7, com IIP de 4,7%, e três estratos (3, 9 e 12) foram classificados baixo risco (IIP de 0,0%, 0,4% e 0,0%, respectivamente).

Os 5 ciclos de visitas domiciliares no ano de 2020, segundo o FormSUS atualizado em 27/10/2020, apresentaram uma cobertura inferior a 80%, a saber: 50,9% 52,9% 79,2% 76,2% 51,5%, respectivamente.

3.1.3.2.3.3. Febre amarela (ciclo silvestre): é uma arbovirose erradicada no seu ciclo urbano no Brasil desde o ano de 1942, mantendo ciclos silvestres epidêmicos humanos e epizooticos em primatas não humanos. Nos anos de 2016 e 2017 houve uma epidemia em humanos e animais intensa nos estados do Minas Gerais e Espírito Santo e reintrodução no estado do RJ na região noroeste, serrana e dos lagos. A vacina constitui a principal ferramenta de prevenção e controle da doença, e deve ser aplicada a partir dos 9 meses de idade, conforme recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Foi iniciada a vacinação de municípios limítrofes com estes estados, incluído Resende à partir de fevereiro de 2017.

No município foi implantado o sistema de vigilância de epizootias à partir de fevereiro de 2017 com monitoramento de primatas não humanos doentes ou mortos com suspeita de febre amarela. Houve notificação de casos humanos suspeitos nos anos de 2011 e 2017, sendo todos descartados por critério laboratorial. Em junho de 2018 foi elaborado o Plano Municipal de Contingência de Febre Amarela.

Em 2017 foi notificado em Resende 01 caso suspeito de febre amarela, sendo este descartado. Em 2018, foram notificados 21 casos suspeitos de febre amarela. Sete casos foram confirmados como febre amarela silvestre, 08 descartados e 02 aguardando resultados de exames. Dos 07 casos confirmados, 03 evoluíram a óbito, apresentando 42,9 % de letalidade. Foi observado que dos 07 casos confirmados, 03 eram de moradores da área rural. Os demais casos de pacientes cujo bairro de residência é urbano, todos tiveram histórico epidemiológico de deslocamento para área rural / mata. Em 2019, foram notificados 06 casos suspeitos e nenhum confirmado. Em 2020, 02 suspeitos e nenhum confirmado.

3.1.3.2.3.4 Malária: sua ocorrência no estado do RJ é esporádica, geralmente por casos importados, especialmente viajantes. Resende possui grupos de risco entre militares da AMAN e caminhoneiros com risco de introdução do parasito no município. No estado do RJ existe a forma de malária de transmissão silvestre em áreas com remanescentes de Mata Atlântica e surtos localizados na região serrana e centro sul que circula entre primatas não humanos. Em Resende entre os anos de 1997 e 2016 apresentou 17 casos confirmados de malária, sendo 02 casos considerados autóctones (01 caso em 2012 e 01 caso em 2013) com o local provável da infecção nas regiões de Visconde de Mauá e Serra da Bocaina, Bananal/SP. No período entre 2017 e 2020 houve notificação de 10 casos suspeitos, sendo 03 confirmados em 2018 e 02 confirmados em 2019.

3.1.3.2.3.5. Febre maculosa brasileira (rickettsioses): é uma infecção bacteriana transmitida por carrapatos de alta letalidade (mais de 40% dos casos) identificada no município em 2006 após um agregado de 4 casos familiar com óbito no distrito de Engenheiro Passos. Entre os anos de 2007 e 2016 foram notificados 26 casos suspeitos com mais 01 caso confirmado e local provável da infecção no bairro Barra III. No período de 2017 a 2020, houve um aumento de notificações com 24 casos suspeitos, sendo 04 casos confirmados (01 caso em 2017 e 03 casos em 2019) .

3.1.3.2.3.6. Leishmanioses (formas tegumentar e visceral): são infecções que causam doença humana e animal, especialmente cães, transmitidas por vetores (flebotomíneos) em áreas rurais e semiurbanas. O estado do Rio de Janeiro é endêmico para a forma tegumentar (leishmaniose tegumentar americana – LTA) e apresenta com alerta epidemiológico para a forma visceral (LV) desde 2013 devido sua expansão geográfica e detecção de casos com óbitos em humanos na região do Médio Paraíba (municípios de Volta Redonda e Barra Mansa). O município de Resende entre 1998 e 2016 foram notificados e confirmados somente

2 casos de LTA humana (1999 e 2015). O caso confirmado no ano de 2015 foi LTA forma cutânea confirmada por histopatológico de lesão classificada como autóctone do bairro Paraíso. Entre os anos de 2017 e 2020 houve 01 caso de LT confirmada (2019).

A LV humana não foi detectada até o momento no município, mas há vigilância epidemiológica ativa com 3 casos humanos suspeitos notificados nos anos de 2011, 2012 e 2013, sendo todos descartados por critério laboratorial. Neste período, a vigilância de zoonoses e entomológica detectou casos de cães infectados procedentes de outros municípios com endemia para LV e ausência do vetor nas áreas próximas aos casos em animais.

3.1.3.2.3.7 Esporotricose humana: é uma infecção humana causada por fungo que pode ser adquirida por contato com ambiente contaminado (vegetação) e se tornou uma doença emergente e endêmica zoonótica transmitida por contato com felinos domésticos (gatos) no estado do RJ desde os anos 1990. O estado do RJ tornou este agravo de notificação compulsória em humanos desde o ano de 2013. No município de Resende, entre 2013 e 2016, houve 11 casos humanos confirmados por critério clínico-epidemiológico (100% forma linfocutânea) e 11 casos confirmados em felinos investigados pelo Centro de Controle de Zoonoses (CCZ). Entre 2017 e 2020 houve um aumento expressivo de notificações com 45 casos no período.

Notificações de esporotricose humana, residentes em Resende – 2013 a 2020

Diagnóstico Final	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Total	2	5	2	2	5	8	18	14	56

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

3.1.3.2.3.8. Epizootias: é uma doença que apenas ocasionalmente se encontra em uma comunidade animal, mas que se dissemina com grande rapidez e apresenta grande número de casos. A vigilância de epizootias em primatas não humanos (PNH) é uma importante estratégia que visa, prioritariamente, a identificação precoce da circulação viral dos agentes da febre amarela e da raiva, na prevenção de riscos à saúde da coletividade. Outros agravos de interesse na saúde animal e humana também são monitorados, como esporotricose, raiva, leishmaniose, febre do Nilo Ocidental, encefalite de Saint Louis, Mayaro, Oropouche e encefalites equinas.

Em Resende, a partir do ano de 2014 foi estruturado uma vigilância de epizootias entre o Serviço de Epidemiologia, CCZ, AMAR e EMATER. No período entre 2014 e 2016, foram notificadas 30 ocorrências em animais (100% domésticos), sendo 26 em felinos e 04 em cães (30 casos de esporotricose animal e 01 caso suspeito de raiva – descartado). Entre 2017 e 2020 houve 292 notificações, mostrando um aumento expressivo de monitoramento de

atendimento de animais domésticos pelo CCZ e pelo Hospital Veterinário inaugurado em agosto de 2020. Houve notificação de 02 casos em aves, 21 casos em cães e 269 casos em felinos; 284 casos de esporotricose animal e 04 casos suspeitos de raiva animal.

Em relação às epizootias em PNH, em 2017 foram encaminhados 02 animais mortos para investigação laboratorial para febre amarela. Em 2018, até 15 de junho de 2018, foi encaminhado um 01 animal morto. Todos foram provenientes da área rural / mata do município. Os exames realizados de vários fragmentos e analisados por método RT-PCR em tempo real, foram descartados para febre amarela. Entre 2019 e 2020, não houve notificação de morte em PNH.

3.1.3.2.3. Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs):

3.1.3.2.3.1. Sífilis materno-infantil: foram notificados 73 casos de sífilis em gestante em 2020, com um aumento significativo (173,8%) em relação aos 42 casos do ano de 2016. Segundo o Ministério da Saúde, o número anual de casos esperados em 2020 de sífilis em gestantes seria 26 casos (285% do esperado), havendo assim uma taxa de detecção de casos no município 45,7 por 1.000 nascidos vivos no ano de 2020, o que indica que há um sistema de vigilância e diagnóstico de sífilis em gestantes bastante sensível. Observa-se que há um aumento importante de casos à partir do ano de 2012, com 35 casos (28% acima do esperado para o ano), mantendo o fenômeno a partir do ano de 2014 com incremento progressivo no período entre 2014 e 2020 (14% até 185% acima do esperado), indicando um período epidêmico de sífilis na gestação.

A melhoria da vigilância e detecção de casos à partir do ano de 2011 se deve em parte à estruturação do Pré-Natal de Baixo Risco nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família e a introdução de exames de pré-natal com a realização de testes rápidos treponêmicos. Diante do aumento expressivo de casos de sífilis na gestação, em outubro de 2012 foi criado um Grupo Técnico de Doenças Infecciosas na Gestação com o objetivo de elaborar estratégias de enfrentamento das infecções maternas.

Casos de sífilis em gestantes e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos, residentes em Resende – 2011 a 2020

Sífilis em Gestantes	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nº de Casos	24	34	23	33	33	42	48	60	61	73
Nascidos vivos Resende/RJ	1.690	1.708	1.735	1.803	1.816	1.749	1.730	1.745	1.659	1.599
Nº de Casos Esperados*	27,0	27,3	27,8	28,8	29,1	28,0	27,7	27,9	26,5	25,6
Percentual de Sífilis Gestantes Notificadas	89	124	83	114	114	150	173	215	230	285
Taxa de Detecção Resende/RJ	14,2	19,9	13,3	18,3	18,2	24,0	27,7	34,4	36,8	45,7
Taxa de Detecção Região Médio Paraíba	s/ inf	s/ inf	s/ inf	s/ inf	14	s/ inf	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf
Taxa de Detecção Estado do RJ	10,2	12,6	14,7	17,7	18,2	26,5	35,6	42,4	44,5	s/inf
Taxa de Detecção Sudeste	5,7	7,2	8,9	11,2	12,5	16,1	20,7	24,8	24	s/inf

Taxa de Detecção Brasil	5	6	7,5	9,3	10,9	13,4	17	21,5	20,8	s/inf
--------------------------------	---	---	-----	-----	------	------	----	------	------	-------

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão. NSA = não se aplica.

*Estudo Sentinela Parturiente de 2004, realizado pelo MS, a prevalência de sífilis em gestantes foi de 1,6%.

Notificações de sífilis congênita, residentes em Resende – 2011 a 2020

Diagnóstico Final	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sífilis Congênita Recente	11	20	20	16	23	21	17	30	8	13
Sífilis Congênita Tardia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aborto	2	2	1	3	1	5	6	3	1	5
Natimorto	3	2	1	1	1	2	2	1	0	0
Descartado	2	7	6	8	8	13	13	15	30	44
Total	18	31	28	28	33	41	38	49	39	62

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Casos de sífilis congênita e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos, residentes em Resende – 2011 a 2020

Sífilis Congênita	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nº de Casos	11	20	20	16	23	21	17	30	8	13
Nº de Casos Esperados*	6,8	6,8	6,9	7,2	7,3	7,0	6,9	7,0	6,6	6,4
Nascidos vivos Resende/RJ	1.690	1.708	1.735	1.803	1.816	1.749	1.730	1.745	1.659	1.599
Percentual de Sífilis Congênita Notificados	163	293	288	222	317	300	246	430	121	203
Taxa de Detecção Resende/RJ	6,5	11,7	11,5	8,9	12,7	12,0	9,8	17,2	4,8	8,1
Taxa de Detecção Região Médio Paraíba	2,6	3,6	3,7	4	8,9	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf
Taxa de Detecção Estado do RJ	9,9	11,4	12,2	13,1	12,6	15,8	19,4	19,9	20,1	s/inf
Taxa de Detecção Sudeste	3,6	4,6	5,3	6	7	8,2	9,4	9,9	9,4	s/inf
Taxa de Detecção Brasil	3,3	4	4,8	5,4	6,5	7,4	8,5	9	8,2	s/inf

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

NSA = não se aplica.

*Estudo Sentinela Parturiente de 2004, realizado pelo MS, a prevalência de sífilis em gestantes foi de 1,6%. Cálculo estimado de 25% de sífilis congênita, ou seja, prevalência de 0,4%.

No ano de 2020 foram notificados 62 casos de sífilis congênita, sendo confirmados 18 casos e descartados 44 casos no município, representando 103% acima dos casos esperados para o ano (ver tabela acima), com uma taxa de detecção de 8,1/1.000 NV, inferior ao índice do estado do RJ (20,1/1.000 NV) e semelhante ao nacional (8,2/1.000 NV) no ano de 2019. A análise temporal dos casos de sífilis congênita acompanha os coeficientes de detecção de sífilis materna desde o ano de 2011 com um aumento significativo das notificações de ambos os agravos, contudo, indicando uma assistência ao pré-natal com melhoria do diagnóstico antes do parto com tratamento oportuno de parcela significativa das gestantes. No ano de 2020 a notificação de sífilis congênita, segundo o diagnóstico materno, mostra que 18 casos foram diagnosticados durante o pré-natal (77,8%). A média de realização do pré-natal entre os anos de 2007 e 2020 foi de 84,4%, indicando que houve garantia de acesso à assistência pré-natal no período analisado.

Frequência de sífilis congênita segundo realização de pré-natal, residentes de Resende – 2011 a 2020

Realizou Pré-Natal	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sim	12	21	20	17	21	23	20	30	8	14
Não	4	3	2	3	4	5	5	4	1	4
Total	16	24	22	20	25	28	25	34	9	18

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Quanto ao momento do diagnóstico de sífilis materno, observou-se que na série temporal foi identificado de forma equitativa conforme os trimestres gestacionais (média de 27,6%, 25,1% e 19,6% no 1º, 2º e 3º trimestres, respectivamente), permitindo o acesso em tempo oportuno de tratamento adequado da gestante e parceiro sexual (até 4 semanas antes do parto).

Frequência de sífilis congênita segundo trimestre de gestação, residentes de Resende – 2007 a 2020



Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Contudo, quando se observa o tratamento adequado, verifica-se que ocorreu em apenas 21,4% dos casos entre os anos 2007 e 2016, onde 23,8% das gestantes e 56,7% dos parceiros não trataram a sífilis. No ano de 2020, somente 77,8% das gestantes foram tratadas adequadamente, significativamente superior ao ano de 2016 (27,6).

3.1.3.2.3.1. HIV/AIDS: é registrado no município desde o ano de 1999 no SINAN, com uma estimativa de prevalência na população geral de 0,6%, contudo, mais elevadas em populações específicas com maior vulnerabilidade. Até o ano de 2014 somente os casos com critérios de definição de AIDS, infecção em gestante, parturiente, puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do vírus, quando tornou-se obrigatório notificar regularmente às

autoridades de saúde os casos de infecção por HIV, a partir da confirmação do diagnóstico, conforme a determinação do Ministério da Saúde pela Portaria nº 1.271 de 9 de junho de 2014.

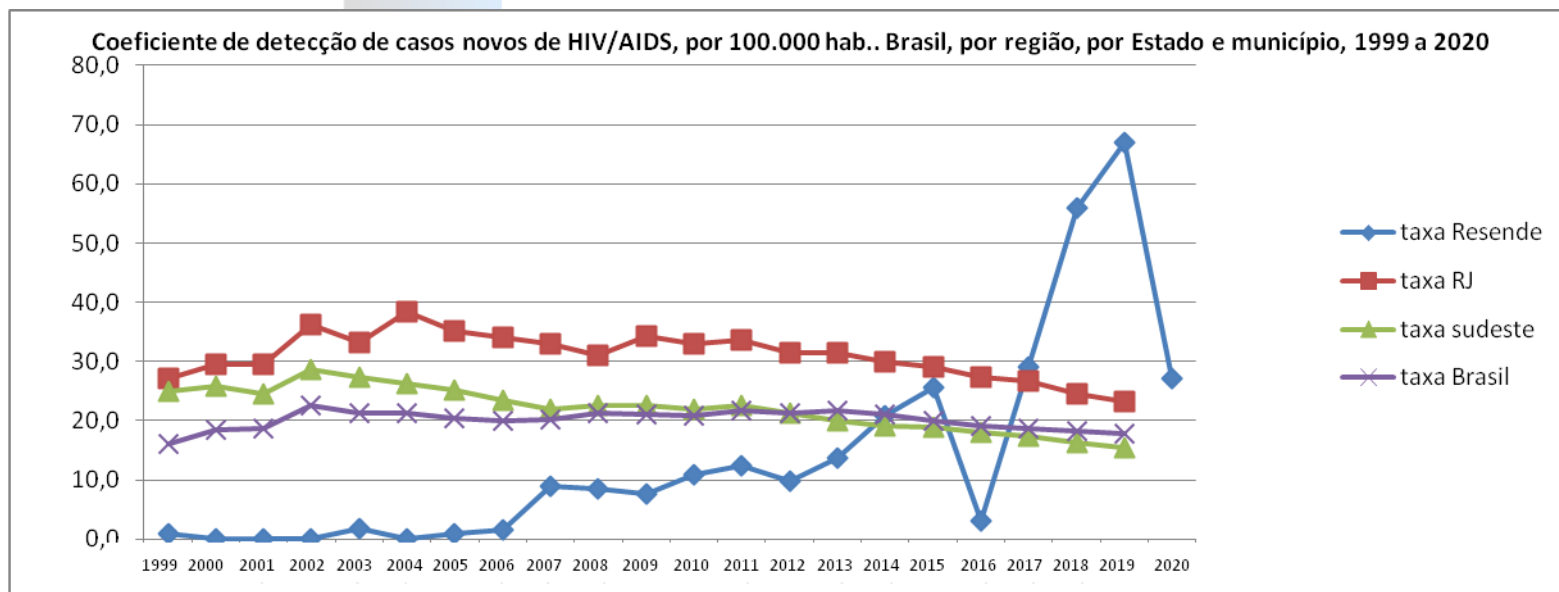
A taxa de incidência por 100.000 habitantes no período entre 1999 e 2020 mostra um aumento na taxa de detecção de casos devido a intensificação da vigilância com notificação e diagnóstico da infecção, especialmente à partir de 2014 com a ampliação dos casos notificados pelo SAE DST/HIV/Hepatites Virais no SINAN. A análise da série histórica do período mostra que a maior ocorrência na faixa etária de 20 a 49 anos (84,9%). Em relação ao sexo, o masculino foi o de maior incidência (73,6%). Houve também no período 52 notificações de gestantes com HIV, que realizaram o pré-natal completo e fizeram uso de antirretrovirais e 1 criança exposta ao HIV no ano de 2009 no período perinatal.

3.1.3.2.3.3. Hepatites Virais B e C: em outubro de 2012 o SAE elaborou o Plano para Implantação do Programa Municipal de Prevenção e Controle das Hepatites Virais e incluiu em suas atividades a prevenção e o manejo clínico das hepatites virais B e C. No período entre 2007 e 2020 foram notificados 45 casos de hepatite B (HBsAg reagente OU AntiHBc IgM reagente) e 68 casos de hepatite C (AntiHCV reagente E RNA HCV detectável).

Casos novos de HIV-AIDS e taxa de detecção de HIV-AIDS, por 100.000 habitantes, residentes de Resende - 2007 a 2020

HIV-AIDS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nº de Casos novos	11	11	10	13	15	12	17	26	32	4	37	73	88	36
População Resende/RJ	122.020	127.763	130.035	119.769	120.937	122.068	123.385	124.316	125.214	126.014	126.923	130.334	131.341	132.312
Prevalência de Casos Esperados*	732,1	766,6	780,2	718,6	725,6	732,4	740,3	745,9	751,3	756,1	761,5	782,0	788,0	793,9
Percentual de HIV-AIDS Notificadas	1,5	1,4	1,3	1,8	2,1	1,6	2,3	3,5	4,3	0,5	4,9	9,3	11,2	0,0
Taxa de Detecção Resende/RJ	9,0	8,6	7,7	10,9	12,4	9,8	13,8	20,9	25,6	3,2	29,2	56,0	67,0	0,0
Taxa de Detecção estado RJ	32,9	31,1	34,2	33,1	33,6	31,4	31,4	29,9	29	27,3	26,7	24,5	23,3	s/info.
Taxa de Detecção Sudeste	21,9	22,5	22,6	21,9	22,6	21,4	20	19,2	19	18,1	17,3	16,4	15,4	s/info.
Taxa de Detecção Brasil	20,2	21,4	21,1	20,9	21,8	21,4	21,8	21,1	20,1	19,1	18,6	18,2	17,8	s/info.

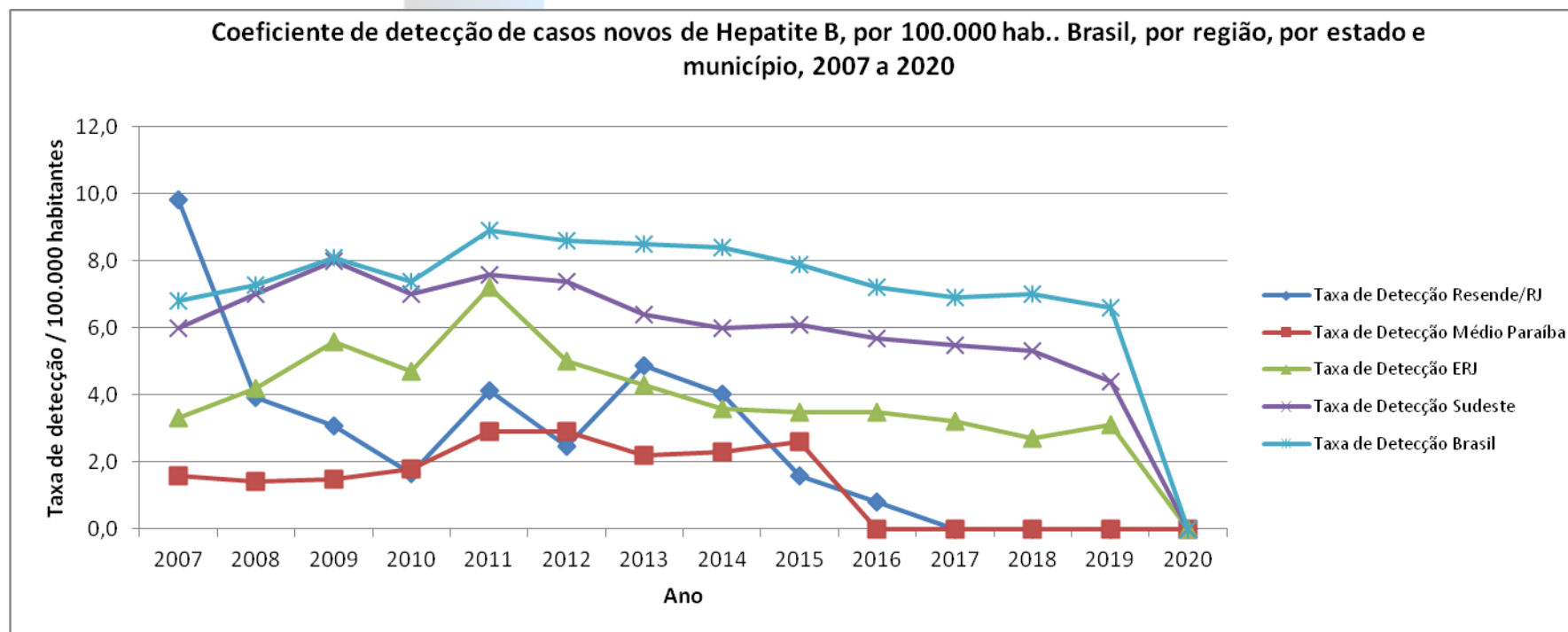
Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão. NSA = não se aplica. *Prevalência estimada na população geral, realizado pelo MS, de 0,6%.



Casos novos de hepatite B (sorologia HBsAg reagente OU AntiHbc IgM reagente) e taxa de detecção por 100.000 habitantes, residentes de Resende – 2011 a 2020

Hepatite B	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nº de Casos novos	5	3	6	5	2	1	0	0	0	0
População Resende/RJ	120.937	122.068	123.385	124.316	125.214	126.014	126.923	130.334	131.341	132.312
Taxa de Detecção Resende/RJ	4,1	2,5	4,9	4,0	1,6	0,8	0	0	0	0
Taxa de Detecção Médio Paraíba	2,9	2,9	2,2	2,3	2,6	s/info.	s/info.	s/info.	s/info.	s/info.
Taxa de Detecção estado RJ	7,2	5	4,3	3,6	3,5	3,5	3,2	2,7	3,1	s/info.
Taxa de Detecção Sudeste	7,6	7,4	6,4	6,0	6,1	5,7	5,5	5,3	4,4	s/info.
Taxa de Detecção Brasil	8,9	8,6	8,5	8,4	7,9	7,2	6,9	7,0	6,6	s/info.

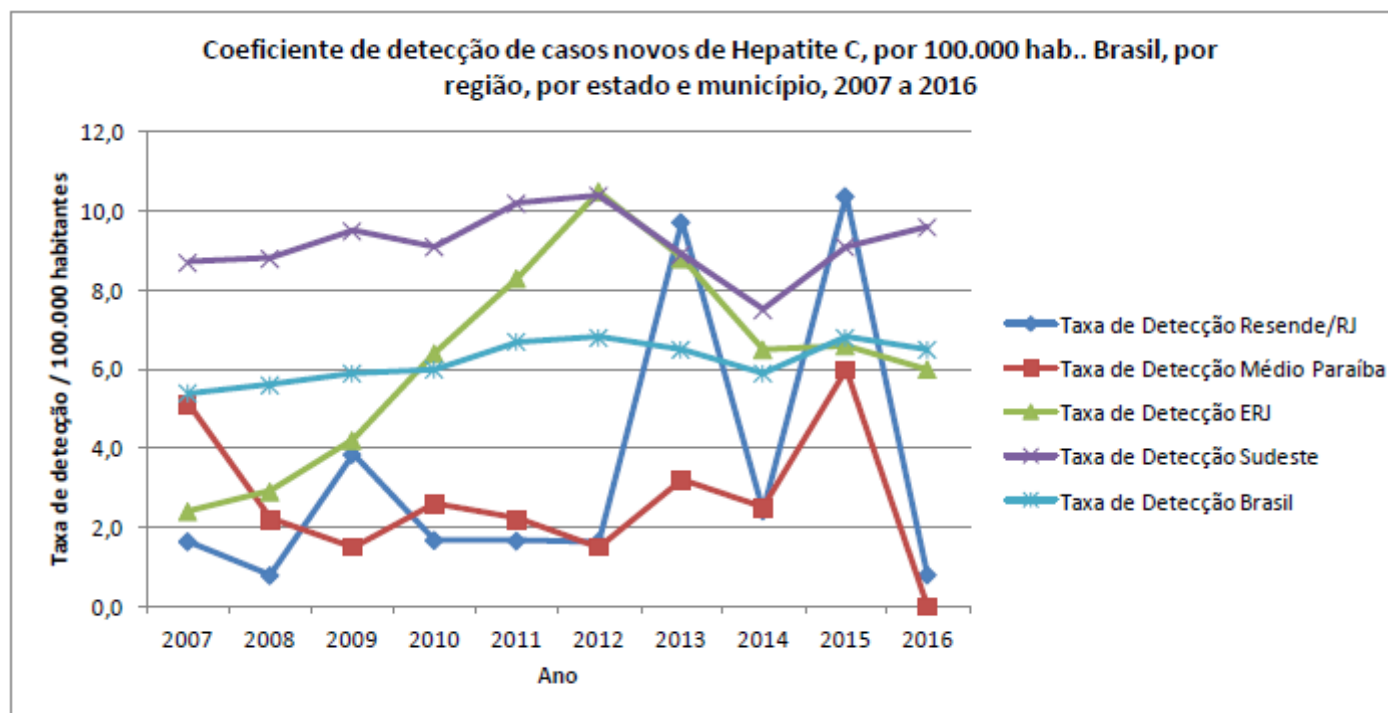
Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.



Casos confirmados de hepatite C (AntiHCV reagente E HCV RNA reagente) e taxa de detecção por 100.000 habitantes, residentes de Resende – 2011 a 2020

Hepatite C	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nº de Casos confirmados	1	2	6	5	13	17	2	1	12	9
População Resende/RJ	120.937	122.068	123.385	124.316	125.214	126.014	126.923	130.334	131.341	132.312
Taxa de Detecção Resende/RJ	0,8	1,6	4,9	4,0	10,4	13,5	1,6	0,8	9,1	6,8
Taxa de Detecção Médio Paraíba	2,2	1,5	3,2	2,5	6	s/info.	s/info.	s/info.	s/info.	s/info.
Taxa de Detecção estado RJ	13,8	16,7	13,0	9,5	12,0	13,1	10,4	10,9	7,0	s/info.
Taxa de Detecção Sudeste	17,7	18,4	16,0	14,5	16,6	19,0	16,4	17,4	13,2	s/info.
Taxa de Detecção Brasil	12,6	13,1	12,6	11,9	13,2	13,9	12,5	13,3	10,8	s/info.

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.



3.1.3.2.4. Tuberculose e Hanseníase:

3.1.3.2.4.1 Hanseníase: o alcance das metas propostas para a hanseníase depende da melhoria dos resultados de indicadores pactuados nas instâncias gestoras do SUS, quais sejam, a cura de todos os casos diagnosticados precocemente, a vigilância de contatos, especialmente nos casos menores de 15 anos, avaliação e monitoramento das incapacidades físicas apresentadas pelos casos já diagnosticados tardiamente, entre outros. Isso somente será possível com a expansão do acesso às oportunidades de diagnóstico, tratamento e vigilância.

Foram detectados 05 novos casos de hanseníase no ano 2020, sendo 05 casos do tipo multibacilar e 01 caso do tipo paucibacilar.

No período acima analisado, os percentuais de cura alcançaram o mínimo de 95%, exceto nos anos de 2001, 2002, 2004 e 2011 conforme meta estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Casos novos de hanseníase, por situação de encerramento, residentes de Resende – 2000 a 2020

Ano	Não preenchido	Cura	Transferência para outro município/estado	Óbito	Abandono	Transferência não especificada	Total	Frequência
2000	0	21	0	0	1	0	5	100,0
2001	0	32	0	1	2	0	22	95,5
2002	0	24	0	0	1	0	35	91,4
2003	0	25	0	1	1	2	25	96,0
2004	0	26	0	0	0	0	29	86,2
2005	0	24	0	0	1	1	26	100,0
2006	0	21	0	0	0	0	26	92,3
2007	0	9	1	0	0	0	10	90,0
2008	0	21	1	0	0	0	22	95,5
2009	0	16	0	0	0	0	16	100,0
2010	0	16	0	0	0	0	16	100,0
2011	0	12	1	0	0	0	13	92,3
2012	0	12	0	1	0	0	12	100,0
2013	0	17	0	0	0	0	18	94,4
2014	0	9	0	0	0	0	9	100,0
2015	0	6	0	0	0	0	6	100,0
2016	0	11	0	0	0	0	11	100,0
2017	0	5	0	0	0	0	5	100,0
2018	0	11	0	0	0	0	11	100,0
2019	0	5	0	1	0	0	5	100,0
2020*	1	4	0	0	1	0	6	66,7
Total	0	306	3	4	6	3	322	94,8

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

*1 caso em acompanhamento até o momento (30/06/2021).

Entre os anos 2001 e 2020 ocorreram 13 casos em menores de 15 anos, com o último 01 caso novo em 2019.

A série histórica da taxa de detecção de casos novos, no período de 2001 a 2016, mostra um pico em 2002 e 2004, declinando gradualmente a partir de 2009, atingindo valor de 7,2/100.000 hab., semelhante ao estado do RJ (7,4/100.000 hab.) e inferior ao país (15,3/100.000 hab.). A prevalência reduziu a patamares aceitáveis pelo M.S. abaixo de 1

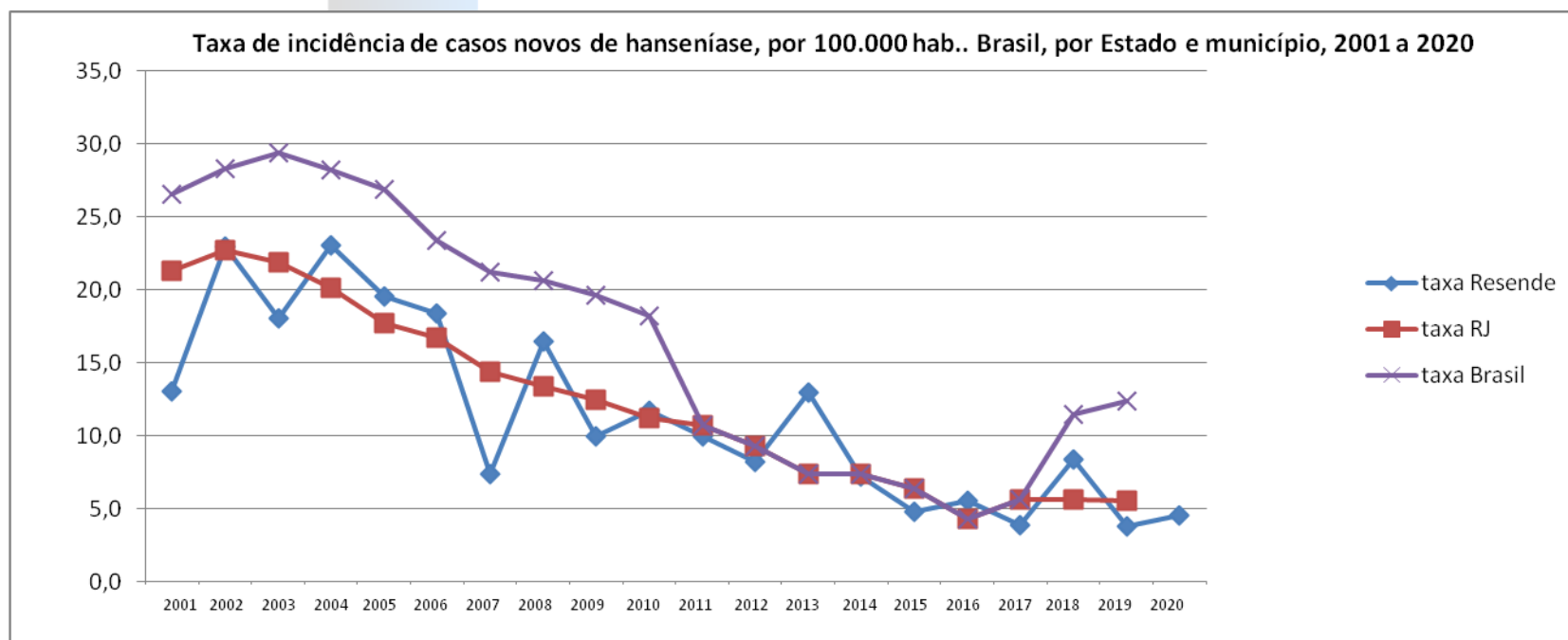
caso/10.000 hab. nos anos de 2012 e a partir de 2014. No ano de 2020 houve 05 casos novos e 01 transferido de outro estado, sendo 01 paucibacilar e 05 multibacilar.



Casos novos de hanseníase e taxas de detecção por 100.000 habitantes e prevalência por 10.000 habitantes, residentes de Resende – 2005 a 2020

Hanseníase	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nº de Casos novos	23	22	9	21	13	14	12	10	16	9	6	7	5	11	5	6
População Resende/RJ	117.416	119.728	122.020	127.763	130.035	119.769	120.937	122.068	123.385	124.316	125.214	126.014	126.923	130.334	131.341	132.312
Taxa de Prevalência Resende/RJ	2,0	1,8	0,7	1,6	1,0	1,2	1,0	0,8	1,3	0,7	0,5	0,6	0,4	0,8	0,4	0,5
Taxa de Detecção Resende/RJ	19,6	18,4	7,4	16,4	10,0	11,7	9,9	8,2	13,0	7,2	4,8	5,6	3,9	8,4	3,8	4,5
Taxa de Prevalência ERJ	2,8	0,9	1,1	1,6	1,3	1,0	9,9	0,9	0,8	0,7	0,6	0,4	0,5	0,6	0,6	s/info.
Taxa de Detecção ERJ	17,7	16,7	14,4	13,4	12,5	11,2	10,7	9,3	7,4	7,4	6,4	4,3	5,6	5,6	5,5	s/info.
Taxa de Detecção Brasil	26,9	23,4	21,2	20,6	19,6	18,2	10,7	9,3	7,4	7,4	6,4	4,3	5,6	11,5	12,4	s/info.

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.



3.1.3.2.4.2. Tuberculose: acompanhando a humanidade há milênios, a tuberculose permanece como grave problema de Saúde Pública, que atinge cidadãos socialmente mais vulneráveis, em sua faixa etária mais produtiva. Para tentar solucioná-la, é necessário tratar os casos diagnosticados de forma adequada, investigar os pacientes sintomáticos respiratórios, prevenir a doença nas pessoas sadias e proteger as já infectadas. O risco de adoecimento entre contatos de casos de tuberculose depende do estado bacteriológico do caso-índice e da intimidade. Consideram-se contatos de alto risco aqueles que compartilham ou compartilharam o mesmo ambiente no passado recente.

No ano de 2020 houve 56 casos novos da tuberculose, demonstrando um aumento de 185,7% em relação ao ano de 2016 (24 casos); 06 casos de recidiva, 02 casos de reingresso após abandono, 11 casos de transferência de outros municípios e 03 casos de diagnóstico *post-mortem*. Em 2017 foi detectado 01 caso de tuberculose multirresistente (TB MDR). Quanto à localização da infecção, 47 (83,9%) foram pulmonares e 9 (16,1%) extrapulmonares.

Casos de tuberculose, por forma e por tipo de entrada, residentes em Resende – 2020

Forma	Caso Novo	Recidiva	Reingresso após Abandono	Transferência	Após óbito	Total
Pulmonar	47	6	2	11	3	69
Extrapulmonar	9	0	0	0	0	9
Total	56	6	2	11	3	78

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Casos de tuberculose, por faixa etária SINAN e por forma clínica, residentes em Resende – 2020

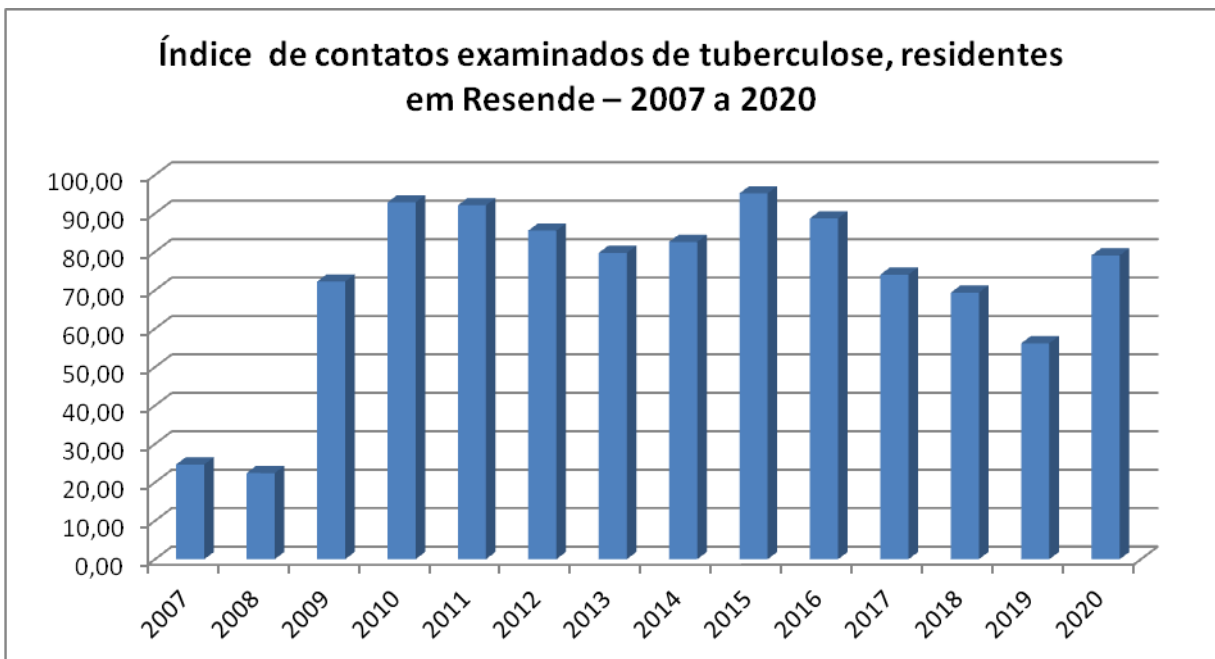
Faixa Etária SINAN	Pulmonar	Extrapulmonar	Total
15-19 anos	4	1	5
20-34 anos	30	2	20
35-49 anos	20	1	14
50-64 anos	13	5	16
80 e mais anos	2	0	1
Total	69	9	56

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Índice de contatos examinados de tuberculose, residentes em Resende – 2007 a 2020

Ano da Notificação	Contatos Registrados	Contatos examinados	Cobertura de contatos
2007	146	36	24,7%
2008	116	26	22,4%
2009	173	125	72,3%
2010	112	104	92,9%
2011	152	140	92,1%
2012	138	118	85,5%
2013	138	110	79,7%
2014	132	109	82,6%
2015	271	258	95,2%
2016	168	149	88,7%
2017	239	177	74,1%
2018	173	120	69,4%
2019	251	141	56,2%
2020	172	136	79,1%

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.



Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Proporção de contatos de casos de tuberculose examinados entre os registrados. Interpretação: Uma ação importante para a interrupção da cadeia de transmissão da doença é o exame dos contatos. Espera-se que 100% dos contatos identificados sejam examinados. Contudo, conforme o gráfico e tabela acima, não houve em nenhum ano da série histórica desde 2007 a meta atingida, com uma média de 73,6% de contatos examinados.

Comparados aos parâmetros do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), os indicadores de percentual de cura total foi de 93,6% e 05 abandonos em 2020. Desde o ano de 2017 o município não alcança a meta preconizada pelo Ministério da Saúde de 85% de cura e abandono menor que 10%. A proporção de cura de casos novos com tuberculose pulmonar confirmadas por laboratório (baciloscopia no escarro e/ou cultura de escarro e/ou teste rápido molecular) era inferior à 80% entre os anos 2001 e 2011 e, à partir de 2012 manteve percentuais entre 84,4% e 100%.

Casos de tuberculose, por situação de encerramento, residentes de Resende – 2001 a 2020

Ano	Ignorado / Branco	Cura	Abandono	Óbito por tuberculose	Óbito por outras causas	Transferência	Mudança de diagnóstico	TB-MDR	Frequência
2001	0	29	5	0	0	2	2	0	76,3
2002	0	49	2	0	3	4	2	1	80,3
2003	0	47	0	0	5	2	1	0	85,5
2004	0	34	1	0	6	1	4	0	73,9
2005	0	30	5	0	1	2	0	0	78,9
2006	0	31	1	0	2	0	1	0	88,6
2007	0	34	3	1	1	0	0	0	87,2
2008	0	34	0	0	2	3	0	0	87,2
2009	0	37	2	1	2	1	0	1	84,1
2010	0	26	1	0	2	2	1	1	78,8
2011	0	44	4	0	0	3	2	0	83,0
2012	0	33	0	0	1	1	1	1	89,2
2013	0	27	0	0	0	2	0	0	93,1
2014	0	24	0	0	0	1	0	0	96,0
2015	0	39	0	0	2	2	1	2	84,8
2016	0	24	0	1	1	1	1	1	82,8
2017	0	35	4	1	0	2	2	1	77,8
2018	0	28	4	3	2	1	0	0	73,7
2019	0	42	9	3	0	8	1	0	66,7
2020*	11	36	5	1	0	3	0	0	64,3
Total	11	683	46	11	30	41	19	8	80,4

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

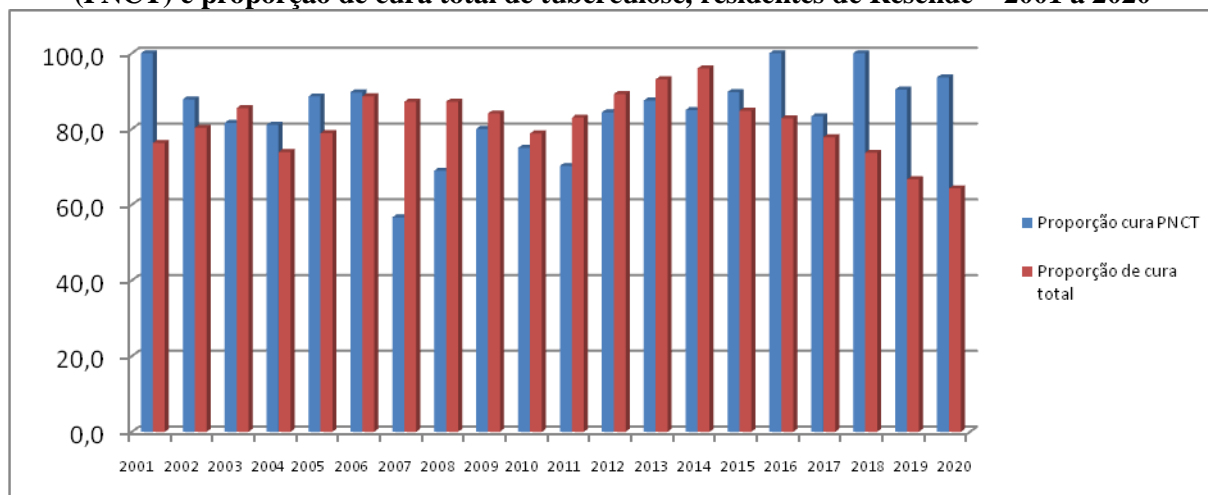
*11 casos em acompanhamento até o momento (30/06/2021).

Casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial (PNCT) e proporção de cura total de tuberculose, residentes de Resende – 2001 a 2020

Ano	Caso novo pulmonar	Total positivo	Bacilo escarro positiva	Cultura escarro positiva	Teste rápido molecular positivo	Frequência
2001	29	29	31	0	0	100,0
2002	41	36	36	0	0	87,8
2003	38	31	31	0	0	81,6
2004	37	30	30	0	0	81,1
2005	35	31	31	0	0	88,6
2006	29	26	26	0	0	89,7
2007	30	17	16	1	0	56,7
2008	29	20	20	0	0	69,0
2009	35	28	27	1	0	80,0
2010	24	18	18	0	0	75,0
2011	47	33	31	2	0	70,2
2012	32	27	25	2	0	84,4
2013	24	21	19	2	0	87,5
2014	20	17	17	0	0	85,0
2015	39	35	35	0	0	89,7
2016	23	23	25	0	0	100,0
2017	36	30	30	0	0	83,3
2018	30	30	33	0	0	100,0
2019	52	47	47	0	0	90,4
2020	47	44	44	0	0	93,6
Total	677	573	572	8	0	84,6

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão

Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial (PNCT) e proporção de cura total de tuberculose, residentes de Resende – 2001 a 2020



Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

A proporção de realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento da forma pulmonar mostrou uma irregularidade na coleta e manteve 100% nos anos de 2007, 2012, 2015 e 2016.

Frequência de retratamento de tuberculose (recidiva OU reingresso por tratamento) segundo cultura escarro, residentes de Resende 2005 a 2020

Cultura Escarro	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Positivo	1	0	0	1	0	1	1	2	0	1	2	4	1	4	2	5
Negativo	0	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	4	0	1	1
Em andamento	0	0	1	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não realizado	4	2	0	1	1	2	1	0	1	2	0	0	0	1	2	1
Total	5	4	1	4	2	6	2	5	1	3	2	4	1	4	2	5
Proporção (%)	20	50	100	75	50	66,7	50	100	0	33,3	100	100	20	80	40	71,4

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão

A proporção de realização de teste de sensibilidade entre os casos de retratamento de tuberculose pulmonar com cultura positiva somente pode ser iniciada no ano de 2014 quando iniciou-se sistematicamente o registro no município e apresentou as frequências média de 47,9% no período de 2014 a 2020 com um total de 10 amostras sensíveis a todas as drogas 01 amostra resistente a isoniazida e rifampicina em 2020.

A proporção de realização de testagem para HIV entre os casos novos de tuberculose somente atingiu a meta do PCNT acima de 80% de forma contínua à partir do ano de 2012.

Proporção (%) de casos novos de tuberculose com testagem para HIV, residentes de Resende – 2005 a 2020

Teste HIV realizado	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Proporção (%)	79	62,9	76,9	82,1	75,6	84,8	76,9	91,7	96,6	100	100	95,8	95,6	97,4	92,1	96,4
Total	38	35	39	39	45	33	52	36	29	26	45	24	45	38	63	56

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão

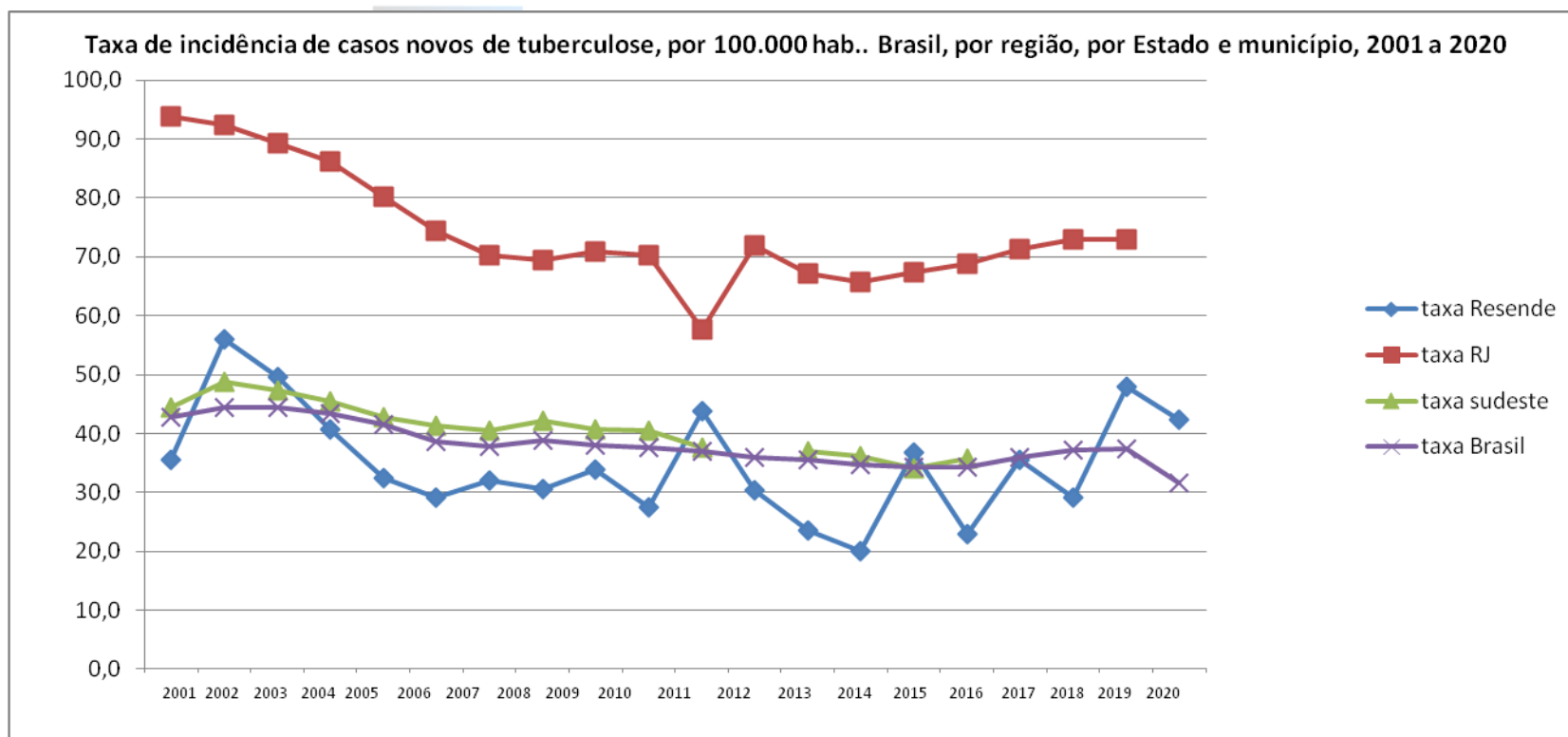
A taxa de incidência da tuberculose em 2020 foi de 59,0 casos novos / 100.000 habitantes, a maior taxa na série histórica do município desde 2001, inferior ao estado do RJ (72,9/100.000 hab.) em 2019 e significativamente superior a nacional (31,6/100.000 hab.) no mesmo ano.



Casos novos de tuberculose e taxa de detecção por 100.000 habitantes, residentes de Resende – 2005 a 2020

Tuberculose	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nº de Casos novos	38	35	39	39	45	33	52	36	29	26	45	24	51	48	74	78
População Resende/RJ	117.416	119.728	122.020	127.763	130.035	119.769	120.937	122.068	123.385	124.316	125.214	126.014	126.923	130.334	131.341	132.312
Taxa de Detecção Resende/RJ	32,4	29,2	32,0	30,5	34,6	27,6	43,0	29,5	23,5	20,9	35,9	19,0	40,2	36,8	56,3	59,0
Taxa de Detecção estado RJ	80,1	74,4	70,2	69,4	70,8	70,3	57,6	72	67,1	65,8	67,4	68,9	71,3	73	72,9	s/inf.
Taxa de Detecção Sudeste	42,7	41,3	40,6	42,1	40,7	40,6	37,6	s/inf.	37,1	36,2	34,1	35,7	s/inf.	s/inf.	s/inf.	s/inf.
Taxa de Detecção Brasil	41,5	38,7	37,9	38,8	38,1	37,6	37	35,9	35,6	34,7	34,3	34,4	36	37,2	37,4	31,6

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.



Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

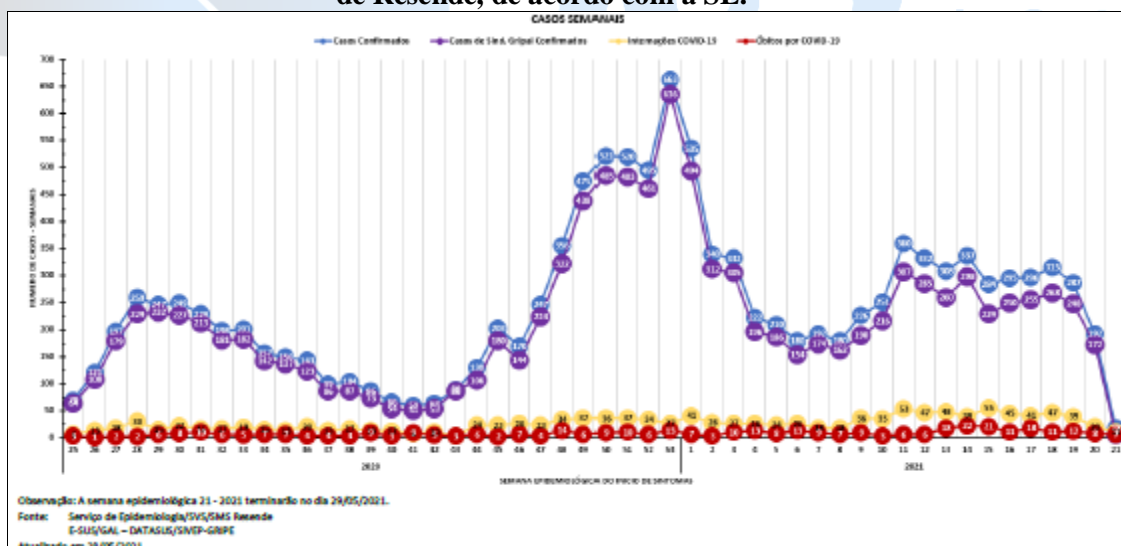
3.1.3.2.5. Doenças e Agravos de Transmissão Respiratória:

3.1.3.2.5.1. COVID-19 e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): a Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) é uma infecção viral sistêmica aguda causada pelo SARS-CoV-2 contagiosa transmitida diretamente através de secreções respiratórias (gotículas ou aerossóis, em condições especiais) ou indiretamente através de fômites e objetos contaminados, de notificação compulsória, emergente globalmente a partir de dezembro de 2019 e de origem zoonótica (reservatório em morcegos).

O município de Resende iniciou a vigilância de casos a partir de janeiro de 2020 com o primeiro caso suspeito notificado em 28 de janeiro, procedente de Beijing, sendo descartado por critério laboratorial. O primeiro caso confirmado foi em 17 de março, procedente do município do Rio de Janeiro evoluindo com um quadro clínico leve a moderado com medidas de contenção municipal implementadas a partir de 20 de março.

No ano de 2020 e 2021 até a SE 21 (28 de maio), houve 37.900 casos suspeitos de COVID-19 notificados, 12.740 casos confirmados (proporção de 33,6%) e 115 casos em investigação – ver tabela 1 e figura 2, não havendo série temporal anterior para observação de tendências, pois é um vírus emergente e a vigilância estava estruturada até o ano de 2019 para o monitoramento sentinela de SRAG, focada em Influenza subtipo pandêmico H1N1.

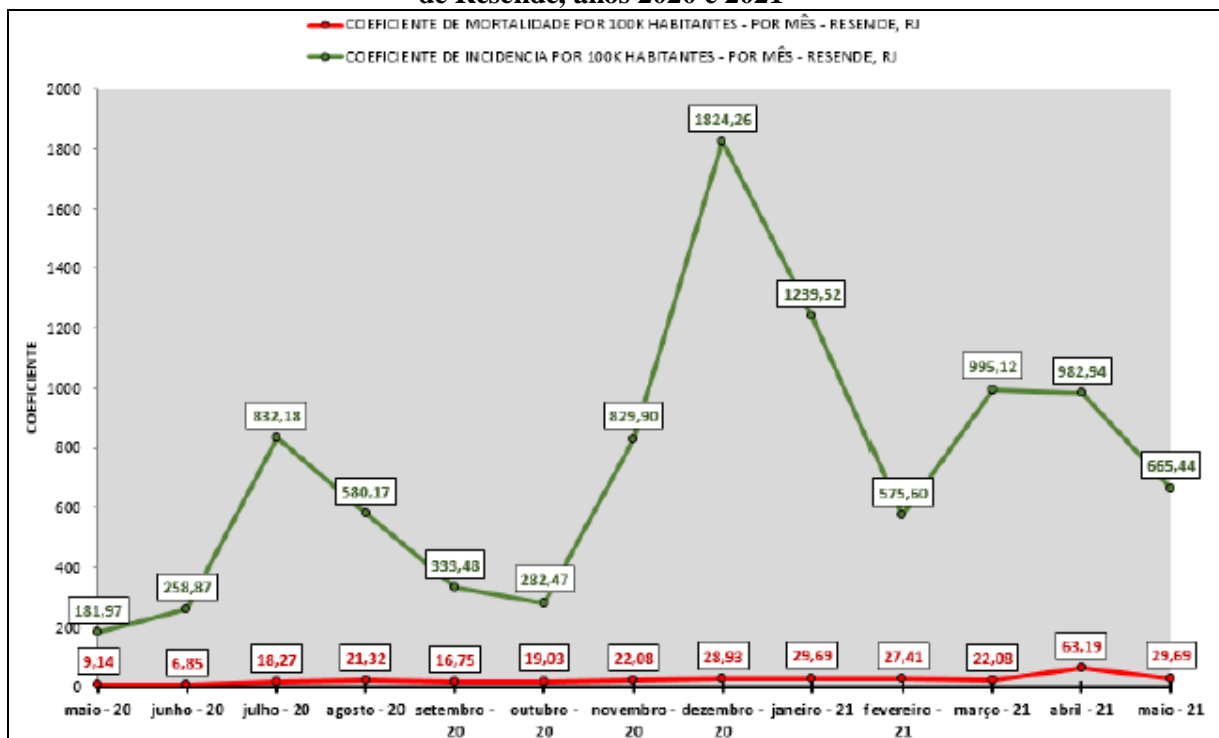
Casos por data de início dos sintomas e data de ocorrência dos óbitos por COVID-19, em residentes de Resende, de acordo com a SE.



Fonte: SIVEP-GRIPE e e-SUS/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

A incidência acumulada de COVID-19 até a SE 21 (28 de maio de 2021) foi de 9.628,8 casos/100.000 habitantes e 665,4 casos/100.000 habitantes no mês de maio de 2021 com três picos de incidência mensal em ordem de magnitude, a saber: entre os meses de novembro e dezembro de 2020, entre os meses de março e abril de 2021 e entre os meses de agosto e setembro – ver figura abaixo.

Coeficiente de incidência e mortalidade por 100.000 habitantes por COVID-19 por mês em residentes de Resende, anos 2020 e 2021



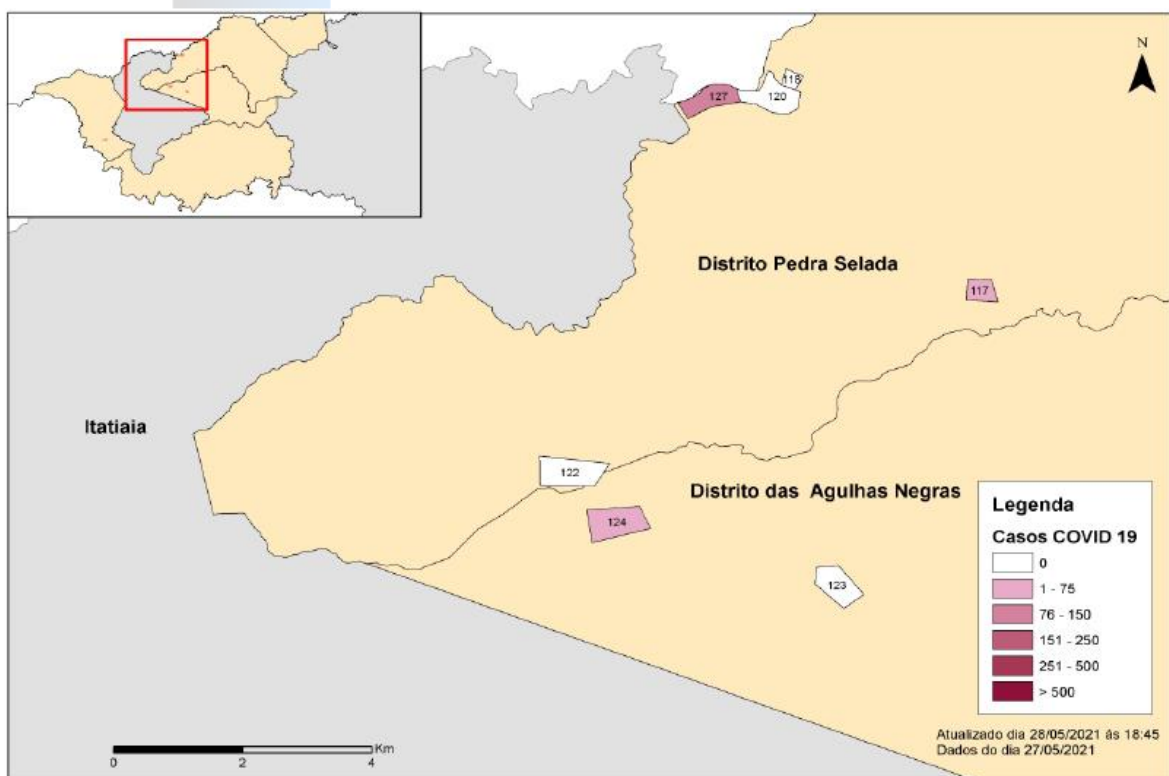
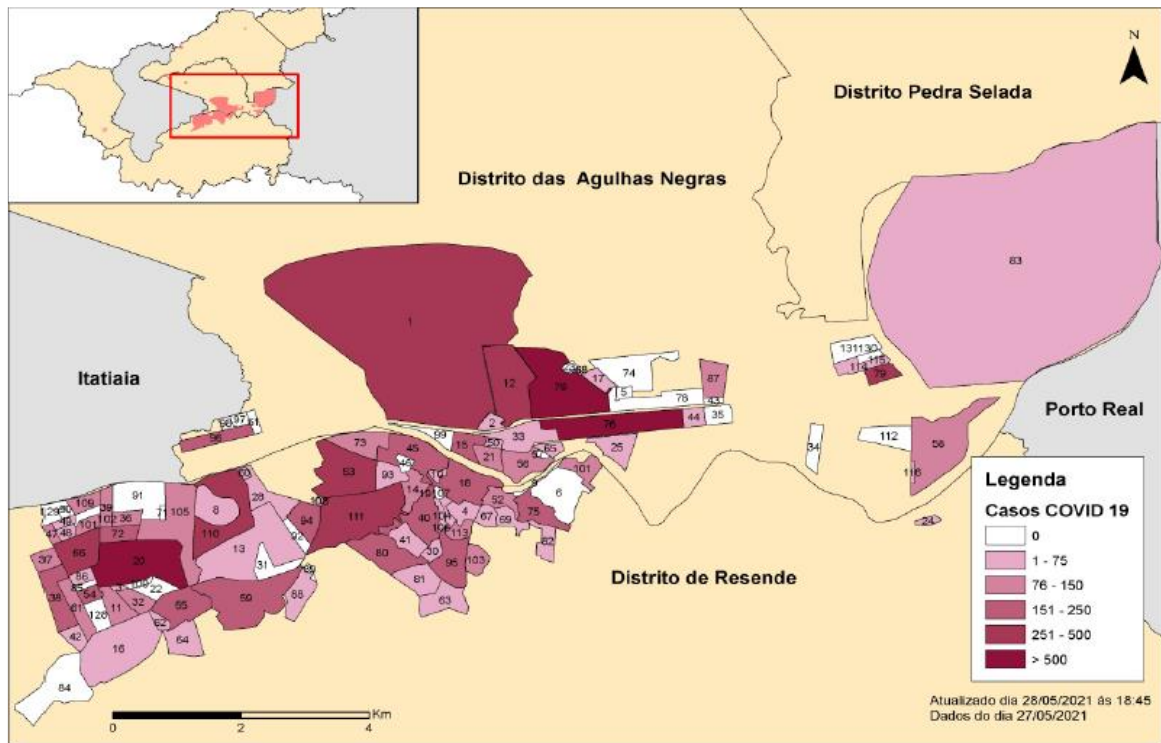
Fonte: SIVEP-GRIPE e e-SUS/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

A estratégia de vigilância epidemiológica universal dos casos através da detecção viral por coleta de exames de reação em cadeia de polimerase por transcriptase reversa (RT-PCR) na fase de contenção foi realizada até o mês de abril, posteriormente sendo declarado pelo estado do RJ a mudança da fase para mitigação, estabelecido a estratégia de vigilância epidemiológica sentinela de SRAG. Os testes diagnósticos realizados no município foram 75% realizados pelo SUS e 25% pela rede privada até a SE 21 de 2021.

O monitoramento da transmissão viral apresentou o indicador de 26,7 testes RT-PCR /1.000 hab. (total 3.416 testes PCR até 23/10), sendo a média nacional de 30 testes RT-PCR/1.000 hab. e o estado do RJ com 8,9 PCR/1.000 hab., com 11,9 PCR/1.000 hab. em maiores de 20 anos; a região do Médio Paraíba teve o indicador de 19,1 e 25,4 RT-PCR/1.000 hab., respectivamente (até setembro 2020).

Os bairros que apresentaram o maior número de casos confirmados foram: Cidade Alegria, 1.163 casos; Paraíso, 626 casos; Liberdade 430 casos e Itapuca 395 casos.

Distribuição de casos confirmados de COVID-19 por bairros. Resende, ano 2020 e 2021.



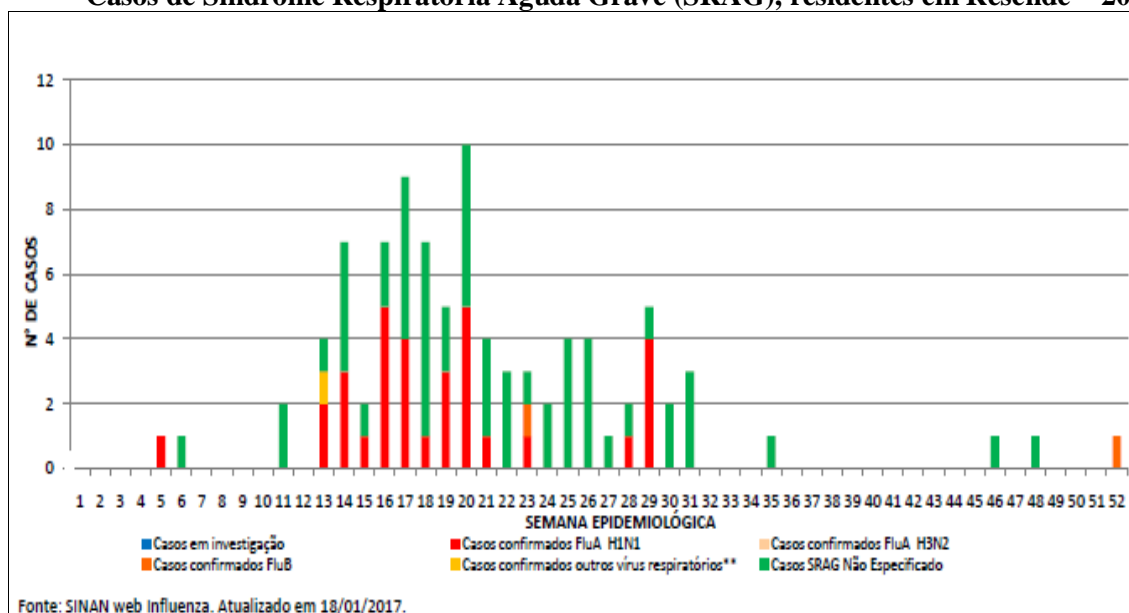


1- A.M.A.N.	35- ISAAC POLITI	67- MORRO DO BATISTA	101 SURUBI VELHO
2- ALAMBARY	36- JARDIM ALEGRIA	68- MORRO DO CRUZEIRO	101 TOYOTA I
3- ALEGRIA II	37- JARDIM ALIANCA	69- MORRO DO MACHADO	102 TOYOTA II
4- ALTO DOS PASSOS	38- JARDIM ALIANCA II	71- MUTIRAO VILA ALEGRIA	103 VICENTINA
5- ALTO PARAISO	39- JARDIM BEIRA RIO	72- NOVA ALEGRIA	104 VILA ADELAIDE
6- ALTO SURUBI	40- JARDIM BRASILIA	73- NOVA LIBERDADE	105 VILA ALEGRIA
7- BAGAGEM	41- JARDIM BRASILIA II	74- NOVO PARAISO	106- VILA CENTRAL
8- BAIXADA DE OLARIA	42- JARDIM D'OESTE	75- NOVO SURUBI	107- VILA ELIZABETH
9- BAIXO SURUBI	43- JARDIM DO SOL II	76- PARAISO	108- VILA HULDA
10- BARBOSA LIMA	44- JARDIM ESPERANCA	78- PARAISO II	109- VILA ISABEL
11- BOA VISTA II	45- JARDIM JALISCO	79- PARQUE EMBAIXADOR	110- VILA ITAPUCA
12- CABRAL	46- JARDIM JALISCO - LOT. CURVO	80- PARQUE IPIRANGA I	111- VILA JULIETA
13- CAMPO DA AVIACAO	47- JARDIM PRIMAVERA I	81- PARQUE IPIRANGA II	112- VILA MARIA CANDIDA
14- CAMPO DO MANEJO	48- JARDIM PRIMAVERA II	82- PARQUE RES. VILA VERDE	113- VILA MODERNA
15- CAMPOS ELISEOS	49- JARDIM PRIMAVERA III	83- POLO INDUSTRIAL I	114- VILA N. 5ª DE FATIMA
16- CASA DA LUA	50- JARDIM TROPICAL	84- RES. BELA VISTA	115- VILA N. 5ª DE FATIMA II
17- CASTELO BRANCO	51- JOSE FRANCISCO ALMEIDA SAMPAIO	85- RES. DO CAMPO	116- VILA NOVA MORADA
18- CENTRO	52- LAVAPES	86- RES. DO VALE	117- CAPELINHA
19- CHACARA DO TACITO	53- LIBERDADE	87- RES. JARDIM DO SOL	118- COND. BOSQUE DE MAUA
20- CIDADE ALEGRIA	54- MIRANTE DA SERRA	88- RES. LIMEIRA TENIS CLUB	119- CONJ. HAB. RECANTO FELIZ
21- COMERCIAL	55- MIRANTE DAS AGULHAS	89- RES. LIMEIRA TOWN HOUSE	120- LOTE 10
22- COMERCIAL NOVA RESENDE	56- MONTESE	90- RES. SANTO ANDRE	121- NOVO BAIRRO ENGº PASSOS
23- COND. MORRO DO CRUZEIRO	57- MONTESE II	91- RESENDE	122- PARQUE ALTO PIRAPITINGA
24- CONJ. HAB. BULHOES	58- MORADA DA BARRA	92- RETIRO DO PARAISO	123- PEDRA SONORA
25- CONJ. HAB. MONET	59- MORADA DA COLINA	93- SANTA CECILIA	124- TOP CLUB AGULHAS NEGRAS
28- ELITE	60- MORADA DA FELICIDADE	94- SANTA ISABEL	125- VILA ARAMAGI
29- ENGENHEIRO PASSOS	61- MORADA DA MONTANHA	95- SANTO AMARO	126- VILA BELA VISTA
30- EUCALIPTAL	62- MORADA DAS AGULHAS	96- SAO CAETANO	127- VISCONDE DE MAUA
31- EXAPICOR	63- MORADA DAS GARCAS	97- SAO CAETANO I	128- BOM DESTINO
32- FAZENDA BOA VISTA	64- MORADA DO BOSQUE	98- SAO CAETANO II	129- BOM DESTINO
33- FAZENDA CASTELO	65- MORADA DO CASTELO	99- SAO SEBASTIAO	130- CAMPO BELO
34- GRANJA MINAS GERAIS	66- MORADA DO CONTOURNO	100- SÍTIO DO BREJAO	131- CAMPO BELO

Fonte: UERJ/SMS-Resende, atualizado até 27/05/2021. Dados sujeitos a revisão.

3.1.3.2.5.2. Influenza e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): na análise da ocorrência de SRAG pelo vírus influenza no ano de 2016, foram notificados 99 casos com SRAG, sendo realizada a investigação laboratorial através da coleta de *swab* combinado de secreção nasofaríngea em 97 casos (98,0%) e confirmados 32 casos com detecção de influenza A H1N1 (33,0%), 2 casos com detecção de Influenza B (2,1%) e nenhum caso confirmado por influenza sazonal A H3N2. Este ano foi considerado epidêmico para Influenza no município.

Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), residentes em Resende – 2016



Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Casos de SRAG (Influenza AH1N1) em gestantes, residentes de Resende - 2016

Total de casos SRAG em gestantes	4
Total de casos de influenza A H1N1 em gestantes	2
Total de óbitos por SRAG em gestantes	2
Total de óbitos por influenza A H1N1 em gestantes	2
Letalidade por SRAG em gestantes (%)	50%
Letalidade por influenza A H1N1 em gestantes (%)	100%

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão

Entre os anos de 2017 e 2019 ocorreram 23, 37 e 43 casos de SRAG suspeitos por Influenza, respectivamente. No ano de 2017 foram 6 casos de VSR, 3 casos de Influenza A H3N2, 1 caso de Influenza B, sem ocorrência óbitos confirmados por Influenza; em 2018 foram 8 Influenza A não tipado, 5 casos de VSR, 2 casos de Influenza A H1N1 e 2 casos de Influenza B, sem óbitos confirmados por Influenza A; em 2019 foram 4 casos de VSR, 2 casos de Influenza A H1N1 e 1 caso de Influenza A H3N2, com 1 óbito confirmado por Influenza A H1N1.

No ano de 2020 foram identificados 33 casos através de teste rápido por detecção de antígeno para Influenza em SRAG no HMHSG nos anos de 2020 e 2021 até a SE 21 de 2021, com 20 casos de Influenza B (60,6%), 03 casos de Influenza A não subtipado (9,1%) e 10 casos de Influenza não tipado A e B (30,3%); desses casos de SRAG por Influenza, 09 casos de Influenza B, e 09 casos de Influenza não tipado A e B foram de coinfeção com SARS-CoV-2 e 01 caso de Influenza B coinfeção com dengue.

Aparentemente, a cepa de A H1N1 em circulação até 2020 não sofreu mutações significativas (*drift* antigênico). Provavelmente houve queda parcial da imunidade da população e acúmulo de susceptíveis desde 2009 que pode aumentar a intensidade de circulação do vírus na

temporada atual. **Contudo, desde maio de 2020 o MS e o LACEN-RJ não realiza mais o painel de vírus respiratório na vigilância de SRAG, somente em gestantes e crianças.**

3.1.3.2.5.3 Meningites: foram confirmados 65 casos no período compreendido entre o ano 2011 e 2020. A classificação por etiologia mostra que no período abrangido, ocorreu 12 casos de doença meningocócica (meningite meningocócica e/ou meningococemia – MCC, MM e MM + MCC) (18,5%), 23 casos de meningite viral – MV (35,4%), 09 casos de meningite pneumocócica – MP (13,9%). Não foi observado casos de meningite tuberculosa – MTBC. Destacamos que houve uma redução da ocorrência de doença meningocócica à partir do ano de 2012, não havendo mais registro de casos entre os anos de 2013 e 2016, possivelmente por coberturas vacinais antimeningocócica conjugada C adequadas em faixas etárias de maior risco da doença. Observou-se uma inversão na proporção entre meningite viral e doença meningocócica, quando comparado com o período entre 2006 e 2016, com o primeiro grupo se tornando a principal etiologia das meningoencefalites.

Entretanto, observamos 20 casos (30,8%) de meningites sem etiologia definida, compreendendo as meningites bacterianas não especificadas – MBNE e MNE, superior ao período de 2006 a 2016 que apresentou 23,5%, indicando que há ainda um número significativo de casos inconclusivos sobre os agentes causadores. Apontamos como limitação no diagnóstico laboratorial das meningites a ausência de estrutura física e de recursos humanos treinados para diagnóstico quimiocitológico e bacterioscópico por exame direto do líquido cefalorraquidiano (LCR) no laboratório do Hospital Municipal de Emergência e a referência para envio de amostras é o Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião (IEISS-RJ) no município do RJ, tornando o armazenamento e transporte como fator de redução de recuperação do agente infeccioso.

A meningite por *Haemophilus influenzae* tipo B (MH) não é detectada no município desde o ano de 1999 devido a vacinação contra o agente (tetraivalente DTP+Hib) introduzida no calendário vacinal no ano de 1996.

Casos confirmados de meningites, residentes em Resende – 2011 a 2020

Etiologia	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
MCC	1	0	3	0	0	0	1	0	1	0
MM	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0
MM+MCC	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
MTBC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MBNE	1	1	1	2	3	0	3	0	0	3
MNE	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1
MV	3	4	1	0	2	0	4	6	2	1
MOE	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
MH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MP	2	0	1	0	1	0	2	0	3	0
Total	11	7	10	3	6	1	10	6	6	5

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Em 2016 foi confirmado 01 caso de meningite por outra etiologia não bacteriana (fungo *Cryptococcus neoformans*) que evoluiu à óbito.

3.1.3.2.5.4 Doenças Exantemáticas (Sarampo, Rubéola e Varicela): não há detecção de caso de **rubéola** no município desde o ano de 2007, quando houve 14 casos suspeitos e 05 casos confirmados. O **sarampo** não foi identificado no município desde 1997, mas no ano de 2020 houve um caso de óbito com Panencefalite esclerosante por sarampo em uma paciente do sexo feminino 22 anos confirmado por laboratório (PCR detectável – genótipo D8). As altas taxas de cobertura vacinal nacional contra estas doenças exantemáticas (vacina tríplice viral) nos últimos anos permitiu a sua erradicação nas Américas e do Brasil à partir dos anos 2000 (sarampo) e 2010 (rubéola). A vigilância contínua é fundamental para identificação precoce e oportuna de casos novos importados de países onde ainda circula estes vírus, especialmente na Europa.

O risco de novas epidemias de rápida disseminação existe, como a ocorrência no nordeste do Brasil no ano de 2013. Por isso, estes agravos são monitorados com notificação negativa (ausência de casos) semanalmente por todas as unidades de saúde no município e no país e com a busca ativa de casos suspeitos. Um indicador de qualidade da vigilância destas doenças exantemáticas é a notificação de pelo menos 01 caso por 100.000 habitantes por ano e o município atingiu esta meta em todos os anos à partir de 2007, exceto no ano de 2008.

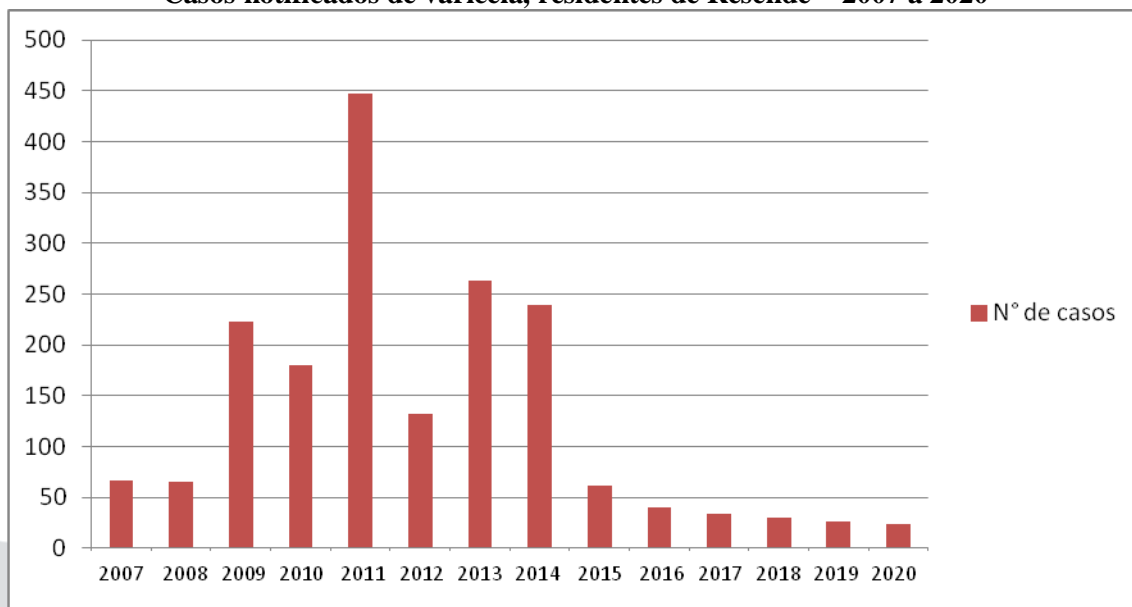
Casos Suspeitos de sarampo e rubéola, residentes de Resende – 2007 a 2020

Caso Suspeito de	2007	2009	2010	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Sarampo	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3	4	3	2
Rubeola	14	1	5	1	6	6	4	2	1	3	3	3	39
Total	14	1	5	1	6	7	5	2	2	6	7	6	41

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

A **varicela** é uma doença exantemática também altamente contagiosa, frequente em crianças menores de 15 anos e com risco de formas graves (meningite e pneumonia) em adultos não imunes. No período entre 2007 e 2016, observou-se um pico de incidência em 2011 com 447 casos notificados e, à partir da introdução da vacina contra varicela em setembro de 2013, verificou-se uma tendência ao declínio dos casos, com somente 24 notificados no ano de 2020.

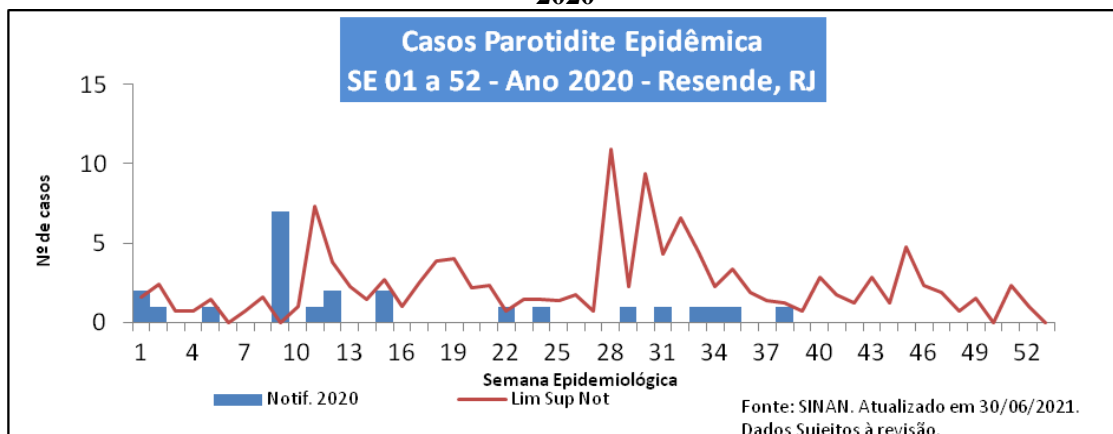
Casos notificados de varicela, residentes de Resende – 2007 a 2020



Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

3.1.3.2.5.5. Parotidite epidêmica (caxumba): é uma doença imunoprevenível (vacina tríplice viral) que pode apresentar períodos de epidemia devido a queda de imunidade em adultos jovens não vacinados com dose de reforço à partir dos 18 anos. No município houve um surto com 100 casos ocorrido no ano de 2016 e um agregado de casos em escola na SE 09 (07 casos confirmados) em 2020, indicando a necessidade de intensificar a vacinação de adultos jovens, especialmente em ambientes de alojamento conjunto (militares) e escolas.

Casos de parotidite epidêmica (caxumba) por semana epidemiológica, residentes de Resende - 2020



Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

3.1.3.2.6 Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (DANT):

A vigilância de DANT foi instituída no ano de 2019 e está sob a responsabilidade da esfera de gestão municipal, com sua capacidade instalada e o demonstrativo dos processos de compra gerados mediante a Resolução SES nº 1925 de 31 de outubro de 2019 que aprova o programa de financiamento da promoção da saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Em setembro de 2019, a Secretaria Municipal de Saúde por meio da Superintendência de Vigilância em Saúde instituiu a Coordenação Municipal de DANT para implantação, implementação e Promoção da Saúde visando o fortalecimento das ações específicas para redução de seus fatores de risco comuns, os quais uma vez modificados podem reduzir consideravelmente as mortes prematuras.

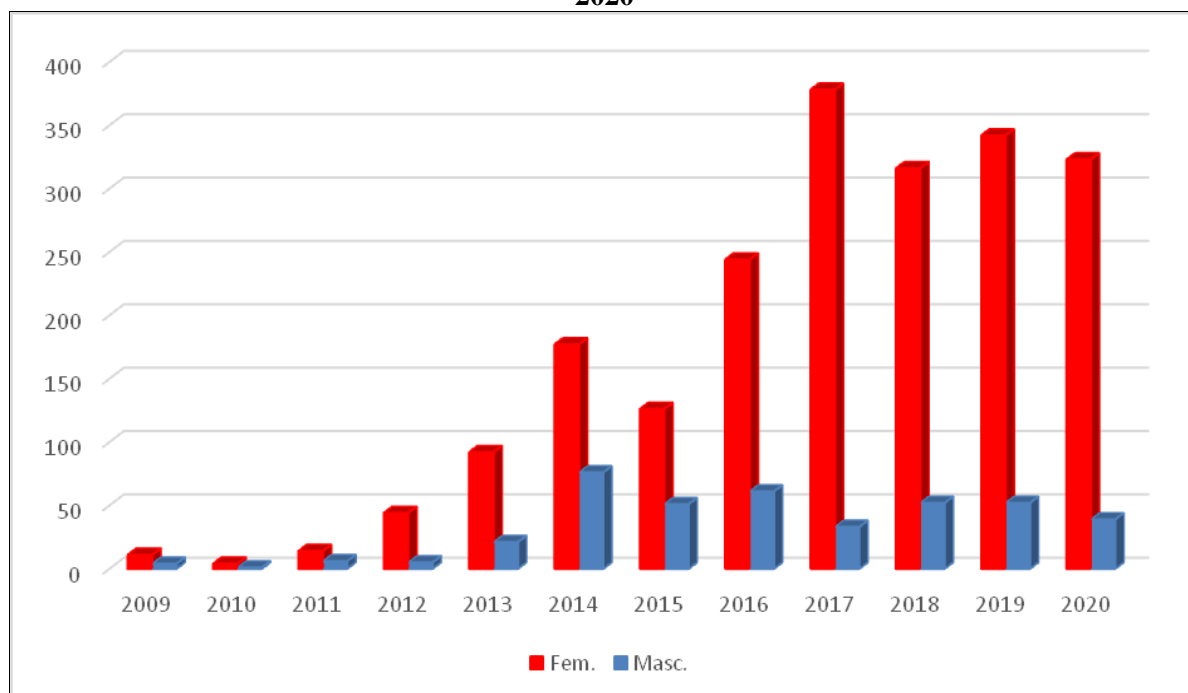
As doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças ligadas ao aparelho respiratório, às causas externas e as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas correspondem a 76,1% das mortes no município de Resende, segundo o SIM. No Estado do RJ há mais de uma década as DANTs correspondem a aproximadamente 78% dos óbitos conforme descrito na Resolução/SES/1925/2019.

A proposta do Plano de DANT do Ministério da Saúde a ser implementado no ano de 2021 apresenta quatro eixos: Promoção da Saúde; Vigilância em Saúde; Atenção Integral à Saúde; Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde. Considera a necessidade de municípios e estados atualizarem de forma ascendente e executarem seus Planos de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2022-2030, conforme a SES-RJ Nota Técnica SGAIS nº 01/2021.

3.1.3.2.6.1 Violência interpessoal/autoprovocada:

A vigilância das violências interpessoais e autoprovocadas foi implantada pelo Ministério da Saúde à partir do ano de 2009. No ano de 2020 foram notificadas 361 ocorrências, sendo 323 (89,5%) casos em mulheres residentes em Resende. Os tipos de violência ocorridos foram: física (309 casos – 85,6%), autoprovocada (26 casos – 7,2%), psicológica/moral (17 casos – 4,7%), sexual (10 casos – 2,8%), tortura (6 casos – 1,7%), negligência/abandono (02 casos – 0,6%), outras violências (02 casos – 0,6%) e tráfico humano (01 casos – 0,3%).

Frequência de violência interpessoal/autoprovocada por sexo, residentes de Resende – 2009 a 2020



Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

3.1.3.3. Cobertura vacinal de doenças imunopreveníveis

O objetivo principal do Programa Municipal de Imunizações (PMI) é oferecer todas as vacinas com qualidade, tentando alcançar coberturas vacinais de 100% de forma homogênea, permitindo o fortalecimento de uma iniciativa que cada vez mais se universaliza.

As análises foram realizadas pelo PMI com base nos registros do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI).

Os avanços observados ao longo dos últimos 30 anos no controle das doenças imunopreveníveis e a redução das taxas de morbidade e mortalidade na infância não encontram precedentes. Os notáveis êxitos obtidos, a exemplo da conquista da certificação da erradicação da poliomielite das Américas, refletem uma extraordinária parceria de esforços desenvolvidos pelo governo federal, estadual, municipal e de profissionais de saúde contextualizados na lógica do Sistema Único de Saúde.

Desde 1999 vem ocorrendo um grande aumento na demanda das ações de imunização: novos imunobiológicos foram disponibilizados na rede pública e Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais, ampliação de faixa etária para indicação de algumas vacinas e introdução de mais campanhas de vacinação.

Tais alterações demandaram a necessidade do município se readequar, tanto na estrutura física, ampliação de recursos humanos e capacitação técnica para o desenvolvimento das ações.

Em 2010 foi realizada a reforma do Centro Municipal de Imunização (CMI). Sua conclusão solucionou os inúmeros problemas enfrentados, tanto na segurança dos imunobiológicos quanto na adequação da distribuição de outros insumos de imunização.

As atividades de vacinação são realizadas rotineiramente em todas as 30 Unidades Básicas de Saúde, inclusive aquelas onde atuam as 32 Equipes de Saúde da Família.

3.1.3.3.1. Calendário de vacinação de rotina em menores de 1 ano, gestantes e adultos:

Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano, gestantes e adultos por Imunobiológicos, residentes de Resende - 2010 a 2020

Imunobiológico	Meta	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
BCG	95%	114,16	121,76	104,35	127,60	112,30	128,97	132,78	150,36	152,28	132,86	64,70
Meningocócica Conjugada C	95%	NSA	NSA	NSA	116,37	117,27	108,60	102,5	100,00	101,21	83,97	78,85
Pneumocócica	95%	NSA	NSA	NSA	101,24	100,12	106,17	104,38	107,27	105,20	92,61	80,78
Tetraivalente (DTP/Hib - 3ª dose)	95%	99,01	104,23	95,64	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA
Pentavalente (DTP/Hib/HepB)	95%	NSA	NSA	NSA	110,9	118,09	120,24	108,32	101,44	104,33	53,55	70,55
Contra Hepatite B (HepB – 3ª dose)	95%	94,20	97,97	105,17	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA
Contra Hepatite B (HepB – cça até 30 dias)	----	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	84,75	75,04	128,48	60,26
Contra Hepatite A	----	NSA	NSA	NSA	NSA	105,85	83,15	105,44	94,51	88,91	82,72	77,43
Contra Poliomielite (3ª dose)	95%	99,47	99,70	96,28	100,24	120,49	157,41	144,70	84,69	107,91	75,21	52,87
Tríplice Viral (1ª dose)	95%	102,28	102,52	97,71	121,69	128,57	115,70	106,32	100,06	109,71	95,96	79,36
Contra Rotavírus Humano	70%	71,56	97,56	81,49	117,14	106,38	109,58	107,04	107,27	95,90	85,50	78,23
Febre Amarela	----	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	17,47	74,70	55,71	48,61
dTpa gestante	----	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	NSA	34,17	44,93	62,45	48,03

Fonte: SI-PNI/PMI/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Como podemos observar no quadro acima, a vacina BCG ultrapassou a meta de cobertura em todos os anos. A cobertura vacinal de tetraivalente em Resende esteve abaixo da meta nos anos de 2006 e 2008 - nos demais anos registrou-se cobertura bem superior à meta estabelecida, sendo substituída pela vacina combinada Pentavalente (DTP/Hib/HepB) à partir do ano de 2013.

Quanto à cobertura da D1 de vacina tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba) em crianças de um ano, superou a meta recomendada (95%), mantendo-se acima da meta em todo o período observado, exceto no ano de 2020 com 79,36%.

A vacinação contra a poliomielite (paralisia infantil) em menor de 1 ano, nas atividades de rotina, alcançou elevados índices de cobertura, excetuando os anos de 2017, 2019 e 2020.

A vacinação contra hepatite B, na série histórica analisada, obteve cobertura abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde nos anos de 2006, 2008 e 2010. À partir do ano de 2013, passou à integrar a vacina Pentavalente.

Destacamos que no ano de 2014 houve desabastecimento de diversos imunobiológicos à nível nacional e estadual e no ano de 2020 devido à pandemia de COVID-19, prejudicando a cobertura vacinal nos municípios e conseqüentemente, deixando desprotegida a população alvo, principalmente crianças e elevando o risco de recrudescimento de doenças imunopreveníveis, levando ao não cumprimento das metas pactuadas.

3.1.3.3.2. Campanha de vacinação contra influenza: a vacinação contra influenza (gripe) se constitui em uma forma importante de prevenção da mortalidade em idosos e outros grupos de risco, especialmente após a circulação do influenza A H1N1 subtipo pandêmico à partir do ano de 2009, pois frequentemente se complica com SRAG e infecções bacterianas como a pneumonia e a sinusite. Estes quadros podem complicar e descompensar condições clínicas pré-existentes, tais como insuficiência cardíaca ou coronariana, enfisema pulmonar, etc., terminando por levar o indivíduo ao óbito.

No que se refere a cobertura pela Campanha Nacional de Vacina contra a influenza A sazonal (H3N2) na série histórica entre 2006 e 2016 e contra influenza A subtipo pandêmico (H1N1), à partir de 2010, em maiores de 60 anos, o quadro abaixo apresenta série histórica que demonstra que nos anos de 2007 e 2008 a cobertura de idosos vacinados ficou abaixo da meta, já em 2006, e de 2009 a 2012 o percentual ficou acima da meta preconizada pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) que é de 80%.

Cobertura vacinal contra influenza sazonal (A H3N2) e subtipo pandêmico (A H1N1) em idosos acima de 60 anos, residentes de Resende - 2006 a 2020

Anos	Cobertura (%)
2006	84,5%
2007	68,0%
2008	65,5%
2009	85,1%
2010	84,8%
2011	81,5%
2012	86,8%
2013	86,3%
2014	84,4%
2015	92,2%
2016	102,0%
2017	99,9%
2018	94,9%
2019	100,5%
2020	112,7%

Fonte: SI-PNI/PMI/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Com a circulação do vírus influenza A subtipo pandêmico H1N1 em 2009, o Ministério da Saúde, em parceria com os municípios, iniciou à partir do dia 8 de março de 2010 a Campanha Anual Nacional de Vacinação contra a Gripe extensiva aos grupos mais vulneráveis, além dos idosos. Anualmente a campanha visa cobrir a população alvo que é representada por crianças, gestantes/puérperas, trabalhadores da saúde, idosos, indígenas e outros grupos de risco. No anos de 2014 e 2015 houve uma menor cobertura vacinas em alguns grupos, especialmente trabalhadores de saúde, crianças, idosos e gestantes, inferior à 85%. A menor procura por vacinação nestes anos pode ter sido um dos fatores que contribuíram para a epidemia de influenza no ano de 2016.

A estratégia municipal de vacinação contra a influenza no ano de 2020 imunizou 37.240 indivíduos para uma população alvo de 33.048 pessoas pertencentes aos grupos prioritários de vacinação (cobertura de 112,7%) devido a intensa procura estimulada pela pandemia de COVID-19 ocorrida neste ano. No ano de 2020 foi estendida a oferta de vacinação para a faixa etária entre 50 e 59 anos com uma cobertura de 106,8% e outros grupos prioritários como caminhoneiros, professores, profissionais da força de segurança, etc.

Cobertura (%) da vacina contra influenza, por grupos prioritários, residentes de Resende – 2010 a 2020

Grupos prioritários	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Trabalhadores de saúde	NSA	139,6	137,1	111,2	99,9	70,4	90,2	100,6	105,6	115,1	127,3
Gestantes	NSA	48,9	96,4	85,4	84,9	84,9	91,9	96,5	97,2	95,2	111,9
Puérperas	NSA	NSA	NSA	92,8	92,4	98,1	121,6	102,3	143,2	101,9	107,0
Crianças	NSA	91,2	88,6	85,9	66,3	85,8	94,5	90,1	82,1	95,8	106,1
Idosos	84,82	81,6	86,8	86,3	84,4	92,2	102,0	105,5	100,2	100,5	116,2
Total	84,82	85,0	91,9	89,6	81,4	87,0	98,0	99,9	94,9	100,5	112,7

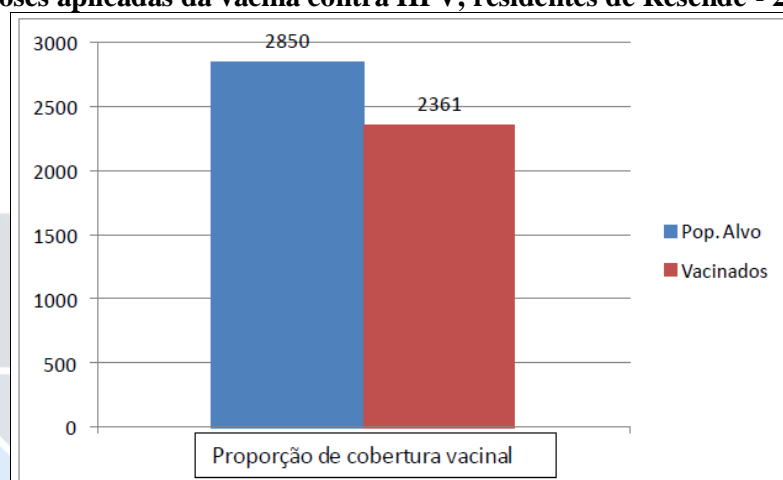
Fonte: SI-PNI/PMI/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

3.1.3.3.3. Campanha de vacinação contra COVID-19: a disponibilização a partir do ano de 2021 de vacinas contra COVID-19 em fase 3 autorizadas em caráter emergencial pelo MS em dezembro de 2020, permitiu a implantação de medida de controle da pandemia com imunizantes. No Brasil, temos disponível no mês de maio de 2021 três vacinas: Butantan Coronavac, Fiocruz-Astra Zeneca e Pfizer. O município vem vacinando a população prioritária (profissionais de saúde e de ensino, idosos, portadores de comorbidades e gestantes) desde o final do mês de janeiro. Em 01/06/2021, tem registro no e-SUS 49.043 doses administradas.

3.1.3.3.4. Campanha e introdução no calendário de vacinação de rotina contra papiloma vírus humano – HPV (2014 a 2017): a vacina quadrivalente contra o HPV foi introduzida no calendário vacinal de meninas pré-adolescentes do país no ano de 2014 com uma grande

divulgação a nível nacional assim como adesão, desta forma o município realizou ações como vacina nas escolas. Neste mesmo ano houve uma notificação e investigação de um possível evento adverso pós vacinal (EAPV) grave com a vacina contra o HPV, que foi inconclusivo até a presente data, de grande repercussão na mídia e redes sociais e gerou um forte impacto negativo na cobertura vacinal do município, inclusive com a recusa de escolas para receber a vacinação. A insuficiência de adesão a vacina geraram dificuldade de alcance dos resultados desejados. No ano de 2017 foi estendida a oferta para meninos de 12 e 13 anos, mas os resultados até julho deste ano foram muito reduzidos.

Doses aplicadas da vacina contra HPV, residentes de Resende - 2014



Fonte: SI-PNI/PMI/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Cobertura (%) da vacina contra HPV por faixa etária, residentes de Resende - 2014

Faixa etária	11 anos	12 anos	13 anos	Total
População alvo	989	1.015	846	2.850
Vacinados	705 (71,28%)	870 (85,71%)	786 (92,90%)	2.361 (82,84%)
Cobertura	71,28%	85,71%	92,90%	82,84%

Fonte: SI-PNI/PMI/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Número de doses aplicadas da vacina contra HPV, por unidades de saúde, residentes de Resende – 2017*

Unidade de Saúde	Doses aplicadas
ESF Cabral I	01
PS Cidade Alegria	18
ESF Itapuca	07
PS Manejo	14
ESF Vicentina	23
ESF Surubi	02
ESF Paraíso	15
ESF Barra II	06
ESF Barra III	14
ESF São Caetano	01
ESF Engenheiro Passos	07
ESF Serrinha/Capelinha	0*
ESF Zona Rural	06
ESF Visconde de Mauá	02
ESF Baixada do Olaria	24
UBS Jardim Primavera	07

ESF Novo Surubi	15
ESF Barra I	21
ESF Jardim Alegria	08
ESF Morro do Cruzeiro	02
ESF Cabral II	24
ESF Liberdade	06
ESF Nova Alegria	02
ESF Cidade Alegria	07
ESF Morada da Barra	07
Clínica da Família	07
PS Resende	16
Total	262

Fonte: SI-PNI/PMI/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.
*até o mês de maio de 2017

3.1.3.3.5. Campanha e introdução no calendário de vacinação de rotina contra febre amarela (2017): A vacinação contra febre amarela no município de Resende fazia parte do calendário de imunização dos viajantes para áreas com risco de transmissão da doença e, à partir de janeiro de 2017, quando iniciou um grande surto em alguns municípios dos estados de MG e ES fronteiriços com o estado do RJ, houve um crescimento exponencial pela procura da vacina, assim como a ocorrência de casos em primatas não humanos e humanos nas regiões noroeste, serrana e dos lagos do estado. Algumas ações foram definidas pelo Ministério da Saúde em conjunto com a SES-RJ e foi iniciado a vacinação em fevereiro de 2017 nos municípios do estado que fazem fronteira com MG e ES.

O CMI, no Posto de Saúde Resende sempre foi a referência de vacina contra FA para viajantes, sendo descentralizado em fevereiro de 2017 para viajantes para mais três unidades de saúde (ESF Cabral/Alambari, ESF Liberdade/Santa Cecília e ESF Cidade Alegria) e iniciado a vacinação sistemática de toda a população entre 6 meses e 65 anos de idade residente nas áreas rurais fronteiriças com MG (remanescentes de Mata Atlântica).

Observou-se até o mês de maio que a cobertura vacinal da população de zona rural não foi homogênea, atingindo a meta acima de 95% em somente 2 áreas (Serrinha e Capelina e Zona Rural – Vargem Grande/Pedra Selada, Fumaça, Bagagem e Jacuba), oferecendo risco de introdução e surto de FA humana silvestre nestas áreas do município, particularmente Visconde de Mauá e Engenheiro Passos.

Número de doses aplicadas da vacina contra febre amarela, por unidades de saúde, residentes de Resende – 2017*

Mês / 2017	OS Resende	ESF Cabral 1	ESF Liberdade	ESF Cidade Alegria	Doses aplicadas
Janeiro	983	0	0	0	983
Fevereiro	4.211	0	0	0	4.211
Março	1.118	2.471	5.134	3.422	12.145
Abril	2.528	766	588	801	4.683
Maio	144	0	0	0	144
Total	8.984	3.237	5.722	4.223	22.166

Fonte: SI-PNI/PMI/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.
*até o mês de maio de 2017

Número de doses aplicadas e cobertura (%) da vacina contra febre amarela, por unidades de saúde de zona rural, residentes de Resende – 2017*

Unidade de Saúde	População alvo	Doses aplicadas	Cobertura
ESF Engenheiro Passos	4.000	1.835	45,87%
ESF Visconde de Mauá	1.500	905	60,33%
ESF Serrinha e Capelinha	838	925	110,38%
ESFs da Zona Rural	1.327	1.261	95,02%
Total	7.665	4.926	64,26%

Fonte: SI-PNI/PMI/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

*até o mês de maio de 2017

3.1.3.4 Pólo de referência em soroterapia

O município de Resende constitui um Pólo de referência microrregional (Microrregião das Agulhas Negras, constituído pelos municípios de Resende, Porto Real e Itaiaia) para atendimento antirrábico humano e acidentes com animais peçonhentos. No ano de 2016 houve uma reestruturação dos pólos regionais de soroterapia do estado do Rio de Janeiro e o município ficou temporariamente descadastrado e restituiu sua condição de Pólo microrregional em 2017.

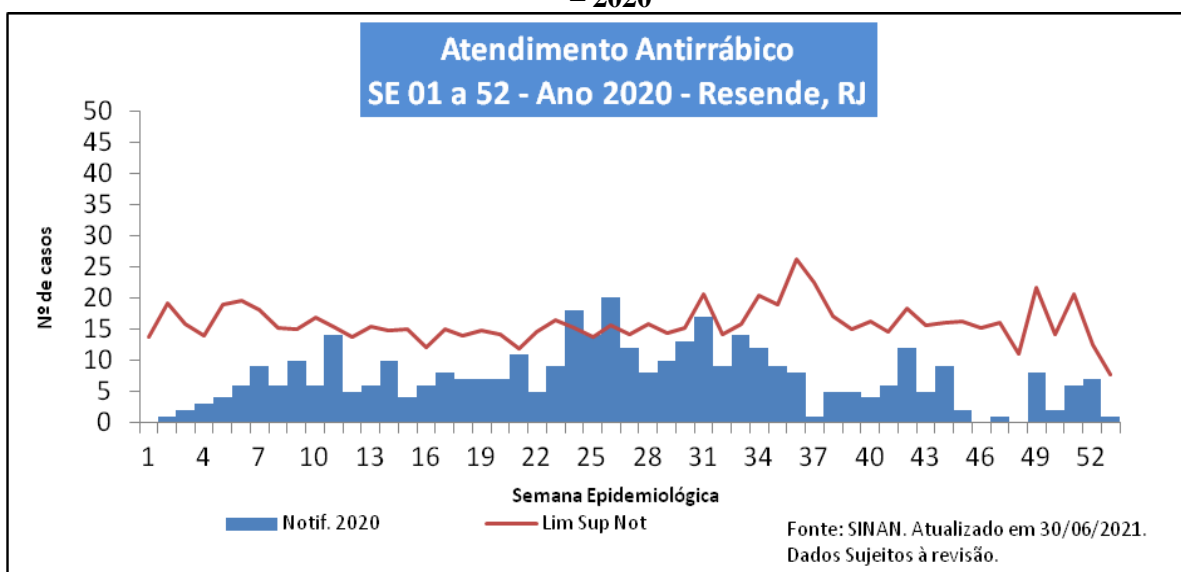
3.1.3.4.1. Atendimento antirrábico humano: o total de atendimentos entre os anos de 2011 e 2020 foi de 4.381 casos e a média foi de 438 casos por ano e 36,5 casos por mês.

Atendimento antirrábico humano no Pólo de referência de Resende – 2011 a 2020

Antirrábico	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Atendimentos	501	432	490	541	458	412	369	405	389	384

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

Atendimento antirrábico humano no pólo de referência de Resende por semana epidemiológica – 2020



Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

3.1.3.4.2. Acidentes com animais peçonhentos: os acidentes são causados por serpentes, aranhas, escorpiões e outros animais peçonhentos (abelhas, lacraias, vespas, etc.). No município houve entre os anos de 2011 e 2020 um total de 874, 300% de aumento em relação ao período 2007 a 2016 (291 casos) atendimentos e a média anual foi de 87,4 casos por ano e mensal de 7,3 casos. Destacamos a tendência de aumento de acidentes no período analisado para todos os tipos de acidentes ocorridos, mas com maior intensidade para os causados por escorpiões, que apresentou um pico no ano de 2017 (65 casos).

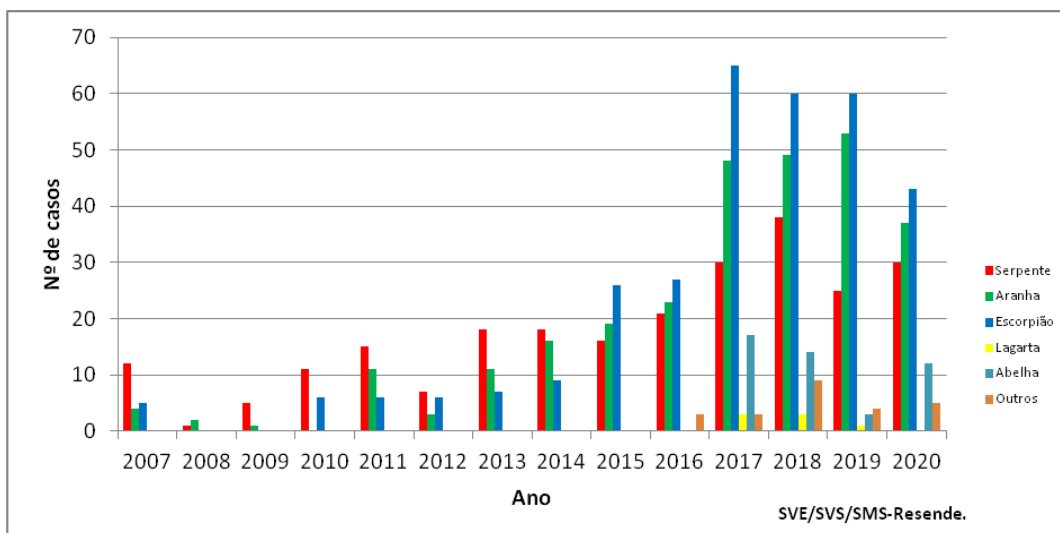
Quando é feita a análise por município de residência do acidente observa-se que 248 casos (26,5%) são de outros municípios, sendo 92 casos de Itatiaia, 32 casos de Quatis e 25 casos de Porto Real.

Os acidentes por escorpiões represente 34,7% (320 casos) das ocorrências registradas neste período, superando acidentes por serpentes representa 26,8% (241 casos), quando no período até 2016 era 43,0%. O gênero botrópico (jararaca, urutu) manteve-se como única causa de acidente até 2013 quando ocorreu um primeiro registro por gênero crotálico (cascavel) e no ano de 2018 houve um pico com 09 casos por este gênero, indicando uma mudança no perfil epidemiológico possivelmente por aumento de risco para exposição e mudanças ambientais.

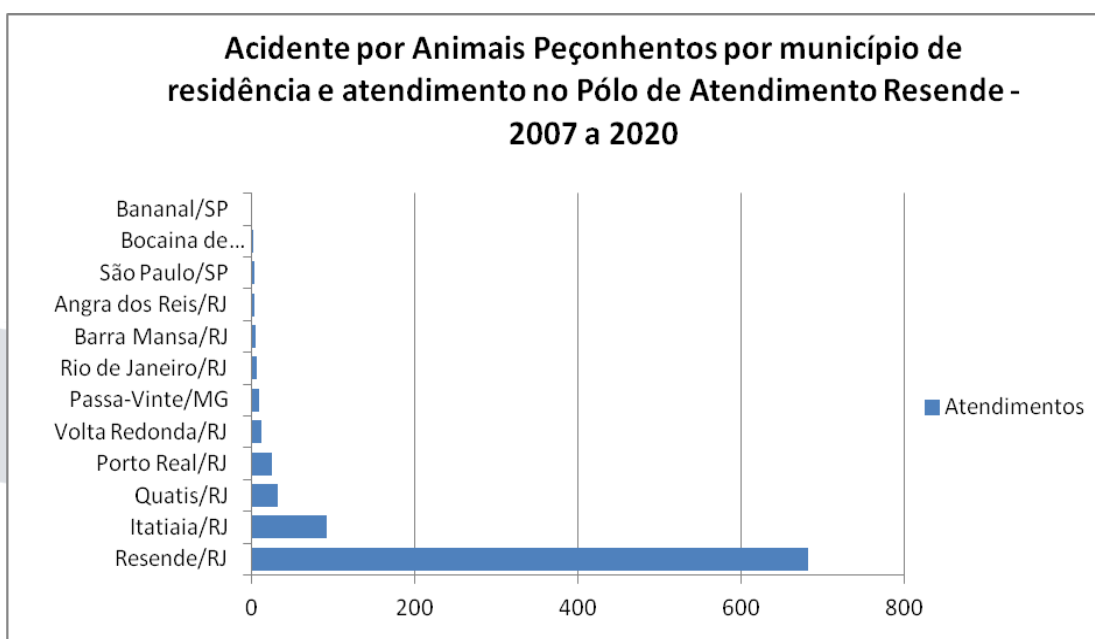
Atendimentos de acidentes com animais peçonhentos por tipo no Pólo de referência de Resende – 2007 a 2020

Acidente	Serpente	Aranha	Escorpião	Lagarta	Abelha	Outros
2007	12	4	5	0	0	0
2008	1	2	0	0	0	0
2009	5	1	0	0	0	0
2010	11	0	6	0	0	0
2011	15	11	6	0	0	0
2012	7	3	6	0	0	0
2013	18	11	7	0	0	0
2014	18	16	9	0	0	0
2015	16	19	26	0	0	0
2016	21	23	27	0	0	3
2017	30	48	65	3	17	3
2018	38	49	60	3	14	9
2019	25	53	60	1	3	4
2020	30	37	43	0	12	5
Total	247	277	320	7	46	24

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.



Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.



Atendimentos de acidentes com serpentes por tipo no polo de referência de Resende – 2007 a 2020

Ano da Notificação	Botrópico	Crotálico	Elapídico	Laquético	Não Peçonhento
2007	12	0	0	0	0
2008	1	0	0	0	0
2009	5	0	0	0	0
2010	10	0	0	0	0
2011	13	0	0	0	0
2012	6	0	0	0	0
2013	16	1	0	0	0
2014	15	2	0	0	0
2015	15	0	0	0	0
2016	16	3	0	0	0
2017	23	3	0	1	0
2018	25	9	0	0	0
2019	20	3	0	0	1
2020	23	2	1	0	1
Total	200	23	1	1	2

Fonte: SINAN/ Serviço de Epidemiologia/SMS-Resende. Dados sujeitos à revisão.

3.1.3.5 Morbidade hospitalar

No período compreendido entre 2016 e 2020, a morbidade hospitalar de residentes de Resende segundo o Capítulo da CID-10^a, apresentou o seguinte perfil:

Internações hospitalares segundo Capítulo da CID-10^a e ano - Resende – 2016 a 2020					
Diagnóstico CID10 (capítulo)	2016	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	225	216	284	404	582
II. Neoplasias (tumores)	277	303	365	395	301
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	84	71	100	94	72
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	242	312	323	322	312
V. Transtornos mentais e comportamentais	252	210	209	234	206
VI. Doenças do sistema nervoso	116	183	198	187	140
VII. Doenças do olho e anexos	221	520	1.043	883	29
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	13	9	13	15	9
IX. Doenças do aparelho circulatório	856	992	1.102	1.078	1.050
X. Doenças do aparelho respiratório	676	805	793	878	603
XI. Doenças do aparelho digestivo	693	923	990	947	754
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	222	311	350	316	239
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	194	184	285	259	196
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	554	726	858	933	810
XV. Gravidez parto e puerpério	1.317	1.402	1.276	1.313	1.228
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	146	180	197	166	149
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	35	42	39	57	36
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	69	77	86	126	66
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	558	590	640	645	645
XXI. Contatos com serviços de saúde	242	317	324	321	273
Total	6.992	8.373	9.475	9.573	7.700

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS

Nota: Foram consideradas apenas internações hospitalares de residentes ocorridas no Estado do Rio de Janeiro.

A análise do perfil de morbidade hospitalar de residentes de Resende no período examinado revela uma redução significativa no número de hospitalizações em 2020, em relação a 2019, alcançando 1.873 internações a menos que no ano anterior, uma redução de cerca de 20% (vinte por cento). As reduções mais significativas ocorreram nos grupos das Doenças dos Olhos e Anexos; Doenças do Aparelho Respiratório e Doenças do Aparelho Digestivo.

A redução no número de internações do grupo Doenças dos Olhos e Anexos está relacionada à mudança no registro das internações para realização do procedimento Facemulsificação para tratamento da catarata, que passou a ser registrado por meio da APAC

a partir de setembro de 2019, conforme registrado no Relatório Anual de Gestão (RAG) referente a 2019.

Uma outra explicação se encontra em uma redução significativa da ordem de 20% (vinte por cento) nas hospitalizações para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos, conforme exposto nos dados do Anexo XVII do RAG 2020.

A redução na realização dos procedimentos eletivos decorreu das medidas de enfrentamento à Covid-19, em virtude da necessidade de disponibilização de um maior número de leitos hospitalares, fazendo-se necessário igualmente evitar hospitalizações não estritamente de urgência nas unidades hospitalares existentes.

Por outro lado, observa-se um crescimento de 44% nas hospitalizações do Grupo das Doenças Infecciosas e Parasitárias, que registraram um total de 582 internações em 2020, representando 7,6% do total das internações de residentes em 2020. Esse crescimento está relacionado às internações para tratamento da Covid-19 no município de Resende, cujo procedimento “TRATAMENTO DE INFECÇÃO PELO CORONAVIRUS - COVID 19” foi o quarto procedimento mais frequente, com 263 registros em 2020.

A análise dos dados referentes às principais causas de internações revela que os três principais grupos de causa de morbidade hospitalar de residentes em 2020 foram as Doenças do Aparelho Circulatório com 1.050 internações (13,6%); as Doenças do aparelho geniturinário, com 810 internações (10,5%), e as internações por Gravidez, Parto e Puerpério, com 1.228 internações (15,9%). Juntos, esses três grupos de causa representam 40,1% do total de internações hospitalares de residentes de Resende no ano 2020 (7.700 internações).

Destaca-se a persistência do elevado número de hospitalizações por Lesões e Causas Externas, que em 2020 alcançaram 645 internações hospitalares, representando mais de 8% do total de hospitalizações.

Internações hospitalares segundo Capítulo da CID-10^a e faixa etária - Resende – 2020

Capítulo CID-10	< 1 a	1-4 a	5-9 a	10-14 a	15-19 a	20-29 a	30-39 a	40-49 a	50-59 a	60-69 a	70-79 a	80 a e >	Total	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16	3	7	1	5	21	39	57	75	157	126	75	582	8
II. Neoplasias (tumores)	-	2	8	-	6	9	28	60	68	80	33	7	301	4
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	2	-	-	1	10	16	10	4	18	8	2	72	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3	1	3	2	2	11	22	50	56	83	56	23	312	4
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	2	-	7	51	40	52	42	9	2	1	206	3
VI. Doenças do sistema nervoso	-	8	3	4	1	10	11	20	24	31	17	11	140	2
VII. Doenças do olho e anexos	1	-	-	1	-	2	-	1	2	11	9	2	29	0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	2	2	2	2	1	-	-	-	9	0
IX. Doenças do aparelho circulatório	1	2	3	-	5	22	32	86	222	315	219	143	1.050	14
X. Doenças do aparelho respiratório	12	24	26	4	8	24	43	55	85	115	84	123	603	8
XI. Doenças do aparelho digestivo	3	4	16	24	26	49	92	132	181	134	60	33	754	10
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	9	13	12	7	7	20	16	26	42	45	26	16	239	3
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3	3	5	3	16	31	29	25	40	31	8	2	196	3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	7	13	9	9	33	73	87	128	117	131	132	71	810	11
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	6	196	636	354	36	-	-	-	-	1.228	16
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	147	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	149	2
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	6	8	6	2	2	4	3	2	2	-	-	1	36	0
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	-	-	-	5	4	6	4	15	18	10	3	66	1
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	2	10	19	17	30	118	78	111	109	77	40	34	645	8
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	4	12	14	14	51	60	46	44	18	7	3	273	4
Total	212	97	131	94	366	1.149	958	903	1.129	1.273	838	550	7.700	100

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

percentual por faixa etária	3	1	2	1	5	15	12	12	15	17	11	7	100
-----------------------------	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	---	-----

A análise da morbidade por faixa etária revela que as faixas etárias mais prevalentes foram as de 20-29 anos (1.149 internações); 50-59 anos (1.129 internações); e 60-69 anos (1.273 internações).

Na faixa etária de até 5 anos, predominam as hospitalizações por afecções originadas no período perinatal (147 internações), além daquelas ocasionadas por doenças do aparelho respiratório (36 internações). Na faixa etária entre 5 e 14 anos, prevalecem as internações por doenças do aparelho digestivo (40 internações) e doenças do aparelho respiratório (30 internações). Na faixa etária entre 15 e 39 anos, predominam as internações devidas ao parto e puerpério (1.186 internações). Na faixa etária entre 40 e 59 anos, verifica-se um predomínio das internações devidas a doenças do aparelho circulatório (308

internações); doenças do aparelho digestivo (313 internações); e doenças do aparelho geniturinário (245 internações).

Finalmente, na faixa etária acima de 60 anos, predominam as hospitalizações devidas a doenças infecciosas e parasitárias (358 internações); doenças do aparelho circulatório (677 internações); e doenças do aparelho respiratório (322 internações).

Internações hospitalares segundo Capítulo da CID-10ª e sexo - Resende – 2020

Capítulo CID-10	Masc	Fem	Total	% masc	% fem
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	320	262	582	55	45
II. Neoplasias (tumores)	100	201	301	33	67
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	34	38	72	47	53
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	187	125	312	60	40
V. Transtornos mentais e comportamentais	124	82	206	60	40
VI. Doenças do sistema nervoso	83	57	140	59	41
VII. Doenças do olho e anexos	17	12	29	59	41
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	5	4	9	56	44
IX. Doenças do aparelho circulatório	586	464	1.050	56	44
X. Doenças do aparelho respiratório	308	295	603	51	49
XI. Doenças do aparelho digestivo	383	371	754	51	49
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	125	114	239	52	48
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	79	117	196	40	60
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	329	481	810	41	59
XV. Gravidez parto e puerpério	0	1.228	1.228	0	100
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	70	79	149	47	53
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	19	17	36	53	47
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	37	29	66	56	44
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	418	227	645	65	35
XXI. Contatos com serviços de saúde	140	133	273	51	49
Total	3.364	4.336	7.700		
<i>Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)</i>					
percentual	44	56	100		

Na análise da morbidade segundo o sexo, predominam as internações de mulheres (56%), destacando-se as causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, com 1.228 internações.

Excetuando-se as internações por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, as hospitalizações do sexo feminino predominam nas neoplasias (201 internações); doenças do sistema osteomuscular (117 internações) e doenças do aparelho geniturinário (481 internações).

As internações do sexo masculino são predominantes nas doenças endócrinas (60%) e transtornos mentais e comportamentais (60%), destacando-se uma grande predominância do sexo masculino nas internações por consequências de lesões e outras causas externas (65%).

Internações hospitalares segundo Capítulo da CID-10^a e raça/cor - Resende – 2020

Capítulo CID-10	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Sem informação	Total	% branca	% preta + parda
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	239	77	222	3	-	41	582	41	51
II. Neoplasias (tumores)	78	47	96	4	-	76	301	26	48
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	29	13	27	-	-	3	72	40	56
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	110	31	122	3	-	46	312	35	49
V. Transtornos mentais e comportamentais	47	21	69	1	-	68	206	23	44
VI. Doenças do sistema nervoso	67	17	45	1	-	10	140	48	44
VII. Doenças do olho e anexos	15	4	7	-	-	3	29	52	38
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	5	1	3	-	-	-	9	56	44
IX. Doenças do aparelho circulatório	390	105	425	5	-	125	1.050	37	50
X. Doenças do aparelho respiratório	263	65	218	3	-	54	603	44	47
XI. Doenças do aparelho digestivo	320	90	301	2	-	41	754	42	52
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	95	30	91	1	1	21	239	40	51
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	83	26	78	-	-	9	196	42	53
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	319	97	303	4	-	87	810	39	49
XV. Gravidez parto e puerpério	480	191	544	5	-	8	1.228	39	60
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	39	3	78	-	-	29	149	26	54
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	13	2	17	-	-	4	36	36	53
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	33	3	26	1	-	3	66	50	44
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	199	66	297	2	-	81	645	31	56
XXI. Contatos com serviços de saúde	71	33	147	1	-	21	273	26	66
Total	2.895	922	3.116	36	1	730	7.700	-	-

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

percentual	38	12	40	0	0	9	100
------------	----	----	----	---	---	---	-----

Na análise da morbidade hospitalar segundo a raça/cor do paciente hospitalizado, verifica-se um percentual de dados sem o registro do quesito raça/cor de 9%, muito inferior, entretanto, ao que se verificou na análise realizada no PMS 2018-2021, quando esse percentual alcançava 24% nos registros de 2016.

Dentre os registros das internações que apresentam o registro do quesito, verifica-se uma diferença significativa entre hospitalizações de cor/raça branca (38%) e de cor/raça preta e parda que, somadas, alcançam 52%.

Destaca-se uma prevalência de pacientes de cor/raça preta e parda na maior parte das internações classificadas segundo o Capítulo da CID-10^a, sobressaindo-se essa diferença nas doenças do sangue; gravidez, parto e puerpério; lesões e causas externas e contatos com serviços de saúde;

Observa-se também um expressivo número de internações sem o registro de informação sobre a cor/raça, marcadamente nas hospitalizações por neoplasias (25%) e transtornos mentais e comportamentais (33%).

Internações SUS de residentes de Resende – 2016 a 2020

Ano	2016	2017	2018	2019	2020
Total de internações de residentes	6.992	8.373	9.475	9.573	7.700
População	126.084	126.923	130.334	131.341	132.312
Internações por 100 habitantes	5,5	6,6	7,3	7,3	5,8

No período analisado, a taxa de internações/100 habitantes variou entre 5,5 internações/100 habitantes em 2016 a 7,3 internações/100 habitantes, em 2018 e 2019.

Ressalta-se a existência de um parâmetro de 7 a 9% de internações para determinada população, conforme Portaria nº. GM/MS 1.101, de 12/06/2002, já revogada pela Portaria nº. GM/MS 1.631/2015.

Internações SUS de residentes de Resende, segundo o município de internação – 2016 a 2020

Município internação	< 1 ano	1-4 anos	5-14 anos	15-24 anos	25-34 anos	35-44 anos	45-54 anos	55-64 anos	65 e+ anos	Total	%
330010 Angra dos Reis	0	0	0	0	0	4	0	2	0	6	0,1
330030 Barra do Pirai	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,0
330040 Barra Mansa	0	0	0	2	5	25	39	98	82	251	3,3
330170 Duque de Caxias	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0,0
330190 Itaboraí	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,0
330225 Itaiaia	0	0	0	1	4	2	1	0	0	8	0,1
330260 Mangaratiba	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,0
330350 Nova Iguaçu	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,0
330370 Paraíba do Sul	0	0	0	1	2	1	6	6	2	18	0,2
330390 Petrópolis	0	0	0	0	1	0	0	2	0	3	0,0
330400 Pirai	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,0

330411 Porto Real	0	0	5	5	6	10	7	3	8	44	0,6
330412 Quatis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,0
330420 Resende	206	80	201	920	1.048	854	873	1.090	1.816	7.088	92,9
330455 Rio de Janeiro	6	16	11	14	8	16	24	28	19	142	1,9
330610 Valença	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0,0
330620 Vassouras	0	0	0	0	0	0	2	2	3	7	0,1
330630 Volta Redonda	0	1	1	1	6	1	7	17	21	55	0,7
Total	212	97	218	945	1.081	915	961	1.249	1.954	7.632	

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Em relação ao município de internação, a maior parte das internações hospitalares de residentes de Resende no âmbito do SUS no ano 2020 ocorreu no próprio município (92,9%), nas unidades hospitalares vinculadas ao Sistema Único de Saúde. As demais internações hospitalares foram observadas, principalmente, nos municípios do Rio de Janeiro (142), Barra Mansa (251) e Volta Redonda (55).

O município de Paraíba do Sul, onde se localiza o Hospital de Traumatologia Dona Lindú, realizou 18 internações para residentes de Resende no período examinado.



3.2 Organização e funcionamento do sistema de saúde

Com base na rica conceituação trazida pela Portaria Ministerial nº. 4279, de 30/12/2010, que estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), pode-se afirmar que a Rede Municipal de Saúde em Resende encontra-se organizada em torno de um conjunto diversificado de serviços de saúde com variadas densidades tecnológicas que englobam serviços de Atenção Básica, Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar e Serviços de Urgência e Emergência.

Além desses, estão presentes igualmente, serviços cujas ações se fazem comuns para os diversos pontos de atenção da Rede Municipal, como os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Assistência Farmacêutica, além da Vigilância em Saúde e seus diversos componentes – Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Não menos importantes, também se fazem presentes os setores, serviços e coordenações administrativas diversas relacionadas ao sistema de governança do sistema, e que desempenham o papel de apoio logístico à Rede de Saúde, tais como o Serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), a Central de Veículos (transporte sanitário), a Central de Regulação e os demais serviços administrativos que integram a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de Resende – Coordenação do Fundo Municipal de Saúde e Contabilidade, Setor de Compras, Setor de Recursos Humanos, Setor de Almoxarifado e de Patrimônio, Serviço de Ouvidoria, Controle e Avaliação, Serviço de Informática, Assessoria Jurídica, dentre outros.

A Portaria 4279/2010, definiu a Rede de Atenção à Saúde como sendo “os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.”

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

3.2.1 Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde

Atualmente, a organização e a estrutura administrativa do Município de Resende se encontram estabelecidas por meio da Lei Municipal nº. 3.324, de 1º de dezembro de 2017.

Segundo a Lei 3.324/2017, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS Resende), órgão gestor local do Sistema Único de Saúde (SUS), tem por finalidade o exercício das seguintes competências e atribuições:

I. Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, bem como gerir e executar os serviços públicos de saúde do Município;

II. Proceder a estudos e formular a política de saúde do Município, em coordenação com o Conselho Municipal de Saúde;

III. Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde – SUS, no seu âmbito de atuação, em articulação com a direção estadual do Sistema e de acordo com normas federais na área de saúde;

IV. Promover e supervisionar a execução das atividades de atenção referente à saúde, fazendo observar o cumprimento de parâmetros oficiais na prestação desses serviços;

V. Promover campanhas preventivas de educação sanitária e de vacinação em massa da população;

VI. Desenvolver e executar ações de vigilância à saúde;

VII. Participar da formulação de políticas de saneamento básico;

VIII. Fiscalizar o cumprimento das posturas municipais referentes ao poder de polícia aplicado à higiene pública e ao saneamento;

IX. Executar ações dirigidas à vigilância de zoonoses no Município, bem como de vetores e roedores, em colaboração com organismos federais e estaduais;

X. Definir uma política municipal de saúde para o trabalhador, a mulher, a criança, o idoso, o deficiente, considerando a realidade do Município;

XI. Realizar a inspeção de saúde dos servidores municipais para efeito de admissão, licença, aposentadoria e outros fins;

XII. Colaborar na fiscalização de agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos Municipais, Estaduais e Federais competentes, para controlá-las;

XIII. Propor, quando for o caso, a instituição de consórcios administrativos municipais e intermunicipais na área de saúde pública;

XIV. Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

XV. Desenvolver o sistema municipal de coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, dentro dos padrões técnicos de controle de qualidade;

XVI. Administrar as unidades de assistência médica e odontológica, sob responsabilidade do Município;

XVII. Desenvolver todas as atividades relativas aos processos licitatórios da área da saúde com observância da Legislação Federal, Estadual e Municipal;

XVIII. Assegurar assistência à saúde mental e garantir a reabilitação dos portadores de deficiência;

XIX. Assegurar a assistência farmacêutica e promover o desenvolvimento de práticas alternativas que beneficiem a saúde individual e coletiva;

XX. Coordenar a execução de programas municipais de saúde, decorrente de contratos e convênios com órgãos Estaduais e Federais que desenvolvem políticas voltadas para a saúde da população;

XXI. Celebrar, no âmbito de ação do Município, contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XXII. Normalizar completamente as ações e os serviços públicos de saúde, no seu âmbito de atuação; e,

XXIII. Desempenhar outras atividades afins ou que lhe forem delegadas.

Para o atendimento ao conjunto de competências atribuídas pela Lei 3.324/2017, a SMS Resende conta com a seguinte estrutura organizacional, constituída por 10 (dez) Superintendências, subordinadas diretamente ao Secretário Municipal de Saúde, além do Hospital Municipal de Emergência, que subordina-se à Superintendência de Atenção Hospitalar:

I – Superintendência Municipal Administrativa e Financeira;

II – Superintendência Municipal de Saúde Bucal;

III – Superintendência Municipal de Assistência Farmacêutica;

IV - Superintendência Municipal de Controle, Avaliação e Regulação;

V – Superintendência Municipal de Vigilância em Saúde;

VI – Superintendência Municipal de Saúde Mental;

VII – Superintendência Municipal de Atenção Básica;

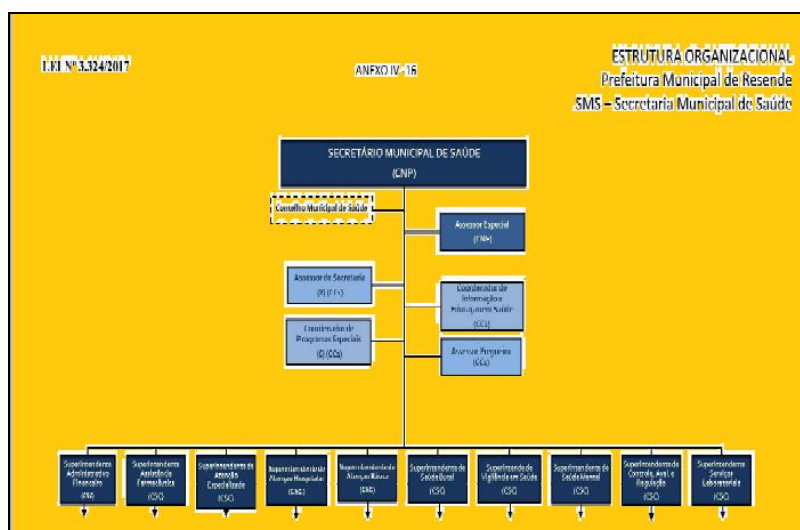
VIII – Superintendência Municipal de Atenção Especializada;

IX – Superintendência Municipal de Atenção Hospitalar;

X – Superintendência Municipal de Serviços Laboratoriais;

XI – Hospital Municipal de Emergência.

Estrutura organizacional básica da Secretaria Municipal de Saúde de Resende Lei 3.324/2017



Fonte: Lei Municipal nº. 3.324, de 01/12/2017

3.2.2 Atenção Básica

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada por meio da Portaria Ministerial nº. 2.436, de 21/09/2017, a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A Atenção Básica é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde, sendo vedadas quaisquer formas de exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição econômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

A Atenção Básica em Resende está presente em 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 37 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Além dos serviços de atenção básica, encontram-se vinculados à Superintendência de Atenção Básica, outros oito programas que atuam no apoio as ações e os serviços de saúde desempenhados pela equipes de ESF, a saber:

- ❖ *Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar);*
- ❖ *Consultório na Rua;*
- ❖ *Academia da Saúde;*
- ❖ *Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN);*
- ❖ *Programa Saúde na Escola (PSE);*
- ❖ *Centro de Atenção ao Adolescente de Resende (CAAR);*
- ❖ *Núcleo Ampliado Saúde da Família (NASF);*
- ❖ *Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS).*

3.2.2.1 Estratégia de Saúde da Família

Segundo a PNAB, a Saúde da Família é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS.

É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial

de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

As Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) são compostas no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente, especialista em saúde da família; auxiliar ou técnico de enfermagem, e agente comunitário de Saúde (ACS).

Podem fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Além da equipe mínima, o município conta com o profissional fisioterapeuta em todas as equipes de saúde da família atualmente implantadas.

O município de Resende tem na ESF, a principal estratégia de organização da Atenção Básica, e conta atualmente, com 37 (trinta e sete) equipes de Estratégia de Saúde da Família distribuídas na área urbana e na área rural do território, 01 equipe de ESF na modalidade Saúde na Hora (equipe que atua em horário estendido, oportunizando atendimento aos usuários que não podem acessar a unidade no horário de funcionamento normal) e 01 equipe de Atenção Básica Prisional inserida na Cadeia Inspetor Luis Fernandes Bandeira Duarte- SEAP/BD- Resende-RJ.

Dados do cadastro familiar do Sistema de Informações de Atenção Básica (SISAB) relativos à competência do primeiro quadrimestre de 2021 registram 111.116 (cento e onze mil, cento e dezesseis) pessoas cadastradas pelas Equipes de Saúde da Família, esse número de pessoas cadastradas junto às Equipes da Estratégia de Saúde da Família em Resende representa uma cobertura assistencial de 84% (oitenta e quatro por cento), considerando a população estimada de 132.200 habitantes.

Ao considerar a carga horária de médicos clínicos, ginecologistas e pediatras presentes em Unidades Básicas de Saúde, a cobertura populacional estimada pelas Equipes de Atenção Básica em Resende alcançou em 2016, no entanto, um percentual de 88,35% conforme indicador nacional estabelecido pela Resolução CIT nº. 5, de 19/06/2013.

À vista dos dados disponíveis relativos à cobertura assistencial pela ESF em Resende, a atual gestão considera a necessidade crescente de ofertar e qualificar mais serviços de Atenção Básica à saúde para a população, criando estratégias de implantação de novas equipes da Estratégia de Saúde da Família em virtude dos vazios assistenciais ainda existentes de serviços de saúde no território municipal.

Atualmente, as 37 equipes de ESF existentes são: ESF Surubi Velho, ESF Novo Surubi, ESF Paraíso I, ESF Paraíso II, ESF Morro do Cruzeiro, ESF São Caetano, ESF

Jardim Beira Rio/ Jardim Alegria, ESF Cabral-Alambari, ESF Cabral II, ESF Baixada Olaria, ESF Fazenda da Barra I, ESF Fazenda da Barra II, ESF Fazenda da Barra III, ESF Morada da Barra, ESF Visconde de Mauá, ESF Serrinha/ Capelinha, ESF Itapuca I, ESF Itapuca II, ESF Zona Rural (Jacuba, Rio Preto, Bagagem, Fumaça, Pedra Selada), ESF Engenheiro Passos I, ESF Engenheiro Passos II, ESF Vicentina, ESF Santo Amaro, ESF Nova Alegria, ESF Liberdade, ESF Nova Liberdade, ESF Parque Minas Gerais, ESF Posto de saúde Resende I, ESF Posto de Saúde Resende II, ESF Grande Alegria I, ESF Grande Alegria II, ESF Clínica da família I, ESF Clínica da família II, ESF Clínica da Família III, ESF Jardim Primavera I, ESF Jardim Primavera II, ESF Cidade Alegria.

As Equipes de Saúde da Família são compostas por médico generalista, enfermeiro generalista, auxiliar ou técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar de consultório dentário e agente comunitário de saúde, responsabilizando-se, cada equipe por, no máximo, 4000 habitantes, sendo a média recomendada de 2.500 habitantes em áreas dependendo da vulnerabilidade do território assistido e cada agente comunitário de saúde sendo responsável em média, por até 750 pessoas. O município inseriu nas equipes, o profissional fisioterapeuta, mesmo não sendo membro da equipe mínima, ofertando dessa forma o serviço de prevenção a agravos físicos e motores, bem como a reabilitação de usuários próximos de suas residências.

No processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, o município inseriu as supervisões de ginecologia e de pediatria, onde três profissionais médicos ginecologistas e quatro médicos pediatras trabalham no sistema de linha de cuidado ou interconsulta, com agendas nas Unidades de Saúde, realizando atendimento aos usuários e capacitando as equipes. Os usuários possuem acesso a esses serviços através de encaminhamentos realizados após acolhimento e consultas com o profissional enfermeiro (a) ou médico (a) da equipe.

3.2.2.2 Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde – EACS

A EACS teve sua implantação no município de Resende por meio da Portaria nº. GM/MS 3068, de 04/06/1998, com o quantitativo inicial de 34 Agentes Comunitários. Atualmente, o município possui 150 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuando junto a Equipes de Saúde da Família e, em bairros ou áreas onde essa estratégia será implantada, de acordo com as metas de expansão da ESF já estabelecidas pela nova gestão.

Dentre as atividades desenvolvidas pelos ACS, encontram-se: trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, definida como micro área; manter contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e

a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe.

3.2.2.3 Programas de saúde vinculados à Superintendência de Atenção Básica

3.2.2.3.1 Programa Melhor em Casa (Serviço de Atenção Domiciliar)

A Atenção Domiciliar foi instituída inicialmente pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº. GM/MS 2029, de 24/08/2011, sendo posteriormente redefinida pelas Portarias nº. GM/MS 2527, de 27/10/2011; Portaria nº. GM/MS 963, de 27/05/2013; e Portaria nº. 825, de 25/04/2016.

O Serviço de Atenção Domiciliar de Resende foi habilitado pela Portaria nº. GM/MS 847, de 10/09/2014, durante a vigência da Portaria 963/2013, acima mencionada.

No início de sua implantação o programa era denominado Programa do Idoso e apresentava como critérios para atendimento, idade superior a 60 anos, ser portador de doença degenerativa, estar acamado e morar em local sem cobertura da Estratégia de Saúde da Família, permanecendo esse modelo até o final do ano de 2016. A equipe responsável pelo atendimento era formada por médico, técnico de enfermagem e fisioterapia, sendo os atendimentos realizados de forma individualizada.

A partir de janeiro de 2017, Resende iniciou um processo de reestruturação e o Programa do Idoso, foi renomeado como Programa Melhor em Casa, o qual tem como objetivos ofertar serviços para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de deslocamento até uma unidade de saúde, para os que estão em localidades sem cobertura das Equipes de Saúde da Família ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar pelo programa citado é a mais indicada para o seu tratamento.

A atenção domiciliar visa proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar. Atualmente, o atendimento é oferecido para

peças de todas as idades, com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção e acesso a uma unidade de saúde e, por apresentar quadro clínico desestabilizado e ou agudizado.

Atualmente, o programa possui 76 pacientes cadastrados, sendo assistidos por uma equipe de saúde multiprofissional que conta com dois médicos, uma enfermeira, uma psicóloga, uma fonoaudióloga e dois fisioterapeutas. Os serviços de saúde ofertados aos usuários são de acordo com as necessidades de saúde dos mesmos.

A proposta é a ampliação da equipe multiprofissional existente para complementar o quadro de profissionais com objetivo de aumentar o acesso e as ações propostas pelo programa.

As ações realizadas podem ser resumidas conforme abaixo:

- ❖ *Manter o tratamento em casa, evitando o encaminhamento para tratamento hospitalar e/ou a diminuição do tempo de permanência neste;*
- ❖ *Atender pacientes com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção, com quadro clínico estabilizado/controlado de áreas sem cobertura de Estratégia de Saúde da Família e que já estavam incluídos.*

Atividades desenvolvidas:

- ❖ *Atendimento domiciliar;*
- ❖ *Coleta de exame laboratorial;*
- ❖ *Realização de curativo;*
- ❖ *Administração de medicamento endovenosa e subcutânea;*
- ❖ *Acompanhamento de uso de sondas e ostomias;*
- ❖ *Fisioterapia motora e respiratória;*
- ❖ *Fonoaudiologia para quadro de disfagia;*
- ❖ *Atendimento psicológico e suporte familiar;*
- ❖ *Educação em Saúde;*
- ❖ *Fornecimento de materiais e insumos para a execução do cuidado e curativos;*
- ❖ *Intersetorialidade com a rede de atenção à saúde;*
- ❖ *Liberação de um número de celular para contato e orientações.*

3.2.2.3.2 Programa Consultório na Rua

As Equipes do Consultório na Rua (eCR) foram instituídas no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria nº. GM/MS 2.488, de 24/10/2011, visando à ampliação e garantia do acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

Chamamos de Consultório na Rua, equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população. Elas devem

realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território.

No momento, o município possui uma Equipe de Consultório na Rua (eCR), habilitada por meio da Portaria nº. GM/MS 2.505, de 01/11/2012. É necessária a implantação de outra equipe, visto que existe uma crescente demanda de usuários que se encontram em situação de rua e vulnerabilidade social.

As ações realizadas podem ser assim resumidas:

- ❖ *Implantação de oficinas de sensibilização nas ESF com o objetivo de conhecer o território, identificação das cenas de permanência desta população e suas potencialidades em dar respostas às demandas, assim como, o desenvolvimento de propostas de atuação e intervenção;*
- ❖ *Realização do diagnóstico situacional, referente à população em situação de rua e vulnerabilidade social;*
- ❖ *Abordagem e encaminhamento da população em situação de rua para a rede de atenção a saúde de acordo com a necessidade de saúde.*

3.2.2.3.3 Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde, instituído em 2011 por meio da Portaria nº. GM/MS 719, de 07/04/2011, é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como pólos do Programa Academia da Saúde. Esses pólos são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Como ponto de atenção no território, complementa o cuidado integral e fortalece as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a Estratégia da Saúde da Família.

O município de Resende foi habilitado para o recebimento de recursos destinados à implantação de Pólo da Academia da Saúde por meio da Portaria nº. GM/MS 2.912, de 12/12/2011.

Ao iniciar a gestão de 2017-2020, as atividades desenvolvidas na Academia de Saúde foram retomadas, possibilitando a permanência de repasse de verba pelo governo federal.

As atividades desenvolvidas podem assim ser resumidas:

- ❖ *Consulta individual com profissional de saúde;*
- ❖ *Alimentação Saudável com a Nutricionista;*
- ❖ *Planejamento Familiar/Sexualidade;*
- ❖ *Atividade Física;*
- ❖ *Grupo de Gestante;*
- ❖ *Atendimento Individual com a Psicóloga.*


3.2.2.3.4 Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família tem um papel fundamental em reforçar o acesso das famílias à educação e à saúde, por meio de alguns compromissos, chamados condicionalidades. Mas não são apenas os beneficiários que têm a responsabilidade de cumprir esses compromissos. O poder público também deve ter um foco nessas famílias ao garantir a elas a oferta e a qualidade dos serviços.

Na **área da educação** os responsáveis devem matricular as crianças e os adolescentes de 6 a 17 anos na escola. A frequência escolar deve ser de, pelo menos, 85% das aulas para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos e de 75% para jovens de 16 e 17 anos, todo mês.

Na **área da saúde**, os responsáveis devem levar as crianças menores de 7 anos para tomar as vacinas recomendadas pelas equipes de saúde e para pesar, medir e fazer o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento. As gestantes devem fazer o pré-natal e ir às consultas na Unidade de Saúde.

Os objetivos destacados podem ser resumidos:

- 
- ❖ *Garantir que o poder público ofereça, efetivamente, os serviços de educação e de saúde à população em situação de pobreza e extrema pobreza;*
 - ❖ *Identificar quadros de vulnerabilidades entre as famílias que estão com dificuldades para acessar esses serviços públicos;*
 - ❖ *Encaminhar famílias para a rede de assistência social, a fim de que elas possam superar a vulnerabilidade e voltar a cumprir seus compromissos; e*
 - ❖ *Contribuir para o desenvolvimento saudável das crianças e para que os estudantes de famílias do Programa Bolsa Família concluam a educação básica, tendo melhores condições de vencer o ciclo de pobreza.*

3.2.2.3.5 Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN)

É uma Área Técnica que tem como propósito a melhoria das condições de Alimentação, Nutrição e Saúde da População, mediante a Promoção de Práticas Alimentares Adequadas e Saudáveis; a Vigilância Alimentar e Nutricional; e a Prevenção e o Cuidado dos agravos relacionados à Alimentação e Nutrição; tendo a Atenção Básica como ordenadora das ações. Realiza o Acompanhamento de escolares até 13 anos (12 anos 11 meses e 29 dias) e Gestantes. Além disso, desempenha atividades junto a programas sociais, sendo quatro de cunho federal, um estadual e um municipal. Os atendimentos e acompanhamentos ocorrem em sua sede, como também de forma descentralizada, nas Unidades Básicas de Saúde e junto

às Equipes de Saúde da Família. Atualmente, a equipe está composta por duas nutricionistas, 01 assistente social, 01 assistente administrativo e 01 auxiliar de enfermagem.

As principais atividades são:

- ❖ **Atendimento Ambulatorial com Nutricionista da ATAN**, voltado para escolares de até 13 anos e gestantes;
- ❖ **Atendimento Ambulatorial com Assistente Social da ATAN**, voltado para escolares de até 13 anos e gestantes;
- ❖ **Grupo mensal de gestantes** – realizado no Ambulatório Especializado da Mulher, uma vez por mês, com ações educativas e oficinas. Há também Avaliação Antropométrica das Gestantes, e os Cálculos de Ganho Ponderal Semanal e Total são realizados individualmente. Participam as Nutricionistas da ATAN, a Assistente Social da ATAN, e a Psicóloga do Ambulatório Especializado da Mulher.
- ❖ **Ações Educativas/Oficina** - Temas Diversos, como: Alimentação Saudável; Guia Alimentar para População Brasileira; Aproveitamento Integral dos Alimentos, Tabagismo; Gestação; Amamentação; Alimentação Complementar; Obesidade; Diabetes; Hipertensão, DCNT em geral; Necessidades Alimentares Especiais (Erro Inato do Metabolismo, Transtornos Alimentares, Alergias e Intolerâncias Alimentares); Carências Nutricionais; Desnutrição, etc. As ações são desenvolvidas nos seguintes espaços: Ambulatório Especializado da Mulher, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Academia da Saúde, Escolas da Rede Pública, Igrejas, Associações de moradores, etc.
- ❖ **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)** – O SISVAN, operado a partir da Atenção Básica à Saúde, tem como objetivo principal monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS, atendendo a várias faixas etárias. Apoiar os profissionais de saúde no diagnóstico local e oportuno dos agravos alimentares e nutricionais e no levantamento de marcadores de consumo alimentar que possam identificar fatores de risco ou proteção, tais como o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar.
- ❖ **Parceria com o Setor de Nutrição da Secretaria de Educação** – Round sobre casos de Crianças acompanhadas em conjunto ATAN/Alimentação Escolar. Troca de Experiências, Informações, e Auxílio Técnico (quando necessário).
- ❖ **Capacitações dos Profissionais da Atenção Básica** - Antropometria, Marcadores de Consumo Alimentar, Programa Nacional de Suplementação de Ferro, Amamentação, Alimentação Complementar.
- ❖ **Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)**- O Programa prevê a suplementação profilática de crianças de seis a vinte e quatro meses de idade, gestantes ao iniciarem o pré-natal (independentemente da idade gestacional) e mulheres até o 3º mês pós-parto com Sulfato Ferroso, com o objetivo de prevenir e controlar a Anemia Ferropriva mediante a suplementação medicamentosa universal com sulfato ferroso. Gestantes recebem ainda suplementação de ácido fólico. Desde 2013 os Municípios (Estados e o DF) são responsáveis pela Seleção, Programação, Aquisição, Armazenamento, Controle de Estoque, Prazos de validade, Distribuição e Dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência

Farmacêutica, incluídos os medicamentos sulfato ferroso e ácido fólico do PNSF.

3.2.2.3.6 Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE) teve suas regras e critérios de adesão redefinidos por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.055, de 25/04/2017. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. A nova adesão do município de Resende ocorreu no mês de junho de 2017, com a indicação de 51 escolas da rede municipal para integrarem as ações a serem desenvolvidas. O Termo de Compromisso foi assinado pelo Secretário Municipal de Saúde e pela Secretária Municipal de Educação.

Dentre as mudanças e alterações ocorridas no Programa, destacam-se as seguintes:

- ❖ *O ciclo do PSE passará a ter duração de 24 (vinte e quatro) meses, com abertura para ajuste de informações e do Termo de Compromisso após 12 (doze) meses do início de vigência. No período de ajustes, poderão ser realizadas ações de substituição de escolas já pactuadas;*
- ❖ *O repasse dos incentivos financeiros de custeio das ações do programa ocorrerá via fundo a fundo, no Piso Variável de Atenção Básica, anualmente em parcela única, com valor calculado a partir do número de alunos pactuados e recalculado no segundo ano do ciclo pelo mesmo fator;*
- ❖ *A adesão será por escola, onde o município deverá indicar as escolas de Educação Básica da Rede pública que participarão do programa;*
- ❖ *Os registros das informações sobre as atividades realizadas no PSE deverão ser efetuados unicamente, no sistema de informação da Atenção Básica em Saúde.*
- ❖ *Todas as equipes de saúde da Atenção Básica podem ser vinculadas ao PSE no ato da adesão, inclusive mais de uma equipe pode ser vinculada à mesma escola e repetida em outra escola;*
- ❖ *Os componentes I, II e III são agora um conjunto de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde que deverão ser desenvolvidas mediante planejamento intersetorial e gestão compartilhada entre a saúde e a educação.*

Nas ações previstas a serem desenvolvidas, incluem-se:

- ❖ *Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;*
- ❖ *Promoção das Práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas;*
- ❖ *Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;*
- ❖ *Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos;*
- ❖ *Prevenção das violências e dos acidentes;*
- ❖ *Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;*

- ❖ *Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor;*
- ❖ *Verificação da situação vacinal;*
- ❖ *Promoção de segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;*
- ❖ *Promoção da saúde auditiva e identificação de alunos com possíveis sinais de alteração;*
- ❖ *Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS;*
- ❖ *Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.*

3.2.2.3.7 Centro de Assistência ao Adolescente (CAAR)

O serviço oferta atenção integral à saúde do adolescente de 12 a 17 anos, em sede própria, desempenhando ações e serviços de saúde de acordo com o que preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Área de Saúde do Jovem e Adolescente. Os adolescentes são referenciados ao programa através de encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde (ESF ou UBS) ou livre demanda. No momento, o programa acompanha 45 adolescentes provenientes de diversos bairros do município.

Dentre as ações desenvolvidas, destacam-se:

- ❖ *Consulta de enfermagem (clínica, pré-natal, pós-natal);*
- ❖ *Consulta Ginecológica;*
- ❖ *Consulta médica – ginecologia, Pré e Pós-Natal;*
- ❖ *Psicoterapia;*
- ❖ *Avaliação e acompanhamento social e familiar;*
- ❖ *Grupos de orientação e sexualidade;*
- ❖ *GAMA: Grupo de Atenção à mãe adolescente;*
- ❖ *GAPA: Grupo de Atenção ao pai adolescente;*
- ❖ *Planejamento familiar.*

3.2.2.3.8 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

Em 2008, o Ministério da Saúde lançou os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB), com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de serviços de saúde, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família, equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes no qual o NASF está inserido.

Apesar de fazerem parte da AB, não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Devem atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, além de outras redes como, redes sociais e comunitárias.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes da AB prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde.

Em 2017, a Secretaria Municipal de Resende com objetivo de ampliar as ações e os serviços nas unidades de saúde elaborou um projeto de adesão de 01 equipe NASF junto ao MS. Em 2018, o município foi credenciado através da Portaria nº. 2.273, de 30 de julho de 2018 para receber incentivo financeiro referente a uma modalidade NASF 1.

Em 2020, o Ministério da Saúde cancelou novas adesões de equipes NASF, e desta forma, o governo Estadual do Rio de Janeiro, com objetivo de manter as ações da ESF pactuou junto aos municípios incentivo financeiro para credenciamento de novas equipes NASF. Diante disso, a Secretaria Municipal de Saúde ampliou mais três equipes NASF, possibilitando a qualificação e ampliação do atendimento, aumentando a resolutividade das equipes da AB por meio do apoio matricial de especialistas e no desenvolvimento de ações básicas de saúde.

Segundo a Portaria nº. 3.124, de 28/12/2012, poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva e ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

3.2.2.3.9 Núcleo de Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde - EPS é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial.

O artigo 200, da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988). Admite-se, portanto, que as questões da educação na saúde fazem parte do rol de atribuições finalísticas deste sistema.

Neste sentido, o Ministério da Saúde tem desenvolvido, ao longo do tempo, várias estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação de seus trabalhadores pautado nas necessidades de saúde da população e norteado pelo desenvolvimento do SUS.

Em 13 de fevereiro de 2004 criou a Portaria nº. 198, que “Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor” e, em agosto de 2007, através da Portaria nº. 1996, “dispõe as Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde”.

A PNEPS é uma estratégia que pretende promover transformações nas práticas do trabalho, com base em reflexões críticas, propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços.

História do NEPS em Resende

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS foi instituído no município de Resende em abril de 2016, tendo permanecido em atividade através do coletivo E-Pensando – cuja trajetória remonta a setembro de 2014 - até final do ano. Em 2017, esse núcleo teve suas atividades interrompidas. Desde então, as atividades direcionadas para formação profissional dos trabalhadores da saúde foram realizadas no formato de Educação Continuada através de capacitações técnicas, sob a responsabilidade de um profissional de enfermagem da Atenção Primária à Saúde – APS.

Em dezembro de 2017, através da adesão do município ao Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde (Portaria 3.194 de novembro de 2017) houve a “reconstituição do NEPS” e a composição de nova equipe com uma nova

proposta de trabalho, composto inicialmente por uma enfermeira, uma psicóloga e uma dentista, na perspectiva da multidisciplinaridade para pensar ações de EPS, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do processo. Atualmente a equipe NEPS é composta por uma enfermeira e uma técnica de segurança do trabalho.

Com vista a qualificar os profissionais da rede de APS, parcerias foram estabelecidas entre o NEPS e outras instituições e atores externos, que atuam como apoio ao processo de trabalho. Atualmente o NEPS possui parceria intersetorial com: Superintendência de Atenção Primária à Saúde; Superintendência de Atenção Especializada; Superintendência de Saúde Mental; Superintendência de Saúde Bucal; APMIR; Associação Educacional Dom Bosco – AEDB; Espaço Z; Associação da Casa da Amizade de Resende; Santa Casa de Misericórdia.

Objetivos

Refletir sobre as práticas profissionais visando sua qualidade, otimização e adequação, propondo ações coletivas que contribuam para as mudanças necessárias à satisfação do trabalhador e do usuário do serviço de saúde.

Elaborar estratégias, contextualizadas, de qualificação e promover capacitação, atualização e desenvolvimento dos profissionais de saúde, a partir do diagnóstico situacional identificado em cada setor. Através da problematização, bem como reflexão sobre o processo de trabalho que acontece no cotidiano do serviço.

Realizar articulação com outros setores, para o desenvolvimento de atividades educacionais, de modo a atender às necessidades e demandas locais.

Capacitar multiplicadores para que os mesmos treinem e orientem sua equipe de forma integral e contínua.

Aumentar autonomia, segurança e responsabilidade dos colaboradores devido ao aperfeiçoamento contínuo.

Ressalta-se que as ações de EPS do programa estão alinhadas às necessidades de qualificação e aprimoramento dos profissionais e trabalhadores que atuam no SUS, especialmente na Atenção Básica, podendo contemplar prioritariamente as seguintes temáticas, dentre outras: aspectos do funcionamento dos serviços de saúde; aperfeiçoamento dos processos de trabalho; abordagens técnicas específicas voltadas para o fortalecimento e consolidação das Redes de Atenção à Saúde; e ações intersetoriais, que envolvam outras equipes de saúde e/ou outros níveis de atenção.

Nesta perspectiva, o NEPS, após processo de reformulação em relação à equipe, adotou também como proposta de metodologia de trabalho, a realização de atividades *in loco*.

3.2.2.3.10 Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foi instituída por meio da Portaria Interministerial nº. MS/MJ 1, de 02/01/2014, que disciplinou os objetivos, as diretrizes, bem como as responsabilidades do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça, dos Estados, Distrito Federal e Municípios, representados pelas Secretarias de Saúde, Secretarias de Justiça ou congêneres. As normas de operacionalização dessa política estão disciplinadas pela Portaria Ministerial nº. GM/MS 482, de 1º de abril de 2014, que disciplina os tipos de equipes, os profissionais que compõem essas equipes e o financiamento. Adicionalmente, a Portaria nº. SAS/MS 305, de 10/04/2014 estabeleceu normas para cadastramento das equipes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, a PNAISP prevê que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede.

O município de Resende iniciou na atual Gestão 2017-2020 o processo de adesão à PNAISP para a implantação de uma *Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II (eABP-II)*, Equipe CNES Tipo 52, formada por oito profissionais assim distribuídos: *um enfermeiro, um médico clínico, um técnico ou auxiliar de enfermagem, um cirurgião-dentista, um técnico ou auxiliar de saúde bucal, um psicólogo, um assistente social e um profissional escolhido dentre as seguintes categorias*: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá carga horária de 20 horas semanais.

3.2.2.4 Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde

3.2.2.4.1 Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro - PREFAPS

A incorporação do monitoramento e avaliação constitui aspecto fundamental para subsidiar a melhoria das políticas implementadas. O monitoramento está organizado de forma a contribuir para o alcance dos resultados planejados na medida em que reflete o acompanhamento sistemático de ações elencadas como prioritárias. A avaliação é um

juízo de valor, constituindo-se em um processo de análise crítica dos resultados. Para tanto, é necessário a utilização de processos avaliativos, os quais apresentem informações e resultados a serem discutidos pelas equipes de saúde/gestão, estimulando a reflexão sobre o fazer cotidiano e possíveis estratégias de intervenção.

Neste contexto, a Resolução SES/RJ nº. 1.846, de 09 de maio de 2019, aprova o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro - PREFAPS, com o objetivo de apoiar a Atenção Primária à Saúde dos municípios a partir do incentivo à manutenção e expansão das equipes vinculadas à Estratégia da Saúde da Família e outras ações que visam à qualidade da atenção. A Deliberação CIB nº. 6.448, de 08 de julho de 2021, que repactua a atualização do Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro (PREFAPS) para o ano de 2021; RESOLVE:

Art. 1º - Ficam atualizados os valores financeiros do PREFAPS para o ano de 2021, conforme Anexo I desta Resolução. Parágrafo Único - O Programa é destinado a todos os municípios do estado do Rio de Janeiro que realizaram adesão voluntária de acordo com a Resolução SES-RJ nº 1.846, de 09 de maio de 2019.

Art. 2º - O recurso financeiro do PREFAPS é destinado à Atenção Primária à Saúde (APS) e se organiza segundo os seguintes componentes:

I - Componente Sustentabilidade consiste no repasse de recursos financeiros calculados com base no número de equipes de Saúde da Família (eSF), Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (eSB/SF), Consultório na Rua (CnaR), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Polos de Academia da Saúde (PAS) em atividade,

II - Componente de Expansão - Os valores de referência por eSF e eSB/SF seguem os critérios de classificação dos municípios em quatro faixas, com base nos indicadores: PIB per capita; Percentual da população com Bolsa Família ou em Extrema Pobreza; Percentual da população com Plano de Saúde; Densidade demográfica; e Porte Populacional, de acordo com a Portaria GM/MS Nº 1.409, de 10 de julho de 2013, conforme Anexo II desta Resolução.

III - O Componente Desempenho da Atenção Primária à Saúde é destinado à qualificação das ações, cujos indicadores e metas estão baseados no contexto epidemiológico, disponibilidade de dados nos sistemas nacionais de informação, séries históricas e prioridades de políticas de saúde estaduais.

3.2.2.4.2 Programa Previne Brasil

O Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº. 2.979, de 12/11/2019, institui novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Do Custeio da Atenção Primária à Saúde

Art. 9º O financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por:

- I - capitação ponderada;
- II - pagamento por desempenho; e
- III - incentivo para ações estratégicas.

I - Capitação Ponderada

O cálculo para a definição dos incentivos financeiros da capitação ponderada deverá considerar:

- I - a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB);
- II - a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP;
- III - o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; e
- IV - classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

II - Do Pagamento por Desempenho

O cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho será efetuado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES. O valor do pagamento por desempenho será calculado a partir do cumprimento de meta para cada indicador por equipe e condicionado ao tipo de equipe.

III – Do Incentivo para Ações Estratégicas

O cálculo para a definição dos recursos financeiros para incentivo para ações estratégicas deverá considerar:

- I - as especificidades e prioridades em saúde;
- II - os aspectos estruturais das equipes; e
- III - a produção em ações estratégicas em saúde.

O incentivo para ações estratégicas contemplará o custeio das seguintes ações, programas e estratégias:

- I - Programa Saúde na Hora;
- II- Equipe de Saúde Bucal (eSB);
- III - Unidade Odontológica Móvel (UOM);
- IV - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);

- V - Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- VI - Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- VII - Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
- VIII - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- IX - Microscopista;
- X - Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);
- XI - Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade;
- XII - Programa Saúde na Escola (PSE);
- XIII - Programa Academia da Saúde;
- XIV - Programas de apoio à informatização da APS;
- XV - Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;
- XVI - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e
- XVII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

3.2.3 Vigilância em Saúde

A cada momento, em qualquer localidade, acontecem eventos que expõem a população a doenças, demandando ações e serviços de saúde. Neste contexto, a Vigilância em Saúde, que compreende ações integradas da Vigilância Epidemiológica, Atenção Integral em Pneumologia e Dermatologia Sanitária (Tuberculose/Hanseníase), Atenção Especializada às Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV/Hepatites Virais, Controle de Zoonoses, Imunização, Vigilância Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador, tem como objetivos identificar e intervir nos riscos sob os quais a população possa ser exposta.

A Vigilância em Saúde tem suas ações estabelecidas pelo Ministério da Saúde estabelecidas pela Portaria Ministerial GM/MS nº. 1.378, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

No seu artigo 4,º as ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

- I. *a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;*
- II. *a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;*
- III. *a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;*
- IV. *a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;*
- V. *a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;*
- VI. *a vigilância da saúde do trabalhador;*
- VII. *vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde; e*
- VIII. *outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade.*

Na Seção III da Portaria são estabelecidas as atribuições dos municípios:

“Art. 11. Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

- I. *ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, a vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus*

fatores de risco, a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, gestão de sistemas de informação de vigilância em saúde em âmbito municipal que possibilitam análises de situação de saúde, as ações de vigilância da saúde do trabalhador, ações de promoção em saúde e o controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse a saúde;

- II. *coordenação municipal e execução das ações de vigilância;*
- III. *participação no financiamento das ações de vigilância;*
- IV. *normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual;*
- V. *coordenação e alimentação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da vigilância, incluindo:*
 - a) *coleta, processamento, consolidação e avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes dos sistemas de base nacional, de interesse da vigilância, de acordo com normalização técnica;*
 - b) *estabelecimento e divulgação de diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação das esferas federal e estadual; e*
 - c) *retroalimentação dos dados para as unidades notificadoras;*
- VI. *coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância, nas emergências de saúde pública de importância municipal;*
- VII. *coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar;*
- VIII. *desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social;*
- IX. *monitoramento e avaliação das ações de vigilância em seu território;*
- X. *realização de campanhas publicitárias de interesse da vigilância, em âmbito municipal;*
- XI. *promoção e execução da educação permanente em seu âmbito de atuação;*
- XII. *promoção e fomento à participação social nas ações de vigilância;*
- XIII. *promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional;*
- XIV. *gestão do estoque municipal de insumos de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo o armazenamento e o transporte desses insumos para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;*
- XV. *provimento dos seguintes insumos estratégicos:*
 - a) *medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT;*
 - b) *meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde nos termos pactuados na CIB;*
 - c) *insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, indicados pelos programas, nos termos pactuados na CIB; e*
 - d) *equipamentos de proteção individual - EPI - para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, incluindo vestuário, luvas e calçados;*
- XVI. *coordenação, acompanhamento e avaliação da rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises essenciais às ações de vigilância, no âmbito municipal;*
- XVII. *realização de análises laboratoriais de interesse da vigilância, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuados na CIR/CIB;*

- XVIII. coleta, armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência;
- XIX. coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;
- XX. descartes e destinação final dos frascos, seringas e agulhas utilizadas, conforme normas técnicas vigentes;
- XXI. participação no processo de implementação do **Decreto nº. 7.508, de 28/06/2011**, no âmbito da vigilância;
- XXII. colaboração com a União na execução das ações sob Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, conforme pactuação tripartite; e
- XXIII. estabelecimento de incentivos que contribuam para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade das ações de Vigilância em Saúde.

Parágrafo único. Os Municípios poderão adquirir insumos estratégicos para uso em Vigilância em Saúde, em situações específicas, mediante pactuação na CIT entre as esferas governamentais, observada a normalização técnica e, em situações excepcionais, mediante a comunicação formal com justificativa à SVS/MS ou à Secretaria Estadual de Saúde.”

As atividades desenvolvidas de vigilância em saúde no município compõem os Programas e Serviços acima mencionados e abaixo detalhados:

3.2.3.1 Serviço de Epidemiologia

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças ou agravos, bem como dos seus fatores condicionantes em uma área geográfica ou população determinada. Subsidiariamente, a vigilância epidemiológica constitui-se em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas.

Coordenação: Enf^a Andrea Fernandes da Silva Dias

Localização: Avenida Tenente Coronel Mendes n° 888- 1º andar- Liberdade- Resende

Composição da Equipe: Médico=01 / Enfermeiro= 03/ Biólogo: 01 / Nível Médio (Ass. Administrativo, Motorista, Técnicos) = 09

Equipe Monitoramento de COVID: Médico= 03/ Enfermeiros=06 / Nível Médio=08

Ações do Serviço:

- ❖ *Alimentação dos sistemas de informação do Ministério da Saúde que são: SINAN (doenças de notificação), SIM (óbitos), SINASC (Nascidos Vivos).*
- ❖ *Gestão do SINAN e investigação epidemiológica das doenças e agravos de notificação compulsória.*
- ❖ *Gestão do SIM e SINASC e investigação epidemiológica de óbitos.*
- ❖ *Monitoramento de casos com adoção de medidas de prevenção e controle de agravos e doenças transmissíveis por vetores e zoonoses; hídrica e alimentos; respiratórias e imunopreveníveis.*
- ❖ *Apoio no monitoramento de casos e adoção de medidas de prevenção e controle de infecções sexualmente transmissíveis/HIV/Hepatites Virais B e C e Tuberculose e Hanseníase.*
- ❖ *Alimentação de informação do Ministério da Saúde Sistema Informatizado de Vigilância Epidemiológica de Doenças Diarreicas Agudas (SIVEP_DDA).*
- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações para agravos de notificação negativa semanal (Poliomielite, Tétano Acidental e Neonatal e Sarampo/Rubéola).*
- ❖ *Investigar surtos de Doenças Diarreicas Agudas conjuntamente com o Serviço de Vigilância Sanitária e Setor de Vigilância Ambiental de Saúde e outros agravos de importância em saúde pública.*
- ❖ *Responsável técnico pelas atividades do componente de vigilância epidemiológica do Plano Municipal de Arboviroses Urbanas bianual (Dengue/Zika/Chikungunya/Febre Amarela).*
- ❖ *Colaboração técnica na elaboração do Plano Municipal de Contingência da Saúde frente a Desastres Naturais conjuntamente com o Setor de Vigilância Ambiental em Saúde, Atenção Hospitalar e Defesa Civil.*
- ❖ *Responsável técnico pelas atividades do componente de vigilância epidemiológica do Plano Municipal de Saúde quadrianual.*
- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações de Dengue/Chikungunya/Zika, Febre Amarela, Leptospirose, Malária, Febre Maculosa Brasileira, Leishmaniose Visceral, Esquistossomose, Hantavirose, Peste e Chagas Agudo conjuntamente com o Centro de Controle de Zoonoses.*
- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações de exantema em gestantes (Zika) e Síndrome de Guillain-Barré após suspeita de infecção viral (Dengue/Chikungunya/Zika) com alimentação dos sistemas de informação da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ): FormSUS.*
- ❖ *Ponto focal para monitoramento e investigação de microcefalia (Síndrome Congênita do Zika) da SES-RJ.*
- ❖ *Verificação de resultados de exames para agravos de notificação compulsória nos sistemas do Gerenciador de Ambiente Laboratorial / Laboratório Central Noel Nutels / SES-RJ (LACENN-RJ) e o Laboratório Pardini e recepção e revisão da planilha de exames positivos do Laboratório Municipal Arcílio Guimarães.*
- ❖ *Investigação e envio de amostras biológicas humanas ao LACENN-RJ e IEISS-RJ de casos suspeitos de Dengue/Chikungunya/Zika em Gestantes, Influenza (Síndrome Respiratória Aguda Grave), Coqueluche, Leptospirose, Doença Meningocócica/Meningites, Febre Amarela, Malária, Febre Maculosa Brasileira, Febres Hemorrágicas (Ebola).*
- ❖ *Investigação e envio de amostras biológicas humanas ao LACENN-RJ de óbitos suspeitos de Dengue/Chikungunya/Zika, Influenza (Síndrome Respiratória Aguda Grave), Enterovírus, Leptospirose, Doença Meningocócica/Meningites, Febre Amarela, Malária, Febre Maculosa Brasileira, Febres Hemorrágicas (Ebola).*

- ❖ *Sobreaviso de fins de semana e feriados para dispensação de kits diagnósticos para Dengue (Teste Rápido NS1), Influenza, Coqueluche e Enterovírus e quimioprofilaxia para Meningite Meningocócica e Coqueluche.*
- ❖ *Sobreaviso de fins de semana e feriados para vacinação de bloqueio em casos suspeitos de sarampo e rubéola, conjuntamente com o Programa Municipal de Imunização.*
- ❖ *Sobreaviso de fins de semana e feriados para dispensação de medicamentos antimaláricos para casos de Malária Grave e Leishmaniose Visceral grave (FormSUS da SES-RJ).*
- ❖ *Sobreaviso de fins de semana e feriados para dispensação de Declaração de Óbito para unidades de saúde em caráter excepcional.*
- ❖ *Realização de visita hospitalar, unidades de saúde e domiciliar para complementação dos dados clínicos das Declarações de Óbito.*
- ❖ *Elaboração e envio mensal ao SAF/Assistência Farmacêutica relatório de sífilis em gestante para controle de dispensação de penicilina.*
- ❖ *Envio semanal à SES-RJ a Planilha de Mobilização Social de Dengue e Planilha de Atividades de Campo de Arboviroses Urbanas.*
- ❖ *Envio mensal à SES-RJ a Planilha de Profilaxia da Raiva Humana.*
- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações para dispensação de vacinação para atendimento antirrábico humano municipal com relatório mensal para SES-RJ conjuntamente com o Programa Municipal de Imunização.*
- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações para dispensação de soroterapia para acidente com animais peçonhentos conjuntamente com o Programa Municipal de Imunização.*
- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações de Eventos Adversos Pós-Vacinais conjuntamente com o Programa Municipal de Imunização.*
- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações dos casos de tuberculose e hanseníase conjuntamente com o SAI Dermatologia e Pneumologia Sanitária.*
- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações de óbitos por tuberculose e hanseníase conjuntamente com o SAI Dermatologia e Pneumologia Sanitária.*
- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações dos casos de HIV-AIDS e Hepatites Virais conjuntamente com o SAE DST/HIV/Hepatites Virais.*
- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações dos óbitos por HIV-AIDS e Hepatites Virais conjuntamente com o SAE DST/HIV/Hepatites Virais.*
- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações de Violências através da DANTS conjuntamente com o SAE DST/HIV/Hepatites Virais (sexual).*
- ❖ *Monitoramento e investigação epidemiológica de acidentes com material biológica conjuntamente com o SAE DST/HIV/Hepatites Virais e Programa de Saúde do Trabalhador.*
- ❖ *Colaboração para o monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações de acidentes de trabalho conjuntamente com o Programa Municipal do Trabalhador.*
- ❖ *Coordenação e participação das reuniões do Comitê de Investigação de Óbitos Infantis e Fetais (Decreto Municipal nº 4.526 de 18 fevereiro de 2011).*

- ❖ *Coordenação e participação das reuniões do Comitê de Investigação de Óbitos Maternos (Decreto Municipal nº 3.735 de 08 de março de 2010).*
- ❖ *Coordenação e participação das reuniões do Comitê de Investigação de Óbitos por Arboviroses Urbanas (Decreto Municipal nº 3.145 de 29 de outubro de 2013).*
- ❖ *Participação das reuniões da Comissão Municipal de Gerência de Risco Sanitário.*
- ❖ *Participação das reuniões do Grupos Técnicos de Arboviroses Urbanas (início em março de 2011), Doenças Infecciosas na Gestaçào (início em outubro de 2013) e Epizootias (início em fevereiro de 2017).*
- ❖ *Elaboração e divulgação de Procedimentos Operacionais Padrão, Notas Técnicas, Informes e Fluxogramas sobre agravos e doenças de notificação compulsória.*
- ❖ *Capacitação permanente dos profissionais da rede de saúde.*
- ❖ *Monitoramento do envio à SES-RJ dos relatórios das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) dos estabelecimentos de saúde com leito (hospitais, UPA, clínica de hemodiálise), através do FormSUS, conjuntamente com o Serviço de Vigilância Sanitária.*
- ❖ *Monitoramento do SISPACTO/PQA-VS para controle dos indicadores pactuados para vigilância epidemiológica e garantir o aporte de recursos financeiros carimbados.*
- ❖ *Elaboração de relatórios com os indicadores de saúde municipais.*
- ❖ *Monitoramento e acompanhamento dos casos de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG) relacionadas a COVID-19.*
- ❖ *Organização do envio das amostras biológicas de COVID-19 ao laboratório de referência (LACEN) e acompanhamento dos resultados para fechamento dos casos suspeitos e confirmados.*
- ❖ *Controle e análise estatística dos casos de SG e SRAG de COVID-19, relacionados a internações hospitalares, altas e óbitos.*
- ❖ *Divulgação diária dos dados epidemiológicos de acompanhamentos dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19 para as áreas técnicas envolvidas no controle e monitoramento.*
- ❖ *Divulgação diária dos dados epidemiológicos relacionados ao COVID-19, nas mídias sociais da Prefeitura para amplo conhecimento da sociedade.*
- ❖ *Definição das ações de enfrentamento relacionadas ao COVID-19 baseadas no cenário epidemiológico vigente.*
- ❖ *Retaguarda técnica para orientações e informações às unidades de saúde sobre novas normativas e condutas recomendadas para o enfrentamento da COVID-19.*

3.2.3.1.1 Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)

As doenças crônicas são consideradas aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, apresentando, em geral, múltiplas causas, e seu tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que usualmente não leva à cura.

As doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças ligadas ao aparelho respiratório, às causas externas e as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas correspondem a 62,85% das mortes no município de Resende no ano 2020, se constituem

como o grupo de doenças que contribuem para mais da metade dos óbitos no município, atingindo especialmente as populações mais vulneráveis como as de baixa renda e escolaridade.

A finalidade da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é realizar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

A Vigilância Epidemiológica das Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT esta inserida no Serviço de Vigilância Epidemiológica.

Responsável: Soraia Andrade Costa (Enfermeira)

Localização: Avenida Tenente Coronel Mendes nº888- 1º andar- Liberdade- Resende

Composição da Equipe: Nível Superior=02 - Nível Médio=01

Metas pactuadas na Rede de Atenção a Saúde - RAS:

- ❖ *Estimular e participar junto com os serviços de saúde municipais das diversas campanhas de conscientização e combate às doenças não transmissíveis nas datas comemorativas conforme calendário nacional da saúde e confeccionar material informativo do agravo para divulgação no dia do evento.*
- ❖ *Disponibilizar espaços em horários acessíveis à comunidade para prática de atividades físicas e oficinas de hábitos saudáveis (Programa Nacional de Saúde de 2019).*
- ❖ *Reduzir a mortalidade pelas quatro DCNTs no município.*
- ❖ *Ampliar/descentralizar o Programa de Tabagismo para as Unidades de Saúde para garantir a redução do tabagismo no município.*
- ❖ *Implantar o Programa em Unidades de Saúde estratégicas e pólos de atendimento no município.*
- ❖ *Reduzir a prevalência do tabagismo no município (Programa Nacional de Saúde de 2019).*
- ❖ *Estruturar a rede assistencial de DM municipal com articulação entre Centro Integrado de Atenção ao Diabético (CIAD), APS e unidades hospitalares.*
- ❖ *Garantir o encaminhamento dos pacientes DM Tipo 1 (ambulatório endócrino-pediátrico) para o CIAD e os pacientes DM tipo 2 insulino- dependentes adultos internados na rede pública e conveniada ou que foram recém diagnosticados na rede de APS e ambulatórios de especialidade (adultos com dispensação de insulina controlada pelo CAF), com agendamento prévio, por via telefônica ou outra ferramenta aplicável.*
- ❖ *Implementar linhas de cuidado para a detecção precoce do câncer de mama e viabilizar mecanismos de vinculação do usuário do SUS a sua unidade de referência quanto ao processo de diagnóstico, tratamento, monitoramento e efetividade das ações.*
- ❖ *Aumentar/viabilizar a oferta de mamografia na faixa etária de 50 a 69 anos e com periodicidade bienal para prevenção ao Câncer de mama.*
- ❖ *Implementar linhas de cuidado para a detecção precoce do câncer de colo de útero e viabilizar mecanismos de vinculação do usuário do SUS a sua unidade de referência quanto ao processo de diagnóstico, tratamento, monitoramento e efetividade das ações.*

- ❖ *Aumentar/viabilizar a oferta de exame citopatológico às mulheres cis ou homem trans com colo do útero, com idade entre 25 e 64 anos e que já tiveram atividade sexual para prevenção ao câncer de colo de útero.*
- ❖ *Reduzir a mortalidade prematura por câncer do colo do útero no município.*
- ❖ *Implementar linhas de cuidado para a detecção precoce do câncer de próstata.*
- ❖ *Realizar exame PSA nos homens acima de 50 anos. Aumentar 30% em relação a média (2018 a 2020) a realização de exames de PSA em homens acima de 50 anos no primeiro ano e 50% em 2025.*
- ❖ *Implementar linhas de cuidado para a detecção precoce do câncer de aparelho digestivo e viabilizar mecanismos de vinculação do usuário do SUS a sua unidade de referência quanto ao processo de diagnóstico, tratamento, monitoramento e efetividade das ações.*
- ❖ *Ampliar o fluxo assistencial com a Ferramenta de Triagem Municipal de Cardiologia para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).*
- ❖ *Reduzir as coronariopatias estáveis sem avaliação cardiológica no prazo de um ano ou que perderam segmento do cardiologista. a) Aumentar 10% no ano de 2022 e 20% a cada ano subsequente até 2025 (meta final 80% em relação ao ano de 2021) o número de usuários encaminhados para a AEA utilizando a Ferramenta de Triagem Municipal de Cardiologia para HAS. b) Aumentar a avaliação cardiológica das coronariopatias estáveis e/ou sem acompanhamento em 10% no ano de 2022 e 10% a cada ano subsequente Prefeitura Municipal de Resende Secretaria Municipal de Saúde Superintendência Vigilância em Saúde 19 até 2025.*
- ❖ *Garantir o direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.*
- ❖ *Reduzir a obesidade em crianças no município (Programa Nacional de Saúde de 2019).*
- ❖ *Aumentar a prevalência do consumo recomendado de frutas, legumes e verduras no município (Programa Nacional de Saúde de 2019).*
- ❖ *Reduzir o consumo de bebidas adoçadas artificialmente (Programa Nacional de Saúde de 2019).*
- ❖ *Reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados (Programa Nacional de Saúde de 2019).*
- ❖ *Conhecer os territórios com maior ocorrência de violência interpessoal e autoprovocadas e incentivar o desenvolvimento de planos municipais de prevenção e promoção da cultura de paz em todos os seus aspectos.*
- ❖ *Implementar a notificação compulsória dos casos de violência na APS e estabelecer parceria com a Secretaria de Assistência Social e a Guarda Municipal.*
- ❖ *Reduzir a mortalidade de homens por homicídio no Município (SIM, 2015).*
- ❖ *Reduzir a mortalidade de mulheres por homicídio no Município.*
- ❖ *Reduzir a mortalidade de jovens de 15 a 29 anos por homicídio no Município.*
- ❖ *Identificar os territórios e grupos populacionais por faixa etária de maior ocorrência de acidentes por causas externas no município visando a implantação de políticas públicas de conscientização e prevenção destes agravos.*
- ❖ *Reduzir a mortalidade por lesões de trânsito no Município (SIM, 2015).*
- ❖ *Reduzir a mortalidade de motociclistas no Município (SIM, 2015).*
- ❖ *Reduzir a mortalidade por acidentes com crianças e adolescentes de 0 a 14 anos no Município (SIM, 2015).*

3.2.3.2 Programa de Imunização

O Programa Municipal de Imunização tem por objetivo manter coberturas vacinais dentro das metas preconizadas pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (PNI/MS), visando o controle, a eliminação ou a erradicação das doenças imunopreveníveis. Realizando ações regulares de vacinação, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias; estratégias especiais, como campanhas, bloqueios vacinais e de grupos especiais, além de notificação e investigação de eventos adversos e inusitados associados à vacinação.

Coordenação: Enf^m Maria Regina de Paula

Localização: Rua Dr. João Maia nº42- Centro- Resende

Composição da Equipe: Enfermeiro= 01 / Técnico de Enfermagem=4 / Ass. Administrativo= 03 / Motorista= 01

Equipe Complementar para ações de COVID-19: Técnico de Enfermagem=03 / Ass. Administrativo= 05

Ações do Serviço:

- ❖ *Imunização de rotina e especiais para crianças, adolescentes, adultos, idosos e grupos especiais conjuntamente com a Atenção Básica.*
- ❖ *Coordenação e execução das campanhas nacionais de vacinação.*
- ❖ *Realização do exame do pezinho.*
- ❖ *Capacitação de profissionais da rede de saúde.*
- ❖ *Manutenção da rede de frio de acordo com as normas do Ministério da Saúde.*
- ❖ *Armazenamento e distribuição dos imunobiológicos (vacinas e soros) utilizados na rede de saúde.*
- ❖ *Alimentação do sistema de informação do Ministério da Saúde: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).*
- ❖ *Participação das reuniões do Grupos Técnicos de Arboviroses Urbanas (vacina contra Febre Amarela).*
- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações para dispensação de vacinação para atendimento antirrábico humano municipal com relatório mensal para SES-RJ conjuntamente com o Serviço de Epidemiologia e Centro de Controle de Zoonoses.*
- ❖ *Vacinação antirrábica, antitetânica e Febre Amarela pré-exposição para grupos de risco ocupacionais.*
- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações para dispensação de soroterapia para acidente com animais peçonhentos conjuntamente com o Serviço de Epidemiologia.*
- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações de investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinais conjuntamente com o Serviço de Epidemiologia.*
- ❖ *Monitoramento do SISPACTO/PQA-VS para controle dos indicadores pactuados para imunobiológicos e cobertura vacinal e garantir o aporte de recursos financeiros carimbados.*
- ❖ *A coordenação e a execução das ações de vacinação elencadas pelo PNI, incluindo a vacinação de rotina, as estratégias especiais (como campanhas e*

vacinações de bloqueio) e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

- ❖ A gerência do estoque municipal de vacinas e outros insumos, incluindo o armazenamento e o transporte para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;*
- ❖ O descarte e a destinação final de frascos, seringas e agulhas utilizados, conforme as normas técnicas vigentes;*
- ❖ A gestão do sistema de informação do PNI (e-SUS E SIPNI), incluindo a coleta, o processamento, a consolidação e a avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes, bem como a transferência dos dados em conformidade com os prazos e fluxos estabelecidos nos âmbitos Nacional e Estadual e a retroalimentação das informações às unidades notificadoras.*

Ações Desenvolvidas contra a COVID-19 articuladas com a Estratégia de Saúde da Família

Com a inserção do imunobiológico contra o vírus COVID-19, o Programa Municipal de Imunização inseriu novas ações, que foram somadas as já existentes.

- ❖ Elaborar plano operacional local para vacinação contra a Covid-19.*
- ❖ Realização de levantamento do número de profissionais de saúde, por Unidade Básica de Saúde, públicas e privadas, para receber a vacina a fim de garantir a distribuição, administração, monitoramento e lançamento das informações no sistema de informação correspondente;*
- ❖ Realização de contato com as instituições de longa permanência (asilos e instituições psiquiátricas) municipais, a fim de traçar estratégias de controle de distribuição, administração, monitoramento e lançamento das informações no sistema de informação correspondente.*
- ❖ Realização do levantamento dos grupos prioritários por área de atuação da ESF para identificação da população alvo conforme as fases de desenvolvimento da campanha, a fim de traçar estratégias de controle de distribuição, administração, monitoramento e lançamento das informações no sistema de informação correspondente.*
- ❖ Buscar parceria junto com a sociedade civil de sua comunidade para a divulgação da ação (Associação de bairro/moradores e comércios).*
- ❖ Realizar a divulgação e identificação da população em todos os procedimentos realizados na Unidade (Sala de espera, consultas, curativos, exames, etc);*
- ❖ Realizar vacinação domiciliar pela equipe do Programa Melhor em Casa aos usuários cadastrados e acompanhados pelo programa que apresentam mobilidade limitada ou que estejam acamados.*
- ❖ Realizar vacinação domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) aos usuários cadastrados e acompanhados no território de abrangência que apresentam mobilidade limitada ou que estejam acamados.*
- ❖ Para os usuários que residem em Bairros sem cobertura de Estratégia Saúde Família e, que possuem mobilidade limitada e/ou que estejam acamados a vacinação domiciliar foi articulada com a Atenção Primária à Saúde,*
- ❖ Articulação conjunta entre a Vigilância em Saúde, Centro Municipal de Imunização, Serviço de Atenção Assistência Especializada em IST/ HIV/ Hepatites, Núcleo de Educação Permanente, Programa Saúde na Escola, Secretaria Municipal de Transporte e Secretaria Municipal de Comunicação e Eventos, a fim de atingirmos a meta de vacinação preconizada pelo Ministério da Saúde.*

- ❖ *Organização da vacinação em sistema Drive-Thru para a população residente fora da área de cobertura da ESF*
- ❖ *Acompanhamento estatístico de doses recebidas, doses aplicadas, doses em estoque, cobertura vacinal e controle de validade da vacina.*

3.2.3.3 Serviço de Atenção Integral (SAI) em Dermatologia e Pneumologia Sanitária

O SAI tem como objetivo desenvolver um conjunto de ações que visam orientar a prática em serviço na Atenção Básica e Referenciada (Média Complexidade), de acordo com os princípios do SUS, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica da Tuberculose/Hanseníase, a promoção da saúde com base na educação permanente e a assistência integral aos portadores deste agravo. A atenção à pessoa com Tuberculose e/ou Hanseníase, suas complicações e seqüelas, deve ser oferecida em toda a rede Municipal do Sistema Único de Saúde, de acordo com a necessidade de cada caso.

Coordenação: *Enf^a Alyne dos Passos Reis*

Localização: *Rua Dr. João Maia nº42- Centro- Resende*

Composição da Equipe: *Médico= 02 / Enfermeiro=01 / Assistente Social= 01 / Psicólogo= 01*/ Fisioterapeuta=01/ Técnico de Laboratório= 02 / Técnico de Enfermagem= 02/ Motorista=01*

Ações do Serviço:

- ❖ *Assistência especializada e de referência para o manejo clínico por equipe multiprofissional aos pacientes com Tuberculose e Hanseníase.*
- ❖ *Monitoramento e controle de comunicantes de tuberculose e hanseníase.*
- ❖ *Assistência especializada e de referência para acompanhamento de eventos adversos pós-vacinais por BCG conjuntamente com o Programa Municipal de Imunização.*
- ❖ *Assistência especializada de apoio para pacientes coinfectados por HIV-Tuberculose conjuntamente com o SAE DST/HIV/Hepatites Virais.*
- ❖ *Suporte e transporte para tratamento fora do domicílio de pacientes com tuberculose multidrogas resistentes (MDR) no Centro de Referência Professor Hélio Fraga / ENSP / Fiocruz-RJ (CRPHF/Fiocruz-RJ).*
- ❖ *Ações educativas de prevenção para tuberculose e hanseníase.*
- ❖ *Coordenação e execução das campanhas nacionais de tuberculose e hanseníase.*
- ❖ *Assistência social aos pacientes (benefícios sociais, vale-transporte e cesta básica).*
- ❖ *Execução de teste tuberculínico.*
- ❖ *Execução de baciloscopia por método Ziehl-Neelsen em amostras biológicas (escarro).*
- ❖ *Investigação e envio de amostras biológicas ao LACENN-RJ e CRPHF/Fiocruz-RJ para monitoramento de cepas de micobactérias multi-resistentes.*
- ❖ *Verificação de resultados de exames para tuberculose e hanseníase no GAL/LACENN-RJ e CRPHF/Fiocruz-RJ.*
- ❖ *Dispensação de medicamentos tuberculostáticos e para hanseníase conjuntamente com o SAF.*
- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações dos casos de tuberculose e hanseníase conjuntamente com o Serviço de Epidemiologia.*

- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações de óbitos por tuberculose e hanseníase conjuntamente com o Serviço de Epidemiologia.*
- ❖ *Capacitação de profissionais da rede de saúde.*
- ❖ *Monitoramento do SISPACTO/PQA-VS para controle dos indicadores pactuados para tuberculose e hanseníase e garantir o aporte de recursos financeiros carimbados.*

3.2.3.4 Serviço de Assistência Especializada (SAE) em DST/HIV/Hepatites Virais

SAE é um serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/AIDS e Hepatites Virais. O objetivo deste serviço é prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar.

Coordenação: *Enf^ª Paula Carolina Ignácio Peixoto*

Localização: *Rua Dr. João Maia n^o 42- Centro- Resende*

Composição da Equipe: *Médico=02 / Enfermeiro=02 /Psicólogo= 01/ Hepatologista=01/ Pediatra=02/ Infectologista=02/ Técnico de Laboratório= 02 / Técnico de Enfermagem= 01/ Ass. Administrativo=02/ Motorista=01*

Ações do Serviço:

- ❖ *Assistência especializada e de referência para atenção integral à saúde, de crianças, adolescentes e adultos portadores do vírus do HIV e Hepatites Virais B e C, através de uma equipe multiprofissional.*
- ❖ *Assistência especializada e de referência para o manejo clínico, pediátrico e adulto, aos casos de IST, como HTLV, HPV, Sífilis, Corrimento Uretral, entre outras.*
- ❖ *Assistência especializada e manejo clínico das gestantes com HIV e Hepatites Virais B e C, conjuntamente com a Atenção Básica, Pré-Natal de Alto Risco (Casa da Mulher) e Maternidade (APMIR).*
- ❖ *Assistência especializada no monitoramento de sífilis em gestantes, conjuntamente com a Atenção Básica e Maternidade, conforme plano de enfrentamento de Sífilis Congênita estabelecido no município.*
- ❖ *Assistência especializada e de referência para o manejo clínico pediátrico, acompanhamento e diagnóstico para crianças expostas durante a gestação nos casos de sífilis, HIV e hepatites virais B e C.*
- ❖ *Assistência especializada e de referência para acompanhamento de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) nos casos de: acidente com material biológico, violência sexual e exposição sexual consentida, juntamente com o Serviço de Epidemiologia e Unidades de Urgência (Públicas e Privadas).*
- ❖ *Assistência especializada e de referência para o manejo clínico de pacientes co-infectados por HIV- Tuberculose conjuntamente com o SAI Pneumologia Sanitária.*
- ❖ *Assistência psicológica com foco na adesão ao tratamento.*
- ❖ *Assistência social através de vale-transporte e vale-alimentação, disponibilizados pelo recurso financeiro federal.*
- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações dos casos de IST's, HIV/AIDS e Hepatites Virais B e C, conjuntamente com o Serviço de Epidemiologia.*
- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações dos óbitos por HIV/AIDS e Hepatites Virais B e C, conjuntamente com o Serviço de Epidemiologia.*

- ❖ *Membro do Grupo Técnico de Doenças Infecciosas na Gestaçã, Rede Cegonha e Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.*
- ❖ *Realizaçã de exames de triagem e diagnósticos através de teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites Virais B e C.*
- ❖ *Monitoramento e controle de dispensaçã dos kits de testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites Virais B e C conjuntamente com o SAF.*
- ❖ *Dispensaçã de preservativos masculinos e femininos conjuntamente com o SAF, para rede pública e alguns setores privados.*
- ❖ *Ações educativas de prevençã nas campanhas nacionais: Carnaval, Dia Mundial de Combate às Hepatites Virais, Dia Nacional de Combate à Sífilis, Dia Mundial de Luta Contra AIDS, conforme orientaçã do Ministério da Saúde.*
- ❖ *Ações educativas de prevençã em eventos e ações em parceria com os setores da Prefeitura Municipal de Resende.*
- ❖ *Realizações de palestras educativas na rede pública e instituições privadas do município.*
- ❖ *Parceria com o PSE – Programa Saúde na Escola para as ações educativas aos profissionais, pais e alunos da rede de educaçã.*
- ❖ *Capacitaçã de profissionais da rede de saúde: atençã básica para auxílio no diagnósticos, manejo clínico e encaminhamento dos casos de IST's, e hospitalar e rede privada: unidades hospitalares, para primeiro atendimento e encaminhamento dos casos de PEP – Profilaxia Pós-Exposiçã.*
- ❖ *Monitoramento do SISPACTO/PQA-VS para controle dos indicadores pactuados para IST/HIV/Hepatites Virais B e C e garantir o aporte de recursos financeiros carimbados.*

3.2.3.5 Centro de Controle de Zoonoses (CCZ)

O Centro de Controle de Zoonoses desenvolve atividades de vigilância e controle ambiental, pelo manejo e controle das populações animais, visando à profilaxia das zoonoses e doenças transmitidas por vetores.

Coordenaçã: Dr. Bruno Marins (Médico Veterinário)

Localizaçã: Rua Eurides Paulina de Almeida nº300- Vicentina II- Resende

Composiçã da Equipe: Médico Veterinário= 02/ Coordenador de Combate a Dengue=01/ Supervisor Geral=02/ Supervisor de Campo=04/Agentes de Endemias (visita domiciliar)=37/ Laboratorista/Entomologista= 02 / Apoio Técnico= 10 / Motoristas= 04

Ações do Serviço:

- ❖ *Inspeçã, tratamento e eliminaçã de focos de Aedes sp.*
- ❖ *Monitoramento e investigaçã epidemiológica de Zoonoses de interesse para a Saúde Pública.*
- ❖ *Monitoramento de Epizootias (Febre Amarela e Raiva Animal) conjuntamente com a Secretaria Municipal de Agricultura, Núcleo de Defesa Sanitária/EMATER-RJ e Agência de Meio Ambiente de Resende (AMAR).*
- ❖ *Coleta com envio de amostras biológicas de animais e vetores de interesse para a Saúde Pública ao LACENN-RJ, Instituto Vital Brasil/SES-RJ (IVB) e Laboratório da Unidade de Medicina Veterinária Jorge Vaitsman (CJV)/SMS-Rio para Dengue/Chikungunya/Zika, Febre Amarela, Leptospirose, Malária, Febre Maculosa Brasileira, Leishmaniose Visceral e Tegumentar, Raiva Animal, Esquistossomose, Hantavirose, Peste e Chagas Agudo.*

- ❖ *Responsável técnico pelas atividades do componente de vigilância entomológica do Plano Municipal de Arboviroses Urbanas bianual (Dengue/Zika/Chikungunya/Febre Amarela).*
- ❖ *Envio semanal à SES-RJ a Planilha SSD - Sala de Situação da Dengue com imóveis visitados.*
- ❖ *Eliminação de roedores, animais peçonhentos e insetos.*
- ❖ *Manutenção de animais no canil.*
- ❖ *Castrações.*
- ❖ *Identificação de animais.*
- ❖ *Apreensão de animais de grande e pequeno porte.*
- ❖ *Avaliação de animais domésticos agressores em atendimento antirrábico humano.*
- ❖ *Monitoramento, investigação epidemiológica e qualificação das informações para dispensação de vacinação para atendimento antirrábico humano municipal com relatório mensal para SES-RJ conjuntamente com o Serviço de Epidemiologia e Programa Municipal de Imunização.*
- ❖ *Envio mensal à SES-RJ da Planilha de Profilaxia da Raiva Animal.*
- ❖ *Vacinação antirrábica animal.*
- ❖ *Execução da Campanha Nacional Antirrábica Animal.*
- ❖ *Doação de animais domiciliados no canil.*
- ❖ *Ações educativas de prevenção da Arboviroses Urbanas e posse responsável de animais.*
- ❖ *Participação das reuniões do Grupos Técnicos de Arboviroses Urbanas e Epizootias.*
- ❖ *Monitoramento do SISPACTO/PQA-VS para controle dos indicadores pactuados para vigilância entomológica e garantir o aporte de recursos financeiros carimbados.*

3.2.3.6 Serviço de Vigilância Sanitária

O Serviço de Vigilância Sanitária (VISA) é responsável por promover e proteger a saúde e prevenir a doença por meio de estratégias e ações de educação e fiscalização. As ações de vigilância sanitária dirigem-se, geralmente, ao controle de bens, produtos e serviços que oferecem riscos à saúde da população, como alimentos, produtos de limpeza, cosméticos e medicamentos. Realizam também a fiscalização de serviços de interesse da saúde, como escolas, hospitais, clubes, academias, parques e centros comerciais, e ainda inspecionam os processos produtivos que podem pôr em riscos e causar danos ao trabalhador e ao meio ambiente.

Coordenação: *Fernando Antônio Barbosa*

Localização: *Avenida Tenente Coronel Mendes nº888- 2º andar- Liberdade- Resende.*

Composição da Equipe: *Fiscal Sanitário= 14/ Assistente Administrativo=03/ Motorista= 01*

Ações do Serviço:

- ❖ *Inspeção sanitária de estabelecimentos assistenciais de saúde sem internação: a) Drogarias e farmácias com ou sem atividade de manipulação; b) Farmácias e dispensários de medicamentos de estabelecimentos assistenciais de saúde sem internação; c) Postos de medicamentos e unidades volantes; d) Distribuidores de*

- insumos farmacêuticos sem atividade de fracionamento; e) Distribuidores de medicamentos, correlatos, saneantes domissanitários, de cosméticos, perfumes e produtos de higiene; f) Armazéns (depósito) de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos, de correlatos, de saneantes domissanitários, de cosméticos, perfumes e produtos de higiene, exceto os exclusivos de empresas fabricantes; g) Estabelecimentos de transporte de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos.*
- ❖ *Inspeção sanitária de clínicas dentárias ou odontológicas e de prótese odontológica.*
 - ❖ *Inspeção sanitária de ervanárias.*
 - ❖ *Inspeção sanitária de laboratórios ou oficinas de prótese dentária.*
 - ❖ *Inspeção sanitária de estabelecimentos de comércio farmacêutico: a) Drogarias e farmácias com ou sem atividade de manipulação; b) Farmácias e dispensários de medicamentos de estabelecimentos assistenciais de saúde sem internação; c) Postos de medicamentos e unidades volantes; d) Distribuidores de insumos farmacêuticos sem atividade de fracionamento; e) Distribuidores de medicamentos, correlatos, saneantes domissanitários, de cosméticos, perfumes e produtos de higiene; f) Armazéns (depósito) de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos, de correlatos, de saneantes domissanitários, de cosméticos, perfumes e produtos de higiene, exceto os exclusivos de empresas fabricantes; g) Estabelecimentos de transporte de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos.*
 - ❖ *Inspeção sanitária de estabelecimentos comerciais de ótica e laboratórios óticos.*
 - ❖ *Inspeção sanitária de estabelecimentos médico-veterinários: a) Hospitais; b) Clínicas; c) Serviços médico-veterinários; d) Laboratório clínico veterinário; e) Estabelecimentos que prestam serviço de banho e tosa de animais.*
 - ❖ *Inspeção Sanitária de estabelecimentos de fisioterapia e/ou de praxioterapia.*
 - ❖ *Inspeção sanitária de estabelecimentos de tatuagem e de piercing.*
 - ❖ *Inspeção sanitária de estabelecimentos de massagem e de sauna.*
 - ❖ *Inspeção sanitária de estabelecimentos de educação (creches, ensino fundamental e médio).*
 - ❖ *Inspeção sanitária de estabelecimentos de comércio de aparelhagem ortopédica e de ortopedia técnica.*
 - ❖ *Inspeção sanitária de estabelecimentos de comércio de artigos médico-hospitalares e odontológicos.*
 - ❖ *Inspeção sanitária de institutos de esteticismo e congêneres.*
 - ❖ *Inspeção sanitária de estabelecimentos de transporte de pacientes com ou sem procedimento.*
 - ❖ *Inspeção sanitária de academias de ginástica, musculação, condicionamento físicos e congêneres.*
 - ❖ *Inspeção sanitária de estabelecimentos de comércio de gêneros alimentícios: a) Padaria, confeitarias e congêneres; b) Fábricas de gelo, frigoríficos e armazéns frigoríficos; c) Estabelecimentos que comercializam, no varejo, leite e laticínios; d) Estabelecimentos que comercializam, no varejo, carne, derivados ou subprodutos; e) Estabelecimentos que comercializam pescados; f) Mercados e supermercados no varejo; g) Empórios, mercearias e congêneres; h) Quitandas e casas de frutas; i) Estabelecimentos que comercializam, no varejo, ovos e pequenos animais vivos; j) Restaurantes, churrascarias, bares, cafés, lanchonetes e congêneres; k) Pastelarias, pizzarias e congêneres; l) Estabelecimentos que comercializam, no varejo, produtos e alimentos liquidificados e sorvetes.*
 - ❖ *Inspeção sanitária de fábricas de alimentos.*
 - ❖ *Inspeção sanitária de armazéns de alimentos.*
 - ❖ *Inspeção sanitária de feiras livres.*
 - ❖ *Inspeção sanitária de comércio ambulante de alimentos.*
 - ❖ *Inspeção sanitária de cozinha industrial.*

- ❖ *Inspeção sanitária em transporte de produtos alimentícios.*
- ❖ *Coleta para controle da qualidade de alimentos conforme programas estaduais.*
- ❖ *Inspeção sanitária de comércio de produtos saneantes domissanitários, de cosméticos, perfumes e produtos de higiene.*
- ❖ *Inspeção sanitária de estabelecimentos de transporte de correlatos; de saneantes domissanitários; de cosméticos, perfumes e produtos de higiene.*
- ❖ *Inspeção sanitária de importadores de produtos correlatos, de cosméticos e de saneantes domissanitários.*
- ❖ *Inspeção sanitária de postos de coleta de laboratórios de análises clínicas, extra hospitalar.*
- ❖ *Inspeção sanitária de laboratórios de Análises Clínicas e/ou de Anatomia Patológica, extra-hospitalar.*
- ❖ *Inspeção sanitária de serviços de Radiodiagnóstico médico e/ou odontológico, extra-hospitalar;*
- ❖ *Inspeção sanitária de empresas prestadoras de serviço de atendimento médico domiciliar (homecare).*
- ❖ *Inspeção sanitária de serviço de unidade de terapia intensiva móvel.*
- ❖ *Inspeção sanitária de lavanderias prestadoras de serviço para estabelecimento assistencial de saúde, extra-hospitalar.*
- ❖ *Inspeção sanitária de moradia coletiva de idosos (asilos, casas de repouso, casa de idosos).*
- ❖ *Inspeção sanitária de estabelecimentos executores de procedimentos de medicina legal.*
- ❖ *Inspeção sanitária de unidade móvel de diálise.*
- ❖ *Inspeção sanitária de serviços em terapia de nutrição enteral.*
- ❖ *Inspeção sanitária de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas.*
- ❖ *Inspeção sanitária de estabelecimentos com ambientes livres de tabaco.*
- ❖ *Investigar surtos de Doenças Diarreicas Agudas conjuntamente com o Serviço de Epidemiologia e Setor de Vigilância Ambiental de Saúde e outros agravos de importância em saúde pública.*
- ❖ *Coordenação e participação das reuniões da Comissão Municipal de Gerência de Risco Sanitário.*
- ❖ *Monitoramento do envio à SES-RJ dos relatórios das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) dos estabelecimentos de saúde com leito (hospitais, UPA, clínica de hemodiálise), através do FormSUS, conjuntamente com o Serviço de Epidemiologia.*
- ❖ *Palestras educacionais sanitárias.*
- ❖ *Monitoramento do SISPACTO/PQA-VS para controle dos indicadores pactuados para vigilância sanitária e garantir o aporte de recursos financeiros carimbados.*

3.2.3.7 Vigilância Ambiental em Saúde

A Vigilância Ambiental em Saúde é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a 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. Trata-se especificamente do monitoramento dos Riscos Não Biológicos e

que por ventura afetam a saúde humana. A Gerência de Vigilância Ambiental é responsável pelos programas: Vigiágua, Vigisolo, VigiAr e Vigidesastres.

Gerente: Valéria dos Santos Baracho da Silva (Bióloga)

Localização: Avenida Tenente Coronel Mendes nº888- 2º andar- Liberdade- Resende.

Composição da Equipe: Biólogo= 01/ Enfermeiro= 01/ Agente de endemias=01/ Técnico de Meio Ambiente= 01/ Motorista= 01 (compartilhado com a Vigilância Sanitária)

Ações do Serviço- Programa VIGIÁGUA:

- ❖ *Monitoramento da qualidade da água consumida pela população.*
- ❖ *Cadastramento no SISAGUA, dos Sistemas de Abastecimento de Água e de Soluções Alternativas de Abastecimento de Água, anualmente;*
- ❖ *Coleta de amostras de água para análise de coliformes, turbidez, cloro residual e Flúor; semanalmente.*
- ❖ *Preparação de Amostras para envio ao LACEN, semanalmente.*
- ❖ *Auditoria e avaliação do Relatório Mensal com dados referentes ao controle da qualidade da água, enviados pela Concessionária dos Sistemas de Abastecimento de Água.*
- ❖ *Elaboração de relatórios de monitoramento da qualidade da água consumida pela população no município.*
- ❖ *Coleta de amostras de água para investigação diagnóstica, em casos solicitados pela Vig Epidemiológica e Sanitária.*
- ❖ *Ação articulada com outros setores da saúde em casos de Doenças Diarreicas Agudas.*
- ❖ *Articulação com os responsáveis pelos sistemas de abastecimento de água quando na ocorrência de não conformidade na qualidade da água para adequação e correção.*
- ❖ *Atendimento a denúncias da população relacionada a não conformidade da água fornecida;*
- ❖ *Alimentação e manutenção de um banco de dados próprio, com dados das análises realizadas no município.. Alimentação, mensalmente, de dados no Sistema Nacional de Informação sobre a Qualidade da água (SISAGUA.) do Ministério da Saúde;*
- ❖ *Apoio ao Programa Saúde Bucal no controle e monitoramento da fluoretação da água nas escolas e creches do município, realizando análises de flúor in loco.*

Ações do Serviço- Programa VIGIAR:

- ❖ *Preenchimento anual do Instrumento de Identificação dos Municípios de Risco (IIMR).*
- ❖ *Mapeamento e o cadastramento das principais áreas de risco de poluição do ar;*
- ❖ *A avaliação dos riscos à saúde decorrente da exposição aos poluentes atmosféricos;*
- ❖ *A identificação e avaliação dos efeitos agudos e crônicos decorrentes da exposição aos poluentes atmosféricos;*
- ❖ *Estímulo a intersectorialidade e interdisciplinaridade entre os órgãos que possuam interface com a saúde relativa à qualidade do ar;*
- ❖ *Buscar apoio aos órgãos ambientais na formulação e execução de estratégias de controle da poluição do ar, tendo em vista a proteção da saúde da população;*
- ❖ *Fornecimento de elementos para orientar as políticas nacionais e locais de proteção à saúde da população frente aos riscos decorrentes da exposição aos poluentes atmosféricos.*
- ❖ *Visitas Técnicas a empresas potencialmente poluidoras do ar;*

- ❖ *Cadastramento e mapeamento das empresas instaladas no município que são potencialmente poluidoras dom ar.*
- ❖ *Articulação em conjunto com o Programa VIGIAR estadual no Mapeamento das chamadas 4AS – Áreas de Atenção Ambiental Atmosférica de Interesse à Saúde*

Ações do Serviço- Programa VIGISOLO:

- ❖ *Vista técnica investigativa em estabelecimentos suspeitos de contaminação do solo.*
- ❖ *Visitas técnicas investigativa em áreas supostamente contaminadas por agrotóxicos.*
- ❖ *Articulação com o Programa Vigisolo Estadual para subsidiar decisões em ações rotineiras e de emergência.*
- ❖ *Identificar, mapear e priorizar áreas com populações expostas a solo contaminado;*
- ❖ *Coordenar e estimular ações intra-setoriais entre as áreas de vigilância em saúde Ambiental, epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador, atenção básica e laboratórios públicos, entre outras;*
- ❖ *Realizar articulação com os órgãos ambientais, entre outros, no controle e fiscalização de atividades ou empreendimentos causadores ou potencialmente causadores de degradação ambiental, com vistas à prevenção e controle da contaminação de solos;*
- ❖ *Desenvolver e implementar metodologia de avaliação de risco a saúde humana;*
- ❖ *Alimentação do Sistema de informação de vigilância em saúde em áreas com populações expostas a solo contaminado (SISSOLO)*
- ❖ *Informar a sociedade sobre os riscos decorrentes da exposição humana a solo contaminado;*
- ❖ *Apoiar o desenvolvimento de ações de educação em saúde e mobilização social;*
- ❖ *Apoiar o desenvolvimento de pesquisas.*

Ações do Serviço- Programa VIGIDESASTRE:

- ❖ *Desenvolver ações de contingência e prevenção de Desastres naturais e tecnológicos.*
- ❖ *Elaborar o plano municipal de contingência do setor saúde para enfrentamento de desastres naturais e realizar a sua atualização sempre que necessária.*
- ❖ *Elaborar o plano municipal de contingência do setor saúde para enfrentamento de desastres tecnológicos e realizar a sua atualização sempre que necessária.*
- ❖ *Articular junto aos vários setores da saúde ações de enfrentamento e resposta de enfrentamento aos acidentes e desastres no município.*
- ❖ *Realizar levantamento junto aos setores da Saúde quanto aos Planos de Ação durante desastres.*
- ❖ *O responsável pelo Programa Vigidesastre deve estabelecer estratégias de ações de redução do risco, manejo dos desastres e recuperação dos seus efeitos.*
- ❖ *Desenvolver atividades relacionadas com a prevenção dos desastres naturais e/ou tecnológicos.*
- ❖ *Articular e coordenar a realização de simulados.*
- ❖ *Elaborar um banco de dados com informações de desastres antigos no município.*
- ❖ *Realizar um mapeamento de áreas com maior vulnerabilidade de riscos, como: deslizamentos de terra, desabamentos de imóveis e alagamentos causados por chuvas intensas.*
- ❖ *Visita técnica em empresas sob risco de acidentes e/ou desastres com produtos perigosos, como químicos, radiológicos e nucleares.*
- ❖ *Articulação com órgãos ambientais para minimização e mitigação de poluição ambiental e conseqüentemente exposição à saúde humana.*
- ❖ *Atuar junto a Defesa Civil na elaboração de boletins com alertas à população para os eventos de risco.*

3.2.3.8 Programa de Saúde do Trabalhador

O Programa Saúde do Trabalhador tem por objetivos notificar os acidentes de trabalho e as doenças (agravos) em saúde do trabalhador que ocorrem no município, assim como, desenvolver ações de assistência à saúde dos trabalhadores acidentados e àqueles trabalhadores que são ou podem ser portadores de doenças (agravos) relacionadas ao trabalho, além de desenvolver ações de prevenção de acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho e mitigação de riscos à saúde relacionados às práticas laborais no município.

Coordenação: *Isabela Mazza de Lima (Bióloga)*

Localização: *Avenida Tenente Coronel Mendes nº888- Liberdade- 3º andar- Resende.*

Composição da Equipe: *Biólogo= 01/ Assistente Social= 01/ Enfermeiro=01*/ Técnico de Segurança do Trabalho=01* Auxiliar administrativo: 01* (*compartilhado com o CEREST)*

Ações do Serviço:

- ❖ *Alimentação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificado) com preenchimento das fichas de notificação de acidente de trabalho (X58 e Y96), Transtornos mentais relacionados ao trabalho, LER/DORT – Lesão por esforço repetitivo /Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, PAIR - perda auditiva induzida por ruído, intoxicação exógena, dermatose ocupacional, Câncer relacionado ao trabalho e Pneumoconioses (ação conjunta com a epidemiologia).*
- ❖ *Monitoramento e investigação epidemiológica de acidentes de trabalho no município.*
- ❖ *Monitoramento e investigação epidemiológica de acidentes com material biológico.*
- ❖ *Monitoramento e investigação de acidentes com animais peçonhentos (relacionados ao trabalho);*
- ❖ *Ações educativas em Saúde do Trabalhador (ação conjunta com o CEREST);*
- ❖ *Capacitação de profissionais da saúde (rede pública e privada) para identificação de riscos à saúde relacionadas ao trabalho e preenchimento correto de fichas de notificação compulsória em Saúde do Trabalhador (ações desenvolvidas com o apoio matricial do CEREST);*
- ❖ *Análise de situação e análise de risco municipal (Interpretação epidemiológica norteando as ações): a)Caracterização do território, da população geral e da população trabalhadora; b)Caracterização do perfil produtivo e dos potenciais riscos em Saúde do Trabalhador no território; c)Caracterização do perfil de morbidade da população trabalhadora; d)Caracterização da rede de serviços de saúde para a atenção e vigilância da Saúde do Trabalhador;e)Caracterização da rede de apoio institucional e social aos trabalhadores do território.*
- ❖ *Realização de inspeção dos ambientes de trabalho (ação conjunta com a Vigilância Sanitária);*
- ❖ *Execução de visitas técnicas às empresas do município para esclarecimento de temas relacionados à Saúde do Trabalhador (ações desenvolvidas com o apoio matricial do CEREST);*
- ❖ *Realização das ações de Vigilância a populações expostas a agrotóxicos no município (ação conjunta com a Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental);*
- ❖ *Planejamento e execução do Projeto “Saúde do Trabalhador Rural”. Ações desenvolvidas com o apoio matricial do CEREST: a) Capacitação da Atenção Primária e especializada em Agravos relacionados à Saúde do Trabalhador Rural; b)*

Capacitação da Rede de Urgência e Emergência para atendimento de trabalhadores rurais após acidentes com animais peçonhentos;c) Oferecimento de ações educativas à População Rural em temas relacionados à segurança e promoção de saúde no ambiente rural. Notificação de casos de “variola bovina” em humanos;d)Notificação de outros agravos relacionados ao trabalho rural que não constam entre as fichas de notificação compulsória em Saúde do Trabalhador.

- ❖ *Realização de inspeção de ambientes de trabalho para verificação de protocolo para Covid-19 (ação conjunta com a Vigilância Sanitária).*
- ❖ *Monitoramento de casos de Covid-19 nas empresas de médio e grande porte do município.*
- ❖ *Notificação de casos de Covid-19 potencialmente relacionados ao trabalho no SINAN (Y96 – B34.2).*
- ❖ *Realização de mapeamento de riscos de acidentes tecnológicos (riscos de acidentes químicos e/ ou nucleares em indústrias e fábricas do município). Ação conjunta com o CEREST e com a Vigilância Ambiental em Saúde.*

3.2.3.9 Centro Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST)

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador é uma unidade regional especializada do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa atender a questões relativas à saúde do trabalhador. Presta atendimento especializado aos trabalhadores acometidos de doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho; realiza promoção e proteção da saúde dos trabalhadores; investiga as condições do ambiente laboral utilizando dados epidemiológicos obtidos através dos atendimentos clínicos e das notificações e comunicação de acidente de trabalho (CAT), bem como através de informações provenientes de visitas aos locais de trabalho, em conjunto com o Programa de Saúde do Trabalhador, Vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. Qualquer trabalhador pode ser assistido pelo CEREST (São considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades remuneradas, com ou sem vínculo empregatício, contribuintes ou não da Previdência Social (INSS), na zona urbana ou rural).

Coordenação: *Bruna Ettore (Fonoaudióloga)*

Localização: *Avenida Tenente Coronel Mendes nº888- 3º andar- Liberdade- Resende.*

Composição da Equipe: *Médico= 01/ Enfermeiro= 01/ Fonoaudióloga=01/ Fisioterapeuta= 01/ Psicóloga= 02/ Técnico de Segurança do Trabalho= 01/ Assistente Administrativo=02*

Ações do Serviço:

- ❖ *Desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, em parceria com o Programa de Saúde do Trabalhador;*
- ❖ *Apoio Matricial para o desenvolvimento das ações em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária em Saúde, nos Serviços Especializados e de Urgência e Emergência, bem como na Promoção e Vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;*

- ❖ *Atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica;*
- ❖ *Prestar atendimento especializado aos trabalhadores acometidos por acidentes, doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho encaminhados pelo Programa de Saúde do Trabalhador do município;*
- ❖ *Realizar promoção, prevenção e proteção da saúde dos trabalhadores do município como retaguarda técnica especializada do Programa de Saúde do Trabalhador;*
- ❖ *Realizar vigilância para averiguar as condições do ambiente de trabalho, juntamente com o Programa de Saúde do Trabalhador e com a Vigilância Sanitária municipal.*



3.2.4 Atenção especializada ambulatorial e hospitalar

Segundo conceituação estabelecida pela Portaria GM/MS 4279, de 30/12/2010, que estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), somente os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) não são suficientes para atender às necessidades de cuidados em saúde da população, devendo ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos.

A *atenção especializada*, portanto, compreende um conjunto de ações e serviços realizados no ambiente ambulatorial e hospitalar, que requerem a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para cuidados em média e alta complexidade.

Já os *sistemas de apoio*, segundo a Portaria 4279/2010, são os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos *sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico* (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo *sistema de assistência farmacêutica* que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos; e pelos *sistemas de informação em saúde*.

Os *serviços de apoio* estão representados pelos serviços de diagnóstico em laboratório clínico; anatomia patológica e citopatologia; diagnóstico por imagem (ultrassonografia e radiologia); diagnóstico por endoscopia; terapias especializadas (fisioterapia, litotripsia; hemoterapia; terapia renal substitutiva); órteses e próteses; diagnóstico em alta complexidade (tomografia computadorizada; ressonância magnética); *assistência farmacêutica* e os *sistemas de informações em saúde*.

As ações e *serviços assistenciais especializados de média e alta complexidades* e os *serviços de apoio diagnóstico e terapêutico* estão presentes em diversos pontos de atenção na Rede Municipal de Saúde e, complementarmente, em serviços de saúde privados, contratados e conveniados. Abrangem um conjunto de estabelecimentos de saúde que realizam atendimentos em diversas especialidades médicas e não-médicas, além de ações diagnósticas e terapêuticas, em diversas áreas das especialidades da saúde.

3.2.4.1 Rede ambulatorial especializada e de apoio diagnóstico e terapêutico

Os quadros e tabelas a seguir, elaborados com base nos dados e informações do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS e do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, referentes ao ano 2020, procuram exprimir o perfil da rede de atenção ambulatorial especializada e de apoio diagnóstico e terapêutico da **Rede Municipal de Saúde** de Resende:

Produção ambulatorial por subgrupo de procedimentos e a complexidade – 2020

<i>SubGrupo de procedimentos</i>	<i>0-Não se Aplica</i>	<i>1-Atenção Básica</i>	<i>2-Média Complexidade</i>	<i>3-Alta Complexidade</i>	<i>Total</i>
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	14.349	130	0	0	14.479
0102 Vigilância em saúde	0	251	0	3.853	4.104
0201 Coleta de material	2.172	255	0	0	2.427
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	326	595.921	0	0	596.247
0203 Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	0	1.767	0	0	1.767
0204 Diagnóstico por radiologia	292	73.233	0	0	73.525
0205 Diagnóstico por ultrasonografia	0	12.310	44	0	12.354
0206 Diagnóstico por tomografia	0	0	2.336	0	2.336
0207 Diagnóstico por ressonância magnética	0	0	1.338	0	1.338
0209 Diagnóstico por endoscopia	0	1.427	0	0	1.427
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	0	18.300	48	0	18.348
0212 Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	0	7.098	0	0	7.098
0214 Diagnóstico por teste rápido	8.798	1.063	0	0	9.861
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	102.621	413.340	0	0	515.961
0302 Fisioterapia	0	19.628	0	0	19.628
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	0	2.187	0	0	2.187
0305 Tratamento em nefrologia	0	0	8.631	0	8.631
0306 Hemoterapia	0	4.404	0	0	4.404
0307 Tratamentos odontológicos	6.763	3.610	5	0	10.378
0309 Terapias especializadas	0	563	0	0	563
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	3.958	2.125	0	0	6.083
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	1	30	0	0	31
0405 Cirurgia do aparelho da visão	0	599	658	0	1.257
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	0	4	0	0	4
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	0	49	0	0	49
0412 Cirurgia torácica	0	3	0	0	3
0414 Bucomaxilofacial	1.070	1.419	21	0	2.510
0415 Outras cirurgias	0	91	0	0	91
0418 Cirurgia em nefrologia	0	0	124	0	124
0701 Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico	0	0	0	180	180
0702 Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico	0	0	0	513	513
0803 Autorização / regulação	0	0	0	80.901	80.901
Total	140.350	1.159.807	13.205	85.447	1.398.809

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Produção ambulatorial por subgrupo e ano de processamento – 2016-2020

<i>SubGrupo de Procedimentos</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	237.173	226.006	103.488	79.409	14.479
0102 Vigilância em saúde	4.535	3.956	4.123	3.807	4.104
0201 Coleta de material	14.895	11.565	4.514	6.849	2.427
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	444.474	514.934	634.967	714.778	596.247
0203 Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	6.655	0	0	1.576	1.767
0204 Diagnóstico por radiologia	50.958	64.763	75.060	91.183	73.525
0205 Diagnóstico por ultrasonografia	10.592	10.884	10.338	13.989	12.354
0206 Diagnóstico por tomografia	1.308	1.470	1.957	2.154	2.336
0207 Diagnóstico por ressonância magnética	260	314	995	1.106	1.338
0209 Diagnóstico por endoscopia	1.563	1.761	1.841	2.107	1.427
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	15.119	18.487	22.959	28.498	18.348
0212 Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	2.895	4.315	5.755	7.024	7.098
0214 Diagnóstico por teste rápido	16.251	12.419	10.602	10.938	9.861
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	690.293	630.394	632.761	655.674	515.961
0302 Fisioterapia	39.103	33.119	33.127	33.547	19.628
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	2.980	2.605	2.411	2.397	2.187
0305 Tratamento em nefrologia	7.456	7.858	9.184	8.441	8.631
0306 Hemoterapia	2.994	3.285	3.839	4.479	4.404
0307 Tratamentos odontológicos	74.133	48.948	37.389	31.025	10.378
0309 Terapias especializadas	3.123	2.135	3.117	2.267	563
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	13.847	10.840	5.611	8.704	6.083
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	40	177	35	45	31
0405 Cirurgia do aparelho da visão	33	87	406	1.056	1.257
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	6	1	2	0	4
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	128	99	69	77	49
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	0	1	0	2	0
0410 Cirurgia de mama	0	0	0	1	0
0412 Cirurgia torácica	0	0	0	0	3
0413 Cirurgia reparadora	5	1	0	0	0
0414 Bucomaxilofacial	9.223	11.659	9.329	6.660	2.510
0415 Outras cirurgias	59	83	185	254	91
0418 Cirurgia em nefrologia	59	77	104	65	124
0701 Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico	1.682	829	849	773	180
0702 Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico	295	347	458	401	513
0801 Ações relacionadas ao estabelecimento	0	0	92	0	0
0803 Autorização / Regulação	61.240	106.798	118.504	117.833	80.901
Total	1.713.377	1.730.217	1.734.071	1.837.119	1.398.809

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Consulta médica especializada (código 030101007-2) segundo o CBO do médico – 2016-2020

<i>Profissional - CBO</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>
MEDICO ACUPUNTURISTA	0	5	0	0	0
MEDICO ALERGISTA E IMUNOLOGISTA	0	0	0	89	354
MEDICO ANESTESIOLOGISTA	592	556	416	546	485
MEDICO ANGIOLOGISTA	1.390	1.716	1.791	2.695	2.164
MEDICO CARDIOLOGISTA	5.435	6.013	8.689	10.406	7.185
MEDICO CIRURGIAO CARDIOVASCULAR	0	498	376	273	28
MEDICO CIRURGIAO DE CABECA E PESCOCO	132	307	401	547	425
MEDICO CIRURGIAO GERAL	2.717	2.938	2.702	2.210	1.607
MEDICO CIRURGIAO PEDIATRICO	439	386	878	961	299
MEDICO CIRURGIAO PLASTICO	495	640	634	1.203	569
MEDICO CIRURGIAO TORACICO	29	50	148	104	33
MEDICO CLINICO	2.893	2.553	2.797	2.559	2.006
MEDICO COLOPROCTOLOGISTA	891	1.037	1.214	1.445	772
MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	0	0	0	0	90
MEDICO DERMATOLOGISTA	3.741	4.098	4.182	5.365	3.217
MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	285	123	213	382	77
MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	0	0	8	0	0
MEDICO ENDOCRINOLOGISTA E METABOLOGISTA	2.838	3.684	3.464	4.333	4.241
MEDICO GASTROENTEROLOGISTA	2.038	2.361	2.664	3.451	2.868
MEDICO GERIATRA	848	857	1.007	1.349	988
MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	1.808	2.590	5.618	5.651	3.758
MEDICO HEMATOLOGISTA	773	982	705	367	534
MEDICO HOMEOPATA	369	382	367	276	193
MEDICO INFECTOLOGISTA	640	661	622	1.204	948
MEDICO MASTOLOGISTA	998	918	945	1.095	667
MEDICO NEFROLOGISTA	65	191	138	250	397
MEDICO NEUROCIRURGIAO	55	626	747	900	665
MEDICO NEUROLOGISTA	3.633	4.109	4.777	5.321	4.705
MEDICO OFTALMOLOGISTA	5.349	5.672	8.115	10.729	7.182
MEDICO ONCOLOGISTA CLINICO	162	132	167	168	148
MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	8.286	8.980	10.155	12.483	9.075
MEDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA	1.559	2.038	1.453	2.688	1.893
MEDICO PEDIATRA	1.078	1.279	3.550	3.876	2.210
MEDICO PNEUMOLOGISTA	2.240	2.164	2.592	3.029	2.070
MEDICO PSIQUIATRA	889	473	607	375	116
MEDICO REUMATOLOGISTA	1.202	926	2.352	3.260	1.472
MEDICO UROLOGISTA	3.639	4.898	5.146	5.806	3.802
Total	57.508	64.843	79.640	95.396	67.243

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Produção ambulatorial por subgrupo e tipo do prestador – 2020

<i>Subgrupo de procedimentos</i>	<i>Administração Pública Municipal</i>	<i>Entidades Empresariais</i>	<i>Entidades sem Fins Lucrativos</i>	<i>Total</i>
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	14.479	-	-	14.479
0102 Vigilância em saúde	4.104	-	-	4.104
0201 Coleta de material	2.351	-	76	2.427
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	182.004	-	414.243	596.247
0203 Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	-	1.767	-	1.767
0204 Diagnóstico por radiologia	65.094	-	8.431	73.525
0205 Diagnóstico por ultrasonografia	7.374	3.603	1.377	12.354
0206 Diagnóstico por tomografia	1.353	277	706	2.336
0207 Diagnóstico por ressonância magnética	-	1.338	-	1.338
0209 Diagnóstico por endoscopia	141	-	1.286	1.427
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	4.840	108	13.400	18.348
0212 Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	7.098	-	-	7.098
0214 Diagnóstico por teste rápido	9.794	-	67	9.861
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	479.460	-	36.501	515.961
0302 Fisioterapia	19.347	-	281	19.628
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	1.118	-	1.069	2.187
0305 Tratamento em nefrologia	-	8.631	-	8.631
0306 Hemoterapia	4.404	-	-	4.404
0307 Tratamentos odontológicos	10.378	-	-	10.378
0309 Terapias especializadas	466	-	97	563
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	4.431	-	1.652	6.083
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	31	-	-	31
0405 Cirurgia do aparelho da visão	23	-	1.234	1.257
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	4	-	-	4
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	49	-	-	49
0412 Cirurgia torácica	-	-	3	3
0414 Bucomaxilofacial	2.510	-	-	2.510
0415 Outras cirurgias	91	-	-	91
0418 Cirurgia em nefrologia	-	124	-	124
0701 Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico	180	-	-	180
0702 Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico	-	513	-	513
0803 Autorização / regulação	80.901	-	-	80.901
Total	902.025	16.361	480.423	1.398.809
<i>Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)</i>				
percentual	64	1	34	100

Rede Municipal de Saúde
Serviços de saúde de atenção ambulatorial especializada e de apoio diagnóstico e terapêutico

Estabelecimento CNES-RJ	Papel desempenhado	Esfera	Caracterização básica
2288389 CENTRO DE SAUDE GRANDE ALEGRIA	Policlínica	Municipal	Unidade ambulatorial de especialidades médicas e não-médicas em geral. Conta com as seguintes especialidades: acupuntura, angiologia, cardiologia, clínica médica, cirurgia pediátrica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia, neurologia, nutricionista, odontologia, oftalmologia, ortopedia, pediatria, pneumologia, psicologia na abordagem do transtorno alimentar, reumatologia, urologia. Diagnóstico por imagem (radiologia) e fisioterapia. Realiza coleta para exame laboratorial; coleta para exame citopatológico; eletrocardiograma (ECG).
2288400 POSTO DE SAUDE DO MANEJO	Policlínica	Municipal	Unidade ambulatorial de especialidades médicas e não-médicas em geral. Conta com as seguintes especialidades: angiologia, cardiologia, cirurgia pediátrica, cirurgia torácica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, geriatria, hematologia, hepatologia, infectologia, nefrologia, neurologia, neurologia pediátrica, nutrição, oftalmologia, ortopedia, pneumologia, psiquiatria, reumatologia, urologia. Consultas em atenção básica em Clínica Médica Geral; Ginecologia; Pediatria e Pré-natal. Realiza Exames de Eletrocardiograma, coleta de exames laboratoriais; coleta de exame citopatológico (preventivo). Oferta os serviços de curativo; glicemia capilar; aferição de pressão arterial. A Unidade conta ainda com serviço de Odontologia, Dispensário de medicamentos e Sala de Vacinas.
2288605 POSTO DE SAUDE DE RESENDE	Policlínica	Municipal	Atualmente, oferta consultas nas seguintes especialidades médicas: alergologia, clínica geral,

			dermatologia, ginecologia, hematologia, hepatologia, neurologia, pediatria, urologia. Conta com ambulatório de psicologia. Realiza exames de espirometria.
5446589 POLICLINICA MUNICIPAL DO PARAISO	Policlínica	Municipal	Unidade ambulatorial com especialidades médicas em geral. Conta com as seguintes especialidades: acupuntura, angiologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, neurologia, nutrição, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, reumatologia, urologia.
2288494 AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DA MULHER DRA. ZILDA ARNS NEUMANN	Clínica/ambulatório de Especialidades	Municipal	Possui Serviço de Atenção à Saúde Reprodutiva – Contracepção Clínica, com encaminhamento para realização de vasectomias e laqueaduras tubárias; inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU). Acompanhamento do Pré-Natal de Alto Risco. Ambulatório de especialidades médicas: cardiopediatria, dermatologia, ginecologia cirúrgica, hematologia, mastologia e de patologia cervical. Realiza colposcopia, histeroscopia, biópsia de colo uterino, coleta de material para exame citopatológico de colo uterino, ultrassonografia obstétrica, transvaginal e de mama. Sede da Área Técnica de Alimentação e Nutrição – ATAN, vinculada à Superintendência de Atenção Básica.
7035152 CIAD CENTRO INTEGRADO DE ATEND AO DIABETICO	Clínica/Centro de Especialidade	Municipal	Serviço ambulatorial especializado de atenção à saúde do portador de diabetes.
7213107 CENTRO MUNICIPAL DE ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO - CEMAF	Clínica/Centro de Especialidade	Municipal	Unidade Especializada em atendimento de Fonoaudiologia, realizando avaliações e terapias fonoaudiológicas individuais e em grupo, exames de audiometria e imitancimetria, além de outras ações de saúde pertinentes a área de fonoaudiologia.
2288613 CENTRO ODONTOLOGICO MUNICIPAL	Clínica/Centro de Especialidade	Municipal	Habilitado pelo Ministério da Saúde como Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Tipo II, pela Portaria GM/MS 217, de 11/02/2005. Adesão à

			Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência por meio da Portaria GM/MS 996, de 28/05/2013. Serviço de referência especializada em odontologia para a Rede de Atenção à Saúde.
6923046 CENTRO DE ESPEC ODONTO CIDADE ALEGRIA	Clínica/Centro de Especialidade	Municipal	Habilitado pelo Ministério da Saúde como Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Tipo II, pela Portaria SAS/MS 326, de 16/04/2012. Adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência por meio da Portaria GM/MS 996, de 28/05/2013. Serviço de referência especializada em odontologia para a Rede de Atenção à Saúde.
2288478 CENTRO MUNICIPAL DE REABILITACAO	Unidade de SADT	Municipal	Referência para a Rede Municipal de Saúde para procedimentos de fisioterapia e reabilitação física em geral, incluindo hidroterapia. Unidade de Saúde que presta atendimento ambulatorial especializado em reabilitação física, visando melhorar a capacidade funcional e o desempenho do indivíduo, a fim de desenvolver habilidades e potencialidades que contribuam para a autonomia e a participação social em igualdade de condições; com uma visão biopsicossocial do ser humano, valorizando a participação multiprofissional (médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e psicólogo) e interdisciplinar na assistência humanizada; em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os atendimentos são disponibilizados para todas as faixas etárias.
2288699 NUCLEO DE HEMOTERAPIA MUN DE RESENDE	Unidade de SADT	Municipal	Unidade ambulatorial especializada de hemoterapia. Realiza cadastro e triagem do doador de sangue. Processamento, estocagem e distribuição de sangue e hemocomponentes.
5978785 CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM CDI	Unidade de SADT	Municipal	Unidade ambulatorial com métodos diagnósticos por imagem. Realiza os seguintes exames: Ultrassonografia, Mamografia, Ecocardiografia Transtorácica, USG Doppler de Vasos,

			Eletroencefalograma, Eletrocardiograma. A oferta de USG é complementada por meio de contrato celebrado com estabelecimentos privados de assistência à saúde, em fluxo regulado pela Secretaria Municipal de Saúde.
3362868 CLINICA DE UROLOGIA E NEFRO DE RESENDE	Unidade de SADT	Privada	Empresa privada contratada. Unidade ambulatorial de alta complexidade com início de funcionamento em agosto de 2007. O Serviço de Nefrologia foi habilitado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria SAS/MS 211, de 22/03/2007. Realiza procedimentos de Terapia Renal Substitutiva – TRS (Hemodiálise, Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua – DPAC e Diálise Peritoneal Automática – DPA) para pacientes autorizados pela Central de Regulação Estadual. A inclusão de pacientes é feita pela SMS Resende, em setor específico da Superintendência de Controle, Avaliação e Regulação – SCAR.
2273152 CAPS NUCLEO DE ATENCAO CASA ABERTA	Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	Municipal	Unidade de referência para o atendimento e acompanhamento ambulatorial de usuários adultos com transtornos mentais e sofrimento psíquico grave. Serviço habilitado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria SAS/MS 706, de 04/10/2002, com cadastro homologado pela PT GM/MS 2003, de 19/11/2002.
2288621 CENTRO DE ATENCAO PSICOS INF JUVENIL	Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	Municipal	Atendimento e acompanhamento ambulatorial de crianças e adolescentes com transtornos mentais e sofrimento psíquico grave, inclusive por uso de substâncias psicoativas. Habilitado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº. SAS/MS 693, de 16/12/2010.
2288834 CAPS AD RESENDE	Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	Municipal	Atendimento e acompanhamento ambulatorial para usuários adultos dependentes de álcool e outras drogas. Serviço habilitado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria SAS/MS 759, de 17/12/2004.

7264348 SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO DE RESENDE	Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	Municipal	Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental Tipo II, implantado em junho de 2012, habilitado por meio da Portaria nº. SAS/MS 1380, de 09/12/2013, constituído sob a forma de moradia inserida na comunidade, destinado ao cuidado de até 10 usuários portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.
2288885 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RESENDE	Hospital Geral	Privada /Entidade Beneficente	Hospital filantrópico contratualizado com o SUS. Conta com ambulatório de especialidades clínicas e cirúrgicas. A partir de 2017, passou a contar com Serviço de Atenção Especializada em Oftalmologia realizando consultas, procedimentos diagnósticos e cirúrgicos. Em junho de 2019, teve início a realização de procedimentos de Polissonografia e Ecocardiografia de Estresse. Em setembro de 2020, foi implantado Serviço Especializado em Diagnóstico por Imagem, realizando Radiologia digital, Mamografia, Ultrassonografias e Tomografias Computadorizadas. Atualmente, todo o Serviço de Laboratório Clínico está conveniado junto ao hospital. Realiza procedimentos de Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia. Ambulatório de referência em Ortopedia, realizando tratamentos gessados e acompanhamento dos casos em geral. Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.
2288893 HOSPITAL MUN DE EMERG H. S. GREGORI	Hospital Geral	Municipal	Unidade hospitalar municipal de referência microrregional para atendimentos clínicos, cirúrgicos e pediátricos de urgência e emergência em pronto socorro especializado. Conta com leitos de observação e leitos de internação hospitalar, inclusive leitos de Unidade de Tratamento Intensivo – UTI Adulto Tipo II. Conta com recursos

			diagnósticos diversos, como radiologia e laboratório de análises clínicas, eletrocardiograma. Tomógrafo Computadorizado. Plantão 24h nas especialidades Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e Ortopedia/Traumatologia.
2288907 APMIR	Hospital Especializado	Privada /Entidade Beneficente	Hospital filantrópico especializado contratualizado com o SUS. Maternidade de referência microrregional. Referência ambulatorial para a gestação de alto risco. Pronto atendimento para urgência clínica e cirúrgica em ginecologia e obstetrícia. Conta com UTI Neonatal Tipo II.

Fonte: Elaboração própria da SCAR/SMS Resende, com base em informações prestadas pelas Coordenações das Unidades de Saúde da Rede Especializada e de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS; SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Nota: SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e ou Terapêutico.



3.2.4.2 Rede Hospitalar

A Rede de Atenção à Saúde no município de Resende conta com três estabelecimentos hospitalares, a seguir melhor detalhados, que responderam por 93% das internações de residentes no ano 2020, conforme dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Por outro lado, a proporção de internações hospitalares realizadas para residentes de outros municípios vem se reduzindo progressivamente, caindo de 11% em 2016 para menos de 6% no ano 2020. A maior parte dessas internações é realizada para residentes dos municípios de Itatiaia, Quatis e Porto Real, representando em 2020 o equivalente a 4,2% do total das internações, dados do ano 2020. Residentes de outros pequenos municípios fronteiriços a Resende, localizados nos estados de São Paulo e Minas Gerais, também encaminham para Resende parte da demanda por internações hospitalares, principalmente nos casos de urgência e emergência, nestes incluída a urgência obstétrica.

3.2.4.2.1 Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Resende (APMIR)

A *Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Resende (APMIR)*, fundada pelo Grupo de Voluntárias, há 76 anos, em 19/04/1941, com o objetivo de prestar atendimento a mulheres e crianças carentes, é um hospital filantrópico especializado, do tipo maternidade, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Secretaria Municipal de Saúde. Constituída como uma Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos, está cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o nº. 2288907.

A APMIR está localizada à Avenida Gustavo Jardim, 214, Centro – Resende/RJ – CEP 27511-360, CNPJ 31.460.108/0001-90. Conta com o apoio administrativo das Voluntárias, que se dedicam para compor a qualidade da assistência prestada, sendo sua diretoria não-remunerada composta por 18 membros voluntários. Atua na área da atenção à saúde, nas modalidades hospitalar e ambulatorial, realizando ações, serviços e procedimentos especializados em obstetrícia, ginecologia e neonatologia, além de consultas e procedimentos ambulatoriais e de urgência e emergência nas referidas especialidades.

O hospital conta com uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II, com 10 leitos habilitados pelo Ministério da Saúde.

Pela Portaria nº. SAS/MS 116, de 31/03/1999, a APMIR passou a integrar, como Unidade de Atendimento Secundário, o Sistema Estadual de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco, nos termos da Portaria nº. GM/MS 3477, de

20/08/1998. No entanto, em dezembro de 2018, em virtude da não obtenção de nova habilitação nos prazos e termos estabelecidos por meio da Portaria nº. GM/MS 1020, de 29/05/2013, a APMIR foi desabilitada como Unidade de Referência Hospitalar em Gestaç o de Alto Risco (GAR). Nova habilita o em Gestaç o de Alto Risco (GAR) vem sendo buscada pela maternidade desde o ano 2014, com a abertura do Processo E-08/001/11532/2014, atualmente em tramita o junto à Secretaria Estadual de Saúde.

A APMIR desempenha o papel de maternidade para a microrregião de saúde constituída pelos municípios de Resende, Itatiaia e Quatis, de acordo com a Programa o Pactuada e Integrada (PPI) e Plano Regional da Rede Cegonha da Região do Médio Paraíba. Em rela o   UTI Neonatal, a APMIR   referência para os seguintes municípios da Região do Médio Paraíba: ***Barra do Pirai, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Pirai, Porto Real, Quatis, Resende, Rio das Flores e Valença.***

Além das referências estabelecidas no âmbito da PPI, a APMIR atende a demanda espontânea de gestantes residentes de vários municípios fronteiriços a Resende, situados nos Estados de São Paulo e Minas Gerais, além do apoio ofertado às gestantes que estão viajando e necessitam de algum cuidado médico.

Pela Portaria n . GM/MS 1634, de 01/10/2015, foram destinados à APMIR recursos anuais equivalentes a R\$ 1.315.792,88, referentes à aprova o do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, conforme Plano de A o Regional da Rede Cegonha da Região do Médio Paraíba, no qual a APMIR se encontra inserida.

Pela Portaria n . GM/MS 2167, de 24/10/2016, em virtude da amplia o do número de leitos de UTI Neonatal Tipo II (UTIN) e em consonância com o previsto no Plano de A o Regional da Rede Cegonha, foram estabelecidos recursos financeiros anuais de R\$ 559.144,96, a serem repassados para a maternidade por meio do Convênio vigente firmado com a Secretaria Municipal de Saúde.

Pela Portaria n . GM/MS 2017, de 04/08/2017, a APMIR foi habilitada como Hospital Amigo da Criança, passando a fazer jus ao recebimento de recursos financeiros anuais equivalentes a R\$ 67.724,73, os quais serão repassados por meio do Convênio vigente.

Conforme dados do CNES, a APMIR possui 59 (cinquenta e nove) leitos totais, distribuídos em Enfermarias (Parto Normal, Parto Cesárea, Abortamento, Tratamento Ginecológico, Gesta o de Alto Risco e Precau o de Agravos Respiratórios), Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo), além de Alojamento de Nutrizes. Conta também com Centro Obstétrico com três leitos PPP e uma mesa para parto em posi o supina.

Conta com equipe multiprofissional qualificada com médicos obstetras, pediatras e neonatologistas, enfermeiras obstétricas e neonatologistas, técnicos de enfermagem, assistente social, fisioterapeutas, nutricionista, psicóloga e fonoaudióloga. Realizou em 2020 uma média mensal de 89 partos, conforme registros do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), verificando-se uma redução de cerca de 20% em relação a 2016, quando essa média alcançou 110 partos mensais.

Atualmente, com recursos financeiros anuais programados no montante de **R\$ 11,7 milhões**, encontra-se em vigência o **Convênio n.º 123/2017**, firmado entre a APMIR e a Secretaria Municipal de Saúde, elaborado em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída pela Portaria n.º GM/MS 3.390, de 30/12/2013, e Portaria n.º GM/MS 3.410, de 30/12/2013, que *“Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)”*.

Além dos recursos próprios e federais já alocados no Fundo Municipal de Saúde e contemplados no Convênio 123/2017, a APMIR tem contado com recursos financeiros destinados ao custeio das ações especializadas, provenientes do Ministério da Saúde sob a forma de Emendas Parlamentares, além de recursos provenientes do Fundo Estadual de Saúde, tais como os estabelecidos por meio da Resolução SES/RJ 2197, de 21/12/2020, que *“autoriza repasse financeiro estadual para unidades de atenção hospitalar, que compõem a Rede Cegonha no Estado do Rio de Janeiro”*, e Resolução SES/RJ 2346, de 13 de julho de 2021, que *“autoriza repasse financeiro estadual para municípios do Estado do Rio de Janeiro, em apoio ao parto e nascimento no âmbito da Rede Cegonha”*, além dos recursos do Programa de Apoio ao Hospital do Interior (PAHI), já previstos no Convênio.

Encontram-se em tramitação os seguintes processos de habilitação de serviços junto à APMIR:

- ❖ *Processo Administrativo n.º. EXT-PM/RE/18813/2017, que trata da habilitação de 5 (cinco) leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), em conformidade com a Portaria n.º. GM/MS 930, de 10/05/2012; o número de leitos foi atualizado de 10 para 5 leitos, conforme Ofício SS n.º. 31/2020.*
- ❖ *Processo Administrativo n.º. EXT-PM/RE/18814/2017, que trata da habilitação de 3 (três) leitos Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), em conformidade com a Portaria n.º. GM/MS 930, de 10/05/2012; o número de leitos foi atualizado de 5 para 3 leitos, conforme Ofício SS n.º. 31/2020.*
- ❖ *Processo Administrativo n.º. 23.614/2017, que trata da habilitação da Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), da Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Resende (APMIR), em conformidade com a Portaria GM/MS 1020, de 29/05/2013, que “institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco”. Inserida no Sistema SAIPS sob o n.º. 102758, a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) da APMIR já se encontra habilitada pela Portaria*

GM/MS nº. 3.515, de 10/12/2021, sendo estabelecidos recursos financeiros anuais no valor de R\$ 720.000,00 para o custeio do serviço.

- ❖ *Processo Administrativo E-08/001/11532/2014, que trata da habilitação da APMIR como Serviço de Referência em Geração de Alto Risco (GAR) Tipo 2, atualmente em tramitação junto à Secretaria Estadual de Saúde.*

O perfil dos leitos hospitalares, conforme dados disponíveis junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é o seguinte:

Leitos hospitalares por especialidade - APMIR

Especialidade do Leito	Quantidade existente	Leitos SUS
<i>Cirúrgico</i>	3	3
<i>Clínico</i>	3	3
<i>Complementar</i>	19	19
<i>Obstetrícia Clínica</i>	23	13
<i>Obstetrícia Cirúrgica</i>	9	7
<i>Pediátrico</i>	2	2
Total	59	47

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Nota: Os Leitos Complementares correspondem a 10 leitos de UTI Neonatal Tipo II, 1 Leito de Isolamento, e 8 Leitos de Unidade Intermediária Neonatal, estes últimos aguardando habilitação junto ao MS.

No período entre os anos 2016 e 2020, segundo os registros no SIH/SUS, as internações hospitalares realizadas pela APMIR apresentaram o seguinte perfil:

Internações hospitalares por especialidade do leito – APMIR – 2016 a 2020

Leito/Especialidade	2016	2017	2018	2019	2020
<i>01-Cirúrgico</i>	237	291	245	273	187
<i>02-Obstétricos</i>	1.813	1.895	1.576	1.403	1.295
<i>03-Clínico</i>	35	52	221	189	177
<i>07-Pediátricos</i>	196	258	271	253	235
Total	2.281	2.496	2.313	2.118	1.894

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)

3.2.4.2 Hospital Municipal de Emergência Henrique Sérgio Gregori

O *Hospital Municipal de Emergência Henrique Sérgio Gregori* é um hospital geral, pertencente à esfera pública municipal. Iniciou suas atividades em outubro de 1994 e encontra-se cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o nº. 2288893. Pela Lei Municipal nº. 3061, de 11/12/2013, foi extinta a Fundação Hospitalar de Resende, sob a qual o Hospital se encontrava vinculado administrativamente. Está localizado à Avenida Marcílio Dias, 800 – Jardim Jalisco – Resende/RJ – CEP 27.510-080.

Conta atualmente com 84 (oitenta e quatro) leitos, sendo 9 (nove) leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), dos quais 7 (sete) já se encontram habilitados pelo Ministério da Saúde como UTI Tipo II, conforme Portarias SAS/MS 302, de 10/08/2001; SAS/MS 679, de 27/09/2002 e PT SAS/MS 372, de 26/04/2012. Possui uma ala exclusiva para atendimento pediátrico – o Hospital da Criança, implantada em março de 2012, com 10 leitos destinados à internação, além de pronto-atendimento 24 horas por dia, com leitos de observação, destinado ao atendimento de usuário pediátrico na faixa etária até 12 anos.

Presta atendimento especializado ininterrupto às demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e traumatológicas, sendo considerado uma unidade hospitalar estratégica, tendo sido aprovado pela Portaria Ministerial nº. GM/MS 1.609, de 30/09/2015 como uma das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência da Rede de Atenção às Urgências da Região do Médio Paraíba, como Hospital Geral, em conformidade com o Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência (PAR/RUE).

Em razão da Portaria 1609/2015, foram alocados ao Fundo Municipal de Saúde recursos financeiros anuais de custeio equivalentes a R\$ 1.833.242,88, referentes à qualificação de 6 (seis) leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e ao custeio da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência.

Encontram-se em tramitação junto à Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ) os pleitos para habilitação do Hospital de Emergência como Unidade de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia (Processo Administrativo nº. SMSRE-6.800/2012); Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, abrangendo o serviço de Cirurgia Vascular (Processo Administrativo nº. EXT/PM/RE/9895/2017); Unidade de Alta Complexidade em Neurocirurgia (Processo Administrativo nº. E-08/001/1501/2016); além da habilitação de dois leitos de UTI Adulto Tipo II (Processo Administrativo nº. EXT/PM/RE-28.818/2014).

O Hospital Municipal de Emergência constitui-se como referência na microrregião de saúde constituída pelos municípios de Resende (133.244 habitantes, IBGE 2021), Itatiaia (32.312 habitantes, IBGE 2021), Porto Real (20.254 habitantes, IBGE 2021) e Quatis (14.562 habitantes, IBGE 2021), para o primeiro atendimento em urgência e emergência clínica e pediátrica e, na urgência e emergência cirúrgica, para as vítimas de acidentes automobilísticos que ocorrem em todo o trecho da Rodovia Presidente Dutra que corta a Região do Médio Paraíba, além de outros traumas, sendo referência também para os municípios fronteiriços a Resende, situados nos Estados de São Paulo e Minas Gerais;

O Hospital Municipal de Emergência é uma unidade pública municipal, realizando atendimento exclusivamente para o Sistema Único de Saúde (SUS), mantido com

recursos do tesouro municipal e das transferências do SUS, sendo os seus trabalhadores, em sua maioria, servidores públicos municipais admitidos por meio de concurso público;

Conta com plantão médico de 24 horas, nas especialidades Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Odontologia e Pediatria, além de especialistas em regime de sobreaviso nas especialidades Urologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Bucomaxilofacial, Cirurgia Vascular, assegurando a qualidade assistencial na atenção às urgências e emergências.

O perfil dos leitos hospitalares cadastrados no CNES é o seguinte:

Leitos Hospitalares por Especialidade – Hospital Municipal de Emergência

<i>Leitos/Especialidade</i>	<i>Cirúrgico</i>	<i>Clínico (1)</i>	<i>Complementar (2)</i>	<i>Pediátrico</i>	<i>Total</i>
<i>Leitos existentes</i>	10	46	17	10	83
<i>Leitos SUS</i>	10	46	17	10	83

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Notas: 1) A partir da competência outubro/2017, foram disponibilizados novos 20 (vinte) leitos de retaguarda de clínica médica destinados à Porta de Entrada Hospitalar de Urgência, totalizando 46 (quarenta e seis) leitos de Clínica Médica no Hospital Municipal de Emergência; 2) Corresponde a 10 (dez) leitos de UTI Geral e 7 (sete) leitos UTI destinados ao atendimento Covid-19. Informações atualizadas em novembro/2021.

No período entre os anos 2016 e 2020, as internações hospitalares realizadas pelo Hospital Municipal de Emergência apresentaram o seguinte perfil, de acordo com os registros no SIH/SUS:

Internações hospitalares por especialidade do leito – HME – 2016 a 2020

<i>Leito\Especialidade</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>
<i>01-Cirúrgico</i>	833	922	964	963	791
<i>03-Clínico</i>	1.810	2.087	2.158	2.338	1.939
<i>07-Pediátricos</i>	149	123	185	207	127
<i>Total</i>	2.792	3.132	3.307	3.508	2.857

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)

3.2.4.2.3 Santa Casa de Misericórdia de Resende

A *Santa Casa de Misericórdia de Resende* (CNES 2288885), localizado na Praça Clemente Ferreira, 39 – Bairro Lavapés – Resende/RJ – CEP 27511-020, CNPJ 31.460.017/0001-55, é um hospital filantrópico, classificado como hospital geral, conveniado ao SUS por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Resende. Realiza internações hospitalares nas especialidades clínica, cirúrgica e de saúde mental, em caráter eletivo. Conta com 68 leitos hospitalares disponíveis ao Sistema Único de Saúde. Tem 10 leitos de Saúde

Mental habilitados pelo Ministério da Saúde como Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas, constituindo-se como importante dispositivo no conjunto de serviços da Atenção à Saúde Mental no município.

Além de realizar a maior parte da demanda municipal por cirurgias eletivas de média complexidade, o hospital passou a realizar, a partir de 2017, cirurgias oftalmológicas para tratamento da catarata, utilizando a técnica de facoemulsificação com implante de lente intra-ocular, classificada como alta complexidade na Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde.

Com o novo convênio firmado em 2017, visando à redução de filas e à humanização do atendimento a pacientes que utilizam o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), realizará também a maior parte dos procedimentos diagnósticos e ou terapêuticos em oftalmologia que eram referenciados ao Serviço de Referência de Média Complexidade em Oftalmologia, localizado em Piraí, conforme Rede de Oftalmologia estabelecida em 2010 pela Secretaria Estadual de Saúde por meio da Deliberação CIB-RJ 1250, de 17-03-2011.

Conta com serviço de ortopedia destinado ao atendimento dos pacientes encaminhados pelo Hospital Municipal de Emergência em caráter de atendimento regulado, denominado segundo tempo ou momento do tratamento, contando com profissional ortopedista para acompanhamento pós-operatório.

O hospital conta com uma Unidade Intermediária Adulto, com 6 (seis) leitos, em funcionamento desde 2014, destinada inicialmente à estabilização de pacientes em pós-operatório imediato que necessitem de cuidados intensivos. Atualmente, realiza também o atendimento a pacientes que necessitem de cuidados em unidade intermediária no decorrer da internação clínica na Santa Casa, além da demanda proveniente do Hospital Municipal de Emergência.

Atualmente, o hospital é responsável pelo atendimento à demanda dos procedimentos diagnósticos em gastroenterologia, realizando endoscopia digestiva alta e colonoscopia. Conforme metas pactuadas, realiza também o atendimento à demanda de laboratório de análises clínicas, contando com laboratório de apoio especializado para realização dos procedimentos de imunologia e dosagens hormonais, dentre outros.

Em setembro de 2020, foi implantado um Serviço Especializado de Diagnóstico por Imagem, o qual passou a ofertar por meio do Convênio, procedimentos de Radiologia Digital, Mamografias, Ultrassonografias e Tomografia Computadorizada.

O Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências (PAR/RUE) da Região do Médio Paraíba contempla a Santa Casa de Misericórdia de Resende com as propostas, já atualizadas, de implantação de 6 (seis) leitos de Unidade de Tratamento

Intensivo (UTI) Adulto; Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) com 20 (vinte) leitos; qualificação de 10 (dez) leitos existentes e disponibilização de 10 (dez) leitos novos de enfermagem clínica de retaguarda.

Pelo Decreto Municipal nº. 8887, de 12/01/2016, foi determinada por 12 meses a requisição de bens, equipamentos, serviços, móveis e utensílios pertencentes à Santa Casa, sendo nomeado Conselho de Gestão durante o período de perigo iminente ocasionado pela não prestação adequada dos serviços inerentes ao Convênio nº. 149/2012. A vigência do referido Decreto 8887/2016 vem sendo prorrogada anualmente.

Atualmente, com recursos financeiros anuais programados no montante de **R\$ 21,1 milhões**, encontra-se em vigência o **Convênio nº. 122/2017**, firmado entre a Santa Casa de Misericórdia de Resende e a Secretaria Municipal de Saúde, elaborado em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída pela Portaria nº. GM/MS 3.390, de 30/12/2013, e Portaria nº. GM/MS 3.410, de 30/12/2013, que “*Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)*”.

O perfil dos leitos hospitalares, conforme dados disponíveis junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é o seguinte:

Leitos hospitalares por especialidade – Santa Casa de Misericórdia de Resende

<i>Especialidade do Leito</i>	<i>Quantidade existente</i>	<i>Disponível ao SUS</i>
<i>Cirúrgico</i>	27	20
<i>Clínico</i>	32	30
<i>Pediátrico</i>	2	2
<i>Saúde Mental*</i>	10	10
<i>Psiquiátrico</i>	2	2
<i>Unidade Intermediária</i>	6	6
Total	79	70

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Nota: * Leitos do Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas (SHRD), habilitados pela Portaria SAS/MS 361, de 09/04/2013.

No período entre 2016 e 2020, as internações hospitalares realizadas pela Santa Casa de Misericórdia apresentaram o seguinte perfil, segundo o SIH/SUS:

Internações hospitalares por especialidade do leito, Santa Casa – 2016 a 2020

<i>Leito\Especialidade</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>
<i>01-Cirúrgico</i>	<i>1.198</i>	<i>1.900</i>	<i>2.619</i>	<i>2.461</i>	<i>1.228</i>
<i>03-Clínico</i>	<i>669</i>	<i>910</i>	<i>1.113</i>	<i>1.063</i>	<i>1.330</i>
<i>07-Pediátricos</i>	<i>1</i>	<i>4</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>7</i>
<i>87-Saúde Mental (Clínico)</i>	<i>250</i>	<i>215</i>	<i>213</i>	<i>239</i>	<i>212</i>
Total	2.118	3.029	3.947	3.766	2.777

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)

3.2.4.3 Ações e serviços de saúde complementares à Rede Própria Municipal de Saúde

A Lei nº. 8.080, de 19/09/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes – Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece em seu artigo 24 que “quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”.

A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público (parágrafo único, artigo 24).

As entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde – SUS (artigo 25).

Em vista da indisponibilidade ou disponibilidade insuficiente de ações, serviços e procedimentos na Rede Pública Municipal, a Secretaria Municipal de Saúde procede à contratação de serviços privados de saúde, complementarmente àqueles disponíveis na Rede de Saúde.

Fundamenta-se, para tanto, com estrita observância na Lei nº. 8.666, de 21/06/1993, que “Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências”.

Deste modo, seja por comprovada necessidade de complementação dos serviços públicos de saúde, seja por impossibilidade de ampliação dos serviços públicos de saúde, atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde necessita contratar os seguinte serviços ou procedimentos junto aos serviços privados de assistência à saúde:

Quadro da complementação de serviços privados de assistência à saúde na Rede Municipal de Saúde, Resende, 2021

Ação, serviço ou procedimento	Detalhamento	Fundamentação
<i>Eletroneuromiografias</i>		<i>Indisponibilidade na Rede Própria</i>
<i>Densitometria Óssea</i>		<i>Indisponibilidade na Rede Própria</i>
<i>Anatomia Patológica</i>		<i>Indisponibilidade na Rede Própria</i>
<i>Diagnóstico por ultra-sonografia</i>	<i>Biópsias guiadas por Ultrassonografia (Mama, Tireóide, Próstata)</i>	<i>Indisponibilidade na Rede Própria</i>
<i>Diagnóstico por ultra-sonografia</i>	<i>Ultra-sonografias dos demais sistemas</i>	<i>Insuficiência da oferta na Rede Própria, sendo necessária a contratação complementar para enfrentamento e gestão da fila de espera.</i>
<i>Diagnóstico por tomografia</i>	<i>Angiotomografias; Tomografias em complemento à Rede Própria</i>	<i>Insuficiência da Rede Própria. Atualmente conveniado à Santa Casa.</i>
<i>Hemodiálise hospitalar à beira do leito</i>	<i>Hemodiálise hospitalar à beira do leito</i>	<i>Indisponibilidade na Rede Própria</i>
<i>Litotripsia extracorpórea</i>	<i>Litotripsia extracorpórea</i>	<i>Indisponibilidade na Rede Própria</i>
<i>Diagnóstico em cardiologia</i>	<i>MAPA; Holter 24 horas; Eco Estresse; Eco Transesofágico; Teste de esforço.</i>	<i>Indisponibilidade na Rede Própria</i>
<i>Diárias em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto</i>	<i>Em complemento à capacidade da UTI no Hospital Municipal de Emergência</i>	<i>Insuficiência da Rede Própria</i>
<i>Mamografias</i>	<i>Em complemento à Rede Própria</i>	<i>Insuficiência da Rede Própria. Atualmente conveniado à Santa Casa.</i>
<i>Diagnóstico por ressonância magnética</i>		<i>Indisponibilidade na Rede Própria</i>
<i>Diagnóstico em urologia</i>	<i>Estudo urodinâmico</i>	<i>Indisponibilidade na Rede Própria</i>
<i>Terapia Renal Substitutiva (TRS)</i>	<i>Hemodiálise, Diálise peritoneal ambulatorial (DPA)</i>	<i>Indisponibilidade na Rede Própria</i>

<i>Diárias em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Pediátrica</i>		<i>Indisponibilidade na Rede Própria</i>
<i>Diagnóstico em oftalmologia</i>	<i>Tomografia de coerência óptica (OCT)</i>	<i>Indisponibilidade na Rede Própria</i>
<i>Procedimentos cirúrgicos em oftalmologia</i>	<i>Procedimentos de Alta Complexidade em Oftalmologia como Vitrectomias, sem atendimento pela Programação Pactuada e Integrada (PPI)</i>	<i>Indisponibilidade na Rede Própria</i>
<i>Serviços hospitalares diversos em Hospitais Filantrópicos</i>	<i>Internações Hospitalares em especialidades Obstetrícia, Clínica Médica, Cirurgia Geral e Especialidades Cirúrgicas, Saúde Mental, Pediatria, Neonatologia; Procedimentos ambulatoriais diversos em Radiologia, Análises Clínicas, Tratamento Conservador em Ortopedia; Consultas em Especialidades, dentre outros.</i>	<i>Participação preferencial das entidades filantrópicas e sem fins lucrativos no SUS (Artigo 199, § 1º, CFRB, 1988)</i> <i>Contratualização de Hospitais Filantrópicos no âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) – PT GM/MS 3.390, de 30/12/2013 e PT GM/MS 3.410, de 30/12/2013.</i>
<i>Cintilografias</i>	<i>Complemento à oferta pela Programação Pactuada e Integrada (PPI)</i>	<i>Indisponibilidade na Rede Própria</i>
<i>Imunohistoquímica</i>		<i>Indisponibilidade na Rede Própria</i>
<i>Outras ações ou procedimentos que vierem a ser identificados junto à Regulação Municipal, indisponíveis ou com disponibilidade insuficiente nos Serviços Próprios da Rede Municipal de Saúde, cuja contratação se justifique como necessária à garantia do acesso e da integralidade da saúde.</i>		

Fonte: Elaboração própria/Superintendência de Controle e Avaliação

3.2.5 Programa de Saúde Mental de Resende

O Programa de Saúde Mental de Resende encontra-se fundamentado nas principais políticas públicas de saúde mental, tais como a Portaria nº. GM/MS 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além da Portaria nº. GM/MS 3.088, de 23/12/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS. A Portaria 336/2002 reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes dispositivos têm como missão oferecer atendimento a pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. A atenção disponibilizada considera o território onde está situado, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo asilar hospitalar e psiquiátrico, evitando as internações de longa permanência e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Os pilares que sustentam o trabalho do Programa de Saúde Mental estão alinhados com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e ao Movimento da Reforma Psiquiátrica. Prima pelo respeito às diferenças, promoção de direitos humanos, inclusão social, enfrentamento do estigma, estratégias de redução de danos e intersetorialidade.

Com base em Portaria nº. GM/MS 3.088 de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) prevê a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. São constituídas pelos componentes da Atenção Primária à Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Os dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial devem atender as exigências de equipe mínima e as características próprias de cada serviço, de acordo com as portarias, indicadores, metas pactuadas e realidade local, a fim de garantir a habilitação e o financiamento pelo Ministério da Saúde.

Assim, com base em Portaria 336/GM, as atribuições da equipe técnica e a assistência prestada nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS devem incluir: atendimento medicamentoso, psicoterápico, orientação, atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades focadas na integração do usuário na

comunidade e sua inserção familiar e social, refeições diárias para os usuários assistidos nas diferentes modalidades de atendimento, conforme projeto terapêutico singular.

Além das atividades supracitadas, os técnicos realizam atendimento e manejo da crise em plantões diários nos CAPS e através de suporte ao Hospital Municipal de Emergência, Unidade de Pronto Atendimento-UPA e em sobreaviso nos finais de semana e feriados para avaliação e encaminhamentos, a fim de garantir o efetivo controle da Porta de Entrada, o acolhimento e a humanização do atendimento.

No decorrer dos últimos anos, a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Município de Resende passou por importantes e significativas transformações e ampliação do acesso da população a Rede de Atenção Psicossocial. Para além dos 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), implantou e habilitou novos dispositivos e estratégias: 01 Equipe de Consultório na Rua (eCR), atualmente sob a gerência da Atenção Básica, 01 Serviço de Referência Hospitalar em Saúde Mental (10 leitos na Santa Casa - sendo 04 masculinos, 04 femininos e 2 infanto-juvenis), 01 Residência Terapêutica (com capacidade para 10 moradores), Ambulatório Ampliado, Oficinas de Geração de Trabalho e Renda, Matriciamento na Atenção Primária à Saúde e Educação, Terapia Comunitária, Implementação de um Ambulatório multidisciplinar para atendimento à Clientela LGBTQIA +(início previsto para novembro/ 2021) e Fóruns intersetoriais com frequência mensal na modalidade on line , devido à pandemia da Covid-19.

A proposta de reestruturação do modelo de atenção psicossocial no município ampliou a atenção ao usuário de Saúde Mental, possibilitando o fortalecimento da luta pelo direito, pela ética e pela cidadania. Consequentemente, a equipe técnica precisou ser ampliada e a equipe de coordenadores diretos dos novos dispositivos foi constituída. No entanto, as ações cada vez mais intensificadas indicam, ainda, a necessária reformulação e atualização do organograma do Programa de Saúde Mental para fazer face ao crescimento da Rede, sobretudo para manter os avanços já conquistados. Segue em anexo a proposta de reformulação do organograma.

O marco desse processo de organização e ampliação da Rede, atendendo as metas do Pacto pela Vida, foi a redução no número de internações psiquiátricas a partir da normatização da Porta de Entrada com base em protocolo específico e sobreaviso de Saúde Mental, bem como a expansão da cobertura dos CAPS e a inclusão de novos beneficiários no Programa de Volta pra Casa.

No componente de Atenção Psicossocial Especializada os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS , o Programa de Saúde Mental de Resende é constituído por 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Casa Aberta) que realiza atendimentos a usuários com

transtornos mentais e sofrimentos psíquicos graves na população adulta, habilitado pela Portaria SAS/MS nº. 706, de 04/10/2002; 01 Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPSad), que realiza atendimento a usuários adultos de álcool e outras drogas habilitado pela Portaria SAS/MS nº. 759, de 17/12/2004, e 01 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) que atende crianças e adolescentes com transtornos mentais e sofrimento psíquico grave, incluindo o uso de álcool e outras drogas, habilitado pela Portaria SAS/MS nº. 693, de 16/12/2010.

Em 2013, o CAPSad iniciou as ampliação do acesso ao atendimento através do terceiro turno até as 21:00h, porém o mesmo foi suspenso em 2015. Em julho de 2021, iniciamos abordagens noturnas em território às segundas e quartas –feiras até às 21:00 h. O imóvel passou recentemente por uma reforma e às atividades estão sendo retomadas gradativamente após a vacinação em massa da população seguindo às normas de segurança e prevenção à covid 19. A atual gestão buscará recursos junto ao Governo Federal para a implantação do CAPSad III, dispositivo que atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, funciona 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. De acordo com a Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012 para habilitar este dispositivo é necessário um espaço físico adequado, que comporte os leitos e ampliação da equipe técnica.

O Ambulatório Ampliado em Saúde Mental do Município de Resende funciona em sede própria em imóvel alugado no bairro Liberdade, porém a equipe multidisciplinar realiza atendimentos nos territórios dentro das seguintes policlínicas: do Paraíso, Manejo e Cidade Alegria, além de matriciamento e reuniões com outros dispositivos da rede RAPS. Suas ações visam valorizar o contexto do indivíduo, de sua família e de sua comunidade, potencializando a autonomia e a produção de saúde, buscando desconstruir a lógica da medicalização e psicologização do sujeito. Fortalecendo a aliança entre saúde mental e a atenção Primária à Saúde e Equipes do NASF, esta concepção amplia a perspectiva de atuação territorial, a intersetorialidade das políticas e o trabalho em rede.

O Ambulatório Ampliado se propõe a atender crianças, adolescentes e adultos avaliados através de protocolo estabelecido e tem como porta de entrada os CAPS e NASF. É formado por equipe multidisciplinar baseada na lógica da atenção psicossocial e possui uma estratégia de acolhimento, que prioriza o atendimento breve, os grupos psicoterapêuticos, as oficinas, as visitas domiciliares e as atividades comunitárias de forma articulada com a Rede.

No componente de Atenção de Urgência e Emergência; Os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências - SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as

portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro dão suporte inicial aos casos com demanda de saúde mental, álcool e outras drogas, acionando os CAPS ou sobreaviso de saúde mental sempre que necessário para avaliação e encaminhamento devido e o efetivo controle da porta de entrada e regulação das internações psiquiátricas.

Como estratégia de desinstitucionalização, foi implantado o Serviço Residencial Terapêutico em junho de 2012, habilitado por meio da Portaria nº. SAS/MS 1380, de 09/12/2013. Trata-se de um dispositivo de moradia, destinado a acolher até 10 pessoas egressas de internações psiquiátricas de longa permanência e residentes apenas do Município de Resende. Localiza-se no Bairro Alvorada.

O Programa de Volta para Casa é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº. 10.708/2003. Dentre as ações previstas, oferece um auxílio reabilitação para pacientes em processo de desinstitucionalização. O município encontra-se cadastrado no programa e atualmente possui 07 pessoas recebendo o auxílio.

No componente da Atenção Hospitalar situa-se o Serviço de Referência hospitalar para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, implantado em novembro de 2011 e habilitado em 29 de dezembro de 2012. Este dispositivo oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidade de ordem clínica e/ou psíquica, respeitando as determinações da Lei nº. 10.216, de 2001, acolhendo os pacientes em regime de curta permanência. Funciona em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos. Os 10 leitos habilitados funcionam em parceria com a Santa Casa de Misericórdia de Resende com enfermarias masculina, feminina e infanto-juvenil. A regulação das internações é feita pela Equipe da Saúde Mental e/ou psiquiatra de plantão ou sobreaviso técnico, de acordo com fluxograma aprovado e pactuado junto ao Hospital de Emergência.

O Fórum Intersetorial de Saúde Mental possui frequência bimestral. Iniciado em 2009, trata-se de um espaço de discussão entre diversos atores da Rede, de temas relevantes no campo da saúde mental. Devido a pandemia, os fóruns foram suspensos em março de 2020 e retornaram em maio de 2021, estão acontecendo de forma on line, mensalmente, Os fóruns tem como objetivo a criação de uma Rede com a participação do poder público e sociedade civil, compondo a agenda de articulação intersetorial.

O Programa de Saúde Mental conta com a participação de profissionais em diversas entidades civis representativas: Conselhos Municipais (sobre Drogas, Assistência

Social e Criança e Adolescente) e na representação da Associação de Saúde Mental. São realizadas reuniões regulares para discussão e encaminhamentos de casos clínicos com o Conselho Tutelar, Ministério Público, Assistência Social, Educação (através do CEMAE) e a Rede de Saúde como um todo, que ocorrem de forma pontual ou no espaço da reunião de equipe técnica e supervisão clínico-institucional ampliada ou nos fóruns intersetoriais.

A supervisão clínico-institucional faz parte da política de formação permanente em saúde mental no SUS, através da qualificação do atendimento e da gestão no CAPS. Propicia o enfrentamento de dificuldades específicas de funcionamento e da clínica da atenção psicossocial. Requer aprovação de projeto com base em edital para repasse de recurso do Ministério da Saúde e profissional externo à equipe técnica com experiência comprovada em Saúde Mental, realizando quinzenalmente encontros com as equipes.

A qualificação e formação permanente da equipe técnica são promovidas através do incentivo e apoio dos profissionais na participação em fóruns, seminários, congressos, cursos de extensão, especialização e capacitações relativas à área.

A reabilitação psicossocial é um componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), compreendida como ações de fortalecimento de usuários e familiares mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania e a produção de novas possibilidades para projetos de vida.

São exemplos de estratégias de reabilitação psicossocial as iniciativas de geração de trabalho e renda. A oficina “Criando e Recriando Arte” foi aprovada na terceira chamada de seleção do Ministério da Saúde e recebeu incentivo para implantação das atividades propostas a exemplo de outras que já foram contempladas anteriormente e demais que estão em processo de avaliação.

O trabalho de matriciamento iniciado com a atenção básica é realizado por todos os profissionais que compõe a equipe técnica dos CAPS. A lógica de referenciamento utiliza a divisão por territórios, a partir da organização da Atenção Básica. Cada técnico é responsável pelas ações de saúde mental do território ao qual está referenciado. Dentre as ações estão incluídas atividades de cuidado e suporte para as equipes, da atenção Básica. Tal estratégia possibilita uma aproximação e potencialização da ação e manejo dos casos atendidos em comum e demais questões que surgem no cotidiano dessas Unidades. Essa lógica amplia o acesso e intensifica o cuidado a partir de recursos de cada território e profissionais envolvidos.

As atividades artísticas e culturais abertas à comunidade ocorrem regularmente através de exposições, saraus, teatro e festas, resultado do trabalho das oficinas terapêuticas que ocorrem nos CAPS, foram suspensas em março de 2020 e estão sendo retomadas de maneira gradativamente seguindo os protocolos vigentes. São realizadas em parceria com a Secretaria de Cultura e Superintendência de Eventos e ocorrem em espaços como Teatro de Bolso, Espaço Z, Casa de Cultura e Praças e amplamente divulgados na cidade. Essas atividades contribuem para inclusão social e socialização dos usuários.

Em abril de 2021, incentivamos e colaboramos com o Projeto Cuidar de Quem Cuida, o qual já acontecia como iniciativa própria de alguns funcionários dos dispositivos Caps. Esses profissionais são capacitados em diversas práticas Integrativas, Tais como: acupuntura, auriculoterapia, aromaterapia, moxa, entre outros. O projeto consiste em proporcionar um olhar holístico para os nossos profissionais, e ofertar um cuidado integral à saúde dos mesmos.

Baseada na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, A Terapia Comunitária Integrativa - TCI em Resende teve início com ações desenvolvidas pela equipe de profissionais do Programa de Saúde Mental que concluíram sua formação, a partir de um projeto de educação permanente financiado pelo Ministério da Saúde.

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é um espaço comunitário onde se procura partilhar experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular, objetivando a valorização das histórias de vida dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da auto-estima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais. Tem como base de sustentação o estímulo para a construção de vínculos solidários e promoção da vida. O trabalho foi apresentado as Equipes de Saúde da Família em um primeiro momento com o objetivo de levar ao conhecimento através da vivência dos profissionais a metodologia utilizada na Roda de Terapia Comunitária, todas as Unidades foram alcançadas e a partir de 2013 pretende-se ampliar a rodas para a participação da comunidade como recurso e estratégia de acolhimento em saúde mental.

Desafios a serem enfrentados:

- ❖ - *Elaboração de fluxos e protocolos de atendimento*
- ❖ - *Ampliação e qualificação do acesso ao tratamento*
- ❖ - *Fomento a qualificação continuada da equipe*
- ❖ - *Desenvolvimento de projetos de estágio e pesquisa*
- ❖ - *Promoção do protagonismo dos usuários e a participação destes nos espaço de discussão e avaliação dos serviços*
- ❖ - *Avaliação qualitativa e quantitativa dos serviços forma articulada a Rede*

- ❖ - *Implantação de sistema de informação com parâmetros e critérios que possibilite a avaliação permanente dos serviços*
- ❖ - *Atendimento dos indicadores de qualidade pactuados com a Saúde do Estado e do Ministério da Saúde.*

Metas a serem alcançadas:

- ❖ - *Implantação de 01 unidade de Acolhimento Adulto –UAA**
- ❖ - *Implantação de CAPSad III Qualificado*
- ❖ - *Construção das Unidades de Saúde Mental*
- ❖ - *Adequação e ampliação do organograma do Programa de Saúde Mental*
- ❖ - *Ampliação das oficinas de geração de trabalho e renda*



* No componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório; A Unidade de Acolhimento é um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo de permanência na Unidade de Acolhimento é de até seis (06) meses. O acolhimento neste ponto de atenção será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

3.2.6 Assistência Farmacêutica

A Política Nacional de Medicamentos, publicada em 1998 por meio da Portaria n° GM/MS 3.916, de 30/10/1998, tem como principais objetivos:

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

Esta política apresenta um conjunto de diretrizes para alcançar estes objetivos, que incluem como prioridade a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, a reorientação da Assistência Farmacêutica, a Promoção do Uso Racional de Medicamentos e a Organização das Atividades de Vigilância Sanitária de Medicamentos.

As Ações Farmacêuticas na SMS Resende são estruturadas pelo Ciclo da Assistência Farmacêutica. Este abrange as atividades de Seleção, Programação, Aquisição, Armazenamento, Distribuição e Acompanhamento da Utilização de Medicamentos.

O Uso Racional de Medicamentos ocorre quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (MARIN, 2003).

A Assistência Farmacêutica têm como propósitos:

1. *A garantia do acesso da população aos medicamentos dos programas oferecidos pelo Ministério da Saúde – MS e pela Secretaria Municipal de Saúde de Resende;*
2. *Acompanhar e auxiliar o cumprimento das políticas nacionais de medicamentos e de assistência farmacêutica no município.*

Dividida em 29 Dispensários Municipais junto à Estratégia Saúde da Família, 1 (uma) Unidade Básica de Saúde, 2 (duas) Policlínicas Municipais, 3 (três) Dispensário de Medicamentos, 1 (uma) Farmácia de Alto Custo (anexa ao Dispensário Central), 1 (um) Atendimento de Farmácia Especializada e Demandas judiciais e 1 (uma) Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), a estrutura organizacional da Superintendência de Assistência Farmacêutica é utilizada para efetivar a distribuição e a dispensação dos medicamentos aos usuários do município. Essas Unidades constituem parte integrante na operacionalização do ciclo da Assistência Farmacêutica.

O Plano Municipal de Assistência Farmacêutica contempla as ações específicas de saúde nos programas atendidos pela Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Resende, através da Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF) e descreve as atividades e ações de cada programa da Assistência Farmacêutica, sendo

periodicamente reavaliado e reestruturado a fim de atingir os objetivos preconizados na Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Os programas de medicamentos gerenciados pela Assistência Farmacêutica são os seguintes:

3.2.6.1 Medicamentos Básicos

A Assistência Farmacêutica Básica tem seu incentivo estabelecido através da Portaria nº. GM/MS 1555, de 30/07/2013, com financiamento previsto pelas três instâncias gestoras do SUS, calculando-se os valores referentes a todos os municípios com base no valor *per capita*. Esta Portaria define o Elenco de Referência de medicamentos padronizados no Município de Resende e a Portaria GM/MS 2583, de 10/10/2007 os insumos complementares (portadores de Diabetes Mellitus) para a assistência farmacêutica na atenção básica em saúde.

No Município de Resende o Elenco de Medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica (REMUME) é atualizado anualmente ou quando necessário, sendo a última versão aprovada pela Superintendência de Assistência Farmacêutica. A partir de 2011 esta atualização será feita pela Comissão de Farmácia e Terapêutica.

As ações de Atenção Básica devem ser desenvolvidas pelo município como um componente essencial para a garantia de acesso a serviços de saúde qualificados, estabelecendo responsabilidades para as 3 (três) esferas de gestão (Federal/Estadual/Municipal) concernentes ao financiamento dos medicamentos aplicados nas ações estratégicas no nível de atenção básica, garantindo medicamentos para cobertura das patologias de importância no âmbito de atenção básica à saúde.

3.2.6.1.1 Medicamentos Básicos de Controle Estratégico

São medicamentos básicos para atendimento aos municípios em caráter emergencial, para atender a situações como enchentes e assentamentos. São disponibilizados com recurso estadual.

3.2.6.2 Saúde Mental

A aquisição de medicamentos para a saúde mental é regulamentada pela Portaria GM/MS nº. 1555, de 30/07/2013. A complementação da Farmácia Básica é feita com Recurso Municipal.

3.2.6.3 Saúde da Mulher

Os contraceptivos do Programa Saúde da Mulher são de responsabilidade do Ministério da Saúde (Componente Estratégico) e medicamentos para o tratamento da toxoplasmose congênita.

3.2.6.4 Atendimento a Unidades e Serviços de Saúde

A Central de Abastecimento Farmacêutico distribui medicamentos para atendimento a unidades, programas e serviços de saúde, conforme planejamento elaborado no âmbito da SAF - Resende.

3.2.6.5 Medicamentos Especializados

Estes programas são totalmente financiados, os medicamentos adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde, conforme a Portaria GM/MS 1554, de 30/07/2013.

3.2.6.6 Hanseníase e Tuberculose

Os medicamentos destes programas são entregues a CAF trimestralmente de acordo com a programação anual feita pelo Ministério da Saúde. A distribuição é feita com base nas solicitações dos mapas de consumo da Unidade de Saúde de Resende, onde funciona o Programa de Hanseníase e Tuberculose.

3.2.6.7 Endemias: Doença de Chagas, Esquistossomose, Influenza, Leishmaniose, Malária, Mieloma Múltiplo e Meningite

Os medicamentos destes programas são entregues a Central de Abastecimento Farmacêutico, conforme solicitação feita pelo Serviço de Assistência Farmacêutica do município a SAFIE/RJ para liberação do Insumo Estratégico. A Central de Abastecimento Farmacêutico analisa os pedidos, envia os medicamentos ao setor de atendimento da Farmácia Especializada que realiza o atendimento aos seus munícipes.

3.2.6.8 IST/DST/AIDS - Anti-retrovirais

De acordo com a Pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, o Ministério da Saúde através do Programa Nacional de IST/DST/AIDS seleciona e compra os medicamentos anti-retrovirais (ARVs) e os distribui aos estados. Em Resende, a CAF é responsável pelo recebimento desses medicamentos enviados pelo Almoxarifado Central de Medicamentos/MS e/ou diretamente pelos laboratórios produtores e os redistribui à Unidade Dispensadora de Medicamentos anti-retrovirais – UDMs (US Resende). Além disso, gerencia os estoques locais e acompanha o consumo e o histórico terapêutico dos pacientes. A Central de Abastecimento Farmacêutica cadastra os pacientes em uso de medicamento anti-retroviral e assim pode acompanhar o tratamento do paciente quanto ao recebimento do medicamento, atendendo às recomendações do PN-DST/AIDS, evitando inclusive a duplicidade de cadastro.

3.2.6.9 Programas Especiais de Medicamentos

O município gerencia ainda os seguintes programas especiais:

- ❖ **Programa Resende sem Dor** - Desenvolvido e financiado pela SMS Resende, tem como finalidade principal permitir que os pacientes tenham acesso aos medicamentos que necessitam para o tratamento da dor crônica. O programa prevê, em linhas gerais, os seguintes pré-requisitos: estabelecimento de critérios para acesso e aspectos logísticos para sua execução, seleção, aquisição e distribuição de medicamentos pela Central de Abastecimento Farmacêutico; dispensação aos pacientes cadastrados no Dispensário Central com realização dos controles legais pertinentes; divulgação e gerenciamento da informação. A distribuição dos medicamentos é mensal ao Dispensário, que os repassam aos munícipes cadastrados no município.
- ❖ **Profilaxia/Tratamento de Infecções Oportunistas e Violência Sexual** - A Superintendência da Assistência Farmacêutica é responsável pela programação, aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição dos medicamentos para profilaxia e tratamento de Infecções Oportunistas dos pacientes assistidos por este programa conforme Pactuação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Este programa tem financiamento estadual. A distribuição ao Programa de Saúde é mensal, de acordo com as solicitações feitas no relatório de consumo.
- ❖ **Atendimento aos Pacientes Diabéticos** - Atualmente o programa para tratamento de pacientes diabéticos conta com a distribuição sistemática e descentralizada das seguintes insulinas: Insulina NPH Humana 100 UI e Insulina Regular Humana 100 UI, medicamentos adquiridos pelo MS e enviados ao município através da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, com base em uma programação anual. Ambas são distribuídas trimestralmente pela Secretaria Estadual de Saúde.
- ❖ **Programa Tabagismo** - Programa instituído pelo Ministério da Saúde, os medicamentos são enviados com base no planejamento dos grupos formados e por um período determinado.
- ❖ **Programa de Medicamentos Excepcionais** - O Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional foi instituído pelo Ministério da Saúde oficialmente em 1982, sendo originariamente financiado pelo mesmo. Este grupo de medicamentos padronizados pelo Ministério da Saúde tem geralmente elevado valor

unitário ou exige cronicidade do tratamento, tornando-se excessivamente caros, sendo a sua dispensação realizada a nível ambulatorial. Atualmente este programa é co-financiado pelos Estados. Os valores de ressarcimento de cada procedimento são definidos pelo Ministério da Saúde para o grupo de Medicamentos Excepcionais e estão estabelecidos em Portaria.



3.2.7 Atenção à Saúde Bucal

A organização da Saúde Bucal no município de Resende está alinhada e estruturada nas políticas públicas de saúde bucal do Ministério da Saúde com ênfase no Programa Brasil Sorridente, maior programa público de saúde bucal do mundo.

A Saúde Bucal do município de Resende constitui uma das dez superintendências da Secretaria Municipal de saúde, estando subordinada diretamente ao secretário.

Os Recursos Humanos (RH) apresentam um efetivo de pessoal composto de:

- ❖ 82 (*Oitenta e dois*) *Cirurgiões dentistas;*
- ❖ 63 (*Sessenta e três*) *Auxiliares de Saúde Bucal;*
- ❖ 02 (*dois*) *Técnicos de Saúde Bucal concursados;*
- ❖ 05 (*cinco*) *Técnicos em Prótese Dentária.*

Estes Recursos Humanos são divididos em grupos denominados Equipes de Saúde Bucal (ESB), e dependendo da composição são classificados em:

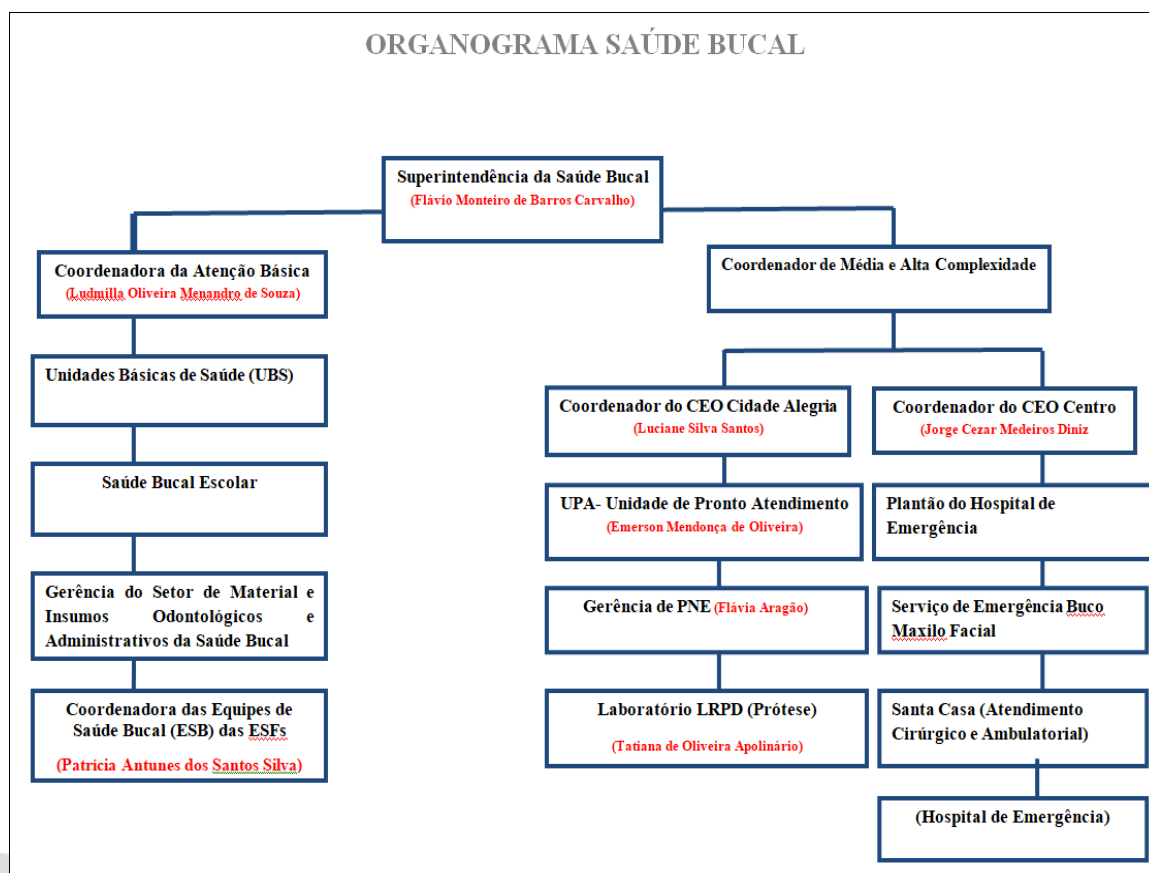
- ❖ *Modalidade I: Cirurgião-Dentista e Auxiliar em Saúde Bucal;*
- ❖ *Modalidade II: Cirurgião-Dentista e Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal;*
- ❖ *Modalidade III: ESB – Unidade Odontológica Móvel.*

Todas as Equipes de Saúde Bucal do município de Resende são da modalidade I.

As Equipes de Saúde Bucal são distribuídas nas Unidades Básicas e Especializadas do seguinte modo:

- ❖ *03 (três) Equipes de Saúde Bucal (ESB) de Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Estratégia de Saúde da Família (ESF);*
- ❖ *34 (trinta e quatro) Equipes de Saúde Bucal (ESB) de Unidade Básica de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF);*
- ❖ *02 (duas) Equipes de Saúde Bucal (ESB) dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO);*
- ❖ *(07) Equipes de Saúde Bucal (ESB) Escolar;*
- ❖ *01 (uma) Equipes de Saúde Bucal (ESB) para PNE (Associação Pestalozzi de Resende);*
- ❖ *01 (uma) Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Unidade de Pronto Atendimento (Urgência/Emergência – 12 horas);*
- ❖ *01 (uma) Equipes de Saúde Bucal (ESB) do Hospital de Emergência (Urgência/Emergência – 24 horas).*

3.2.7.1 Organograma da Superintendência de Saúde Bucal



3.2.7.2 Funcionamento

Assim como orienta a Política Nacional da Atenção Básica, com exceção dos atendimentos de urgência/emergência, o primeiro contato da população com atendimento odontológico é através das equipes de Saúde Bucal (ESB) das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As Equipes de saúde bucal (ESB) das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm sob sua responsabilidade um determinado território e população com um número de famílias que são cadastradas (adstritas), examinadas e devidamente tratadas.

Estas Equipes de Saúde Bucal também têm a atribuição de realizar o atendimento de urgência/emergência de todas as famílias de seu universo de atuação durante o horário de funcionamento da unidade. Nos demais horários deverão procurar as Unidades de exclusivo atendimento emergencial (Hospital de Emergência/ UPA).

Os profissionais da saúde bucal (ESB) das Unidades Básicas de Saúde (UBS) sem Estratégia de Saúde da Família (ESF) dão assistência odontológica à população dos

bairros próximos à unidade, desde que tais bairros não tenham UBS com Estratégia Saúde da Família.

Portanto, os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente.

Em caso de necessidade de tratamento especializado cabe às Equipes de Saúde Bucal referenciar o paciente aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO Centro e CEO Cidade Alegria), que após conclusão do tratamento fará a contra-referência à Unidade Básica para dar continuidade.

Os Centros de especialidades Odontológicas estão preparados para oferecer à população, no mínimo, as seguintes especialidades:

- ❖ *Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca.*
- ❖ *Periodontia especializada*
- ❖ *Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros*
- ❖ *Endodontia*
- ❖ *Atendimento a portadores de necessidades especiais*
- ❖ *Ortodontia e implantodontia*
- ❖ *Dentística*
- ❖ *Laboratório de Prótese Dentária*

Assim sendo, o tratamento realizado nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção primária, ou seja, no caso de unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família, pelas Equipes de Saúde Bucal.

3.2.7.3 Funcionamento pós-Covid-19

A rotina dos atendimentos foi duramente afetada pela pandemia do COVID-19. Devido à odontologia ter um alto risco de contaminação e disseminação do vírus, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através de um protocolo rígido restringiu os atendimentos durante a pandemia. Conforme Nota técnica nº4 de março de 2020, da ANVISA, só foi permitidos atendimentos de urgência /emergência odontológica. Os atendimentos eletivos só puderam ser retornados no final do segundo semestre de 2020, seguindo os protocolos de segurança da ANVISA para profissionais de saúde e pacientes. Importante salientar que os protocolos determinam intervalos prolongados entre as consultas para a devida descontaminação dos consultórios, o que ocasionou a diminuição do número de atendimentos realizados em todas as unidades de saúde bucal. Apesar das dificuldades impostas pela pandemia ressaltamos que nunca deixamos de oferecer o atendimento de

urgência/ emergência odontológica em todas as Unidades de saúde bucal da Atenção Primária e Atenções Especializadas de alta e média complexidade. Informamos também que devido o fechamento das escolas pela Secretaria Municipal de Educação, ficaram interrompidos os atendimentos odontológicos nas escolas municipais.

3.2.7.4 Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (novos investimentos 2022)

- ❖ *Construção de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) na região grande Paraíso;*
- ❖ *Aquisição de um veículo para Saúde Bucal, com o objetivo de uso no atendimento odontológico domiciliar e entrega de material de consumo as Unidades;*
- ❖ *Aquisição de equipo odontológico portátil;*
- ❖ *Aquisição de computadores;*
- ❖ *Aquisição de Aparelhos de ares condicionados;*
- ❖ *Reforma dos consultórios odontológicos das Escolas conforme protocolo do COVID-19;*
- ❖ *Reforma e adequação das Unidades odontológicas das ESFs que apresentam mais de uma equipe conforme protocolo do COVID-19.*

3.2.7.5 Programas, Projetos e Levantamentos

3.2.7.5.1 PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE

O Ministério da Saúde Reorganizou a Atenção Básica em Saúde Bucal, principalmente pela implantação da Estratégia Saúde da Família.

Ampliação e qualificação da Atenção Especializada através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. Em Resende é o principal programa da saúde bucal na atenção básica, através das Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF).

3.2.7.5.2 SAÚDE ESCOLAR

Programa de prevenção da cárie dentária realizada nas escolas.

3.2.7.5.3 PROGRAMA DE ORTODONTIA /ORTOPEDIA E IMPLANTE NO SUS

O Ministério da Saúde passou a financiar por meio da Portaria Ministerial Nº 718/SAS de 20/12/2010, novos procedimentos da tabela do SUS: aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado (incluindo a prótese sobre o implante). Os tratamentos poderão ser realizados nos Centros de Especialidades

Odontológicas (CEO) - Brasil Sorridente. O Programa de realização de implantes dentários para reabilitação funcional e estética de pacientes.

3.2.7.5.4 PLANO VIVER SEM LIMITES

Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite, lançado pelo Governo Federal, funciona no município com atendimento, na Média Complexidade, nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), por meio da Adesão à Rede de cuidados às pessoas com deficiências e Alta Complexidade, com atendimento hospitalar.

3.2.7.5.5 PROGRAMA DENTISTA EM DOMICÍLIO

Atendimentos à pacientes impossibilitados de se locomover, com realização em domicílio de restaurações, pequenas cirurgias (exodontias) e confecção de próteses dentárias.

3.2.7.5.6 VIGIÁGUA

Programa de monitoramento do índice de flúor nas águas de abastecimento público do município.

3.2.7.5.7 LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Realização de levantamento do CPOD uma vez ao ano.

3.3 Redes de Atenção à Saúde

Atualmente, já foram instituídas pelo Ministério da Saúde as seguintes Redes de Atenção à Saúde:

- ❖ **Rede Cegonha** (Portaria GM/MS nº. 1459, de 24/06/2011);
- ❖ **Rede de Atenção às Urgências** (Portaria GM/MS nº. 1600, de 07/07/2011);
- ❖ **Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas** (Portaria GM/MS nº. 3088, de 23/12/2011);
- ❖ **Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência** (Portaria GM/MS nº. 793, de 24/04/2012); e
- ❖ **Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas** (Portaria GM/MS nº. 252, de 20/02/2013).



3.3.1 Rede Cegonha

A Rede Cegonha foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

São princípios da Rede Cegonha:

- I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;*
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;*
- III - a promoção da equidade;*
- IV - o enfoque de gênero;*
- V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;*
- VI - a participação e a mobilização social; e*
- VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.*

São objetivos da Rede Cegonha:

- I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;*
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e*
- III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.*

A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30/12/2010, a partir das seguintes diretrizes (artigo 4º da Portaria 1459/2011):

- I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;*
- II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;*
- III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;*

IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e

V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

A atenção à saúde materna e infantil em Resende é prestada em um conjunto de serviços de saúde da Rede Municipal de Saúde, o que inclui Unidades Básicas de Saúde (UBS), Serviços Especializados, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e Unidades Hospitalares, conforme descrito no Plano Municipal da Rede Cegonha, de novembro de 2011.

Conforme preconizado pela Portaria 1459/2011, a Região do Médio Paraíba elaborou Plano de Ação Regional da Rede Cegonha, aprovado no âmbito da Comissão Intergestores Regional pela Deliberação CIR/MP nº 27, de 16/08/2012, e no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite pela Deliberação CIB/RJ nº. 2046, de 08/11/2012.

Posteriormente, o referido Plano de Ação Regional da Rede Cegonha foi submetido a processo de revisão e atualização pelos integrantes do Grupo Condutor Regional, sendo aprovado nas instâncias regional e estadual, por meio das Deliberações CIR/MP 17, de 28/06/2019 e CIB/RJ 5.887, de 11/07/2019, respectivamente, confirmando-se para o município de Resende o papel de Pólo de Alto Risco Materno Infantil para os municípios de Itatiaia e Porto Real, além do próprio município de Resende.

No documento referido, foram constituídos Pólos de Atenção Materno-Infantil, organizados segundo a existência de capacidade instalada – maternidade e leitos de cuidados intensivos adulto e neonatal. Na gestação de alto risco, o município de Resende constitui-se como Pólo de Atenção Materno-Infantil, tendo os municípios de Itatiaia, Porto Real como municípios adscritos, de acordo com a versão atual do Plano de Ação Regional.

Na implantação da Rede Cegonha encontrava-se previsto o aporte de recursos da União, por meio do Ministério da Saúde, para investimento e custeio dos componentes PRÉ-NATAL e PARTO E NASCIMENTO. Deste último componente, a maior parte dos recursos seria direcionada à Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Resende (APMIR), Hospital Filantrópico conveniado ao SUS por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Resende. Entretanto, as propostas de investimento apresentadas pela APMIR não tiveram prosseguimento, em razão do não atendimento às diligências nos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Em relação aos recursos financeiros de custeio alocados pelo Ministério da Saúde, os mesmos já estão sendo repassados ao referido hospital, conforme analisado no *item 3.2.4.2.1 Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Resende (APMIR)*, do presente documento.

3.3.2 Rede de Atenção às Urgências (RAU)

A Rede de Atenção às Urgências foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde pela Portaria GM/MS nº. nº. 1600, de 07/07/2011, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências.

A Rede de Atenção às Urgências tem como diretrizes:

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;

II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;

IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;

VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;

XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e

XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

No município de Resende, os serviços de atenção às urgências estão estruturados principalmente junto aos seguintes estabelecimentos e unidades hospitalares:

Relação dos serviços e unidades de atenção à urgência/emergência

CNES	ÓRGÃO/UNIDADE	ENDEREÇO	CARACTERÍSTICAS/SERVIÇOS
2288907	APMIR	AVENIDA GUSTAVO JARDIM 314 CENTRO - CEP-27511360 TELEFONE (24) 3355 4821	HOSPITAL ESPECIALIZADO (MATERNIDADE) PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO ATENDIMENTO CONTÍNUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTÃO: INCLUI SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS) PARTO EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO
2288893	HOSPITAL DE EMERGENCIA HENRIQUE SERGIO GREGORI	AVENIDA MARCILIO DIAS 800 JARDIM JALISCO - CEP-27510080 TELEFONE (24) 3381 2053	HOSPITAL GERAL ATENDIMENTO CONTÍNUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTÃO: INCLUI SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS) PLANTÃO MÉDICO NAS ESPECIALIDADES CIRÚRGICA, CLÍNICA, PEDIÁTRICA E ORTOPÉDICA. PRONTO ATENDIMENTO e PRONTO SOCORRO GERAL
7035144	PRONTO ATENDIMENTO DO PARAISO VEREADOR PACHECO	RUA SÃO JUDAS TADEU S/N - PARAÍSO - CEP 27535170 TELEFONE: (24) 3360-9571	PRONTO ATENDIMENTO ATENDIMENTO MÉDICO CONTÍNUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTÃO: INCLUI SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
6870066	UPA 24 HS RESENDE	AVENIDA ADAUTO EMILIANO SOARES S/N COMERCIAL NOVA RESENDE - CEP-27521750 TELEFONE (24) 3383 0535	PRONTO ATENDIMENTO ATENDIMENTO CONTÍNUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTÃO: INCLUI SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
7241763	SAMU Resende – Unidade de Suporte Avançado (USA) Cadastro no SCNES em 14/05/2013	Rua São Judas Tadeu, s/nº - PARAÍSO – CEP 27535170 TELEFONE: 192	Unidade Móvel Terrestre com UTI e equipe especializada, destinada ao atendimento de usuários em situação de urgências e emergências clínicas ou cirúrgicas, sob a regulação da Central de Regulação de Urgências do Médio Paraíba.
7241739	SAMU Resende – Unidade de Suporte Básico (USB) Cadastro no SCNES em 14/05/2013	Rua São Judas Tadeu, s/nº - PARAÍSO – CEP 27535170 TELEFONE: 192	Unidade Móvel Terrestre básica destinada ao atendimento de usuários em situação de urgências e emergências clínicas ou cirúrgicas, sob a regulação da Central de Regulação de Urgências do Médio Paraíba.

0556426	Base Descentralizada do SAMU-192 em Engenheiro Passos Início da operação em junho de 2020.	Avenida das Camélias, s/nº. – Engenheiro Passos – CEP 27555970 – Resende/RJ.	Unidade Móvel Terrestre básica destinada ao atendimento de usuários em situação de urgências e emergências clínicas ou cirúrgicas, sob a regulação da Central de Regulação de Urgências do Médio Paraíba.
---------	---	--	---

Conforme preconizado pela Portaria 1600/2011, a Região do Médio Paraíba elaborou Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, aprovado no âmbito da Comissão Intergestores Regional pela Deliberação CIR/MP nº 20, de 31/07/2013, e no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite pela Deliberação CIB/RJ nº. 2410, de 12/09/2013. A construção do Plano de Ação Regional foi marcada durante todas as etapas por intensa participação dos gestores e técnicos dos municípios da Região do Médio Paraíba, além dos membros coordenadores da Comissão Intergestores Regional (CIR).

Conforme analisado no item **3.2.4.2.2 Hospital Municipal de Emergência Henrique Sérgio Gregori**, já se encontram alocados no Fundo Municipal de Saúde recursos financeiros anuais de custeio equivalentes a R\$ 1.833.242,88, referentes à qualificação de leitos de UTI do Hospital Municipal de Emergência e custeio da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência, em conformidade com a Portaria GM/MS 1609/2015.

Os procedimentos referentes às consultas e atendimentos realizados pelo conjunto desses serviços exprime a garantia do acesso representada pela Porta de Entrada dos serviços de atenção às urgências e emergências em Resende, no período 2019-2020, conforme produção registrada no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), abaixo apresentada:

Atendimentos de urgência, por procedimento, 2019-2020

Procedimentos da Rede de Atenção às Urgências	2019	2020
0301030065 ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR MOVEL DE SALVAMENTO E RESGATE	0	1
0301030090 SAMU 192: ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL REALIZADO PELA EQUIPE DA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO DE V	2.432	2.816
0301030103 SAMU 192: ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MOVEL REALIZADO PELA EQUIPE DE SUPORTE BASICO DE VIDA TERRESTRE	1.709	1.871
0301030170 SAMU 192: TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PELA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA TERRESTRE (USA)	430	371
0301030189 SAMU 192: TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PELA UNIDADE DE SUPORTE BASICO DE VIDA TERRESTRE (USB)	73	61
0301060029 ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA	5.823	4.868
0301060037 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO BÁSICA	408	65
0301060045 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO BÁSICA COM OBSERVAÇÃO ATÉ 8 HORAS	0	0
0301060053 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO BÁSICA COM REMOÇÃO	0	0
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	99.884	72.431
0301060096 ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	110.795	85.116
0301060100 ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA	524	343
0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	131.991	103.186
Total	354.069	271.129

Fonte: SIA/SUS

3.3.3 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria GM/MS nº. 3088, de 23/12/2011, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

São diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;*
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;*
- III - combate a estigmas e preconceitos;*
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;*
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;*
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;*
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;*
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;*
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;*
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;*
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e*
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.*

São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;*
- II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e*
- III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.*

A estrutura e o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde Mental em Resende encontram-se descritos no item **3.2.5 Programa de Saúde Mental de Resende**, do presente documento.

3.3.4 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD)

A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência foi instituída pela Portaria GM/MS nº. 793, de 24/04/2012, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

São objetivos gerais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

- I - ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS;*
- II - promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e*
- III - garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.*

No âmbito da Região do Médio Paraíba, as discussões e análises visando à operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ainda não foram definitivamente concluídas, uma vez que o Plano de Ação Regional da RCPD encontra-se pendenciado pelo Ministério da Saúde, conforme Ofício da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (Ofício nº. DAPES/SAS/MS 672, de 24/11/2015), enviado à Secretaria de Estado da Saúde, de modo a concluir a execução das fases previstas na Portaria GM/MS 793/2012:

- I - diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;*
- II - adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;*
- III - contratualização dos Pontos de Atenção;*
- IV - implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;*

Concomitantemente ao pendenciamento do Plano de Ação Regional da RCPD, o qual já havia sido aprovado no âmbito da CIR/MP (Deliberação CIR/MP nº. 63, de 26/11/2014) e CIB/RJ (Deliberação CIB/RJ nº. 3.319, de 12/02/2015), os gestores e técnicos da Região do Médio Paraíba foram surpreendidos durante a realização da 6ª. Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Regional (CIR/MP), realizada em Resende em julho de 2016, ao serem informados que o Ministério da Saúde havia indicado para habilitação como Centro Especializado em Reabilitação (CER) dois serviços localizados nos municípios de Barra do Piraí (Associação Pestalozzi de Barra do Piraí) e Volta Redonda (Centro de Reabilitação Médica Tuffi Rafful).

Tal decisão do Ministério da Saúde, desarticulada do Plano de Ação Regional da RCPD, estaria atrelada à necessidade de qualificar serviços de reabilitação em todo o país devido à ocorrência de centenas de casos de microcefalia possivelmente relacionados à epidemia do *Zika Vírus*, transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti*, fato que já havia motivado a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), pela Portaria nº. GM/MS 1813, de 11/11/2015, e

Essa hipótese da motivação da decisão do Ministério da Saúde não chegou a ser confirmada mas, posteriormente, foram publicadas as respectivas portarias de habilitação dos serviços mencionados:

- ❖ **Portaria nº. GM/MS 1330, de 29/09/2016** – *Habilita a Associação Pestalozzi de Barra do Piraí (CNES 2287897), em Barra do Piraí, como Centro Especializado em Reabilitação (CER II), nas modalidades intelectual e física;*
- ❖ **Portaria nº. GM/MS 2353, de 26/12/2016** – *Habilita o Centro de Reabilitação Médica Tuffi Rafful (CNES 3471004), em Volta Redonda, como Centro Especializado em Reabilitação (CER III), nas modalidades física, intelectual e visual).*

Com isso, a Região passou a contar com dois serviços especializados em reabilitação, os quais foram indicados como referência regional para o conjunto de municípios, com acesso por meio do Sistema de Regulação SISREG, a partir de agosto de 2017.

O município de Resende, por meio do Serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), vem encaminhando ao CER III em Volta Redonda os usuários com indicação médica para reabilitação e ou utilização de órteses e próteses.

As cotas de atendimento para cada município da Região, segundo as modalidades de deficiência ofertadas no CER III de Volta Redonda – visual, física e intelectual, encontram-se descritas na última versão do referido Plano de Ação Regional datado de agosto de 2020.

No âmbito da Rede Municipal de Saúde, encontram-se implementadas inúmeras iniciativas, ações e serviços voltados ao atendimento da pessoa com deficiência, além de outras iniciativas intersetoriais identificadas no âmbito da educação e sociedade civil organizada:

- ❖ *Inserção do profissional Fisioterapeuta em todas as Equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF);*
- ❖ *Centro Municipal de Reabilitação e Hidroterapia (CMRH) voltado à reabilitação física, contando com profissionais da fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia;*

- ❖ *Centro Municipal de Atendimento Fonoaudiológico, realizando consultas individuais, terapias fonoaudiológicas e exames de audiometria, além de outras ações*
- ❖ *Centro Odontológico Municipal (CNES 2288613) e Centro de Especialidades Odontológicas Cidade Alegria (CNES 6923046), com adesão à RCPD pela Portaria GM/MS nº. 996, de 28/05/2013, para o atendimento qualificado à pessoa com deficiência;*
- ❖ *Procedimento hospitalar em centro cirúrgico realizado no Hospital Municipal de Emergência para pacientes com necessidades especiais encaminhados pelos Centros Especializados em Odontologia (CEO).*
- ❖ *Na Rede Cegonha, por meio da atenção ao Pré-natal, em ações de prevenção e identificação precoce de doenças congênitas, causadoras de deficiências.*
- ❖ *Ações preventivas, de detecção precoce e de acompanhamento realizadas no âmbito da Rede Cegonha: Teste do Pezinho, Teste do Olhinho, Teste da Orelhinha, e atenção na primeira infância, (Puericultura).*
- ❖ *No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Atenção Especializada destacam-se as seguintes ações: acolhimento, avaliação e diagnóstico do autismo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além do atendimento a familiares desses pacientes e atendimento a casos tardios de autismo (adultos);*
- ❖ *Atendimento em equoterapia para cerca de 50 pacientes autistas ou portadores de paralisia cerebral, ou demandas similares, na faixa etária de 3 anos ou mais.*
- ❖ *Outras iniciativas no âmbito da saúde: “O cidadão promovendo a inclusão no SUS”, projeto de autoria da Ouvidoria da Saúde, voltado para a qualificação do atendimento a deficientes auditivos, que garantiu capacitação em LIBRAS (Linguagem Brasileira de Sinais) no ano 2015 para funcionários e profissionais de saúde das Unidades de Saúde; a capacitação está sendo realizada novamente em 2017.*
- ❖ *Garantia do acesso ao Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade, em Barra Mansa, por meio do Serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD);*
- ❖ *Garantia do acesso à Alta Complexidade da Rede de Reabilitação Física (Deliberação CIB/RJ 1.273, de 15/04/2011) - Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), na cidade do Rio de Janeiro e Associação Fluminense de Reabilitação (AFR), em Niterói, por meio do Serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD). **Esta iniciativa será substituída gradualmente pelo atendimento nos Centros Especializados em Reabilitação habilitados na Região do Médio Paraíba;***
- ❖ *A referência para dispensação de OPM Auxiliares da Locomoção de média complexidade é no município de Volta Redonda, conforme definição da Programação Pactuada e Integrada (PPI), com garantia do acesso por meio do Serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD);*
- ❖ *No âmbito da **Educação**, destacam-se as seguintes iniciativas voltadas à Pessoa com Deficiência: a) Escola Municipal Bilíngue Rompendo o Silêncio, Escola Pública Municipal para surdos, com Ensino Fundamental e Educação Especial; b) Centro Educacional Municipal de Atendimento a Deficientes Visuais de Resende (CEDEVIR) – centro*

de referência na educação de alunos com deficiência visual em Resende. Conta com profissional Ortopista, realizando avaliação e triagem de escolares de toda a Rede Municipal de Ensino; c) Programa Gente Eficiente – Programa voltado para a realização de atividades de inclusão sócio-cultural e educativa. Realiza oficinas de teatro, dança, futsal, artesanato, música e oficina pedagógica. Atende a cerca de 280 crianças e adultos, em todas as deficiências. Oferece viagens e passeios. Promove inserção no mercado de trabalho, em parceria com a Peugeot, por meio de curso de formação profissional no Senai, com oferecimento de bolsa-estudo no valor de R\$ 480,00 e plano de saúde médico-odontológico;

- ❖ No âmbito da **sociedade civil**, o município de Resende conta com as seguintes associações: APADAR - Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Resende; APADEVIR - Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Visuais de Resende; AMAR - Associação de Mães dos Autistas de Resende; CVI - Centro de Vida Independente, de âmbito internacional; e Associação Pestalozzi de Resende, embora de forma desvinculada da Rede Municipal de Saúde, uma vez que não se encontra contratualizada junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), realizada atendimento de deficiência intelectual, paralisia cerebral e síndrome de down;

O município de Resende alterou em 2017 o pleito original apresentado no Plano de Ação Regional da RCPD para implantação de um Centro Especializado em Reabilitação (CER III), voltado ao atendimento nas modalidades física, intelectual e visual, optando pela indicação da Associação Pestalozzi de Resende (CNES 3017508) para futura habilitação junto à RCPD como um CER II, nas modalidades física e intelectual, com utilização dos recursos financeiros de investimento e custeio previstos na Portaria GM/MS nº. 835, de 25/04/2012.

As propostas atualizadas de habilitação e implementação de serviços da RCPD no município foram inseridas no escalonamento e priorização de pleitos estabelecida pela Deliberação CIB/RJ 5.633, de 06/12/2018, onde a Associação Pestalozzi de Resende (CNES 3017508) figura como prioridade 2 na Região do Médio Paraíba, logo após a proposta de reforma, custeio e equipamento da Oficina Ortopédica do CER III de Volta Redonda.

Centro Especializado em Reabilitação – CER II

<i>Associação Pestalozzi de Resende</i>				
<i>Descrição</i>	<i>Tipo</i>	<i>Modalidade</i>	<i>Qtde.</i>	<i>Valor</i>
Custeio mensal	CER III	Física e Intelectual	1	R\$ 140.000,00
Investimento	Veículo adaptado	-	1	R\$ 300.000,00

3.3.5 Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas

Segundo a Portaria GM/MS nº. 252, de 20/02/2013, que instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude, correspondendo a 72% das causas de morte em 2013 (SIM 2015).

As doenças crônicas são consideradas aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, apresentando, em geral, múltiplas causas, e seu tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que usualmente não leva à cura.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são resultado de diversos fatores, determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável.

Fatores de risco individuais para as DCNT



Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>

As quatro DCNT de maior impacto mundial são: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. E elas possuem quatro fatores de risco modificáveis em comum:

As DCNT e os fatores de risco em comum

DCNT	Fatores de risco			
	Tabagismo	Alimentação não saudável	Inatividade física	Uso nocivo de álcool
Doenças cardiovasculares	x	x	x	x
Câncer	x	x	x	x
Diabetes	x	x	x	x
Doenças respiratórias crônicas	x	x	x	x

Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-chronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-chronicas-nao-transmissiveis>

Causalidade das DCNT

Determinantes sociais	Fatores de risco intermediários	Desfechos
Fatores não modificáveis	→→→→	D. coronariana
Sexo	Hipertensão	D. cerebrovascular
Genética	Dislipidemia	D. vascular periférica
Idade	Sobrepeso	D. renal crônica
Fatores de risco modificáveis	Obesidade	DPOC/enfisema
Tabagismo	Intolerância à Glicose	Diabetes
Alimentação não saudável		Cânceres
Uso nocivo de álcool	→→→→	
Inatividade física		

Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-chronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-chronicas-nao-transmissiveis>

A finalidade da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é realizar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas tem por objetivo geral fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

São objetivos específicos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:

- I - ampliar o acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde;*
- II - promover o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde dos usuários com doenças crônicas, por meio do desenvolvimento de ações coordenadas pela atenção básica, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;*
- III - proporcionar acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno, garantindo a integralidade do cuidado, conforme necessidade de saúde do usuário;*
- IV - promover hábitos de vida saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, como ações de prevenção às doenças crônicas;*
- V - ampliar as ações para enfrentamento aos fatores de risco às doenças crônicas, tais como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool;*
- VI - atuar no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre sua doença e ampliar a sua capacidade de autocuidado e sua autonomia; e*
- VII - impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas.*

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é estruturada pelos seguintes componentes:

I - Atenção Básica: centro de comunicação da Rede, com papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado;

II - Atenção Especializada: conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência e emergência e ambulatoriais especializados e hospitalares, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno, com as seguintes subdivisões:

a) ambulatorial especializado: conjunto de serviços e ações eletivas de média e alta complexidade para continuidade do cuidado;

b) hospitalar: ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de pacientes agudos ou crônicos agudizados; e

c) urgência e emergência: conjunto de serviços e ações voltadas aos usuários que necessitam de cuidados imediatos nos diferentes pontos de atenção, inclusive de acolhimento aos pacientes que apresentam agudização das condições crônicas;

III - Sistemas de Apoio: sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, tais como patologia clínica e imagens, e de assistência farmacêutica; e

IV - Sistemas Logísticos: soluções em saúde, em geral relacionadas às tecnologias de informação, integradas pelos sistemas de identificação e de acompanhamento dos usuários, o registro eletrônico em saúde, os sistemas de transportes sanitários e os sistemas de informação em saúde.

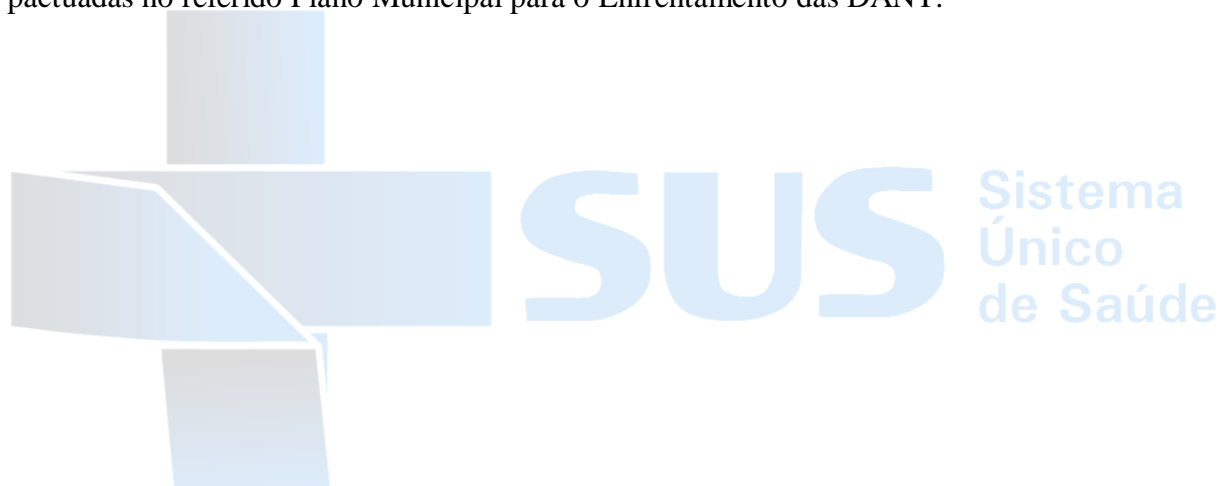
V - Regulação: componente de gestão para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da oferta e promover a equidade no acesso às ações e serviços de saúde, especialmente os de maior densidade tecnológica, além de auxiliar no monitoramento e avaliação dos pactos intergestores; e

VI - Governança: capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Salienta-se que o município de Resende elaborou para o quinquênio 2021-2025 o Plano Municipal de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças e Agravos não Transmissíveis – DANT.

Tendo por objetivo a implantação da Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis no município, o referido Plano evidencia o diagnóstico da situação de saúde referente às doenças crônicas e agravos (acidentes e violências) não transmissíveis, apresenta a capacidade instalada dos serviços de saúde disponíveis e aponta as estratégias a serem implementadas junto à Rede de Atenção à Saúde – RAS para o enfrentamento das DANT.

Na seção **3.2.3.1.1 – Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)** do presente PMS 2022-2025 se encontra uma descrição mais pormenorizada das metas e ações pactuadas no referido Plano Municipal para o Enfrentamento das DANT.



3.4 Fluxos de acesso

O acesso às ações e serviços de saúde se concretiza por meio das Portas de Entrada ao sistema de saúde tal como preconizado pelo Decreto 7508/2011, o qual estabelece que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço” (artigo 8º).

São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I – de atenção primária;

II – de atenção de urgência e emergência;

III – de atenção psicossocial; e

IV – especiais de acesso aberto.

Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada do SUS (artigo 10, Decreto 7508/2011).

A Porta de Entrada representada pela Atenção Básica concretiza-se, preferencialmente, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que apresenta cobertura populacional aproximada de 84% (oitenta e quatro por cento) da população residente, estimada de 132.312 habitantes (IBGE, 2020).

Além da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a Atenção Básica também se faz presente por meio do modelo tradicional nas seguintes Unidades Básicas de Saúde:

- ❖ *Centro de Saúde Grande Alegria;*
- ❖ *Posto de Saúde do Manejo;*

As informações relativas à saúde suplementar apontam uma cobertura média de 36% de beneficiários com assistência médica por planos privados de assistência à saúde no período entre junho de 2016 e junho de 2020, como evidenciado na tabela abaixo:

Beneficiários com cobertura de assistência médica na saúde suplementar, Resende 2016-2020

<i>Competência</i>	<i>Assistência Médica</i>	<i>população estimada</i>	<i>percentual de cobertura</i>
<i>jun/20</i>	<i>44.541</i>	<i>132.312</i>	<i>33,7%</i>
<i>jun/19</i>	<i>47.338</i>	<i>131.341</i>	<i>36,0%</i>
<i>jun/18</i>	<i>49.892</i>	<i>130.334</i>	<i>38,3%</i>
<i>jun/17</i>	<i>49.414</i>	<i>126.923</i>	<i>38,9%</i>
<i>jun/16</i>	<i>43.906</i>	<i>126.084</i>	<i>34,8%</i>

Fonte: ANS Tabnet, consulta em 21/11/2021

O acesso aos serviços eletivos de atenção hospitalar e ambulatoriais especializados concretiza-se por meio dos fluxos de referência estabelecidos a partir da Atenção Básica, tendo o SISREG – Sistema Nacional de Regulação como ferramenta fundamental para a organização desse fluxo.

A partir de setembro de 2020, a Secretaria Municipal de Resende iniciou a implantação de um novo sistema de regulação, Sistema de Regulação Municipal, o qual substituirá progressivamente o SISREG, contemplando a adoção de módulo de regulação de leitos hospitalares, além de outras funcionalidades não presentes no Sistema SISREG, tais como Linha de Cuidados; envio de mensagem pelo aplicativo *whatsApp*, além de outras.

O SISREG teve sua implantação iniciada em junho de 2011 e representou uma importante iniciativa na organização e qualificação do acesso à rede especializada no âmbito do SUS no município de Resende, há muito reclamada pelo sistema de saúde e pelos usuários do SUS em Resende.

Atualmente, o SISREG está implantado em todas as Unidades Básicas e Especializadas de Saúde da Rede Municipal, atuando na organização do acesso, controle, execução e acompanhamento das agendas médicas especializadas.

A Porta de Entrada aos serviços de atenção de urgência e emergência em Resende, conforme descrito no **item 3.3.2 Rede de Atenção às Urgências (RAU)** do presente documento, conta com os principais componentes dessa Rede, a saber:

- ❖ **Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h**, implantada em outubro de 2011 como um importante marco de ampliação do acesso à Rede de Urgência. Pronto Atendimento ambulatorial; Clínica Médica, Pediatria e Odontologia; atendimento contínuo 24 horas/dia;
- ❖ **Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Resende** – Hospital Maternidade com pronto-socorro especializado (obstetrícia); atendimento contínuo 24 horas/dia;
- ❖ **Hospital Municipal de Emergência H. S. Gregori** – Porta de Entrada Hospitalar de Urgência como Hospital geral, pronto-socorro especializado; plantão médico nas especialidades cirurgia geral, clínica médica, pediatria, ortopedia/traumatologia; atendimento contínuo 24 horas/dia;
- ❖ **Pronto Atendimento do Paraíso Vereador Joel Pacheco** – Pronto atendimento ambulatorial em clínica médica; atendimento contínuo 24 horas/dia;
- ❖ **Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU 192)**, com Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB), com operação sob a regulação da Central de Regulação de Urgências do Médio Paraíba. Em junho de 2020 teve início a operação da Base Descentralizada de Engenheiro Passos (CNES 0556426), cuja proposta de custeio pelo Ministério da Saúde ainda se encontra em tramitação no Sistema SAIPS, com a Proposta nº. 147352.

As Portas de Entrada representada pelos serviços de atenção psicossocial encontram-se descritos no item 3.2.5 – **Programa de Saúde Mental de Resende**, sendo os principais na configuração do acesso à Rede de Atenção à Saúde em Resende os seguintes:

- ❖ *Centro de Atenção Psicossocial Núcleo de Atenção Casa Aberta (CAPS II);*
- ❖ *Centro de Atenção Psicossocial CAPS ad Resende (CAPS álcool e drogas);*
- ❖ *Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i).*

Na organização do fluxo de acesso às ações e serviços de saúde tem papel fundamental o **Serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD)**, da Secretaria Municipal de Saúde, ao participar da organização e regulação do acesso a serviços de saúde no âmbito da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A atuação do TFD está presente na garantia do acesso aos seguintes serviços de referência situados em municípios da Região do Médio Paraíba e no Estado do Rio de Janeiro, além de outros situados no Estado de São Paulo:

Serviços de saúde pactuados ou não pela PPI com acesso pelo TFD – Resende 2020		
Município	UF	Serviços de Saúde
Barra Mansa	RJ	Serviço de Alta Complexidade em Saúde Auditiva/Reabilitação Auditiva e Dispensação de OPM Auditiva
Barra Mansa	RJ	Serviço de Alta Complexidade em Atenção Cardiovascular/Cardiologia Endovascular; Cardiologia Intervencionista; Cirurgia Cardiovascular; Cirurgia Vascular
Barra Mansa	RJ	Serviço de Alta Complexidade em Oncologia/Radioterapia e Quimioterapia; Cirurgia Oncológica.
Rio de Janeiro	RJ	Tratamentos odontológicos e Cirurgia oro-facial.
Niterói	RJ	Diagnóstico e Cirurgia do aparelho da visão (Alta Complexidade)
Niterói	RJ	Dispensação de órteses/próteses; Reabilitação Visual e prótese.
Rio de Janeiro	RJ	Dispensação de órteses/próteses
Volta Redonda	RJ	Dispensação de órteses/próteses
Paraíba do Sul	RJ	Ortopedia e Traumatologia de Alta Complexidade
Rio de Janeiro	RJ	Ortopedia e Traumatologia de Alta Complexidade
Petrópolis	RJ	Neurocirurgia de Alta Complexidade
Rio de Janeiro	RJ	Neurocirurgia de Alta Complexidade
Piraí	RJ	Diagnóstico e Cirurgia do aparelho da visão;
Rio de Janeiro	RJ	Tratamento em várias especialidades e cirurgias alta complexidade: Oncologia, Oftalmologia, Genética, Gastropediatria, Cirurgia Cardíaca Infantil, Neurocirurgia, Alergologia Pediátrica, Cirurgia Bariátrica, Exames Especializados em Gastroenterologia e Pneumologia, Transplante adulto e pediátrico; dentre outros.
São Paulo	SP	Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante; transplante renal adulto; acompanhamento e intercorrências pós-transplante; medicamentos excepcionais
Sorocaba	SP	Transplante de órgãos, tecidos e células (oftalmologia);

		Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante.
Volta Redonda	RJ	Serviço de Alta Complexidade em Oncologia/Radioterapia e Quimioterapia; Cirurgia Oncológica. Cardiologia Intervencionista.
Volta Redonda	RJ	Dispensação de OPM/Bolsas para Ostomizados
Volta Redonda	RJ	Diagnóstico em Medicina Nuclear (Cintilografias)
Rio de Janeiro	RJ	Diagnóstico em Medicina Nuclear (Cintilografias)
Volta Redonda	RJ	Centro Especializado em Reabilitação CER III

Fonte: Serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD); SIA/SUS; SISPPI.

No que diz respeito às referências para Serviço de Alta Complexidade em Atenção Cardiovascular – Cirurgia Cardiovascular e Cardiologia Intervencionista, atualmente estabelecida no município de Barra Mansa, encontra-se em trâmite o Processo Administrativo nº. 28817/2014, com solicitação para habilitação de *Serviço de Alta Complexidade em Atenção Cardiovascular – Cirurgia Cardiovascular e Cardiologia Intervencionista* junto ao Hospital SAMER (CNES 2299216).

Tal solicitação já se encontra aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde por meio da Deliberação nº. CMS 2, de 27/06/2016, e também no âmbito da Comissão Intergestores Regional (CIR/MP) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RJ).

Segundo o Decreto 7508/2011, a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

3.5 Financiamento do sistema de saúde

A presente análise, elaborada pela Superintendência de Controle e Avaliação da SMS Resende, tem por base os dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS relativos ao período 2016 a 2020, contemplando cinco anos da série histórica dos indicadores disponíveis.

O município de Resende vem apresentando receitas nominais crescentes de impostos e transferências constitucionais legais ao longo dos últimos cinco anos, à exceção do ano 2017, onde observou-se uma **retração de 7% em comparação ao ano anterior**, conforme quadro demonstrativo abaixo representado.

A **Receita de Impostos Líquida e Transferências Constitucionais**, de acordo com dados do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO), alcançou em 2020 o montante de R\$ 388.937.669,21, apresentando um **crescimento** da ordem de **9%** em relação a 2019, quando esse número alcançou R\$ 357 milhões, um acréscimo de R\$ 31,9 milhões.

A análise dos componentes da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais (RILTCL) revela que os **Impostos Municipais (IPTU, ITBI, ISS e IRRF na Fonte)** responderam por 31,7% do total, o equivalente a R\$ R\$ 123,1 milhões, com crescimento de R\$ 5,5 milhões em relação a 2019; e as **Transferências Constitucionais e Legais (Cota-parte FPM, Cota-parte ITR, Cota-parte IPVA, Cota-parte ICMS, Cota-parte IPI, dentre outros)**, corresponderam a 68,3% do total da RILTCL, o equivalente a R\$ 265,7 milhões, com aumento de R\$ 26,3 milhões em relação a 2019.

O Imposto Municipal mais representativo é o **Imposto sobre Serviços (ISS)**, o qual, juntamente com as multas e juros de mora desse imposto, respondeu em 2020 por 53,5% do total dos Impostos Municipais, o equivalente a R\$ 65,8 milhões.

Dentre as Transferências Constitucionais e Legais, a **Cota-parte do ICMS** é a mais representativa, respondendo por 74,7% do total das Transferências, o equivalente a R\$ 198,4 milhões.

A **Despesa Total em Saúde (DTS)** cresce em ritmo superior às Receitas de Impostos e apresenta um **aumento** de 13,5% em relação a 2019, variando de R\$ 202.166.840,30 em 2019 para R\$ 229.480.533,80 em 2020, um **acrécimo** de cerca de R\$ 27 milhões, confirmando uma tendência de crescimento em todo o período examinado.

Evolução das receitas com impostos e da despesa total com saúde - Resende – 2012 a 2016

Ano	População	Receita de Impostos e Transferências Constitucionais	e Despesa Total com Saúde
2.016	126.084	318.685.240,68	134.239.173,35
2.017	126.923	296.327.563,20	150.196.147,55
2.018	130.334	313.799.283,21	167.530.208,38
2.019	131.341	357.040.304,25	202.166.840,30
2.020	131.341	388.937.669,21	229.480.533,80

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS

Evolução da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e da Despesa Total com Saúde - Resende – 2016 a 2020



A análise das *Receitas de Transferências para o SUS* no período 2016-2020 revela um crescimento nominal (sem a correção inflacionária) de 122% entre 2016 e 2020, quando salta de R\$ 49,2 milhões para R\$ 109,4 milhões em 2020, com participação crescente desse item em todo o período, chamando a atenção, entretanto, o crescimento extraordinário observado de 2019 para 2020, quando as transferências se elevam 61,8%, saltando de R\$ 67,6 milhões para R\$ 109,4 milhões, o que se explica, provavelmente, pelo surgimento da *Pandemia da Covid-19*, que ocasionou um aumento vultoso dos recursos transferidos destinados ao enfrentamento da doença infecciosa.

Ressalta-se que o Estado vem ampliando sua participação percentual no total de recursos das Receitas de Transferências para o SUS, saltando de 3% em 2016, para 26,4% em 2019 e 21,5% em 2020. A União, por sua vez, reduziu sua participação percentual no volume de recursos transferidos de 97% em 2016 para 78,5% em 2020.

Em relação às Despesas com Recursos Próprios, as mesmas apresentam um crescimento nominal da ordem de 34% no período 2016-2020, comparativamente com a

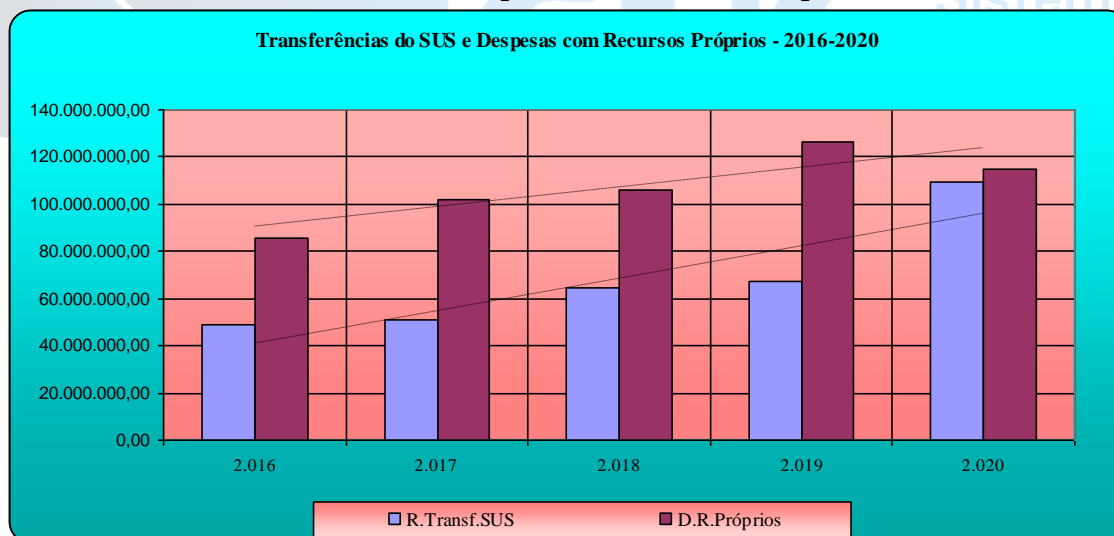
Receita Líquida de Impostos e Transferências Constitucionais (RILTC), que cresce 22% no mesmo período. As Despesas com Recursos Próprios saltam de R\$ 85,4 milhões em 2016 para R\$ 114,8 milhões em 2020, demonstrando um grande esforço dos recursos financeiros do tesouro municipal voltado à saúde no período analisado, ressaltando-se, no entanto, uma **retração de 9%** em 2020 em relação a 2019, quando se reduz R\$ 11,3 milhões, certamente um reflexo do aumento das Receitas de Transferências para o SUS, conseqüente à Pandemia da Covid-19.

Evolução das Transferências SUS e das Despesas com recursos próprios – 2016 a 2020

Ano	Receitas com Transf. SUS	Despesas c/ Recursos Próprios
2.016	49.211.224,94	85.455.566,49
2.017	51.267.777,53	101.609.171,62
2.018	64.425.308,31	106.237.830,11
2.019	67.617.223,83	126.162.636,54
2.020	109.411.055,17	114.847.907,17

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS

Transferências do SUS e Despesas com Recursos Próprios 2016-2020



A **Participação Percentual das Transferências do SUS** na Despesa Total em Saúde (DTS) vem apresentando uma **significativa redução** ao longo dos últimos anos. Para se ter uma idéia, essa participação alcançou 50% nos anos 2003 e 2004. Oito anos depois, em 2013, alcançou 40,8%, uma redução de quase 10 pontos percentuais. No período 2016-2019, a participação média das transferências do SUS situou-se em 35,8%, elevando-se extraordinariamente em 2020 - conforme já analisado anteriormente, devido à Pandemia da Covid-19 -, para um patamar de 47,68% da Despesa Total em Saúde (DTS).

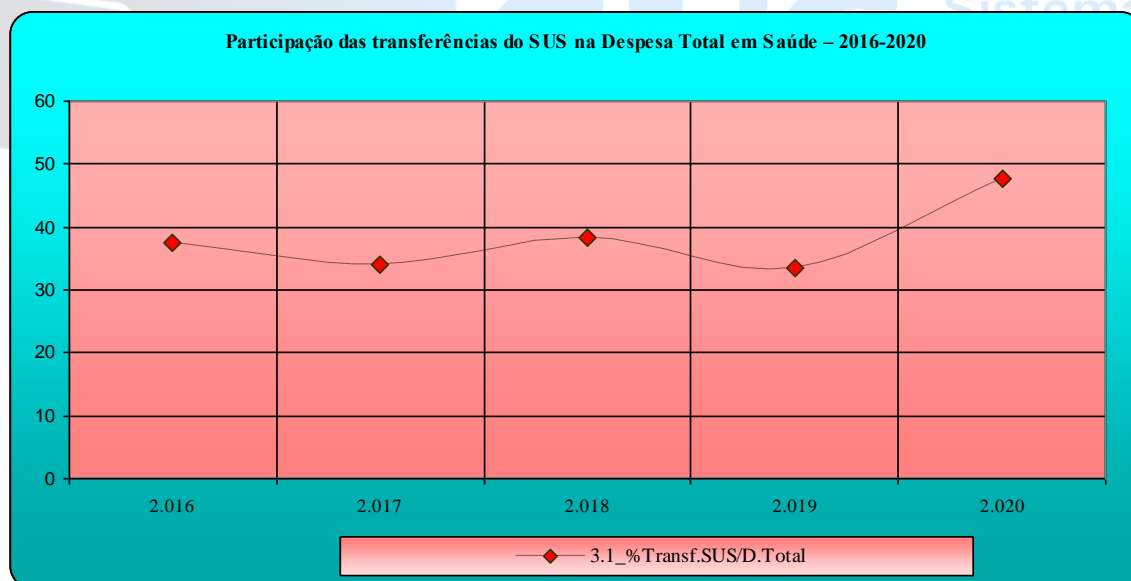
O *Percentual de Recursos Próprios Aplicados em Saúde*, conforme estabelecido pela Lei Complementar nº. 141, de 13/01/2012, apresentou crescimento significativo no período, variando entre 26,81%, em 2016, a 35,34%, em 2019 – o maior patamar de toda a série histórica, retraindo para 29,53% em 2020, provavelmente consequência do aumento do volume de receitas de transferências do SUS devido à Pandemia da Covid-19.

Participação das transferências do SUS e Percentual de Recursos Próprios na DTS – 2016-2020

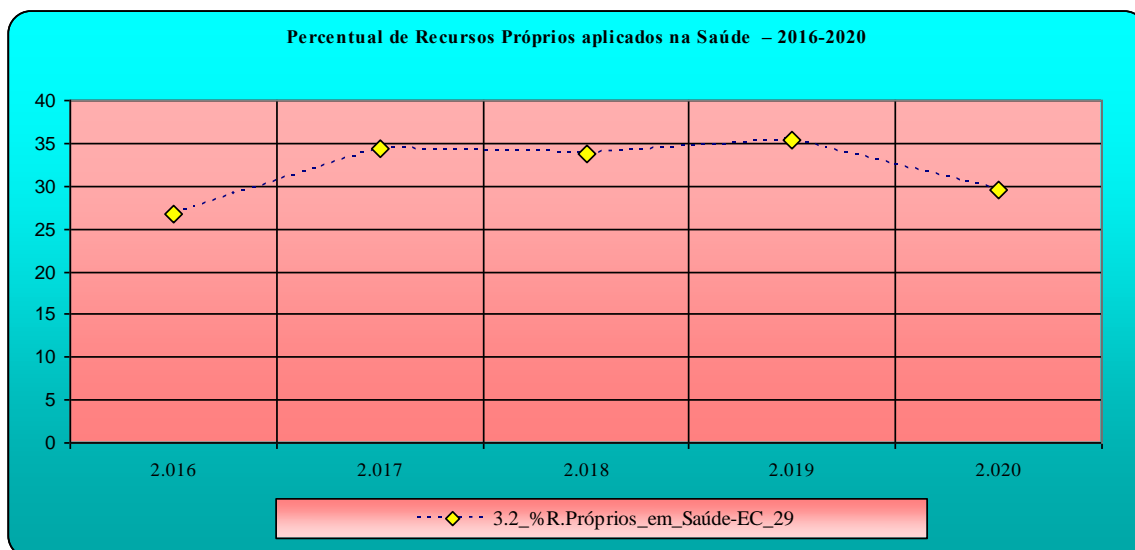
Ano	% Transf SUS/Desp Total	% Recursos Próprios (LC 141/2012)
2.016	37,49	26,81
2.017	34,13	34,29
2.018	38,22	33,86
2.019	33,42	35,34
2.020	47,68	29,53

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS

Participação das transferências do SUS na Despesa Total em Saúde – 2016-2020



Percentual de Recursos Próprios aplicados na Saúde – 2016-2020



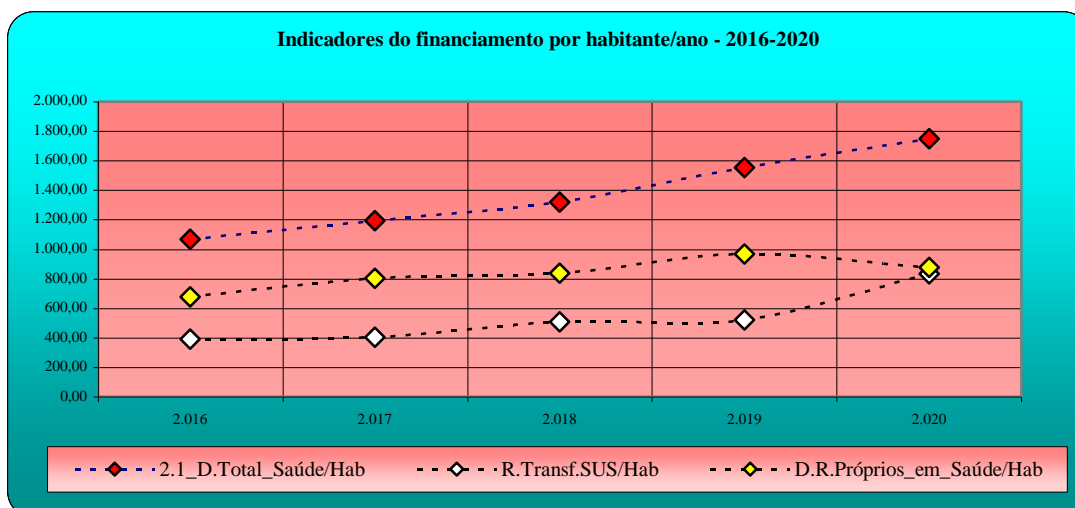
A *Despesa Total com Saúde por habitante/ano* em 2020 situou-se em R\$ 1.747,21, apresentando um aumento de 12,6% em relação a 2019, quando se fixou em R\$ 1.552,18. Esse aumento é coerente com o aumento na Despesa Total em Saúde (DTS) que, no período, também apresentou crescimento da ordem de 13,4%, aumentando R\$ 27,3 milhões em relação a 2019.

Despesa total com saúde, transferências do SUS e recursos próprios/habitante 2016-2020

Ano	Despesa Total c/ Saúde hab/ano	Receitas de Transf SUS hab/ano	Despesas c/ Recursos Próprios hab/ano
2.016	1.065,16	390,31	677,77
2.017	1.191,24	403,93	800,56
2.018	1.319,94	507,59	837,03
2.019	1.552,18	518,80	967,99
2.020	1.747,21	833,03	874,43

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS

Despesas total/hab; Transferências do SUS/hab; Despesas com Recursos Próprios/hab – 2016-2020



As **Despesas com Investimento** representaram 2,15% do total da Despesa Total em Saúde (DTS) em 2020, revelando uma sensível diminuição em relação a 2019, quando situou-se em 3,76% da DTS.

A análise da participação percentual da **Despesa com Pessoal** na Despesa Total em Saúde (DTS) no período 2016-2020 mostra uma participação **decrecente** desse componente da DTS em todo o período, decaindo de 61,81% em 2016, para 55,74% em 2020, diferentemente do observado por ocasião das análises realizadas para o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, quando evidenciou-se uma participação **crescente** desse componente da DTS entre 2012-2016.

A participação percentual das **Despesas com Serviços de Terceiros** na Despesa Total em Saúde não mostra **alterações significativas** no período analisado, quando decresce de 25,65% em 2016, para 23,00%, em 2020. Esse percentual já foi bem mais elevado em períodos anteriores, quando alcançou 33,95% em 2013. Possivelmente, tal fato esteja relacionado com a participação crescente da Rede Própria na realização de serviços e ações anteriormente contratados junto a iniciativa privada, sendo exemplo o **Tomógrafo Computadorizado**, implantado no Hospital de Emergência no primeiro semestre de 2014, além da realização em serviços próprios de outras ações e procedimentos em saúde.

A tabela a seguir mostra a evolução das principais categorias acima analisadas, referente ao período 2016 a 2020.

Despesa com pessoal, com serviços de terceiros e investimentos em saúde – 2016-2020

Ano	% D.Pessoal/D.Tot	% Desp c/ Serv Terc/Desp Total	% Desp c/ Invest/Desp tOTAL
2.016	61,81	25,65	1,18
2.017	60,83	19,43	0,12
2.018	59,35	20,43	2,62
2.019	58,65	22,16	3,76
2.020	55,74	23,00	2,15

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS

A análise da Despesa com Saúde por Subfunção em 2020 evidencia que a **Subfunção Atenção Básica** alcançou o montante empenhado de R\$ 43.550.257,90, o que representa 19% da Despesa Total em Saúde apurada no período, equivalente a R\$ 229.480.533,90. A **Subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial** alcançou o montante empenhado de R\$ 137.524.896,40, representando 59,9% do total da DTS. A **Subfunção Suporte Profilático e Terapêutico** alcançou o montante de R\$ 3.051.624,20, equivalente a 1,3% da DTS. A **Subfunção Vigilância Sanitária** alcançou R\$ 1.071.921,50, o que representa 0,5% da DTS. A **Subfunção Vigilância Epidemiológica** alcançou R\$ 7.112.210,10, o que representa 3,1% da DTS. **Outras Subfunções** alcançaram R\$ 37.169.623,80, representando 16,2% da DTS, o que inclui a **Subfunção Administração Geral**, onde se encontram inseridas as despesas referentes ao Programa de Enfrentamento da Emergência Covid-19, aprovado pela Lei Municipal nº. 3.579, de 21/05/2020.

Despesas empenhadas com saúde por subfunção e representação percentual – 2020

Despesas empenhadas com saúde por subfunção		%
<i>Atenção Básica</i>	R\$ 43.550.257,90	19,0
<i>Assistência Hospitalar e Ambulatorial</i>	R\$ 137.524.896,40	59,9
<i>Suporte Profilático e Terapêutico</i>	R\$ 3.051.624,20	1,3
<i>Vigilância Sanitária</i>	R\$ 1.071.921,50	0,5
<i>Vigilância Epidemiológica</i>	R\$ 7.112.210,10	3,1
<i>Alimentação e Nutrição</i>	R\$ 0,00	0,0
<i>Outras Subfunções</i>	R\$ 37.169.623,80	16,2
TOTAL DA DESPESA EM SAÚDE	R\$ 229.480.533,90	100,0

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS

A respeito da análise sobre a redução da participação das **Transferências do SUS** na Despesa Total em Saúde (DTS), uma preocupação a ser mantida no presente PMS

2022-2025 é a respeito do “Novo Regime Fiscal” estabelecido pela Emenda Constitucional nº. 95, de 15/12/2016, o qual, ao estabelecer um teto para as despesas primárias do governo federal com base na correção das despesas do ano anterior pela inflação do mesmo período, durante vinte anos (Brasil, 2016), possivelmente acarretará, progressivamente, um menor volume de recursos aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) em todo o país. Alguns autores defendem ser impossível qualquer melhora na saúde e outras áreas sociais no Brasil, abrindo-se espaço para o sucateamento dessas áreas e para a eliminação do seu caráter universal (<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00194316.pdf>).

No que diz respeito ao gerenciamento financeiro dos recursos transferidos pela União, cumpre registrar a alteração das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para a Saúde a partir da publicação da Portaria nº. GM/MS 3.992, de 28/12/2017.

Com a Portaria 3992/2017, a partir de 2018, os recursos financeiros federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, transferidos aos demais Entes federados na modalidade fundo a fundo, passaram a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

O Bloco de Custeio é composto pelos recursos oriundos dos programas, das estratégias e das ações que integravam os Blocos de Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS.

O novo regramento determinou uma única conta para o recebimento dos recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (Fonte: Mudanças no Financiamento da Saúde, Brasília – 2018, Confederação Nacional de Municípios – CNM).

Pela Portaria nº. GM/MS 828, de 17/04/2020, os novos Blocos de Financiamento passam a ser denominados Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde.

3.6 Gestão da saúde

Nos termos do artigo 9º. da Lei Orgânica da Saúde, Lei °. 8.080, de 19/09/1990, a direção única do Sistema Único de Saúde (SUS) em Resende é exercida pela Secretaria Municipal de Saúde de Resende (SMS Resende), a qual tem sua atual estrutura administrativa estabelecida pela Lei Municipal nº. 3.324, de 1º de dezembro de 2017, conforme analisado na seção **3.2.1 Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde** do presente documento.

Nesta seção, as considerações propostas pela Superintendência de Controle e Avaliação foram tomadas com base nos dispositivos previstos em lei e nos atos normativos do Sistema Único de Saúde a respeito das responsabilidades mais fundamentais inerentes à gestão do SUS nas distintas esferas de governo, especificamente, na esfera municipal.

Segundo Teixeira e Silveira (2016, p. 101), a **Gestão em saúde** pode ser compreendida como

“um conjunto de medidas adotadas para planejar, organizar, fazer funcionar e avaliar o grande número de elementos inter-relacionados do sistema de saúde (LUCHESE, 2004). O uso desse termo reflete a incorporação do enfoque gerencial no âmbito da administração de sistemas de saúde, especificando-se, em geral, as funções de condução política (tomada de decisões e planejamento estratégico), organização, coordenação, monitoramento e avaliação de programas, serviços e atividades. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), convencionou-se distinguir gestão (de sistemas) de gerência (de unidades de saúde, programas e projetos), como uma forma de enfatizar o caráter mais propriamente político da primeira, em oposição ao caráter técnico-administrativo da segunda, embora em cada uma dessas dimensões esteja em jogo o exercício do poder, em suas várias dimensões (política, técnica e administrativa).” (Glossário de análise política em Saúde. Carmen Teixeira e Paloma Silveira; organizadoras. Salvador: Edufba, 2016).

3.6.1 Fundo Municipal de Saúde

O município tem o **Fundo Municipal de Saúde** instituído conforme Lei Municipal nº. 1.744, de 16/12/1991; e Lei Municipal nº. 2.013, de 14/08/1997. Possui Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) junto à Receita Federal sob o número 11.800.731/0001-38, aberto em 14/08/1997.

3.6.2 Conselho Municipal de Saúde

O *Conselho Municipal de Saúde* foi instituído conforme Lei Municipal nº. 1.744, de 16/12/1991, e Lei Municipal nº. 2.010, de 01/08/1997. Tem sua sede localizada em prédio anexo ao Hospital Municipal de Emergência, no Auditório Conselheira Alair Rodrigues Cruz, situado à Avenida Marcílio Dias, 800 – Jardim Jalisco – CEP 21510-080 Resende/RJ. Endereço eletrônico: conselho.resende@gmail.com. Telefone: (24) 3360 6454. O Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde foi aprovado por meio da Resolução CMS Nº. 14, de 20/11/2013. A representação paritária no Conselho Municipal de Saúde encontra-se, atualmente, regulada pela Lei Municipal nº. 3.134, de 03/10/2014, que fixou em 16 (dezesseis) o número de seus membros titulares.

3.6.3 Conferência Municipal de Saúde

As *Conferências Municipais de Saúde*, conforme definição de Teixeira e Silveira (2016, p.61), “são eventos que reúnem representantes dos vários segmentos sociais direta ou indiretamente interessados na avaliação do sistema de saúde e na formulação de políticas para o seu desenvolvimento”, e vêm sendo realizadas regularmente ao longo das últimas décadas, desde a promulgação da Lei nº. 8.142, de 28/12/1990, que “*Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*”.

Segue abaixo uma síntese sobre as últimas Conferências Municipais de Saúde realizadas desde 2015:

1. Com a efetiva participação do Conselho Municipal de Saúde, foi realizada em 20/06/2015, a *IX Conferência Municipal de Saúde de Resende*, que teve como tema “*Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: Direito do Povo Brasileiro*”.
2. Em 2017, em virtude de um cenário financeiro restritivo, optou-se, alternativamente à realização de uma Conferência de Saúde, pela realização de uma *Plenária Ampliada de Saúde de Resende*, realizada no dia 1º/07/2017 juntamente com a *I Plenária de Vigilância em Saúde*, com o tema central “*Direitos, Conquistas e Defesa de um SUS Público de Qualidade*”.

3. Realizada como Etapa Municipal da 16ª Conferência Nacional de Saúde, a **X Conferência Municipal de Saúde** foi realizada no dia 23 de março de 2019, no Auditório da Associação Educacional Dom Bosco, tendo como tema “Democracia e Saúde: Saúde como Direito, Consolidação e Financiamento do SUS”.
4. De forma alternativa à realização de uma conferência municipal de saúde, com a participação presencial dos cidadãos e cidadãs resendenses, o município realizou nos dias 18 e 25 de setembro de 2021, remotamente, por meio da plataforma virtual *Zoom*, as **Plenárias Ampliadas da Saúde de Resende**, buscando atender de forma segura a participação da comunidade em virtude das condições sanitárias impostas pela Pandemia da Covid-19.

3.6.4 Plano Municipal de Saúde

O **Plano de Saúde** é um dos instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS, juntamente com as respectivas **Programações Anuais** e o **Relatório Anual de Gestão** (artigo 95, Portaria de Consolidação GM/MS nº. 1, de 28/09/2017).

O vigente **Plano Municipal de Saúde 2018-2021** foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em Reunião Extraordinária ocorrida em 05/12/2017, conforme Resolução CMS nº. 10, de 13/12/2017.

3.6.5 Programação Anual de Saúde

A **Programação Anual de Saúde (PAS)** é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados (artigo 97, Portaria de Consolidação GM/MS nº. 1, de 28/09/2017).

Segue abaixo a síntese da aprovação das Programações Anuais de Saúde de Resende:

A **Programação Anual de Saúde - PAS 2018**, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde por meio da Resolução CMS 2, de 21/03/2018.

A **Programação Anual de Saúde - PAS 2019**, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde por meio da Resolução CMS 7, de 22/07/2020.

A *Programação Anual de Saúde - PAS 2020*, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde por meio da Resolução CMS 15, de 16/12/2020.

A *Programação Anual de Saúde - PAS 2021*, encaminhada à apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde por meio do Ofício SS nº. 261, de 19/11/2020.

3.6.6 Relatório Anual de Gestão (RAG) e Prestação de Contas Quadrimestral (RDQA)

O *Relatório Anual de Gestão (RAG)* é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde (artigo 99, Portaria de Consolidação GM/MS nº. 1, de 28/09/2017).

O *Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)* é um instrumento monitoramento e acompanhamento da execução da PAS e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação (artigo 100, Portaria de Consolidação GM/MS nº. 1, de 28/09/2017).

Em relação ao *Relatório Anual de Gestão (RAG)*, segue a síntese abaixo:

O *Relatório Anual de Gestão (RAG) 2017*, elaborado por meio do Sistema SARGUS, foi finalizado no prazo legal previsto em lei e enviado ao Conselho Municipal de Saúde por meio do Ofício nº. SS 80, de 30/03/2017, sendo aprovado na 7ª Reunião Ordinária, realizada em 20/08/2019.

O *Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018*, foi finalizado no prazo legal previsto em lei e enviado ao Conselho Municipal de Saúde por meio do Ofício nº. SS 65, de 28/03/2019, sendo aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde na 2ª. Reunião Ordinária, realizada em 16/06/2020, conforme Resolução CMS 5, de 17/06/2020. Posteriormente, foram alimentadas no Sistema DIGISUS as informações referentes ao RAG 2018, com reenvio ao Conselho de Saúde por meio do Ofício nº. 239, de 20/10/2020.

O *Relatório Anual de Gestão (RAG) 2019*, foi finalizado no prazo legal previsto em lei e enviado ao Conselho Municipal de Saúde por meio do Ofício nº. SS 56, de 27/03/2020, sendo aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde na 7ª. Reunião Ordinária, realizada em 20/07/2021, conforme Resolução CMS 11, de 21/07/2021. Posteriormente, foram alimentadas no Sistema DIGISUS as informações referentes ao RAG 2019, com reenvio ao Conselho de Saúde por meio do Ofício nº. 256, de 09/11/2020.

O *Relatório Anual de Gestão (RAG) 2020*, elaborado integralmente por meio do Sistema DIGISUS, foi finalizado no prazo previsto em lei e enviado ao Conselho

Municipal de Saúde por meio do Ofício nº. SS 81, de 30/03/2021, encontrando-se, até a presente data, sob a apreciação do Conselho Municipal de Saúde.

No que diz respeito à **Prestação de Contas**, o município de Resende, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, realiza regularmente a prestação de contas à instância local do Poder Legislativo e ao Conselho Municipal de Saúde dos recursos recebidos e aplicados em saúde, em cumprimento às disposições previstas na legislação, especialmente no artigo 36 da Lei Complementar 141, de 13/01/2012.

Nos termos da Lei Complementar 141/2012, submeteu à apreciação do Conselho Municipal de Saúde e Câmara Municipal de Resende os **Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas da Saúde**, referentes ao período 2017-2020.

3.6.7 Gestão Estratégica e Participativa

No que diz respeito à **Gestão Estratégica e Participativa**, a SMS Resende implantou a **Ouvidoria da Saúde**, a qual se encontra inserida formalmente na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde por meio da Lei Municipal nº. 2725, de 21/12/2009, estando atrelada à Superintendência de Controle, Avaliação e Regulação. Utiliza o Sistema Ouvidor SUS, Nível I, do Ministério da Saúde, ao qual aderiu em outubro de 2009. Conta com profissionais qualificados, atuando continuamente na escuta privilegiada das demandas apresentadas pelos usuários do SUS e Trabalhadores da Saúde em Resende.

Realizou em 2012 o **I Fórum Regional de Ouvidoria da Saúde**, sediado em Resende, com a participação dos municípios da Região do Médio Paraíba.

Em 2013, a **Ouvidoria da Saúde** participou do Prêmio Cecília Donnângelo, obtendo a 8ª. colocação a nível Nacional, com o trabalho “Ouvidoria Itinerante”.

Apresentou em 2014 na II Exposição sobre Gestão Estratégica e Participativa – EXPOGEP o Trabalho sobre Ouvidoria Itinerante.

Em 2014, idealizada e implementada pela Ouvidoria da Saúde, tem início a Oficina de Libras – Linguagem Brasileira de Sinais para servidores municipais das recepções das Unidades de Saúde.

Realizou em 19/06/2015 o **II Fórum Regional de Ouvidoria da Saúde**, com a temática **“Ouvidoria enquanto Participação Social”** que contou com representantes das três esferas do SUS.

Desenvolveu, em 2015, o **Projeto Unidade Nota Mil**, destinado ao reconhecimento de boas práticas de atendimento e acolhimento nas unidades de saúde da Rede Municipal de Saúde.

Em julho de 2017, o município foi sede da realização do **IV Fórum de Ouvidorias Públicas do Estado do Rio de Janeiro**, realizado nos dias 5 e 6 de julho de 2017, com a participação de representantes da Ouvidoria Geral da União, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ), Ouvidoria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Ouvidoria do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, dentre outros.

Em 2017, foi retomado o Projeto de Oficina de Libras para os servidores das recepções das Unidades Hospitalares e Policlínicas do Manejo e Paraíso, tendo como instrutor um servidor municipal surdo e como intérprete uma ouvinte, também servidora.

Em 2018, participação no Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO com apresentação de dois trabalhos: “Ouvidoria: a voz do cidadão no SUS”, e “Oficina de Libras promovida pela Ouvidoria”.

3.6.8 Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação

O componente do **Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação** atualmente encontra-se constituído formalmente no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, aprovado pela Lei Municipal nº. 3.324/2017, conforme examinado na **Seção 3.2.1 Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde**.

Em relação às atribuições e responsabilidades do **Componente Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria**, previstas na *Portaria nº. SAS/MS 423, de 24/06/2002 e Resolução CIT 4, de 19/07/2012*, destacam-se as principais atribuições:

Ações de Controle Assistencial:

- a) *Operação e manutenção do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS); Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS); Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA);*
- b) *Tabulação com Banco de Dados dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS), com geração de relatórios estatísticos diversos;*
- c) *Acompanhamento, monitoramento e fiscalização da execução de contratos e convênios com prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares;*
- d) *Controle da emissão de numeração da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e APAC;*

Ações de Regulação do Acesso:

- e) *Regulação e autorização de exames e procedimentos de alto custo (Tomografias Computadorizada, Ressonância Magnética, etc.);*
- f) *Gestão da fila para exames e procedimentos de alto custo (Tomografias Computadorizada, Ressonância Magnética, etc.);*
- g) *Operação do Sistema Estadual TRS, para regulação dos pacientes com indicação de Hemodiálise;*

- h) *Operação e manutenção do Sistema de Regulação de Consultas e Procedimentos (SISREG) e do Sistema Municipal de Regulação – Controle de Agendas, Gestão de Filas, Suporte às Unidades da Rede Municipal de Saúde;*

Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria:

- i) *Execução do Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA);*
- j) *Apuração de denúncias e irregularidades demandadas pela Ouvidoria da Saúde;*
- k) *Realização de vistorias técnicas prévias à contratação de prestadores de serviços de saúde;*
- l) *Condução e acompanhamento de processos de habilitação e credenciamento de serviços de saúde junto à Secretaria Estadual de Saúde;*

Outras atribuições estratégicas:

- m) *Participação na elaboração do Plano Municipal de Saúde e Programações Anuais de Saúde (PAS);*
- n) *Elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG), por meio do Sistema SARGSUS (Lei Complementar nº. 141/2012);*
- o) *Elaboração dos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas da Saúde (Lei Complementar nº. 141/2012) e realização de Audiências Públicas;*
- p) *Representação da SMS Resende junto à Câmara Técnica da Comissão Intergestores Regional da Região do Médio Paraíba (CIR/MP); Grupo de Trabalho (GT) de Planejamento e Grupo Condutor da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (RCPD) da CIR/MP;*
- q) *Elaboração e acompanhamento dos Convênios com Hospitais Filantrópicos (APMIR e Santa Casa);*
- r) *Elaboração dos Termos de Referência, inicialização e acompanhamento da contratação de serviços de saúde, complementares à Rede Municipal de Saúde;*
- s) *Acompanhamento, registro, disseminação e manutenção de arquivo eletrônico com as principais publicações normativas do Ministério da Saúde;*
- t) *Tabulação com dados e manutenção de arquivo eletrônico com os bancos de dados oficiais dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS): Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS); Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS);*

3.7 Regionalização

Segundo o Decreto Presidencial nº 7.508, de 28/06/2011, **Região de Saúde** corresponde ao “*espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde*”.

A constituição das Regiões de Saúde é um processo instituído pelo Estado, em articulação com os Municípios, tendo o propósito de organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o atendimento aos princípios constitucionais da universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado.

No âmbito do Estado do Rio de Janeiro, a definição e a pactuação das Regiões de Saúde, assim como instituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), ocorreram em 2009, resultado do Pacto pela Saúde (2006) e a partir das Oficinas de Regionalização realizadas naquele ano, preservando-se o desenho regional no Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2001-2004.

A partir do Decreto Presidencial 7508/2011, a Deliberação CIB/RJ nº. 1452, de 09/11/2011, aprova a configuração das nove Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, contemplando o retorno do município do Rio de Janeiro para a Região Metropolitana I. Com o Decreto 7508/2011, os CGR passaram a ser denominados **Comissões Intergestores Regional (CIR)**.

O município de Resende integra a **Região de Saúde do Médio Paraíba**, formada por 12 municípios, juntamente com os seguintes municípios: Barra Mansa, Barra do Pirai, Itatiaia, Pinheiral, Pirai, Porto Real, Quatis, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda.

População estimada dos municípios da Região do Médio Paraíba – 2021

MUNICÍPIOS	Código IBGE	2017
Barra do Pirai	33 00308	101.139
Barra Mansa	33 00407	185.237
Itatiaia	33 02254	32.312
Pinheiral	33 03955	25.563
Pirai	33 04003	29.802
Porto Real	33 0411	20.254
Quatis	33 04128	14.562
Resende	33 04201	133.244
Rio Claro	33 04409	18.677
Rio das Flores	33 04508	9.401
Valença	33 06107	77.202
Volta Redonda	33 06305	274.925
Total da Região		922.318

Fonte: Portaria IBGE 268, de 26/08/2021 (Estimativas populacionais para 2021/2022)

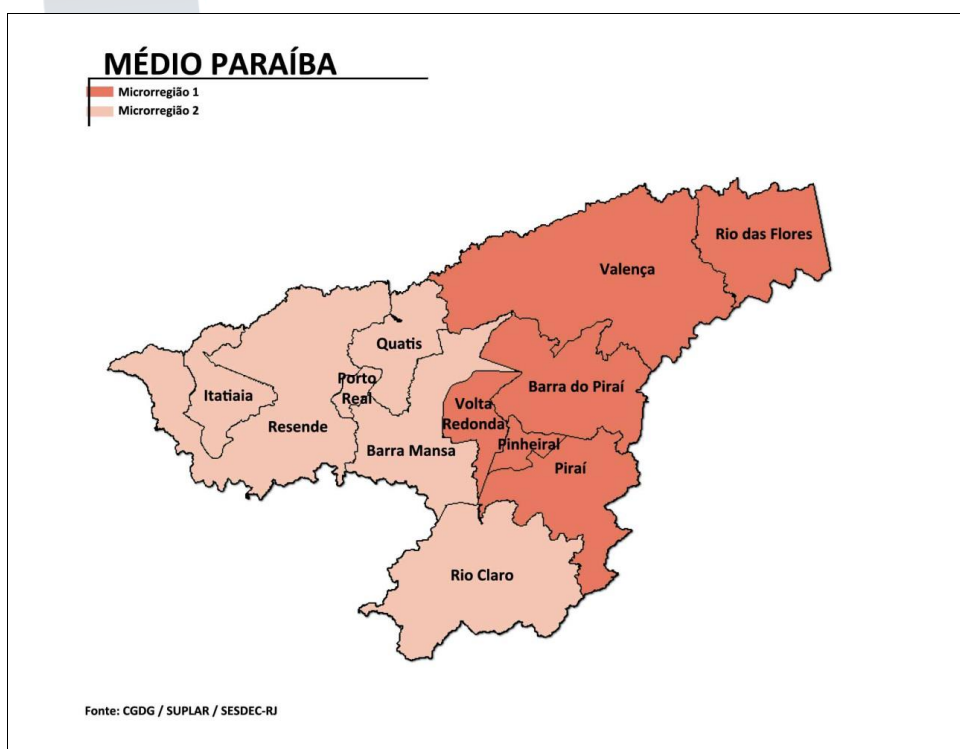
Ressalta-se a atuação expressiva, desde sua instituição, em 2009, da Secretaria Executiva (SE) da Comissão Intergestores Regional da Região do Médio Paraíba (CIR/MP), mantendo os municípios da região articulados de modo permanente em torno do fortalecimento do Sistema Único de Saúde e da Regionalização da Saúde.

Regiões de Saúde e Comissões Intergestores Regional (CIR) no Estado do Rio de Janeiro – 2011



Fonte: <http://www.saude.rj.gov.br/informes-ao-gestor-regionalizacao/15257-o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro.html>

Municípios que integram a Região do Médio Paraíba (Deliberação CIB/RJ 1452/2011)



Fonte: Saúde na Área Regionalização – Região Centro-Sul / Médio Paraíba / Baía da Ilha Grande – 2009

3.8 Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

De acordo com a Resolução CIT nº. 4, de 19/07/2012, que “*dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)*”, são responsabilidades sanitárias municipais na **Gestão do Trabalho**:

- a. *Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;*
- b. *Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;*
- c. *Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;*
- d. *Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;*
- e. *Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS - PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local*
- f. *Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.*

Por outro lado, as **Responsabilidades na Educação na Saúde** são as seguintes:

- g. *Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;*
- h. *Promover diretamente ou em cooperação com o Estado, com os Municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde;*
- i. *Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;*
- j. *Incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;*
- k. *Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;*

1. *Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem.*

As transcrições abaixo, do *Glossário de análise política em Saúde* (Glossário de análise política em Saúde. Carmen Teixeira e Paloma Silveira; organizadoras. Salvador: Edufba, 2016), buscam auxiliar na compreensão e distinção dos diversos conceitos teóricos presentes no tema da educação na saúde.

Educação continuada:

Conjunto de experiências subseqüentes à formação inicial que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência, para que esta seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades, caracterizando, assim, a competência como atributo individual. Dessa forma, pode ser entendida como toda ação desenvolvida após a profissionalização com propósito de atualização, destinada ao desenvolvimento de potencialidades para a mudança de atitudes e comportamentos nas áreas cognitiva, afetiva e psicomotora do ser humano, na perspectiva de transformação de sua prática, definida por meio de metodologias formais.

Educação permanente:

O termo Educação Permanente aparece nos anos 1960 nos trabalhos publicados na Comissão Europeia e na Organização para a Educação, a Ciência e a Cultura das Nações Unidas. (UNESCO). Dez anos depois Furter (1974) a define como: Um processo ininterrupto de aprofundamento tanto da experiência pessoal como da vida coletiva que se traduz pela dimensão educativa que cada ato, cada gesto, cada função assumirá, qualquer que seja a situação em que encontramos qualquer que seja a etapa de existência que estejamos vivendo.

No Brasil e na América Latina o termo surge alguns anos depois, com concepção distinta, para se contrapor ao termo Educação Continuada. A Educação Continuada seria, segundo Ricas (1994), um enfoque técnico, com atividades de ensino após a graduação para atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida. Dessa forma, esse enfoque tem como características a formação para o trabalho, de modo pontual e com o objetivo de responder às lacunas na atuação técnica dos profissionais. Essa concepção teria se difundido por meio da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), nos anos 1970. Já a Educação Permanente, apresenta-se como alternativa a esse modelo de qualificação profissional e representa os esforços de vincular a formação em saúde e o processo ensino-aprendizagem às situações de trabalho, com vistas à transformação de valores e conceitos dos profissionais. Coloca o sujeito no centro do processo de ensino-aprendizagem, sendo destacado por Davini (1995) como uma modalidade de educação que visa à melhoria do processo de trabalho, da equipe e qualidade da atenção e transformação do serviço de saúde. Portanto, a Educação Permanente não se reporta às ideias de melhoria contínua, mas tem como compromisso fundamental a transformação do trabalho, seja para a reorganização e melhoria da gestão, seja para a qualidade dos serviços, seja para o controle social. (BRASIL, 2003) A Educação Permanente corresponde a um processo

organizado para os trabalhadores da saúde – entendidos como sujeitos que constroem e organizam seu próprio conhecimento e sua aprendizagem – que ocorre em interação com a sua equipe de trabalho. Pode-se afirmar então que a pedagogia orientadora desses processos corresponde à “pedagogia do trabalho”, compreendida como aquela em que o ser humano, ao trabalhar, estaria se formando e dando sentido ao seu mundo – ao mundo do trabalho, imbricado à sua existência e da sociedade em que vive. Trabalho esse dialeticamente considerado em uma dupla dimensão: criação e na reprodução da vida humana e sua capacidade de alienar e conscientizar o homem (MARX, In: TUCKER, 1978). Representa, portanto, uma tentativa transformadora das práticas humanas e de saúde, “desalienando” os sujeitos, e por sua vez, favorecendo ao desenvolvimento de sua consciência crítica sobre a realidade social em que os trabalhadores estão inseridos. (FRIGOTO, 2008) Em síntese, a Educação Permanente consiste em processos educativos que visam à transformação dos processos de trabalho e dos trabalhadores. Considera o trabalho como o princípio educativo e por meio dele visam constituir sujeitos críticos e transformadores da realidade onde se inserem.

Segundo a **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**,

“A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009).

No que diz respeito à **Educação Permanente em Saúde (EPS)**, o município vivenciou, a partir de 2013, o florescimento de uma experiência inovadora no campo da Educação Permanente, a qual, pelas repercussões e reconhecimentos que produziu, carece de registro no presente documento.

Resumidamente, a experiência cristalizou-se a partir dos encontros realizados entre diferentes trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde municipal, desejosos e dispostos a materializar a EPS e a construir pontes de saberes, em um grupo de Educação Permanente em Saúde denominado **EPensando Resende**. O grupo nasceu como um espaço não hierarquizado imbuído da ideia de um lugar de fluxos de conexões existenciais com potência livre e

inventiva, mediante os afetos e as relações estabelecidas entre a gestão, docentes, trabalhadores de diferentes instituições e formações e usuários.

A experiência foi apresentada no XXXI Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, na *Mostra Brasil Aqui tem SUS*, sendo uma das *quinze* que foram premiadas, dentre as mais de 200 experiências apresentadas no evento, com o título: *EPensando Resende: uma experiência com rodas de Educação Permanente*.

No ano 2016, na Seleção de Projetos para o “INOVASUS 2015 – Gestão da Educação na Saúde”, uma iniciativa do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a experiência do *EPensando Resende* foi classificada em *primeiro lugar* na Região Sudeste, com o Projeto *EPensando Resende: um espaço intercessor de afetos, saberes e encontros*. O prêmio, de R\$ 130 mil reais, busca reconhecer, incentivar e premiar projetos e experiências inovadoras na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do SUS.

A experiência de Educação Permanente em Saúde de Resende também fez parte de três livros, e tem sido objeto de interesse de pesquisadores nacionais e internacionais.

Em consonância com proposta aprovada na *IX Conferência Municipal de Saúde de Resende* e tendo por finalidade estabelecer estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Resende, foi instituído em 2016 o *Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS)*, por meio do Decreto Municipal 8969, de 07/04/2016.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº. 198, de 13/02/2004, e Portaria GM/MS nº. 1996, de 20/08/2007, considera a *educação permanente* como um importante elo entre a educação e o trabalho.

Atualmente, encontram-se em andamento as ações de Educação Permanente conforme descrito na **Seção 3.2.2.3.9 Núcleo de Educação Permanente em Saúde**.

4 Objetivos, Diretrizes, Metas e Indicadores

É apresentado a seguir o conjunto de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Plano Municipal de Saúde para o período 2022-2025, segundo o desenho preconizado pela Portaria Ministerial GM nº. 2135, de 25/09/2013 - atualmente consolidada na Portaria de Consolidação GM/MS 1, de 28/09/2017 -, que “*estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*”.

Encontra-se em vigência a Resolução CIT 8, de 24/11/2016, que “*Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021 relacionados a prioridades nacionais em saúde*”, e estabelece que “*os indicadores que compõem este rol devem ser considerados nos instrumentos de planejamento de cada ente*”.

As propostas aprovadas nas Plenárias Ampliadas da Saúde realizadas nos dias 18 e 25 de setembro de 2021 também integram o conjunto de Objetivos, Diretrizes, Metas e Indicadores do presente Plano Municipal de Saúde 2022-2025, esclarecendo-se sobre a inclusão no Plano Plurianual (PPA) 2022-2025 de todas aquelas passíveis de expressão orçamentária, dada a característica daquele instrumento de planejamento governamental.

As ações que conformam os objetivos propostos nortearam a elaboração do planejamento e orçamento do governo municipal na área da saúde, consubstanciando a Proposta de Plano Plurianual da Saúde (PPA) 2022-2025, formulada pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde e submetida ao Conselho Municipal de Saúde, guardando-se, portanto, a compatibilização entre o planejamento da saúde e os instrumentos de planejamento e orçamento governamentais.

Por todo o exposto, as referências técnicas e políticas, assim como os marcos legais e temporais que fundamentaram esse processo são:

- ❖ - a Lei 8.080, de 19/09/1990;
- ❖ - a Lei 8.142, de 28/12/1990;
- ❖ - o Decreto 7.508, de 28/06/2011;
- ❖ - a Lei Complementar nº. 141, de 13/01/2012;
- ❖ - Propostas/Programa de Governo para a Saúde – Diogo Balieiro Diniz;
- ❖ - a Resolução CIT nº. 8, de 24/11/2016 e os Indicadores pactuados;
- ❖ - as Propostas aprovadas nas Plenárias Ampliadas da Saúde em setembro de 2021;
- ❖ - a elaboração da Proposta do PPA da Saúde 2022-2025;
- ❖ - a Portaria Ministerial GM/MS nº. 2135, de 25/09/2013;

Assim como na Gestão 2017-2020, a despeito das dificuldades relacionadas ao financiamento da saúde e das expectativas em relação ao cenário que viria a se desenhar no quadriênio passado, a Gestão 2021-2024 renova a afirmação das diretrizes já estabelecidas para a saúde assegurando a manutenção das ações e serviços já implantados, buscando com inovação a melhoria da qualidade e a ampliação do acesso às ações e serviços prestados no âmbito da Rede Municipal de Saúde de Resende, em consonância com o princípio da integralidade do cuidado.

O planejamento da saúde para o quadriênio 2022-2025 deverá contemplar o enfrentamento das questões prioritárias identificadas, dentre as quais podem ser relacionadas:

❖ *Manutenção e fortalecimento das ações e dos serviços de saúde que integram a Rede Municipal de Saúde, nos âmbitos da Atenção Básica, Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Vigilância à Saúde, dentre outros;*

❖ *Manutenção dos contratos e convênios com os serviços complementares à Rede Própria Municipal;*

❖ *Implantação e habilitação de Serviços de Oncologia Clínica e Cirúrgica vinculados a Complexo Hospitalar da UNACON de Barra Mansa;*

❖ *Habilitação do Serviço de Atenção Especializada em Oftalmologia da Santa Casa de Misericórdia de Resende;*

❖ *Elaboração da proposta do Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2022-2025, em consonância com o Plano Plurianual – PPA 2022-2025.*

❖ *Enfrentamento das filas para consultas e procedimentos diagnósticos e cirúrgicos eletivos, agravadas em virtude da pandemia do coronavírus;*

❖ *Priorização das ações voltadas ao cuidado e tratamento dos casos graves da Covid-19, com garantia dos recursos e insumos necessários à execução das ações nos serviços ambulatoriais, de urgência e hospitalares;*

❖ *Manutenção das ações voltadas à vacinação da Covid-19 para a população residente em consonância com os protocolos aprovados.*

_____ *

_____ *

Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Plano Municipal de Saúde 2022-2025

1 - Programa de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde

Diretriz: Assegurar e qualificar o acesso a serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, no atendimento das necessidades de saúde, executando as políticas de atenção básica, especialidade de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde e garantindo acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivo: Ampliar a cobertura populacional da Atenção Básica no município de Resende por meio da Estratégia de Saúde da Família, qualificando a atenção com a implantação e implementação de novas equipes e estratégias previstas na PNAB 2017.

Item	AÇÕES E METAS DO PMS 2022-2025 – Atenção Básica	2022	2023	2024	2025	Indicador proposto
1	Reforma de Unidades Básicas de Saúde (UBS)	20	14	12	9	UBS reformadas e equipadas
2	Implementação das Ações das Equipes de Atenção Básica Prisional (eABP)	100%	100%	100%	100%	Ações das Equipes de Atenção Básica Prisional implementadas
3	Implementação das Ações e Serviços de Atenção Básica à Saúde	100%	100%	100%	100%	Atenção Básica implementada em todo o período do PMS 2022-2025
4	Expansão e Implementação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	162	162	162	162	Estratégia de ACS ampliada e mantida
5	Implementação das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica à Saúde	100%	100%	100%	100%	Saúde Bucal na Atenção Básica executada
6	Implementação das Ações das Equipes de Consultório na Rua (eCR)	100%	100%	100%	100%	Ações da Equipe de Consultório na Rua implementadas

7	<i>Apoio a Manutenção de Unidades de Saúde - Incremento Temporário PAB</i>	100%	100%	100%	100%	<i>Manutenção das UBS efetivada</i>
8	<i>Manutenção do Atendimento Nutricional à Criança</i>	100%	100%	100%	100%	<i>Atendimento Nutricional à Criança mantido</i>

Objetivos: Manter as ações e fortalecer a Vigilância em Saúde e seus componentes municipais: Vigilância Epidemiológica, Atenção Integral em Pneumologia e Dermatologia Sanitária (Tuberculose/Hanseníase), Atenção Especializada às Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV/Hepatites Virais, Controle de Zoonoses, Imunização, Vigilância Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador.

Item	AÇÕES E METAS DO PMS 2022-2025 – Vigilância em Saúde	2022	2023	2024	2025	Indicador proposto
1	<i>Manutenção das Ações de Vigilância Sanitária</i>	100%	100%	100%	100%	<i>Ações de Vigilância Sanitária mantidas</i>
2	<i>Manutenção das Ações do Serviço de Assistência Especializado em IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais</i>	100%	100%	100%	100%	<i>Ações do SAI IST/HIV/AIDS mantidas</i>
3	<i>Manutenção das Ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde</i>	100%	100%	100%	100%	<i>Ações da Vigilância Epidemiológica e Ambiental mantidas</i>

Objetivos: Manter as ações e serviços especializados, ambulatoriais e hospitalares e de atenção às urgências da Rede Municipal de Saúde

Item	AÇÕES E METAS DO PMS 2022-2025 – Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar	2022	2023	2024	2025	Indicador proposto
1	<i>Manutenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU</i>	100%	100%	100%	100%	<i>Ações do SAMU-192 mantidas</i>
2	<i>Manutenção da Unidade de Pronto Atendimento - UPA</i>	1	1	1	1	<i>Ações da UPA 24 h mantidas</i>

3	<i>Custeio do Serviço de Nefrologia</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>Serviço de Nefrologia mantido e custeado</i>
4	<i>Operacionalização do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>CEREST operacionalizado</i>
5	<i>Operacionalização da Rede de Média e Alta Complexidade, Emergencial e Hospitalar</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>Rede MAC operacionalizada</i>
6	<i>Operacionalização das Unidades e Serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>RAPS operacionalizada</i>
7	<i>Manutenção das Ações do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>Serviço de Atenção Domiciliar mantido</i>
8	<i>Apoio a Manutenção de Unidades de Saúde - Incremento Temporário MAC</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>Unidades de MAC mantidas</i>
9	<i>Reforma das Unidades de Saúde da Rede Hospitalar e Ambulatorial de Média e Alta Complexidade</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>Unidades de MAC reformadas</i>

Objetivos: Garantir o acesso da população aos medicamentos dos programas oferecidos pelo Ministério da Saúde – MS e pela Secretaria Municipal de Saúde de Resende

Item	AÇÕES E METAS DO PMS 2022-2025 – Assistência Farmacêutica	2022	2023	2024	2025	Indicador proposto
1	Operacionalização das Ações e Serviços de Assistência Farmacêutica	100%	100%	100%	100%	Ações e serviços da Assistência Farmacêutica operacionalizados

Objetivo: Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, bem como gerir e executar os serviços públicos de saúde do Município (Artigo 47, item I, Lei Municipal 2725/2009)

Item	AÇÕES E METAS DO PMS 2022-2025 – Gestão da Saúde	2022	2023	2024	2025	Indicador proposto
1	Operacionalização do Conselho Municipal de Saúde	100%	100%	100%	100%	<i>Conselho de Saúde operacionalizado</i>
2	Operacionalização de Ações e Serviços da Ouvidoria	100%	100%	100%	100%	<i>Ouvidoria da Saúde operacionalizada</i>
3	Realização de Conferência de Saúde	-	1	-	1	<i>Conferência de Saúde realizada</i>
4	Fornecimento de Vale Transporte	100%	100%	100%	100%	<i>Vale transporte fornecido</i>
5	Encargos Sociais (INSS/FGTS/RESENPREVI)	100%	100%	100%	100%	<i>Encargos sociais pagos</i>
6	Realização de Reforma da Secretaria Municipal de Saúde	1	-	-	-	<i>Secretaria de Saúde reformada</i>
7	Operacionalização da Secretaria Municipal de Saúde	100%	100%	100%	100%	<i>Secretaria de Saúde operacionalizada</i>
8	Encargos com Juros, Multas e Tarifas	100%	100%	100%	100%	<i>Encargos pagos</i>
9	Encargos com Pasep	100%	100%	100%	100%	<i>Encargos pagos</i>
10	Enfrentamento da Emergência de Saúde Nacional - COVID 19	100%	100%	100%	100%	<i>Ações realizadas</i>
11	Manutenção das Ações do Hospital para Animais	100%	100%	100%	100%	<i>Ações do Hospital Veterinário Municipal mantidas</i>

2 - Programa de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde

Diretriz: Assegurar o investimento na infra-estrutura necessária à organização da Rede Municipal de Saúde, promovendo a ampliação da estrutura física e a aquisição de equipamentos.

Objetivos: Ampliar a cobertura populacional da Atenção Básica no município de Resende por meio da Estratégia de Saúde da Família, qualificando a atenção com a implantação e implementação de novas equipes e estratégias previstas na PNAB 2017.

Item	AÇÕES E METAS DO PMS 2022-2025 – Atenção Básica	2022	2023	2024	2025	Indicador proposto
1	Estruturação de Unidades e Serviços da Rede de Atenção Básica à Saúde – Construção, Ampliação e Equipamento de UBS	8	5	-	1	UBS estruturadas
2	Estruturação de Unidades e Serviços de Segurança Alimentar e Nutricional	100%	100%	100%	100%	Serviço de Segurança Alimentar e Nutricional estruturado

Objetivos: Manter as ações e fortalecer a Vigilância em Saúde e seus componentes municipais: Vigilância Epidemiológica, Atenção Integral em Pneumologia e Dermatologia Sanitária (Tuberculose/Hanseníase), Atenção Especializada às Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV/Hepatites Virais, Controle de Zoonoses, Imunização, Vigilância Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador.

Item	AÇÕES E METAS DO PMS 2022-2025 – Vigilância em Saúde	2022	2023	2024	2025	Indicador proposto
1	Estruturação de Unidades e Serviços de Vigilância Sanitária	100%	100%	100%	100%	Vigilância Sanitária estruturada
2	Estruturação de Unidades e Serviços de Vigilância em Saúde	1	-	1	-	Serviços de Epidemiologia, CCZ e Imunização construídos e equipados

Objetivos: Manter as ações e serviços especializados, ambulatoriais e hospitalares e de atenção às urgências da Rede Municipal de Saúde

<i>Item</i>	<i>AÇÕES E METAS DO PMS 2022-2025 – Atenção Especializada de Média e Alta Complexidade</i>	<i>2022</i>	<i>2023</i>	<i>2024</i>	<i>2025</i>	<i>Indicador proposto</i>
<i>1</i>	<i>Estruturação de Unidades e Serviços de Atenção Hospitalar e Ambulatorial Especializada – Construção, Ampliação e Equipamento de Unidades de Saúde</i>	<i>11</i>	<i>-</i>	<i>1</i>	<i>-</i>	<i>Unidades da Rede Especializada estruturadas</i>

Objetivos: Garantir o acesso da população aos medicamentos dos programas ofertados pelo Ministério da Saúde – MS, Secretaria Estadual de Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde de Resende

<i>Item</i>	<i>AÇÕES E METAS DO PMS 2022-2025 – Assistência Farmacêutica</i>	<i>2022</i>	<i>2023</i>	<i>2024</i>	<i>2025</i>	<i>Indicador proposto</i>
<i>1</i>	<i>Estruturação de Unidades e Serviços da Assistência Farmacêutica – Construção e Equipamento</i>	<i>-</i>	<i>1</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>Unidades da Assistência Farmacêutica estruturadas</i>

Objetivo: Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, bem como gerir e executar os serviços públicos de saúde do Município (Artigo 47, item I, Lei Municipal 2725/2009)

Item	AÇÕES E METAS DO PMS 2022-2025 – Gestão da Saúde	2022	2023	2024	2025	Indicador proposto
1	Enfrentamento da Emergência de Saúde Nacional - COVID 19	100%	100%	100%	100%	<i>Ações coordenadas de enfrentamento à Covid-19 realizadas</i>
2	Estruturação da Secretaria Municipal de Saúde	1	1	1	1	<i>Estrutura física da Secretaria Municipal de Saúde assegurada</i>
3	Operacionalização do Conselho Municipal de Saúde	100%	100%	100%	100%	<i>Conselho Municipal de Saúde equipado</i>
4	Manutenção das Ações do Hospital para Animais	1	-	-	-	<i>Hospital Veterinário Municipal equipado</i>

4.1 Plenárias Ampliadas da Saúde de Resende

De forma alternativa à realização de uma conferência municipal de saúde, com a participação presencial dos cidadãos e cidadãs resendenses, o município realizou nos dias 18 e 25 de setembro de 2021, remotamente, por meio da plataforma virtual *Zoom*, as **Plenárias Ampliadas da Saúde de Resende**, buscando atender de forma segura a participação da comunidade em virtude das condições sanitárias impostas pela Pandemia da Covid-19.

As Plenárias Ampliadas da Saúde de Resende ratificaram as propostas da **X Conferência Municipal de Saúde**, realizada em março de 2019, do **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, além das propostas do **Plano de Governo de Resende**, apresentadas na eleição de 2020, e aprovaram um conjunto de propostas para o **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**, incluindo 3 (três) **Recomendações**, todas aprovadas por unanimidade.

As Plenárias da Saúde contaram com a presença do Secretário Municipal de Saúde, de Conselheiros e Conselheiras Municipais de Saúde, representantes da sociedade civil organizada, usuários do SUS, trabalhadores e profissionais da Saúde, havendo o registro, na Plenária realizada no dia 18 de setembro, de 102 participantes no evento. Na Plenária realizada no dia 25, foi registrada a presença de 81 participantes.

Os temas centrais abordados nas **Plenárias da Saúde**, nos dias 18 e 25 de setembro, foram **Custeio e Controle Social** e **Investimento e Controle Social**, respectivamente, cada qual contendo as seguintes salas temáticas **1 - Atenção Especializada; 2- Atenção Primária; 3 - Vigilância em Saúde; 4 – Saúde Mental, Atenção Hospitalar e Assistência Farmacêutica; e 5 – Gestão, Controle Social e Saúde Bucal.**

As propostas integrantes do eixo **Custeio e Controle Social**, aprovadas na Plenária da Saúde realizada no dia 18 de setembro, foram as seguintes:

1 - Atenção Especializada

Proposta 1.1 - Garantir o seguimento do cuidado oncológico a partir do diagnóstico; APROVADA.

Proposta 1.2 - Dar transparência as filas de espera da regulação de consultas, exames e cirurgias eletivas, em site da Prefeitura Municipal de Resende, permitindo acesso do usuário a informação, respeitando a legislação vigente (LGPD) com atenção às prioridades clínicas que por ventura possam exigir urgência no atendimento; APROVADA.

Proposta 1.3 - Garantir agendamento de retorno pós consulta. APROVADA.

2 - Atenção Primária

Proposta 2.1 - Vincular profissionais, psicólogo, assistente social, nutricionista, educador físico e, outras categoria afins nas Equipes NASF – AB para implementar o controle e acompanhamento da Obesidade infantil e adulto na Atenção Primária à Saúde; APROVADA.

Proposta 2.2 - Fortalecer ações educativas e de imunização no âmbito escolar, em parceria com Programa Saúde na Escola - PSE e Estratégia de Saúde da Família - ESF, para ampliar a cobertura vacinal contra o HPV (Papiloma Vírus Humano); APROVADA.

Proposta 2.3 - Fomentar a aproximação e discussão entre as equipes: Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF- AB), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipe Consultório na Rua (CNAR) e Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), acerca das diversas temáticas, LGBTQIA+ / quilombolas / indígenas / ciganos / população em situação de rua e, refugiados, existentes na comunidade, preparando os profissionais para o acolhimento cotidiano das demandas socioculturais do seu território; APROVADA.

Proposta 2.4 - Implementar ações da equipe NASF-AB para o acompanhamento de síndromes pós COVID -19 e sofrimento psíquico dentro dos territórios da Estratégia de Saúde da Família, em decorrência do aumento na incidência de casos vivenciados no período de pandemia; APROVADA.

Proposta 2.5 - Fortalecer a integração das ações e serviços da Atenção Primária a Saúde – APS com a Rede de Atenção a Saúde – RAS, garantindo o acesso e a continuidade do cuidado ao usuário; APROVADA.

3 - Vigilância em Saúde

Proposta 3.1 - Fortalecer e ampliar as políticas de prevenção, notificação compulsória, atendimento e acompanhamento das crianças, adolescentes, mulheres, população LGBTQIAP+ e, idosos em situação de violência; APROVADA.

Proposta 3.2 - Estruturar o Programa Vigdesastres – Vigilância em Desastres, dentro da Vigilância Ambiental em Saúde, para desenvolver ações voltadas à redução do risco de exposição da população e profissionais de saúde a acidentes naturais e tecnológicos; APROVADA.

Proposta 3.3 - Reestruturar o Programa VIGIAR para a vigilância da saúde da população exposta aos fatores ambientais relacionados aos poluentes atmosféricos; APROVADA.

Proposta 3.4 - Estabelecer parceria do Programa de Saúde do Trabalhador (PST) com a Secretaria de Administração para a realização de capacitação periódica de novos servidores das equipes de saúde sobre doenças, agravos e acidentes relacionados ao trabalho; APROVADA.

4 - Saúde Mental, Atenção Hospitalar e Assistência Farmacêutica

Proposta 4.1 - Fortalecer e ampliar a adesão ao tratamento dos usuários em abandono dos serviços de saúde mental através da implantação do fluxo de busca ativa, aumento de recursos humanos, materiais, bem como parceria com outros serviços da rede, garantindo a integração de estratégias de abordagem dos usuários em sofrimento; APROVADA.

5 – Gestão, Controle Social e Saúde Bucal.

Proposta 5.1 - Implementar o Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPS, para atender toda a Rede de Atenção à Saúde - RAS, visando a capacitação dos funcionários na busca de um melhor atendimento ao usuário; APROVADA.

Proposta 5.2 - Divulgar mensalmente nas redes sociais e no site da prefeitura as reuniões e atividades do Conselho Municipal de Saúde de Resende, com a finalidade de aumentar a participação da sociedade nas reuniões que acontecem toda terceira terça-feira do mês; APROVADA.

Proposta 5.3 - Implementar as ações de humanização e acolhimento para atuar em toda Rede de Atenção à Saúde – RAS; APROVADA.

Proposta 5.4 - Em tempos de Pandemia, a obrigatoriedade de elaboração de gabinete de crise com presença do CMSR para as deliberações referentes às estratégias de enfrentamento do surto; APROVADA.

Proposta 5.5 - Criar uma comissão de Educação Permanente no Conselho Municipal de Saúde de Resende, com infraestrutura adequada para garantir capacitação dos conselheiros e, maior integração com a sociedade; APROVADA.

Proposta 5.6 - Garantir transparência dos Planos de Contingência elaborados pelas equipes técnicas da Secretaria Municipal de Saúde através das mídias sociais da Prefeitura Municipal de Saúde de Resende; APROVADA.

As propostas integrantes do eixo **Investimento e Controle Social**, aprovadas na Plenária da Saúde realizada no dia 25 de setembro, foram as seguintes:

1 - Atenção Especializada

Proposta 1.1 - Implantar um Centro de Atenção às Doenças Crônicas não transmissíveis – DANT; APROVADA.

Proposta 1.2 - Implantar um Centro de Reabilitação na Região da Grande Alegria; APROVADA.

Proposta 1.3 - Reformar as unidades especializadas Policlínica do Manejo, Casa da Mulher, Posto de Saúde Resende e Serviço de Equoterapia; APROVADA.

Proposta 1.4 - Realizar obras de ampliação, equipar e mobiliar o Centro de Diagnóstico de Imagem; APROVADA.

Proposta 1.5 - Construir, mobiliar e equipar a Policlínica do Paraíso; APROVADA.

Proposta 1.6 - Implantar o Serviço de Oncologia e novos serviços no prédio da antiga “Mater”, em parceria com a Santa Casa de Misericórdia de Resende; APROVADA.

Proposta 1.7 - Fornecimento de kit enxoval para os recém- nascidos de família em situação de vulnerabilidade social, por intermédio do Serviço Social, projeto em parceria com a Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Resende (APMIR); APROVADA.

Proposta 1.8 - Ampliar serviço de ressonância magnética em serviço próprio ou conveniado; APROVADA.

Proposta 1.9 - Ampliar a digitalização dos equipamentos de radiografias (RX Digital) na Rede de Saúde; APROVADA.

Proposta 1.10 - Implantar o Setor de Saúde do Homem, garantindo a acessibilidade, visando a prevenção, promoção, recuperação e participação deste público no cuidado em saúde; APROVADA.

Proposta 1.11 - Fortalecer medidas necessárias para reduzir o tempo de espera nas filas de regulação para consultas, exames e cirurgias eletivas; APROVADA.

2 - Atenção Primária

Proposta 2.1 - Construir novas unidades de Atenção Primária à Saúde nos bairros: Santo Amaro, Cidade Alegria, Morada do Contorno e Alvorada/Vila Julieta; APROVADA.

Proposta 2.2 - Ampliar e reformar as unidades próprias de Atenção Primária à Saúde; APROVADA.

Proposta 2.3 - Reformar Academia da Saúde Jardim Primavera; APROVADA.

Proposta 2.4 - Investir na aquisição de veículos, mobiliário e equipamentos para Atenção Primária à Saúde; APROVADA.

Proposta 2.5 - Adquirir um consultório móvel para ampliar o atendimento dos usuários que residem em áreas remotas e em vulnerabilidade social; APROVADA.

Proposta 2.6 - Garantir o fortalecimento da atenção primária à saúde; SUPRIMIDA.

Proposta 2.7 - Adquirir bens permanentes para viabilizar a ampliação da oferta das Práticas Integrativas e Complementares do SUS - PICS no município; APROVADA.

Proposta 2.8 - Implantar na Atenção Primária à Saúde – APS o serviço de atendimento domiciliar ao idoso (>80 anos), com acompanhamento por consulta e exames periódicos, evitando o deslocamento de sua residência; SUPRIMIDA.

Proposta 2.9 - Adquirir bens permanentes para viabilizar a ampliação da oferta dos serviços de saúde ofertados pelo Programa Melhor em Casa; APROVADA - ENCAMINHADA PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.

3 - Vigilância em Saúde

Proposta 3.1 - Construir estrutura física própria para comportar a equipe dos serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Vigilância Epidemiológica, CEREST, Programa

Saúde Trabalhador - PST e, Programa de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT; APROVADA.

Proposta 3.2 - Ampliar e reformar o Centro de Controle de Zoonoses – CCZ / Controle de Vetores; APROVADA.

Proposta 3.3 - Construir estrutura física para o Centro Municipal de Imunização e, adquirir equipamentos para a Rede de Frio; APROVADA.

Proposta 3.4 - Implantar Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA, para realização de testagens rápidas do HIV, Sífilis e Hepatites Virais B e C, aconselhamento e estratégias de prevenção; APROVADA.

Proposta 3.5 - Contratar serviço para informatizar os processos de licenciamento “online” de estabelecimentos realizados pela Vigilância Sanitária; APROVADA.

Proposta 3.6 - Integrar o sistema eletrônico de informações (SINAN) e relatórios epidemiológicos com a Rede Assistencial de Saúde (RAS) visando o fortalecimento das ações de vigilância, análise e medidas de controle em saúde pública; APROVADA.

Proposta 3.7 - Manter orientações sanitárias e divulgação nos meios de comunicação sobre medidas de promoção e proteção da saúde no âmbito das doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, dando ênfase nas pandemias e endemias como parte das ações da Secretaria Municipal de Saúde; APROVADA – ENCAMINHADA PARA O BLOCO DE CUSTEIO.

4 - Saúde Mental, Atenção Hospitalar e Assistência Farmacêutica.

Proposta 4.1 - Realizar obras de reforma e ampliação no Hospital Municipal de Emergência Henrique Sérgio Gregori (HMEHSG) contemplando enfermarias, centro cirúrgico, lavanderia e laboratório; APROVADA.

Proposta 4.2 - Ampliar, reformar, equipar e mobiliar o Pronto Atendimento do Paraíso; APROVADA.

Proposta 4.3 - Implantar o serviço social 24h no HMHSG e manter a ouvidoria no horário administrativo; APROVADA.

Proposta 4.4 - Ampliar as áreas de abrangência do serviço, com a disponibilização de uma ambulância na área das Barras, uma em Engenheiro Passos (ativa no momento), uma em Fumaça além das existentes em Mauá e Serrinha/Capelinha. Instalação de base do SAMU na região de Mauá; APROVADA.

Proposta 4.5 - Manutenção e continuidade do projeto de odontologia na Unidade de Terapia intensiva; APROVADA - ENCAMINHAR PARA O BLOCO DE CUSTEIO.

Proposta 4.6 - Construir e mobiliar o Dispensário de Medicamento no Paraíso; APROVADA.

Proposta 4.7 - Adquirir um veículo e equipamentos para a Assistência Farmacêutica; APROVADA.

Proposta 4.8 - Construir a sede própria do Centro Atenção Psicossocial Infantil; SUPRIMIDA.

Proposta 4.9 - Implantar o Serviço de Acolhimento Adulto – UAA; APROVADA.

Proposta 4.10 - Criar Núcleo de atendimento aos adolescentes e jovens usuários de drogas, composto por profissionais preparados para lidar com esta faixa etária e em suas necessidades específicas – destaque – Nova Redação 4.10- Manutenção no Capsi do atendimento de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas, implementação da educação permanente e ampliação do quadro de profissionais de saúde; APROVADA.

Proposta 4.11 - Construir sede própria para o Caps Casa Aberta, CapsAD e Capsi; APROVADA.

5 – Gestão, Controle Social e Saúde Bucal.

Proposta 5.1 - Reestruturar o Serviço de Manutenção Predial, inclusive com a contratação de serviços privados, caso seja necessário; APROVADA.

Proposta 5.2 - Garantir a informatização completa e integralizada da Rede Municipal de Saúde e infraestrutura necessária, com implantação de Prontuário Único, em consonância com a Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD e inclusão da Atenção Primária à Saúde contando com o financiamento do Programa Informatiza APS do Ministério da Saúde; APROVADA.

Proposta 5.3 - Implantar o Centro de Especialidade Odontológica – CEO na Região do Grande Paraíso; APROVADA.

Proposta 5.4 - Adquirir mobiliários, equipamentos odontológicos completos e periféricos, para os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, Escolas Municipais e Unidades das Equipes de Saúde da Família – ESF; APROVADA.

Proposta 5.5 - Reformar os consultórios odontológicos das escolas municipais e adequação dos consultórios odontológicos das Unidades das ESF, conforme os Protocolos de Segurança do Paciente e Ocupacional; APROVADA.

Proposta 5.6 - Manter as atuais equipes de saúde bucal - ESB e implantar novas equipes de acordo com a necessidade local; APROVADA.

Proposta 5.7 - Investir na aquisição de veículo, equipamentos e mobiliário para o setor de Saúde Bucal; APROVADA.

4.2 Propostas/Plano de Governo para a Saúde (Gestão 2021-2024)

Conforme legislação eleitoral aplicável (Lei nº. 9.504, de 30/09/1997, alterada pela Lei nº. 12.034, de 29/09/2009), o pedido de registro de candidaturas em ano de eleições deverá ser instruído com as propostas a serem defendidas pelo candidato a Prefeito, a Governador de Estado e a Presidente da República.

As propostas para a Saúde registradas junto à Justiça Eleitoral para a atual Gestão 2021-2024 estão abaixo relacionadas:

SAÚDE

Continuar apoiando e reforçando a dinâmica do “Plano Municipal de Saúde” com foco nas diretrizes, nos objetivos e nas metas a atingir;

*Continuar investindo no atendimento psicológico, fisioterapêutico e fonoaudiológico da rede;
Ampliar o uso de tecnologias para agilizar o fornecimento de consultas.*

Santa Casa

Construção de anexo no atual estacionamento/ambulatório SUS;

Instalação da Unidade de Cuidados Prolongados;

Aquisição de Prédio da Mater/Policlínica para ampliação dos serviços;

Reforma do telhado;

Construção do novo CTI;

Construção de Centro Oftalmológico, já em funcionamento dentro da unidade.

Atenção Hospitalar

Conclusão da reforma do Hospital Municipal de Emergência Henrique Sérgio Gregori, além de ampliação com a construção de novo centro cirúrgico, nova enfermaria e nova CME;

Instalação de base do SAMU em Mauá;

Construção de nova base do SAMU em Resende, para substituição da atual;

Construção de nova Unidade de Pronto Atendimento no Paraíso/Cabral.

Saúde Bucal

Construção do CEO do Paraíso;

Reforma dos gabinetes odontológicos nas unidades escolares.

Saúde Mental

Construção de sedes próprias para todos os dispositivos da Atenção Primária;

Meta de 100% cobertura na ESF;

Reforma de 15 unidades e construção de cinco novas unidades de USF;

Implantação de sistema informatizado de gestão.

Atenção Especializada

Reforma da Policlínica do Manejo;

Reforma da Casa da Mulher;

Reforma do Posto do Estado;

Construção de nova Policlínica do Paraíso;

Modernização dos serviços de diagnóstico por imagem do CDI e HME, além de aquisição de Ressonância Magnética na rede municipal;

Construção de Centro de Reabilitação e Hidroterapia, na Cidade Alegria;

Ampliação do Centro de Reabilitação e Hidroterapia;

Modernização do Centro de Fonoaudiologia com integração à rede de Fisioterapia;

Ampliação da Equoterapia, já ampliada em 150%;

Ampliação do TFD;

Habilitação junto ao Ministério da Saúde dos serviços de Alta Complexidade (neurocirurgia, ortopedia e trauma, cirurgia vascular).

Vigilância em Saúde

Construção de sede para Cerest, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária;

Conclusão das obras do CCZ;

Reforma do Centro Municipal de Imunização.

Assistência Farmacêutica

Reforma do Dispensário de Medicamentos do Centro;

Reforma do Polo de Medicamentos de Alto Custo.

Administração Central

Reforma da sede da Secretaria Municipal de Saúde.

5 Monitoramento e avaliação

O processo de monitoramento e avaliação do presente Plano Municipal de Saúde 2014-2017 dar-se-á, inicialmente, por meio do preconizado na Resolução CIT nº. 8, de 24/11/2016, que *“Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde”*.

De acordo com a mencionada Resolução CIT 8/2016, *“a pactuação reforça as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população no território reconhecidas de forma tripartite e fortalece a integração dos instrumentos de planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS)”*, além do que *“indicadores que compõem este rol devem ser considerados nos instrumentos de planejamento de cada ente”*.

Os gestores nas três esferas de governo são responsáveis pelo monitoramento e avaliação das respectivas metas pactuadas, de modo que os resultados retroalimentem o planejamento em saúde (artigo 5º, Resolução CIT 8/2016).

Deste modo, adota-se o conjunto de indicadores que integram o processo de pactuação interfederativa no período 2017-2021 - além do conjunto de indicadores que substituirá esse processo -, para o monitoramento e a avaliação do presente Plano Municipal de Saúde 2022-2025, além do conjunto de indicadores relacionados às ações e metas propostas pelas áreas técnicas da SMS Resende, constantes no Plano Plurianual (PPA) 2022-2025.

Propõe-se que, anualmente, por ocasião da elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG), as áreas técnicas da SMS Resende concretizem um processo avaliativo dos indicadores de saúde e das ações e metas propostas, visando à consecução e à consolidação do monitoramento e avaliação do presente Plano Municipal de Saúde.

A seguir, são transcritas as metas pactuadas pelo município de Resende para o conjunto dos indicadores nacionais e estaduais propostos para o ano 2021 e aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde na 4ª. Reunião Ordinária realizada remotamente em 20/04/2021 (Resolução CMS nº. 5, de 21/04/2021).

Município: Resende

Rol de Indicadores Nacionais e Estaduais para Pactuação Interfederativa – 2021

Item	Indicadores Tripartite	UNIDADE	META
1	Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT_ doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (Taxa de Mortalidade ou Número de Óbitos se população com 100 mil ou mais ou população com menos de 100 mil)	Taxa/nº	365
2	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	%	100
3	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	%	98
4	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada	%	100
5	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	%	96
6	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	%	85
8	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	nº absoluto	16
9	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	nº absoluto	0
10	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	%	90
11	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	%	0,60
12	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	%	0,18
13	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	%	22
14	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	%	13
15	Taxa de mortalidade infantil	Taxa/nº	15
16	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	%	0
17	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	%	95,0
18	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	%	80,0
19	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	%	97,0
20	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios no ano.	%	100
21	Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	nº absoluto	1

22	<i>Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.</i>	n° absoluto	3
23	<i>Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.</i>	%	95

Item	Indicadores Bipartite	UNIDADE	META
24	<i>Proporção de notificações interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida</i>	%	18
25	<i>Proporção de municípios com ouvidoria implantada</i>	Nº	1
26	<i>Proporção de óbitos maternos investigados</i>	%	100
27	<i>Proporção de óbitos infantis e fetais investigados</i>	%	95
28	<i>Percentual de casos notificados com Anti-HCV reagente que realizaram exame de HCV-RNA</i>	%	95
29	<i>Proporção de exame anti-HIV realizado entre os casos novos de tuberculose.</i>	%	90
30	<i>Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.</i>	%	85
31	<i>Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.</i>	%	80
32	<i>Percentual de indivíduos com 13 anos ou mais com primeiro CD4+ acima de 350 céls/ml.</i>	%	75
33	<i>Proporção de animais vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.</i>	%	70
34	<i>Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial.</i>	%	2,27

Referências bibliográficas

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
2. _____. Resolução Conselho Nacional de Saúde nº. 330, de 04 de novembro de 2003. Aplica os “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS – NOB/RH – SUS” como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2003.
3. _____. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
4. _____. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 1990. Seção I, pág. 25694.
5. _____. Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011.
6. _____. Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2012.
7. _____. Resolução Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº. 5, de 19 de junho de 2013. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jun. 2013.
8. _____. Resolução Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº. 8, de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 dez. 2016.
9. _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção I, p. 88
10. _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2004. Seção I, p. 37
11. _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção I, p. 34
12. _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº. 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set. 2013. Seção I, p. 60
13. _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção I, p. 68
14. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS nº. 423, de 24 de junho de 2002. Aprova o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no Controle, Regulação e Avaliação da Assistência à Saúde no SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2002.
15. RESENDE. Lei Municipal nº. 3.324, de 1 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Prefeitura Municipal de Resende. 2017.
16. _____. Plano Municipal de Saúde de Resende/RJ 2018-2021, 2017.
17. _____. Relatório Anual de Gestão (RAG) de Resende/RJ 2020, 2021.