PREFEITURA MUNICIPAL DE ALENÇA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

PREFEITURA MUNICIPAL DE VALENÇA-RJ

Endereço: Rua Dr. Figueiredo nº 320 – Centro

Valença-RJ - CEP: 27.600-000

CNPJ: 29.076.130 / 0001-90

Telefones: (24) 24532696 / 24534615

Site: www.valenca.rj.gov.br

PREFEITO MUNICIPAL: Luis Fernando Furtado da Graça

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Endereço: Rua Dr. Figueiredo nº 320 – Centro

Valença-RJ - CEP: 27.600-000

Telefones: (24) 24531474

CNPJ: SMS/Fundo Municipal de Saúde: 11.934.211/0001-18

e-mail: smsvalenca@uol.com.br

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE: Márcio Roncalli de Almeida Petrillo

Elaboração do Plano Municipal de Saúde: Equipe Técnica da Secretaria Municipal de saúde.

Coordenação: Diretoria de Planejamento em Saúde

Sumário

Introdução

Apresentação

Histórico 7

Formação Administrativa 9

Formação Populacional 11

Localização Geográfica / Territorial Regional 12

1. Perfil Sociodemográfico

1.1. PIB 17

1.2. IDHM 19

1.3. Renda 19

1.4. Informações Educacionais 20

1.5. Urbanização e Saneamento básico 22

2. Aspectos Epidemiológicos

2.1. Nascidos Vivos 24

2.2. Mortalidade 25

2.2.1. Taxa Bruta de Mortalidade 25

2.2.2. Óbitos por Causa-Capítulo CID10 25

2.2.3. Óbitos por Faixa Etária 27

2.2.4. Mortalidade Infantil 28

2.2.5. Mortalidade Materna 28

2.2.6. Óbitos por Causas Externas 29

2.3. Morbidade 29

3. Organização da Rede de Atenção à Saúde

3.1. Vigilância em Saúde 32

3.1.1. Vigilância Epidemiológica 33

3.1.1.1. Imunização 34

3.1.1.2. Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT 34

3.1.1.2.a. Doenças Crônicas Não Transmissíveis 35

3.1.1.2.b. Fatores de Risco 37

3.1.1.3. Doenças Transmissíveis 41
3.1.1.3.a. Sífilis 41
3.1.1.3.b. HIV/AIDS 42
3.1.1.3.c. Dengue 42
3.1.1.3.d. Tuberculose 43
3.1.1.3.e. Hanseníase 44
3.1.1.4. Vigilância Sanitária 45
3.1.1.5.Vigilância Ambiental 45
3.1.1.6. Saúde do Trabalhador 46
3.1.1.7. Educação em Saúde 47
3.2. Assistência em Saúde 47
3.2.1. Atenção Hospitalar 47
3.2.2. Atenção Pré-Hospitalar e às Urgências / Emergências 48
3.2.3. Atenção Primária 49
3.2.3.1. Acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família 49
3.2.3.2. Saúde Bucal 50
3.2.3.3. Programa Previne Brasil 51
3.2.3.4. Programa Saúde na Escola 51
3.2.3.5. Práticas Integrativas e Complementares 51
3.2.3.6. E-SUS 52
3.2.3.7. Cobertura Populacional por Equipes de Atenção Primária 52
3.2.4. Atenção Especializada Ambulatorial de Média Complexidade 57
3.2.4.1. Centro Municipal de Fisioterapia 57
3.2.4.2. Casa de Saúde Coletiva 58
3.2.4.3. Centro Integrado de Saúde 59
3.2.4.4. CIMEE 59
3.2.4.5. Prestadores Municipais Credenciados e/ou Conveniados ao SUS 60
3.2.4.6. Redes Temáticas 62
3.2.4.7. Programação Pactuada e Integrada – PPI 63
3.2.5. Atenção Materno-Infantil 67
3.2.5.1. Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil e Mortalidade Materna 68
3.2.5.2. Mortalidade Infantil 69
3.2.5.3. Taxa de Cesáreas 69

3.2.6. Saúde do Idoso 70
3.2.7. Atenção Psicossocial 70
3.2.7.1. CAPSII 70
3.2.7.2. CAPS AD 72
3.2.7.3. Residência Terapêutica I 73
3.2.7.4. Residência Terapêutica II 74
3.2.7.5. Enfermaria Psiquiátrica / Leitos Crack 74
3.2.8. Assistência Farmacêutica 76

4. Gestão em Saúde
4.1. Regionalização 78
4.2. Recursos Humanos 80
4.3. Planejamento 85
4.4. Financiamento 86
4.5. Fundo Municipal de Saúde 89
4.6. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria 90
4.6.1. Central de Marcação de Consultas – CEMAC 90
4.6.2. Tratamento Fora de Domicílio – TFD 91
4.6.3. Central de Ambulâncias 91
4.6.4. Setor de Transporte 91
4.6.5. Ouvidoria 92
4.6.6. Judicialização na Saúde 93
4.6.7. Conselho Municipal de Saúde 94

5. Matriz de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 95

Apresentação

O presente Plano Municipal de Saúde (PMS) constitui-se no instrumento central de planejamento para o período de 2022 a 2025. Ele orienta a implementação de todas as iniciativas de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), explicitando os compromissos setoriais de governo, além de refletir, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e a capacidade de oferta pública de ações, serviços e produtos para o seu atendimento.

O Plano Municipal de Saúde está estruturado em 3 diretrizes, sendo que as mesmas estão em consonância com o Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro vigente e com partes das Diretrizes que compõem o Plano Nacional de Saúde vigente. O Plano também está em consonância com a Matriz de Planejamento da Região do Médio Paraíba-RJ. No processo de construção deste Plano Municipal de Saúde (PMS), além das demandas técnicas de todos os setores, das Deliberações da Plenária Municipal de Saúde realizada em Julho de 2017 e do Plano de Governo da atual Gestão, houve uma compatibilização com o Plano Plurianual (PPA) – instrumento de governo que estabelece, a partir de programas e iniciativas, os recursos financeiros setoriais para o período de quatro anos, na perspectiva de integração entre planejamento e orçamento municipal.

Conforme definido na Portaria GM/MS 2.135/2013, o plano é estruturado em três partes: Análise Situacional, destaca o resumo das condições de saúde da população, condicionantes e determinantes, o acesso às ações e serviços e questões estratégicas para a gestão do SUS. As Diretrizes, objetivos, metas a serem alcançados e seus indicadores, que contribuirão para o aprimoramento do SUS. E por fim destacamos como se dará o monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 e possíveis ajustes para a qualificação do mesmo.

Introdução

Histórico

O território do atual Município de Marquês de Valença era habitado, na época do seu devassamento, pelos índios Coroados, que dominavam toda a zona compreendida entre os rios Paraíba e Preto.

Em 1789, D. Luís de Vasconcelos e Souza, Vice-rei do Brasil, ordenou fosse iniciada a catequese de vários indígenas ali aldeados entre os quais se incluíam os Coroados, cuja ferocidade os faziam temidos nas povoações circunvizinhas. Foram encarregados dessa missão o capitão de ordenanças Inácio de Souza Werneck, o fazendeiro José Rodrigues da Cruz, senhor da Fazenda de Ubá, e o padre Manoel Gomes Leal.

Uma das primeiras providências tomadas pelos colonizadores foi a de construir modesta capela, no principal aldeamento dos Coroados, originando-se daí a povoação. A capela foi dedicada à Nossa Senhora da Glória de Valença, em homenagem ao Vice-rei descendente da tradicional família portuguesa dos Marqueses de Valença. Padre Manoel deu início à sua tarefa, procurando concentrar os aglomerados indígenas até então dispersos pela mataria, chamando ainda à civilização os Puris e Araris.

Em 1807, o governo, por Carta Régia de 19 de agosto, conferiu à povoação o predicamento de freguesia.

Contavam-se, na Quaresma de 1814, 119 fogos, com 688 indivíduos adultos, sendo o total das pessoas superior a 700 (sem contar os índios aldeados).

O progresso das localidades além do rio Paraíba muito contribuiu para o desenvolvimento da freguesia de Nossa Senhora da Glória de Valença, bem como das terras que se lhe seguiam além da margem do rio Preto, na capitania de Minas Gerais. Valença era passagem obrigatória das tropas mineiras que demandavam a Corte do Rio de Janeiro. O antigo nome da rua Saldanha Marinho (rua dos Mineiros) é um reflexo da vida de então na freguesia, onde o tropeiro era figura sempre benvinda: "hóspede nas fazendas, querido e ansiosamente esperado, trazia as novidades, aviava as encomendas

femininas, geria interesses financeiros do chefe da casa", segundo o historiador.

Pelo caminho da aldeia, aberto por Souza Werneck, fazia-se a ligação do sertão de Valença com a aldeia dos Araris, em Rio Bonito (Conservatória), através do rio das Flores e, por outro lado, estabelecia-se contato com a estrada geral para Minas e os caminhos auxiliares do Pilar, Azevedo e Tinguá (Freguesia de Sacra Família do Tinguá).curso do ribeirão das Mortes - escreve Matoso Maia Forte - orientava as "tropas vindas de N.S. da Glória de Valença para Sacra Família do Tinguá, ganhando daí as antigas estradas na direção de Iguaçu ou o atalho.

Que já começava a ser trilhado, para o rancho dos Mendes e Rodeio, na direção da Serra dos Macacos, para se dirigirem, já na planície, rumo a Itaguaí". Por esse lado, vinham "viajantes e tropas mineiras na direção das proximidades de Desengano, para fazerem, rio acima, a travessia para a margem direita do Paraíba indo ter às vizinhanças do riacho das Mortes, na atual estação de Barão de Vassouras, evitando o percurso mais longo que lhes oferecia o Caminho do Comércio".

A 17 de outubro de 1823, novamente recebeu a povoação as atenções dos governantes que, por Alvará daquela data, lhe concederam a categoria de Vila, com território desmembrado dos termos da Cidade do Rio de Janeiro e das antigas Vilas de São João do Príncipe (depois São João Marcos) e de Resende, verificando-se a sua instalação três anos depois, a 12 de novembro. A elevação à categoria de Cidade data de 29 de setembro de 1857 (Lei nº. 961 da Assembleia Provincial).

Por volta de 1859, a Cidade contava cerca de 5 000 habitantes e o Município 40 000 entre livres e escravos.

Em 1871, os trilhos da União Valenciana chegavam à Cidade. Passava, então, a localidade por período de grande desenvolvimento econômico, graças à lavoura cafeeira; o comércio atacadista ganhou intensidade.

A Lei Áurea de 1888, abolindo a escravatura iria refletir-se profundamente na economia valenciana, uma vez que por essa época trabalhavam na lavoura de café cerca de 25 000 escravos.

Por volta de 1909, José Siqueira Silva da Fonseca, Benjamin Ferreira Guimarães

e Vito Pentagna fizeram, com bons resultados, experiências de industrialização. Nova era de desenvolvimento iniciar-se-ia, então com o ciclo industrial e agropecuário.

Fator destacado do ressurgimento da vida local foi a encampação da antiga estrada de ferro "União Valenciana" à Central do Brasil, em 1910. A instalação das oficinas e do 10.º " Depósito da Central do Brasil; a construção da variante de Estêves e do trecho ferroviário entre Marquês de Valença e Taboas e de Rio Preto a Santa Rita de Jacutinga, fizeram também com que aumentasse a população, se enriquecesse o comércio e se desenvolvesse a indústria.

Em 31 de dezembro de 1943, o topônimo Valença foi modificado para Marquês de Valença (Decreto-lei Estadual n. º 1056).

Gentílico: valenciano

Formação Administrativa

Freguesia criada com a denominação de Nossa Senhora da Glória de Valença, por Carta Régia de 15-08-1807, bem assim pelos decretos estaduais nº 1, de 08-05-1892 e nº 1-A, de 03-06-1892, subordinado ao município do Rio de Janeiro, Resende e Rio Claro.

Elevado à categoria de vila com a denominação de Valença, por alvará de 17-08-1823, desmembrado dos termos da cidade do Rio de Janeiro e das antigas vilas de São João do Príncipe depois São João Marcos atual Rio Claro e Resende. Constituído do distrito sede. Instalado em 12-11-1826.

Pelo decreto provincial nº 136, de 19-03-1839 e decretos estaduais nº 1, de 08-05-1892 e nº 1-A, de 03-06-1892, é criado o distrito de Santo Antônio do Rio Bonito e anexado a vila de Valença.

Pela lei provincial ou decreto provincial nº 603, de 27-09-1852 e decretos estaduais nº 1, de 08-05-1892 e nº 1-A, de 03-06-1892, é criado o distrito de Nossa Senhora da Piedade das Ipiabas e anexado a vila de Valença.

Pelo decreto nº 573, de 09-10-1851, e pelos decretos estaduais nº 1, de 08-05-1892

e nº 1-A, de 03-06-1892, é criado o distrito de Santa Isabel do Rio Preto e anexado a vila de Valença.

Elevado à condição de cidade e sede municipal com a denominação Valença, pela lei provincial nº. 961, de 29-09-1857. Pelo decreto provincial nº 2790, de 17-11-1885 e decretos estaduais nº 1, de 08-05-1892, e nº 1-A, de 03-06-1892, é criado o distrito de São Sebastião de Rio Bonito. Pelos decretos estaduais n. º 1, de 08-05-1892 e 1-A, de 03-06-1892, é criado o distrito de Desengano e anexado ao município de Valença.

Pela lei estadual nº 1798, de 20-11-1892, o distrito de Nossa Senhora da Piedade das Piabas passou a denominar-se Pandiá Calógeras.

Em divisão administrativa referente ao ano 1911, o município de Valença é constituído 6 distritos: Valença, Desengano, Pandiá Calógeras, Rio Preto ex-Santa Isabel do Rio Preto, Santo Antônio do Rio Bonito e São Sebastião do Rio Bonito.

Pela lei estadual nº 1811, de 28-01-1924, é criado o distrito de São Sebastião do Rio Preto e anexado ao município de Valença.

Pelo decreto federal nº 15923, de 10-01-1923, o distrito de Pandiá Calógeras passou a denominar-se Ipiabas.

Em divisão administrativa referente ao ano 1933, o município de Valença aparece com 7 distritos: Valença, Desengano, Santo Antônio do Rio Bonito, Ipiabas, Santa Isabel do Rio Preto ex-Rio Preto, São Sebastião do Rio Preto e São Sebastião do Rio Bonito.

Em divisões territoriais datadas de 31-XII-1936 e 31-XII-1937, o município é constituído de 7 distritos: Valença, Desengano, Ipiabas, Rio Bonito ex-Santo Antônio do Rio Bonito, Santa Isabel do Rio Preto, São Sebastião do Rio Bonito e São Sebastião do Rio Preto.

Pelo decreto-lei estadual nº 392-A, de 31-03-1938, o distrito de Rio Bonito aparece com a denominação de conservatória.

Pelo decreto estadual nº 641, de 15-12-1938, o distrito de São Sebastião do Rio Bonito passou a denominar-se Pentagna.

No quadro fixado para vigorar 1939-1943, o município é constituído de 7 distritos: distritos: Valença, Conservatória, Desengano, Ipiabas, Pentagna ex-São Sebastião do Rio Bonito, Santo Antônio do Rio Bonito e Santa Isabel do Rio Preto e Rio Preto ex-São Sebastião do Rio Preto.

Pelo decreto-lei estadual nº 1056, de 31-12-1943, o município de Valença passou a denominar-se Marquês de Valença. Sob o mesmo decreto o distrito de Rio Preto passou a denominar-se Parapeúna e ainda os distritos de Conservatória e Ipiabas deixam de pertencer ao município de Marquês de Valença ex-Valença para ser anexado ao município de Barra do Piraí.

Por força das disposições constitucionais transitórias deste estado, promulgado em 20-06-1947, o município de Marquês de Valença, adquiriu do município de Barra do Piraí o distrito de conservatória.

Pela lei estadual nº 736, de 27-12-1949, o distrito de Desengano passou a denominar-se Juparanã.

Em divisão territorial de I-VII-1950, o município é composto de 6 distritos: Marquês de Valença ex-Valença, Barão de Juparanã ex-Desengano, Conservatória, Parapeúna ex-Rio Preto, Pentagna e Santa Isabel do Rio Preto.

Pela lei estadual nº 3972, de 22-07-1959, o município de Marquês de Valença voltou a denominar-se Valença. Em divisão territorial datada de I-VII-1960, o município é constituído de 6 distritos: Valença, Barão de Juparanã, Conservatória, Parapeúna, Pentagna e Santa Isabel do Rio Preto.

Em "Síntese" de 31-XII-1994, o município é constituído de 6 distritos: Valença, Barão de Juparanã, Conservatória, Parapeúna, Pentagna e Santa Isabel do Rio Preto.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007.

Alterações toponímicas municipais

Valença para Marquês de Valença alterado, pelo decreto-lei nº 1056, 31-12-1943.

Marquês de Valença para simplesmente Valença alterado, pela lei estadual nº 3972, de 22-07-1959.

Fonte: IBGE

Localização Geográfica / Territorial Regional

O Município de Valença se localiza na região do Médio Paraíba e é constituído pelos distritos de Barão de Juparanã, Santa Isabel do Rio Preto, Pentagna, Parapeúna e Conservatória, sendo o segundo município em extensão territorial do estado do Rio de Janeiro.

Valença pertence à Região do Médio Paraíba, que também abrange os municípios de Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores e Volta Redonda.

Ao lado do município de Rio das Flores, constitui um módulo assistencial na Microrregião 1 da Região Médio Paraíba. Faz divisa com o estado de Minas Gerais (Rio Preto e Santa Rita de Jacutinga) e com vários municípios da região: Rio das Flores, Vassouras, Barra do Piraí e Barra Mansa. A sede municipal está situada a 153 km de distância da capital do Estado, o município do Rio de Janeiro, sendo que a principal estrada de comunicação com a capital, a Rodovia Presidente Dutra, fica a uma distância de 70 quilômetros.

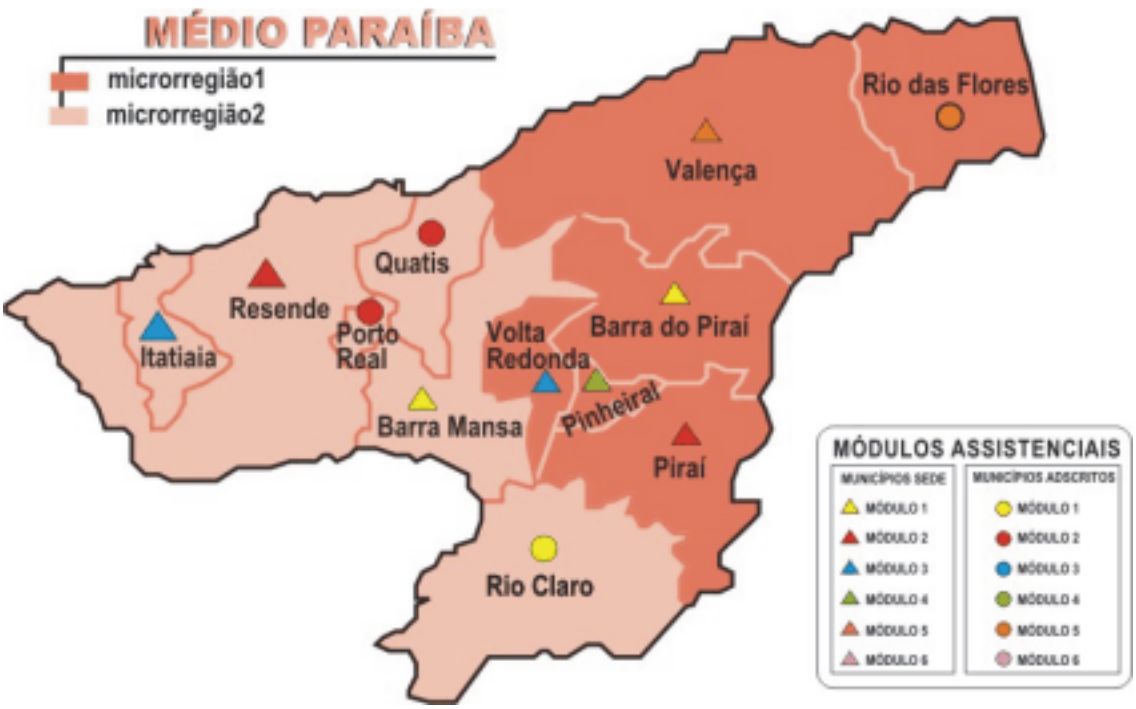
O município tem uma área total de 1.304,8 quilômetros quadrados, correspondentes a 21,1% da área da Região do Médio Paraíba. Os limites municipais, no sentido horário, são: Minas Gerais, Rio das Flores, Vassouras, Barra do Piraí, Barra Mansa e Quatis.

O município localiza-se em região de colinas, à margem esquerda do rio Paraíba, e sua sede situa-se em vale constituído por duas ravinas e dois planaltos, cortada por córregos que deságuam no rio das Flores, que tangencia o perímetro urbano.

O principal acesso à sede é pela RJ-145, que acessa a BR-393 em Barra do Piraí e a Via Dutra mais ao sul, em Piraí. Rumo norte, essa estrada alcança Rio das Flores. A RJ-137 parte da BR-393, ao sul, em Barra do Piraí, em direção noroeste para o distrito de conservatória e segue para Santa Rita de Jacutinga, em Minas Gerais. A RJ-147 sai de

Valença rumo a Pentagna, Parapeúna e Santa Bárbara do Monte Verde, esta última já em Minas. Rodovias estaduais como a RJ-151, que costeia o rio Preto na fronteira com Minas, as RJ-115, RJ-153 e RJ-143 complementam o sistema viário do município.

Informações	
População estimada 2021	77.202
População 2010 (censo)	71.843
Área da unidade territorial (km²)	1.300,767
Densidade demográfica (hab./km²)	55,06
Código do Município	3306107
Gentílico	valenciano
Altitude	560
Clima	Tropical de Altitude - Cwa
Fuso Horário	UTC-3



Fonte: IBGE

A tabela 1 apresenta os dados da população residente nos últimos censos realizados e as estimativas:

Tabela 1 – População Residente por Ano – Valença

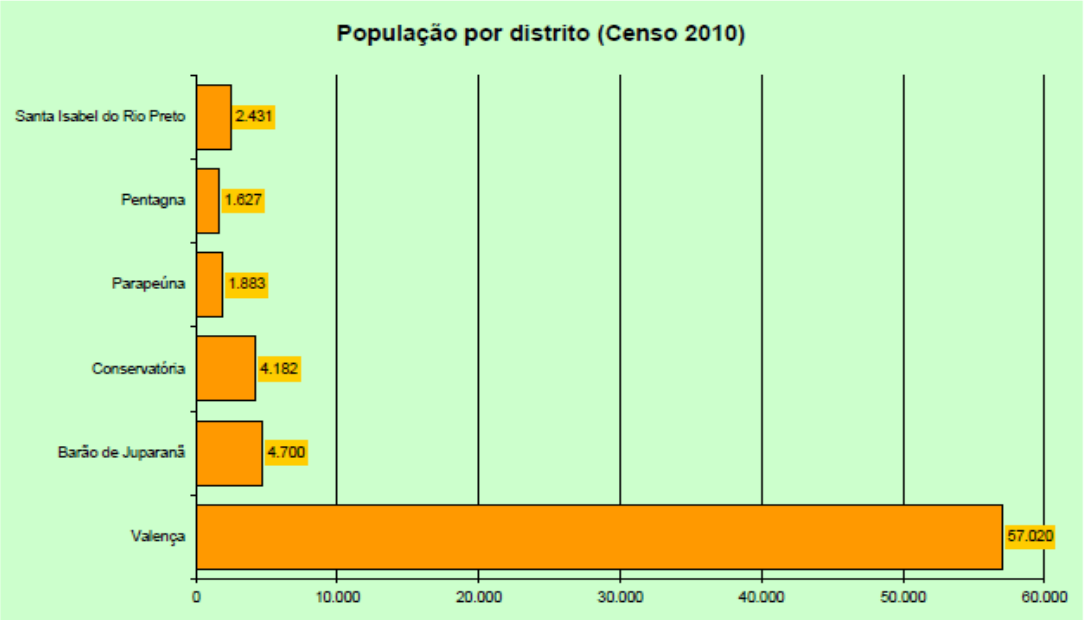
Ano	População	Método
2021	77.202	Estimativa
2020	76.869	Estimativa
2019	76.523	Estimativa
2018	76.163	Estimativa
2017	74.237	Estimativa
2016	73.997	Estimativa
2015	73.725	Estimativa
2014	73.445	Estimativa
2013	73.154	Estimativa
2012	72.679	Estimativa
2011	72.268	Estimativa
2010	71.843	**Censo**
2009	75.817	Estimativa
2008	74.993	Estimativa
2007	70.986	Estimativa
2006	70.377	Estimativa
2005	69.758	Estimativa
2004	68.541	Estimativa
2003	68.000	Estimativa
2002	67.464	Estimativa
2001	66.965	Estimativa
2000	66.308	**Censo**
1996	61.611	**Contagem Populacional**
1991	60.805	**Censo**
1980	53.583	

Fonte: IBGE Censos Estimativas

Em 2010, Valença tinha uma população de 71.843 habitantes. Observamos um crescimento progressivo de cerca de 0,7% ao ano na população Valenciana ao longo dos últimos anos, com exceção do período entre 2017 e 2018, que o crescimento foi de 2,5%. Em comparação entre o Censo de 2000 e o Censo de 2010, observamos um crescimento de 8,3% da população; porém, entre a estimativa populacional do ano de 2009 (75.817 habitantes) e o censo populacional de 2010 (71.843 habitantes), notamos uma redução de 5,53% da população.

A população local, de acordo com o último censo, distribuía-se no território municipal conforme o gráfico a seguir:

Gráfico 3: Distribuição local da população – 2010



Com relação a distribuição por sexo e faixa etária:

Tabela 2 – População por Sexo e Faixa Etária – Valença – 2010

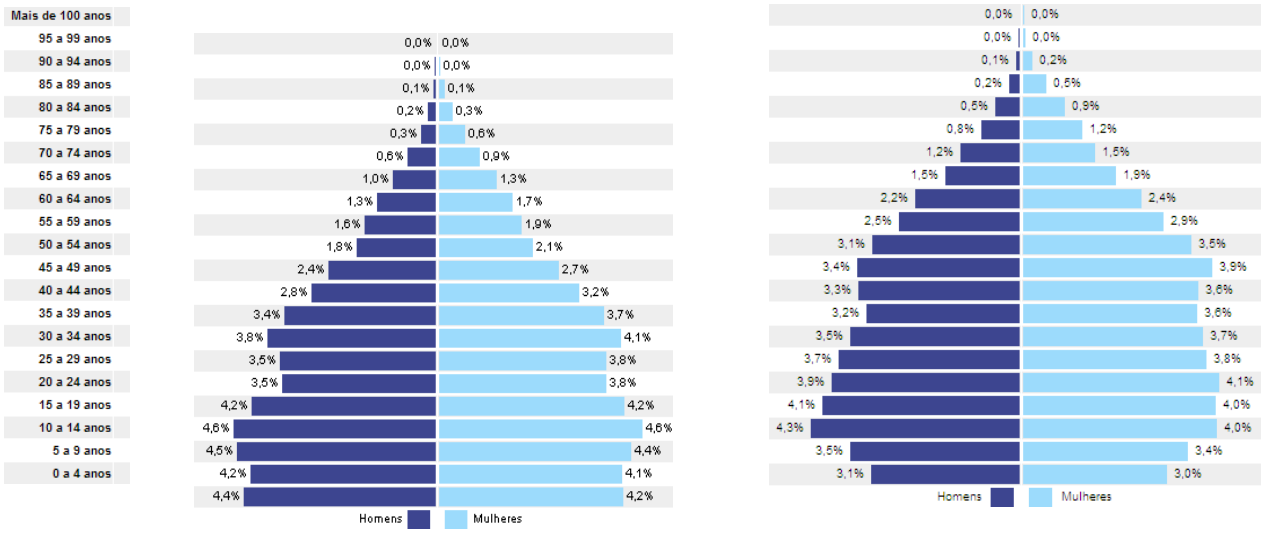
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	409	402	811
1 a 4 anos	1788	1733	3521
5 a 9 anos	2512	2452	4964
10 a 14 anos	3100	2874	5974
15 a 19 anos	2921	2865	5786
20 a 29 anos	5478	5629	11107
30 a 39 anos	4781	5251	10032
40 a 49 anos	4800	5399	10199
50 a 59 anos	3983	4585	8568
60 a 69 anos	2651	3122	5773
70 a 79 anos	1445	1930	3375
80 anos e mais	582	1151	1733
Total	**34450**	**37393**	**71843**

Fontes: IBGE - Censos demográficos

A comparação entre as pirâmides etárias construídas pelos censos 2000 e 2010 revela mudanças no perfil demográfico municipal, com estreitamento na base e alargamento no meio da figura:

Gráfico 2: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, conforme os censos 2000 e 2010

Censo 2000 Censo 2010



Fonte: IBGE

Conforme tendência Nacional a partir do início dos anos 70, observamos uma queda progressiva na Taxa de Fecundidade e no número de nascidos vivos no município de Valença. Devido a essa transição demográfica, notamos entre a pirâmide etária 1 (Censo 200) e a pirâmide etária 2 (censo 2010), um aumento da população adulta e principalmente da população idosa, onde tivemos um crescimento de cerca de 26% entre 2000 e 2010. Notamos uma taxa de idosos no município de Valença de 15,03%, acima da média Estadual que é de 12,90%.

1. Perfil Sociodemográfico

Determinantes e Condicionantes

As condições de saúde da população brasileira, assim como de outras nações, transcendem o espectro de ação do setor respectivo, tendo em conta que resultam de inúmeros fatores sociais, econômicos, ambientais, culturais. O Brasil tem feito vários movimentos – oriundos da esfera pública da sociedade civil –, voltados à promoção da qualidade de vida, com repercussões importantes sobre a saúde da população.

A despeito dos esforços empreendidos, persistem situações geradoras de iniquidades que requerem contínuo enfrentamento, mediante a implementação de políticas capazes não só de mitigar as condições desfavoráveis à saúde da população, mas de promover o bem-estar geral. No resumo a seguir, são identificados determinantes e condicionantes da saúde que o SUS, no âmbito da esfera federal, considera estratégicos para a sua atuação no próximo quadriênio.

1.1. Produto Interno Bruto - PIB

O PIB é a soma de todos os bens e serviços finais produzidos por um país, estado ou cidade, geralmente em um ano. Mede apenas os bens e serviços finais para evitar dupla contagem. Se um país produz R$ 100 de trigo, R$ 200 de farinha de trigo e R$ 300 de pão, por exemplo, seu PIB será de R$ 300, pois os valores da farinha e do trigo já estão embutidos no valor do pão.

É um indicador de fluxo de novos bens e serviços finais produzidos durante um período. Se um país não produzir nada em um ano, o seu PIB será nulo.

Já o PIB per capita é a divisão do PIB pelo número de habitantes, o que mede quanto do PIB caberia a cada indivíduo de um país, estado ou cidade se todos recebessem partes iguais.

A tabela a seguir, mostra a evolução do PIB per capita do município no período de 2007 a 2018.

PIB per capita por ano do Município de Valença. Período: 2008 – 2018

Ano	PIB per capita	Produto Interno Bruto (PIB)
2007	7.931,32	563.012,90
2008	8.992,40	674.367,00
2009	10.191,77	772.709,00
2010	14.223,67	991.142,00
2011	14.810,01	1.042.320,00
2012	15.248,38	1.108.237,00
2013	19.111,26	1.398.065,00
2014	2.213.161	1.625.456,36
2015	25.801,59	1.902.221,86
2016	27.173,21	2.010.736,05
2017	29.635,79	2.200.071,81
2018	33.675,61	2.564.835,56

Fonte: IBGE

Ao longo dos anos, houve um crescimento progressivo do PIB per capita de Valença, sendo que, entre os anos de 2010 e 2012, esse crescimento foi proporcionalmente menor.

Em 2018, o PIB per capita do município foi de R$ 33.675,61, abaixo do PIB per capita do Estado do Rio de Janeiro, que foi de 44.222,66.

A tabela que segue apresenta informações sobre a evolução da economia de Valença frente aos demais municípios fluminenses, tais como *ranking* anual dos setores econômicos, distribuição setorial do valor adicionado bruto, *ranking* de PIB a preços de mercado e de PIB *per capita*:

Tabela 46: Aspectos da economia do município – 2010 a 2018

Setor econômico	*Ranking* no ano									Valor adicionado bruto da atividade econômica em 2018 (em % e em R$ mil)	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Agropecuária	25	29	19	19	23	31	28	23	25	1,6%	37,231
Indústria	37	40	39	36	34	31	28	25	25	36,4%	839,163
Administração pública	34	34	34	34	34	34	34	34	34	22,7%	523,840
Demais serviços	40	41	41	43	43	40	38	38	38	39,2%	903,204
Total dos setores										100,00%	2.303.438
Impostos sobre produtos										261,398	
PIB a preços de mercado	40	41	43	42	41	34	34	34	35		2.564.836
PIB *per capita*	49	52	53	50	47	35	32	28	29		33,676

Fonte: Elaboração própria. Dados extraídos do IBGE.

1.2. Índice de Desenvolvimento Humano - IDHM

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal surgiu de uma adaptação da metodologia do IDH global para calcular o IDH dos municípios brasileiros. Assim, o IDHM (assim como o IDH global) é calculado com base em três indicadores de desenvolvimento humano: vida longa e saudável (longevidade), acesso ao conhecimento (educação) e padrão de vida (renda).

O IDHM varia entre 0 e 1, sendo que, quanto mais próximo de 1, maior é o desenvolvimento humano de um município.
A tabela abaixo apresenta a evolução do IDHM do município em três décadas:

3306107 - Valença			Média RJ	Média Nacional
Ano	Nota	Classificação		
IDHM 2010	0,738	Alto	0,715	0,727
IDHM 2000	0,627	Médio		
IDHM 1991	0,528	Baixo		

Observamos que o município está situado na faixa de desenvolvimento humano alto, com um crescimento no IDHM de cerca de 18% ao longo dos períodos avaliados. Tal resultado do município está um pouco acima da média do Estado do Rio de Janeiro e também da média nacional.

Em relação a 5.565 municípios do Brasil, Valença ocupa a 823ª posição no ranking do IDHM. Já entre os 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro, está na 15ª posição.

1.3. Renda

Em 2019, o salário médio mensal do município era de 2.0 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 16.6%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 46 de 92 (média salarial) e 53 de 92 (proporção de pessoas ocupadas), respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 2034 de 5570 (média salarial) e 1919 de 5570 (proporção de pessoas ocupadas), respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 32.6% da população nessas condições, o que o colocava na posição 73 de 92 dentre as cidades do estado e na

posição 4142 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

1.4. Informações Educacionais

Em nível nacional, o Plano Nacional de Educação – PNE, define 10 diretrizes que devem guiar a educação brasileira e estabelece 20 metas a serem cumpridas no prazo de sua vigência, metas essas, cuja evolução no cumprimento deve ser aferida a cada 2 anos.

Já a nível estadual, a regulamentação do setor educacional depende da aprovação de um novo plano, pois o anterior, estabelecido em 2009, foi amplamente ignorado ao longo do seu período de vigência.

A qualidade da educação ofertada pelos sistemas de educação brasileiros é aferida por indicadores, sendo os principais, citados a seguir:

- ✓ **Sistema de Avaliação da Educação Básica – Saeb**

Recentemente, o Inep reposicionou o Saeb como um instrumento mais adequado do que o Enem para a aferição da qualidade ofertada nas escolas brasileiras. Em 2005, foi reestruturado, passando a ser composto por duas avaliações: a Avaliação Nacional da Educação Básica – Aneb e a Avaliação Nacional do Rendimento Escolar – Anresc (Prova Brasil).

De acordo com o relatório publicado pelo Inep referente ao período de 2005 a 2015, os resultados de desempenho nos testes da Aneb e Anresc são expressos por números na escala de proficiência (instrumento que ajuda a determinar o grau de desempenho), que variam de 0 a 500 pontos.

A tabela a seguir mostra o desempenho dos alunos das redes estadual e municipal de Valença na edição de 2019 do Saeb:

Tabela 16: Médias de proficiência do Saeb – Município – 2019

Dependência administrativa	Anos iniciais - 5º ano		Anos finais - 9º ano	
	Língua Portuguesa	Matemática	Língua Portuguesa	Matemática
Estadual	Não avaliada	Não avaliada	275,95	279,24
Municipal	213,16	223,97	261,95	264,51

Fonte: Elaboração própria. Dados do Saeb/Inep.

- ✓ **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – Ideb**

O Ideb é um indicador sintético de qualidade educacional, em que a proficiência é medida entre 0 e 10. Para este indicador, as metas de desempenho da rede estadual dos anos iniciais do Ensino Fundamental para o Estado do Rio de Janeiro devem passar dos 3,8 de 2005 para 6,0 em 2021; de 2,9 para 4,9 nos anos finais; e de 2,8 para 4,6 no Ensino Médio.

Nas oito edições do Ideb já realizadas, Valença apresentou os seguintes resultados:

Tabela 20: Notas médias e variação do Ideb do Ensino Fundamental – rede municipal local – 2005 a 2019

Rede municipal	Ideb								*Ranking* 2019	Meta Ideb 2019	Atingiu meta?
	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019			
Anos Iniciais	3,8	4,5	4,7	4,7	5,1	5,0	5,2	5,0	74° entre 90 avaliados	5,8	não
Anos Finais	4,2	3,8	3,7	4,0	3,4	não avaliada	4,6	4,3	55° entre 84 avaliados	5,9	não

Tabela 21: Notas médias e variação do Ideb do Ensino Fundamental – rede estadual local – 2005 a 2019

Rede estadual		Ideb							*Ranking* 2019	Meta Ideb 2019	Atingiu meta?
	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019			
Anos Iniciais	4,5	4,7	5,3	4,3	5,6	não avaliada	não avaliada	não avaliada	indefinido	6,3	não se aplica
Anos Finais	4,0	4,0	4,5	4,7	4,6	4,6	4,5	5,3	5° entre 61 avaliados	5,7	não

possível consultar os resultados e as metas de cada escola individualmente através do sítio http://sistemasideb.inep.gov.br/resultado.

O Ideb das escolas estaduais do Rio de Janeiro no Ensino Médio, nestes 10 anos variou do penúltimo lugar no ranking nacional em 2009, até a 4ª posição em 2013, voltando a cair a partir de então. Em 2017 ocupava a 13ª posição, recuando ainda mais em 2019, chegando ao 19º lugar.

Dados sobre a Educação no município

O número total de matrículas nos ensinos infantil, fundamental e médio (regular, especial e/ou EJA) de Valença, em 2018, foi de 14.196 alunos, tendo evoluído para 13.957 em 2019, apresentando variação de 1,68% no número de estudantes.

- **Ensino Infantil**

Em **Creches**, a rede municipal respondeu por 87% das matrículas em 2019. O número total de matrículas teve evolução de 23% no período de 2014 a 2019.

Na **Pré-escola**, a rede do município de Valença foi responsável por 84% das matrículas em 2019. Houve variação de 6% na quantidade de alunos matriculados na Pré-escola entre 2014 e 2019.

- **Ensino Fundamental**

O número de matrículas oscilou em -11% no período. A rede estadual de ensino teve 12% dos alunos matriculados no período de 2019.

Os indicadores de aprovação por rede de ensino evidenciam baixo rendimento da rede pública e hegemonia de aprovação na rede particular, já a partir do 2º ano. O número de alunos que concluíram o ensino fundamental variou de 747 em 2000 para 548 em 2019 (-27% no período).

- **Ensino Médio**

O número de matrículas oscilou em -12% no período de 2014 a 2019, contra diminuição no quadro de docentes, influenciando proporcionalmente no rateio de alunos por professor.

Especificamente na rede estadual, com 81% do volume de matrículas em 2019, houve variação de -23% na quantidade de alunos matriculados no período.

O número de alunos que concluíram o Ensino Médio foi de 693 em 2000, passando para 607 em 2019, com variação de -12% no período.

Já no Ensino de Jovens e Adultos, Valença teve um total de 1.794 alunos matriculados em 2019, sendo 76% na rede estadual e 24% na municipal.

Havia 13 cursos de graduação presencial no ensono superior, com 3.131 alunos matriculados em 2018.

1.5. Urbanização e Saneamento Básico

A Política Nacional de Saneamento Básico – PNSB (Lei Federal nº 11.445/2007)

trata do conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos, além de drenagem e manejo de águas pluviais urbanas.

De acordo com os resultados disponibilizados pelo Sistema Nacional de Informações – Snis sobre Saneamento, referentes ao ano-base 2019, a tabela a seguir demonstra a situação de Valença em relação à distribuição de água tratada.

Tabela 9: Informações e indicadores agregados – Água potável – Município – 2019

Indicador	Quantidade
População total atendida com abastecimento de água (habitantes)	66,277
Índice de atendimento total de água (%)	86,61
Consumo médio *per capita* de água (litros/hab. dia)	164,6
Índice de perdas na distribuição (%)	54,02

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Regional – Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento

Com referência ao esgotamento sanitário (população total atendida, índice de atendimento, volume de esgoto coletado e índice de tratamento), o Snis não traz dados sobre Valença.

Consoante a Política Nacional de Saneamento Básico – PNSB (Lei Federal nº 11.445/2007) e a Política Nacional de Resíduos Sólidos – PNRS (Lei Federal nº 12.305/2010), Valença, assim como a maior parte dos municípios fluminenses, faz parte de arranjos regionais ou consórcios públicos, compartilhando serviços ou atividades de interesse comum, o que permite maximizar os recursos humanos, infraestrutura e recursos financeiros existentes em cada um deles, de modo a gerar economia de escala. O município dispõe seus resíduos sólidos urbanos em aterro situado em Vassouras, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 6: Informações e fluxos – Resíduos sólidos – Município – 2019

Órgão gestor	Secretaria Municipal de Serviços Públicos e de Defesa Civil
Compartilhamento	Vale do Café
Unidade de processamento	Aterro Consorciado Vale do Café – Convale
Tipo de unidade	Aterro sanitário
Quantidade total de resíduos coletados	13.865,5 ton./ano

Fonte: Elaboração própria. Informações do Snis e do Instituto Estadual do Ambiente – Inea

Conforme o Diagnóstico de Drenagem e Manejo das Águas Pluviais Urbanas

realizado em 2018, na área urbana de Valença 100% das vias públicas contém pavimentação e meio-fio e 28% contém redes ou canais pluviais subterrâneos. O modelo adotado de drenagem urbana opera com o sistema “unitário ou misto” (rede pública utilizada para coleta e transporte das águas pluviais urbanas e do esgoto sanitário, ambos no mesmo sistema).

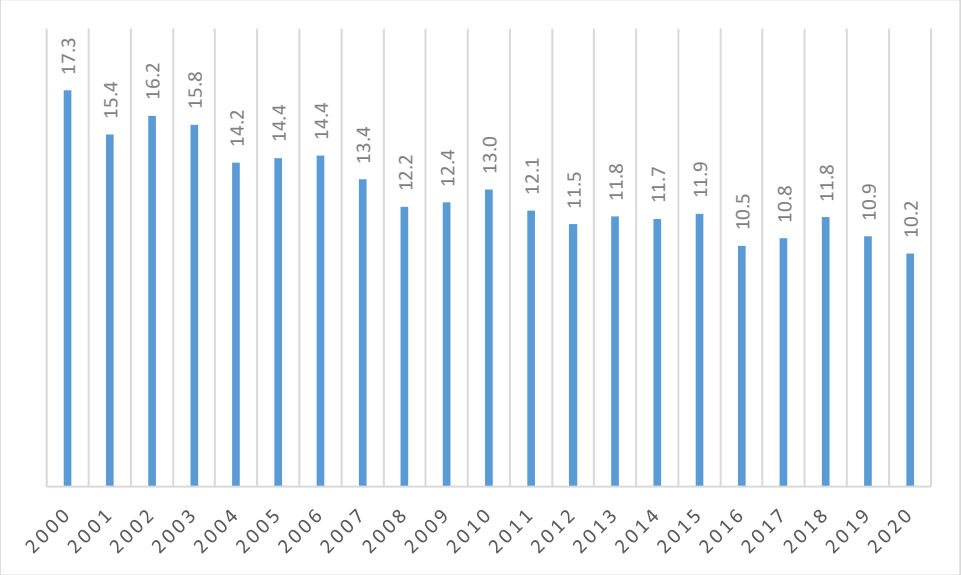
O município não dispõe de Sistema de Alerta de Riscos Hidrológicos (alagamentos, enxurradas e inundações), apesar de haver mapeamento de áreas de risco de inundações dos cursos de água. Nos 5 anos anteriores à pesquisa, 161 habitantes do município ficaram desabrigados ou foram desalojados na área urbana devido a eventos hidrológicos.

2. Aspectos Epidemiológicos

Para um diagnóstico do sistema de saúde existente, a análise do perfil de morbidade e mortalidade da população se faz necessária.

2.1. Nascido Vivos

Gráfico Taxa Bruta de Natalidade - 2000 a 2020



Fonte: SES/RJ

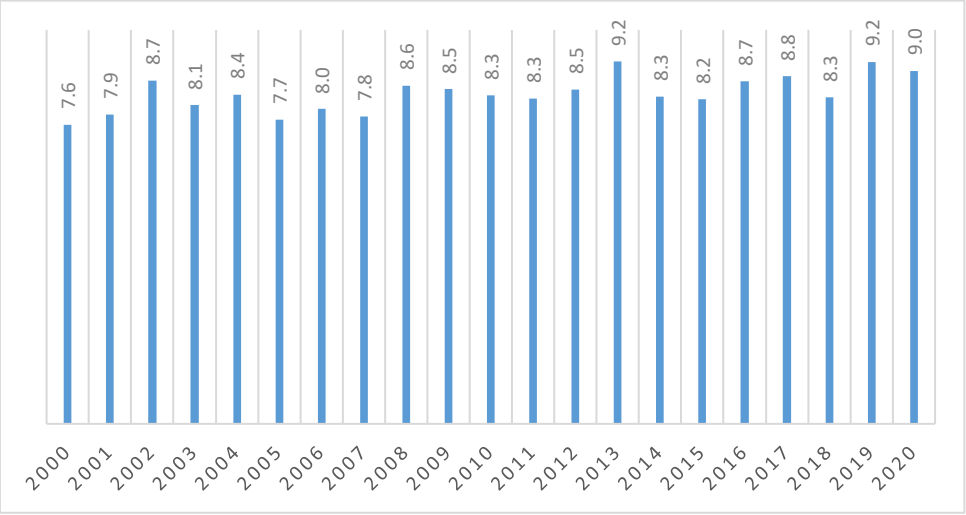
Ao compararmos os resultados do último período avaliado (2013 – 2016) com os do período do estudo atual, chegamos às médias de 11,4% e 10,9% respectivamente,

podendo concluir que houve uma queda média de 4,7% na taxa de natalidade do município.

2.2. Mortalidade

2.2.1. Taxa Bruta de Mortalidade

Gráfico Taxa Bruta de Mortalidade – 2000 a 2020



Fonte: SES/RJ

Observamos uma Taxa Bruta de Mortalidade média de 8,81 entre 2017 e 2020, ficando cerca de 0,2% acima da taxa do último período avaliado (entre 2013 e 2016), que foi de 8,79.

2.2.2. Óbitos por Causa-Capítulo CID 10

Tabela com Total de Óbitos de 2017 a 2020, segundo Causa do óbito - Capítulo

Capítulo CID-10	2017	2018	2019	2020	Total
I - Algumas dças infecciosas e parasit	18	21	29	79	147
II - Neoplasias [tumores]	107	113	150	123	493
III - Dças sangue órg hematop transt imunit	6	3	2	4	15
IV - Dças endóc, nutricionais e metab	35	35	44	41	155
V - Transt mentais e comportamentais	6	3	14	9	32
VI - Doenças do sistema nervoso	25	23	30	25	103
VIII - Dças ouvido e da apófise mastóide	1	-	-	-	1
IX - Doenças do aparelho circulatório	236	221	221	220	898
X - Doenças do aparelho respiratório	86	76	75	72	309
XI - Doenças do aparelho digestivo	31	31	30	26	118
XII - Dças pele e do tecido subcutâneo	7	8	2	9	26
XIII - Dças sist osteomusc e tec conjuntivo	4	2	5	7	18

XIV - Dças aparelho geniturinário	35	25	36	18	114
XV - Gravidez, parto e puerpério	3	-	-	1	4
XVI - Algumas afec orig período perinatal	4	9	5	7	25
XVII - Malf cong, deform e anom cromos	3	3	4	2	12
XVIII - Sint sinais achad anorm exs clín e lab	18	15	8	10	51
XX - Causas exts de morbid e mortalid	44	43	48	36	171
Total	669	631	703	689	2692

Fonte: SES/RJ

Observamos como principais Causas de Óbitos (por Capítulo CID-) no período entre 2017 a 2020:

1º - Doenças do Aparelho Circulatório;

2º - Neoplasias;

3º - Doenças do Aparelho Respiratório;

4º - Causas Externas de Morbidade e Mortalidade.

As maiores Taxas de Mortalidade seguiram a mesma ordem de ocorrência em quase todos os anos analisados, com exceção do ano de 2020, quando o terceiro grupo com a maior taxa foi o das Doenças Infecciosas e Parasitárias.

A Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório tem apresentado uma certa estabilidade, o que pode ser reflexo do avanço na cobertura da Atenção Primária, porém, novas estratégias de enfrentamento serão necessárias para sua redução.

Por Neoplasias, a Taxa de Mortalidade segue uma tendência de alta, assim como no Estado e em todo o mundo, o que está relacionado ao envelhecimento da população, ao estilo de vida (sedentarismo, alimentação, tabagismo, uso abusivo de álcool, etc.) e à poluição.

Tabela percentual de óbitos, por capítulo, pelos principais grupos, do município de Valença, 2017 - 2020.

Causa do óbito - capítulo	2017	2018	2019	2020
	%	%	%	%
II - Neoplasias [tumores]	15,9	17,9	21,3	17,8
IX - Doenças do aparelho circulatório	35,2	35	31,4	31,9
X - Doenças do aparelho respiratório	12,8	12	10,6	10,4
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	6,5	6,8	6,8	5,2

Fonte: SES/RJ

Fica claro que as doenças do aparelho circulatório se mantêm como o grupo de maior causa de óbitos no município, representando uma média anual de aproximadamente 33% do total de óbitos.

2.2.3. Óbitos por Faixa Etária

Tabela óbitos por faixa etária, segundo causa do óbito – capítulo, do município de Valença, período 2017 – 2020.

Causa do óbito - capítulo	< 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 +	Ign	Total
I - Algumas dças infec e parasit	2	1	1	-	2	2	11	13	29	31	24	31	-	147
II - Neoplasias [tumores]	-	-	-	1	2	4	7	37	82	134	116	109	1	493
III - Dças sangue órg hemat	-	-	1	-	-	1	-	1	1	4	1	6	-	15
IV - Dças endóc, nutricis e metab	2	-	-	-	-	1	4	13	20	27	42	46	-	155
V - Transt mentais e comport	-	-	-	-	-	-	1	2	4	6	5	14	-	32
VI - Doenças do sistema nervoso	-	2	-	1	1	2	1	7	7	7	19	56	-	103
VIII - Dças ouvido e apófise mast	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
IX - Dças aparelho circulatório	1	-	-	-	1	5	12	43	103	187	200	344	2	898
X - Dças aparelho respiratório	1	-	-	-	-	1	5	8	18	48	65	163	-	309
XI - Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	-	-	3	6	10	13	28	31	27	-	118
XII - Dças pele e tecido subcutâneo	-	-	-	-	-	-	1	-	2	3	7	13	-	26
XIII - Dças sist osteom tec conj	-	-	-	-	-	-	-	2	-	5	5	6	-	18
XIV - Dças aparelho geniturinário	1	-	-	-	-	1	1	3	6	15	30	57	-	114
XV - Gravidez, parto e puerpério	-	-	-	-	-	1	3	-	-	-	-	-	-	4
XVI - Alg afec orig no per perin	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25
XVII - Malf cong deformid anoma	9	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	12
XVIII - Sint sin achad anorm	-	-	-	-	2	5	1	1	5	6	10	18	3	51
XX - Causas ext morb mortal	-	-	3	3	5	32	23	28	19	18	18	21	1	171
Total	41	5	5	5	14	58	77	168	309	519	573	911	7	2692
%	1,5	0,2	0,2	0,18	0,52	2,15	2,86	6,24	11,4	19,2	21,2	33,8	0	100

Fonte: SES/RJ

No período entre 2017 e 2020, 55 % do total de óbitos ocorreram na faixa etária acima de 70 anos. Para o mesmo período, tivemos 85,6% dos óbitos na faixa etária acima de 50 anos, o que caracteriza uma boa expectativa e/ou qualidade de vida, uma vez que, pelo coeficiente UEMURA, o melhor parâmetro é quando mais de 75% dos óbitos ocorrem na faixa etária acima de 50 anos.

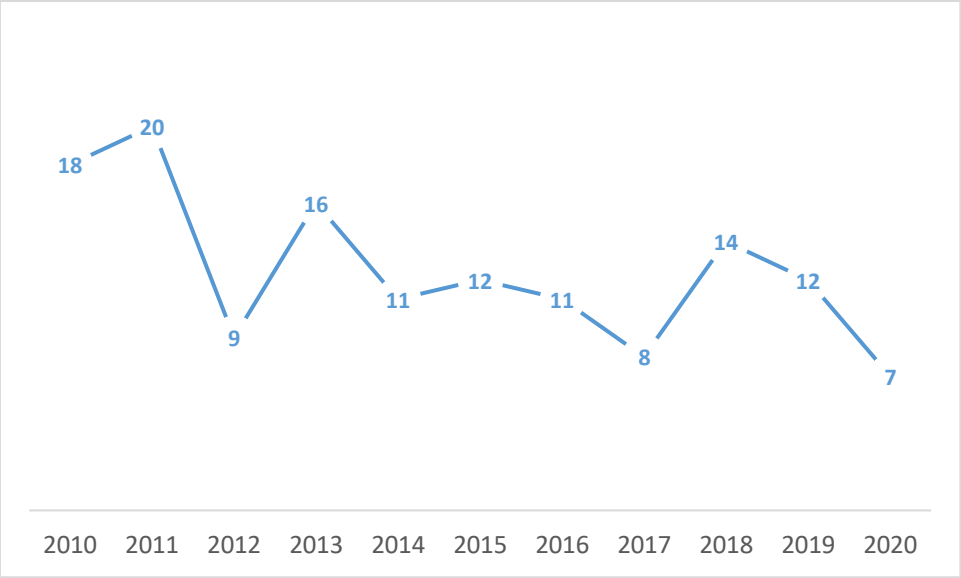
Sobre os grupos mencionados acima com as maiores taxas de mortalidade, no das Doenças do Aparelho Circulatório e no das Doenças do Aparelho Respiratório a faixa

etária com maior percentual de óbitos foi a acima de 60 anos, com 81,6% e 89,3% respectivamente dos totais de óbitos dos dois grupos.

Já no grupo das Neoplasias, houve alta na faixa etária entre 40 e 69 anos, e uma ligeira queda a partir da faixa etária de 70 anos.

2.2.4. Mortalidade Infantil

Gráfico óbitos infantis por ano, município de Valença.



Notamos uma redução de cerca de 61% no número de óbitos infantis entre os anos de 2010 e 2020 no município de Valença, assim como nota-se também uma redução gradual ao longo dos últimos anos. No entanto trata-se de área que ainda tem e deve ser priorizada constantemente, com foco nas políticas de pré-natal, parto e puerpério.

2.2.5. Mortalidade Materna

Tabela Óbitos de Mulheres em Idade Fértil e Óbitos Maternos, município de Valença, períodos: 2001 – 2010 e 2011 – 2020.

	Mulheres Idade Fértil	Óbitos Maternos		Mulheres Idade Fértil	Óbitos Maternos
2001	44	0	2011	20	2
2002	33	2	2012	25	0
2003	28	0	2013	41	0
2004	20	0	2014	27	1
2005	35	3	2015	34	1

2006	35	1	2016	17	0
2007	33	2	2017	27	3
2008	34	1	2018	24	0
2009	38	1	2019	20	0
2010	30	0	2020	32	1
Total	330	10	Total	267	8

Fonte: SES/RJ

Ao compararmos as duas décadas, observamos queda de 19% no número de óbitos de mulheres em idade fértil e de 20% para óbitos maternos. Porém, ainda são necessárias ações que visem, uma maior oferta de exames, e ainda, ações relacionadas a promoção, prevenção e tratamento das doenças e agravos não transmissíveis.

2.2.6. Óbitos por Causas Externas

Tabela Óbitos por Causas Externas, município de Valença, 2017 – 2020.

Causa do óbito	2017	2018	2019	2020	Total
Acidentes (transportes)	10	14	17	7	48
Outras causas acident (quedas, afogam, intoxic, ...)	17	15	14	11	57
Lesões autoprovocadas intencionalmente	2	1	8	4	15
Agressões	10	5	4	8	27
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	4	6	5	4	19
Complicações de assistência médica e cirúrgica	1	1	-	1	3
Seqüelas de causas ext morbid mortal	-	1	-	1	2
Total	44	43	48	36	171

Fonte: SES/RJ

Como o 4º grupo com maior número de óbitos no município no período entre 2017 e 2020 (171 óbitos), as causas externas de morbidade e de mortalidade representaram 6,3% do total de óbitos do período, sendo os acidentes como queda, afogamento, intoxicação, etc, o subgrupo com maior número de óbitos (57 óbitos), seguido do subgrupo dos acidentes de transporte, como pedestre, ciclista, motociclista e ocupante de automóvel traumatizados (48 óbitos). Vale a pena ressaltar que entre os adolescentes (10 a 19 anos) as causas externas foram as principais causas de óbitos.

2.3. Morbidade

É sabido que as condições socioeconômicas e epidemiológicas da população, assim como o modelo assistencial e a disponibilidade de recursos (humanos, materiais e financeiros) influenciam no perfil de morbidade.

Dessa forma, objetivando salientar as doenças e agravos que motivaram a internação hospitalar no SUS, apresentamos alguns indicadores que podem refletir as condições de acesso/oferta dos serviços, bem como revelar o resultado das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção de riscos, e de diagnóstico e tratamento.

Tabela Internações por Local de Residência, segundo Diagnóstico Principal por Capítulo, Município de Valença – 2017 - 2020.

Diagnóstico Principal - Capítulo	2017	2018	2019	2020	Total
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	455	492	372	521	1840
II - Neoplasias [tumores]	333	300	413	380	1426
III - Dças sangue e órgãos hematopoet	80	93	98	84	355
IV - Dças endóc, nutrici e metabólicas	224	241	183	95	743
V - Transt mentais e comportam	201	194	187	180	762
VI - Doenças do sistema nervoso	227	117	86	93	523
VII - Doenças do olho e anexos	37	54	114	100	305
VIII - Dças do ouvido e da apófise mastóide	40	40	30	20	130
IX - Doenças do aparelho circulatório	1055	1208	1329	992	4584
X - Doenças do aparelho respiratório	683	743	670	487	2583
XI - Doenças do aparelho digestivo	672	790	778	603	2843
XII - Dças da pele e do tecido subcutâneo	315	336	353	263	1267
XIII - Dças do sist osteom e tec conjunt	138	174	168	81	561
XIV - Dças do aparelho geniturinário	556	608	535	437	2136
XV - Gravidez, parto e puerpério	513	672	809	827	2821
XVI - Algumas afecções orig no per perin	131	159	219	262	771
XVII - Malform cong, deform anom cromos	49	40	34	26	149
XVIII -Sint, sinais achad anorm exs clín e lab	79	80	299	495	953
XIX - Lesões, envenen e conseq causas ext	602	560	545	529	2236
XXI - Fat que influenciam est de saúde	99	114	126	73	412
Total	6489	7015	7348	6548	27400
Taxa de Internação	8,74	9,21	9,60	8,52	

Fonte: SES/RJ

No período entre 2017 e 2020 ocorreram 27.400 internações de munícipes de Valença. Comparado ao último período avaliado (2013 – 2016), houve um aumento de 9,41% do número de internações. A taxa média de internação foi de 9,01%.

Do total de munícipes internados (27.400), 91,9% (25.183) ficaram no próprio município, o que é um indicador de boa resolutividade do sistema hospitalar local.

Sobre as internações de munícipes realizadas fora do município (2.217 internações ou 8% do total), por se tratarem em sua maioria de internações de alta complexidade não realizadas no município, a maior parte ocorreu em: Barra Mansa (630), 499 no Rio de

Janeiro (499), Volta Redonda (320), Paraíba do Sul (170) e Vassouras (161).

Como aponta a tabela acima, as principais causas de internação, agrupadas por diagnóstico (com exceção do grupo Gravidez, Parto e Puerpério), segundo capítulo, foram:

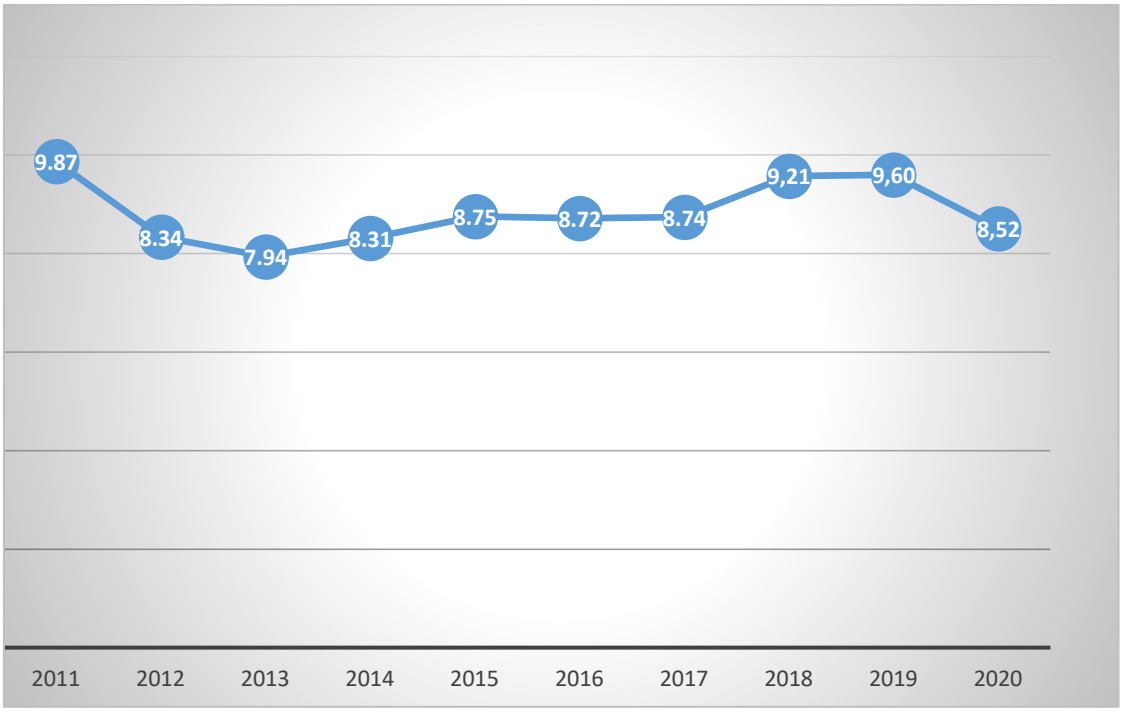
1º - Doenças do Aparelho Circulatório – 16,7% do total de internações;

2º - Doenças do Aparelho Digestivo – 10,3 % do total de internações;

3º - Doenças do Aparelho Respiratório – 9,4 % do total de internações;

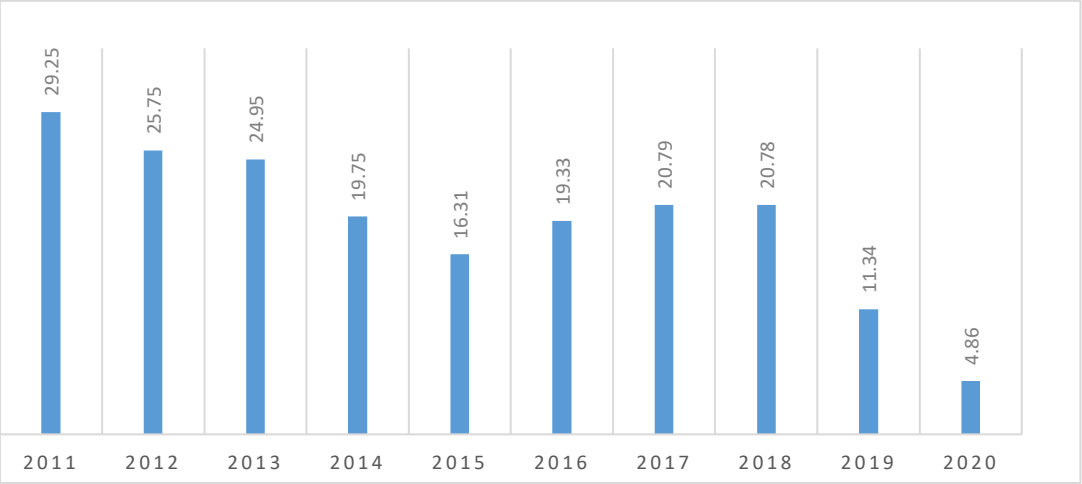
4º - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas – 8,1% do total de internações.

Gráfico Taxa de Internação 2011 – 2020.



No último período avaliado, houve uma média da taxa de internação de 8,43%. Esta média subiu para 9,0% no período entre 2017 e 2020.

Gráfico com Percentual de Internações Sensíveis à Atenção Primária em relação ao total de internação por ano, 2011 – 2020.



Sobre as internações que poderiam ser prevenidas na Atenção Primária, observamos que, nos dois primeiros anos do período avaliado anteriormente (2013 – 2016), houve uma redução progressiva, voltando a se elevar novamente no último ano do mesmo período. Já para o período de 2017 a 2020, esse aumento se manteve até 2018. A partir de 2019, notamos uma expressiva redução no percentual desse grupo de causas de internações.

3. Organização da Rede de Atenção à Saúde

Atualmente, se busca a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como forma de tentar conciliar a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, objetivando, com isso, garantir a economicidade, a integralidade do cuidado, abrangendo a promoção, a proteção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação da saúde, garantindo a qualificação de recursos humanos (através da promoção da educação permanente), a incorporação de tecnologias e estruturas físicas bem planejadas e equipadas.

É um modelo de atenção orientado pela Vigilância em Saúde, tendo a APS como coordenadora do cuidado à saúde. O resultado esperado é a diminuição da fragmentação do sistema de saúde, redução dos custos e melhoria no monitoramento e a avaliação do sistema.

3.1. Vigilância em Saúde

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.

No município de Valença, os principais setores da Vigilância em Saúde estão em funcionamento e cumprindo seus papéis, mesmo que não de maneira integral e com ações a serem implantadas e/ou implementadas. Não temos no Organograma Municipal todas Estrutura da Vigilância em Saúde bem descriminada e nem todos as coordenações nomeadas formalmente.

3.1.1. Vigilância Epidemiológica

Nos últimos anos houve melhora nas condições físicas, materiais e de recursos humanos, embora ainda necessite de maior estruturação na parte de informatização e espaço físico. As metas do PQAVS (Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde) e SISPACTO foram cumpridas, em suas maiorias. Aperfeiçoamos as investigações,

encerramentos de casos, busca ativa, envio de lotes dos Sistemas de Informação para a SES-RJ/ MS. Setor mais alerta a possíveis surtos e epidemias. Também observamos uma maior, ainda que abaixo do necessário, interação com outros setores da Secretaria de Saúde e outras Secretarias.

3.1.1.1. Imunização

O Setor ainda carece de equipamentos de informática, além de recursos humanos, com metas de cobertura de imunobiológicos não sendo alcançadas com regularidade, como mostra a tabela abaixo. Necessária ainda, de uma melhor estrutura para descentralização e supervisão de tais ações.

Tabela Coberturas Vacinais por Imunobiológico, município de Valença 2017 a 2020.

Imunobiológico	2017	2018	2019	2020
BCG	99,66	119,17	103,41	103,65
Hepatite B em crianças até 30 dias	45,48	88,15	85,89	90,75
Rotavírus Humano	68,27	113,37	87,96	87,47
Meningococo C	70,45	96,97	84,31	85,77
Hepatite B	63,46	98,49	41,85	82,48
Penta	63,46	98,49	41,85	82,48
Pneumocócica	73,77	98,36	96,23	88,81
Poliomielite	73,77	131,90	81,39	82,36
Poliomielite 4 anos	20,72	26,80	34,91	35,47
Febre Amarela	33,56	92,06	70,92	61,56
Hepatite A	64,72	75,28	81,27	65,21
Pneumocócica(1º ref)	75,95	83,10	85,52	57,91
Meningococo C (1º ref)	75,03	92,43	86,13	71,53
Poliomielite(1º ref)	54,07	67,47	67,03	59,12
Tríplice Viral D1	64,03	107,19	88,08	76,28
Tríplice Viral D2	54,98	62,80	81,14	61,19
Tetra Viral(SRC+VZ)	39,29	18,54	0,36	0,73
DTP REF (4 e 6 anos)	34,35	32,09	25,90	41,67
Tríplice Bacteriana(DTP)(1º ref)	47,31	49,05	38,93	62,29
Dupla adulto e tríplice acelular gestante	13,97	9,97	5,84	6,30
dTpa gestante	12,49	38,14	57,27	41,70

Fonte: SES/RJ

3.1.1.2. Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)

O conjunto de agravos cujo mecanismo causal não ocorre por meio de transmissão

de agentes etiológicos denomina-se Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT). A interação de diversos fatores de natureza biológica e social, entre outros, constituem uma rede, da qual essas doenças dependem. Estão incluídas as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), os transtornos mentais, a violência e os acidentes.

Os inquéritos nacionais (VIGITEL) apontam que, os fatores de risco para as DANT estão associados a baixa escolaridade (variável diretamente ligada a baixa renda), assim como, o menor acesso aos fatores chamados de protetores, como o consumo de frutas, verduras e legumes.

Para a promoção da saúde e prevenção das DANT são necessárias ações que envolvam atuação Inter setorial, articuladas entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária, ações essas que devem ser estratégicas em comunidades e grupos populacionais específicos, com o objetivo de se promover comportamentos e estilos de vida saudáveis.

3.1.1.2.a. Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

Problema de saúde de maior magnitude da atualidade, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) geram elevado número de mortes prematuras (aquelas que ocorrem entre 30 e 69 anos de idade), repercutem na qualidade de vida dos que acometem e ocasionam impacto econômico para a sociedade e os sistemas de saúde. As DCNT possuem etiologia multifatorial e fatores de risco em comum que são passíveis de modificação, como o tabagismo, a prática de atividade física insuficiente, a alimentação inadequada, a obesidade e o consumo de álcool, por exemplo. A vigilância e o monitoramento das DCNT, bem como de seus fatores de risco, são essenciais para entender a distribuição, a magnitude e a tendência destes, de modo a subsidiar o planejamento e direcionamento de ações na área.

A seguir, apresentamos um panorama resumido das DCNT no país, a partir dos resultados observados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2019):

A pesquisa mostrou que a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 23,9% em 2019 (em 2013, 21,4%), o que corresponde a 38,1 milhões de pessoas. Mostrou ainda, que 7% da população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes (em 2013, 6,2%), o equivalente a um contingente de 12,3 milhões de pessoas.

A literatura aponta que valores elevados de colesterol aumentam o risco de desenvolver doenças cardiovasculares. De acordo com a pesquisa, em 2019, 14,6% das pessoas de 18

anos ou mais de idade (23,2 milhões) tiveram diagnóstico médico de colesterol alto (em 2013, 12,5%).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde a asma ocupa o primeiro lugar na prevalência de Doenças Respiratórias Crônicas. No ano de 2019, 5,3% das pessoas de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de asma (ou bronquite asmática) no Brasil (8,4 milhões de pessoas).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil. Apesar da mortalidade causada por essas doenças ter diminuído ao longo dos anos, elas ainda geram os maiores custos no que diz respeito às internações hospitalares. Em 2019, 5,3% (8,4 milhões) de pessoas de 18 anos ou mais de idade tiveram algum diagnóstico médico de alguma doença do coração. Importante observar que 29,1% das pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de alguma doença do coração, nesse mesmo ano, já haviam se submetido a alguma cirurgia de ponte de safena ou colocação de stent ou angioplastia. Entre os homens, 37,9%; e entre as mulheres 22,2%.

Sendo o Acidente Vascular Cerebral (AVC), uma das principais causas de mortes e incapacidade no mundo, No Brasil, em 2019, 2,0% referiram diagnóstico de AVC ou derrame, representando aproximadamente 3,1 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade.

Os Distúrbios Osteomoleculares Relacionados ao Trabalho (DORT), se apresentam como inflamações localizadas, síndromes nervosas compressivas ou síndromes dolorosas, causados pelo uso excessivo ou atividade excessiva de alguma parte do sistema musculoesquelético, geralmente resultantes de atividades físicas relacionadas ao trabalho. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, 2,5% referiram diagnóstico médico de Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT). O indicador confirmou a maior proporção de diagnósticos nos grupos de idade em que se concentram as pessoas de 30 a 59 anos (3,3%) e de 60 a 64 anos (3,5%).

A Organização Mundial de Saúde aponta a depressão como uma das maiores causas de incapacidade e a doença com maior impacto na carga global de doenças. Foi estimado que 10,2% das pessoas de 18 anos ou mais de idade receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental (em 2013, 7,6%). Isto representa 16,3 milhões de pessoas, com maior prevalência na área urbana (10,7%) do que rural (7,6%).

A doença renal crônica é caracterizada por anormalidade na estrutura ou na função renal por mais de três meses. Os principais fatores de risco associados à doença renal crônica são Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, história familiar de nefropatia, envelhecimento e obesidade. Estimou-se que, dentre as pessoas de 18 anos ou mais de idade, 1,5% referiu diagnóstico médico de insuficiência renal crônica. As pessoas da faixa etária de 75 anos ou mais de idade apresentaram a maior proporção (3,1%). Em relação ao tratamento em casos mais intensivos, 7,3% das pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico de insuficiência renal crônica faziam hemodiálise/diálise.

Câncer, ou neoplasia, trata-se de uma doença de causa variada, entre elas: hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural, como tabagismo e hábitos alimentares; doenças infecciosas, como as hepatites B e C, Papiloma vírus Humano; fatores ambientais, como exposição aos raios ultravioletas; fatores genéticos e o próprio processo de envelhecimento12. Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde estimou que 2,6% das pessoas de 18 anos ou mais de idade (4,1 milhões de adultos), referiram diagnóstico médico de câncer no Brasil (em 2013, 1,8%). A proporção na área urbana foi significativamente maior do que na área rural: 2,7% e 1,7%, respectivamente.

3.1.1.2.b. Fatores de Risco

Excesso de peso

Os hábitos e estilos de vida estão intimamente associados às condições de saúde das pessoas. Integram, assim, o amplo espectro de questões – sociais, econômicas, políticas, culturais – que envolvem a promoção da saúde, que constitui condição essencial à qualidade de vida individual e coletiva.

O progresso do Brasil na redução da desnutrição infantil foi grande, particularmente a partir de 2003, de modo que o País alcançou antecipadamente as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Quanto ao combate à fome, entre o início da década de 90 e 2006, a prevalência de baixo peso para idade caiu a um terço do valor (5,4% para 1,8%), e a baixa altura para idade decresceu a menos da metade (19,6% para 6,7%). Como principais causas dessas reduções, destacam-se o aumento da escolaridade materna; a expansão da atenção à saúde (principalmente da atenção básica); o aumento da renda familiar; e a expansão do saneamento básico na última década (MONTEIRO, 2009).

A pesquisa Nacional de Saúde de 2019, mostrou que, quanto à análise do excesso de peso

da população adulta por grupos de idade, a estimativa era que mais da metade das pessoas mostrou tal condição (60,3%), ou seja, cerca de 96 milhões de pessoas apresentaram IMC ≥ 25 kg/m², indicando uma prevalência maior de excesso de peso entre os adultos do sexo feminino (62,6%) do que entre os do sexo masculino (57,5%).

A obesidade, caracterizada por IMC ≥ 30 kg/m², foi observada em 21,8% dos homens e em 29,5% das mulheres. Obesos representam mais de 1/3 do total de homens com excesso de peso e quase a metade no caso das mulheres com excesso de peso. O padrão de relação da obesidade com a idade é sempre mais elevado no sexo feminino, chegando a 38,0% entre as mulheres de 40 a 59 anos de idade contra 30,0% entre os homens dessa mesma faixa etária.

Tabela Peso x Fases da vida de indivíduos acompanhados pelo SISVAN, ano 2020.

Município / Estado / País	**< 5 Anos**		**Adultos**		
	Peso Adeq.	**Sobrep.**	**Peso Adeq.**	**Sobrep.**	**Algum Grau Obesid.**
	%	**%**	**%**	**%**	**%**
VALENÇA	85,04	10,24	33.82%	30.54%	32,46
RIO DE JANEIRO	85,9	9,06	28.39%	32.91%	36,64
BRASIL	87	8,69	31.45%	34.87%	31,6

Fonte: SISVAN, 2020.

* Dados baseados em pequena amostra de pessoas cadastradas no sistema.

Ao analisarmos os dados disponíveis da população Valenciana acompanhada pelo SISVAN em 2020, observamos que o percentual de crianças menores de 5 anos com peso adequado está bem próximo das médias estadual e nacional. Já na fase adulta, o resultado do município para esta mesma classe (peso adequado) foi um pouco melhor do que os do estado e do país. Sobre a população acima do peso, a média do município foi um pouco acima das médias estadual e nacional para a fase menores de 5 anos e significativamente menor para a dos adultos. Com algum grau de obesidade, 32,46% dos valencianos cadastrados se classificavam nessa condição, o que representa um dado alarmante.

Importante salientar que o número de pessoas cadastradas para acompanhamento regular da situação nutricional e controle do peso no ano de 2020 foi de 1.397, ou seja, um quantitativo muito reduzido, porém, é uma amostra de uma população que nos aponta que

as ações relacionadas ao diagnóstico e acompanhamento precisam ser mais difundidas, principalmente na Atenção Básica/PSF.

Com relação a ações relacionadas à Promoção da Saúde, torna-se extremamente necessário a implantação de ações relacionadas a hábitos alimentares e atividades físicas, associadas à implementação das ações educativas.

Inatividade Física

A prática de atividade física em níveis suficientes ajuda a prevenir e tratar doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, diabetes e câncer. A Organização Mundial de Saúde recomenda a prática de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividades físicas de intensidade leve ou moderada ou, pelo menos, 75 minutos de atividades físicas de intensidade vigorosa como benéfica para a saúde. Insuficientemente ativas, são pessoas que não praticaram atividade física ou praticaram por menos do que 150 minutos por semana considerando os três domínios: lazer; trabalho e deslocamento para o trabalho.

Na PNS 2019, a proporção de adultos classificados na condição de insuficientemente ativos no Brasil foi de 40,3%. Entre as mulheres, 47,5% eram pouco ativas, diferentemente dos homens, que apresentaram uma taxa de 32,1%. Mais da metade (59,7%) das pessoas de 60 anos ou mais de idade era insuficientemente ativa, e o grupo de idade menos sedentário foi o de 18 a 24 anos de idade (32,8%), seguido do grupo de 25 a 39 anos (32,9%).

Tabagismo

O tabagismo é uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo já enfrentou, matando mais de 8 milhões de pessoas por ano em todo o mundo. Mais de 7 milhões dessas mortes são resultantes do uso direto do tabaco, enquanto cerca de 1,2 milhão são o resultado da exposição de não fumantes ao fumo passivo. Todas as formas de tabaco são prejudiciais e não existe um nível seguro de exposição ao tabaco. Destaca-se que o tabagismo é um importante fator de risco para as DCNT, sendo o principal entre as causas evitáveis de morte. No Brasil, a prevalência de tabagismo vem se reduzindo significativamente ao longo das décadas. Os dados do Vigitel apontam queda na prevalência de tabagismo em adultos no Brasil, entre 2006 a 2019. Em 2006 o percentual

total de fumantes com 18 anos ou mais de idade residente nas capitais e no Distrito Federal era de 15,7%, passando para 9,8% em 2019. O tabagismo é um dos principais fatores de risco evitáveis à saúde, podendo contribuir para o desenvolvimento de várias doenças crônicas como as cardiovasculares, as respiratórias, diversos tipos de câncer, problemas oculares como catarata e cegueira, entre outras. A prevalência de usuários atuais de produtos derivados de tabaco, fumado ou não fumado, de uso diário ou ocasional, foi de 12,8% (20,4 milhões de pessoas). Segundo a situação do domicílio, a parcela de usuários foi maior na área rural (14,3%) que na urbana (12,6%).

A redução no consumo do tabaco é resultado de uma série de ações desenvolvidas pelo Governo Federal para combater o uso do tabaco, tais como aumento de preço, restrição de uso em locais coletivos, públicos ou privados, proibição da propaganda comercial de cigarros e ampliação das ações de prevenção, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis. Há evidências que comprovam que o estilo de vida ativo protege o indivíduo de vários agravos.

Com relação ao tabagismo, o programa já está descentralizado para as unidades de Saúde da Família e os atendimentos são realizados pelas próprias equipes, com apoio da coordenação municipal do programa de tabagismo.

Consumo abusivo de bebidas alcoólicas

Em todo o mundo, 3 milhões de mortes por ano resultam do uso nocivo do álcool, representando 5,3% de todas as mortes. Esse uso é considerado uma das principais causas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como dos acidentes e violências.

Os resultados da PNS 2019 indicam uma prevalência de consumo abusivo de álcool, nos últimos 30 dias anteriores à entrevista, de 17,1%, sendo 26,0% para os homens e 9,2% para as mulheres. A proporção foi maior entre as pessoas de 25 a 39 anos de idade (23,7%) e de 18 a 24 anos de idade (22,9%).

O município conta com ações fortes relacionadas ao tratamento devido no CAPS AD e ações realizadas pela Atenção Básica em conjunto com a área de Saúde Mental. Porém, ainda é necessário implementar as ações de prevenção, diagnóstico e aconselhamento, principalmente na Atenção Básica.

Consolidar o sistema de vigilância em doenças e agravos não transmissíveis

(DANT) no Município de Valença, tem sido de grande relevância, considerando que suas ações possibilitaram conhecer a distribuição e tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais.

A prevenção e controle das DANT's e seus fatores de risco, são fundamentais para evitar o crescimento epidêmico dessas doenças e suas consequências. Diante desse cenário, a secretaria municipal de saúde vem desenvolvendo ações que visam reduzir o impacto, por meio do monitoramento da morbimortalidade e seus fatores de risco, implementando ações que potencializam a qualidade de vida do munícipe. O Plano Municipal de enfrentamento das DANTs foi elaborado no ano de 2021 e está em fase de implementação das ações, sendo necessária suas descentralizações e parcerias multisetoriais para o alcance dos objetivos e metas previstas.

3.1.1.3. Doenças Transmissíveis

3.1.1.3.a. Sífilis

O estado do Rio de Janeiro vem apresentando, nos últimos anos, um grande número de casos de sífilis, com elevadas taxas de incidência de sífilis congênita e taxas de detecção de sífilis em gestante, o que coloca o estado à frente do *ranking* nacional nesses dois agravos. O atraso nas notificações de casos e as subnotificações nos sistemas de informação são fatores que dificultam o conhecimento real do agravo. As ações do Ministério da Saúde preconizam a interrupção da cadeia de transmissão do *Treponema pallidum* na população em geral. A criação de estratégias como a Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção, a Rede Cegonha, a implantação dos testes rápidos para o diagnóstico da sífilis no âmbito da Atenção Primária, o reabastecimento da penicilina e demais medicamentos para o tratamento da sífilis, vêm sendo utilizados com o propósito de reduzir significativamente a sífilis adquirida em gestantes e seus parceiros e, consequentemente, reduzir a incidência da sífilis congênita no país.

Em 2018, na região do Médio Paraíba foram notificados 565 casos de Sífilis Congênita e a taxa de incidência foi de 11,6 casos/1.000 nascidos vivos.

No município, os dados disponíveis no site da Secretaria de Estado de Saúde mostram:

Tabela casos de Sífilis em Gestante, Sífilis Congênita em < 1 ano e Taxa de Incidência de Sífilis Congênita < 1 ano, segundo município de residência Valença, 2017 a 2020.

Valença	2017	2018	2019	2020
Nº Casos Sífilis em Gestante	7	40	27	25
Nº Casos Sífilis Cong. < 1 ano	8	12	18	16
Taxa incidência Sífilis Cong. < 1 ano	9,7	13,4	21,5	20,4

Fonte: SES/RJ

Observamos um aumento progressivo do número de casos de Sífilis, tanto em gestante quanto em < 1 ano de idade ao longo dos anos até 2020. A taxa de incidência para o ano de 2018 se apresentou mais elevada do que a da região do Médio Paraíba, aumentando ainda mais em 2019 e 2020.

3.1.1.3.b. HIV/AIDS

A vigilância epidemiológica da aids se baseia em informações fornecidas pela notificação de casos registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e tem por objetivos, acompanhar a tendência temporal e espacial da doença, de infecções e comportamentos de risco, visando orientar as ações de prevenção e controle do HIV/AIDS e, consequentemente, reduzir a morbimortalidade associada à AIDS.

Notamos no município uma diminuição progressiva na taxa de incidência de casos de AIDS ao compararmos o último período pesquisado com o do atual estudo, quando as taxas foram de 14,96 e 7,17 respectivamente.

3.1.1.3.c. Dengue

Compete à vigilância epidemiológica desempenhar um rol de atividades, entre as quais estão: notificar e investigar oportunamente os casos suspeitos de dengue, para acompanhar, de forma contínua, a evolução temporal de seus agravos, e detectar efetivamente mudanças no padrão de ocorrência, surtos e epidemias; realizar análises epidemiológicas descritivas dos casos, em função de variáveis relacionadas a pessoa, tempo e espaço; integrar as informações de vigilância de casos, vigilância entomológica e vigilância laboratorial; e promover a integração entre as áreas de controle vetorial, assistência e demais entes que atuam na prevenção e controle das arboviroses, visando à

adoção de medidas pertinentes capazes de controlar e/ou impedir a transmissão, quando possível, e de reduzir a magnitude, a gravidade e a mortalidade pela doença.

Tabela número absoluto de casos de Dengue notificados no município de Valença, 2010 a 2020.

Município Residência	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Valença	487	1.044	1.228	2.760	29	217	215	10	8	33	29

Pelos dados do SINAN/SES-RJ, o município registrou situação de Epidemia de Dengue entre os anos de 2010 e 2013, situação que se caracteriza quando há mais de 300 casos para cada 100 mil habitantes. Em 2014 o número de casos caiu significativamente, voltando a subir novamente em 2015 e 2016. A partir de 2017, vem se mantendo com uma média mensal de 20 casos.

Vale ressaltar a implementação de ações de combate à Dengue no município, tidas como prioridades.

3.1.1.3.d. Tuberculose

Os objetivos da Vigilância Epidemiológica para a Tuberculose são: Reduzir a morbimortalidade por tuberculose, conhecer a magnitude da doença, sua distribuição e tendência e os fatores associados, fornecendo subsídios para as ações de controle.

Tabela Proporção de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar e Taxa de Mortalidade Específica de residentes no município de Valença, 2017 a 2020.

Tuberculose	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nº Casos Novos	SI	SI	SI	7	1	3	13	12	16
% Cura	SI	SI	SI	100,0	100,0	66,7	84,6	83,3	81,3
TME	1,4	0,0	0,0	2,7	4,0	0,0	1,3	3,9	2,6

Fonte: SES/RJ

*SI – Sem Informação

Analisando os dados atuais, comparando-os com os do período anterior (2013 – 2016), observamos um declínio na proporção de cura de casos novos de tuberculose no município à medida em que o número de casos novos aumenta, porém esse % de cura se manteve acima de 80%, com exceção do ano de 2017, em que o percentual foi de 66,7.

Quanto à taxa de mortalidade, a média anual foi de 2,0 para os dois períodos. Estratégias para melhoramento da adesão ao tratamento (Acolhimento, Tratamento Diretamente Observado, etc.) são necessárias para que se obtenha a cura do paciente e, consequentemente, a redução da taxa de mortalidade.

3.1.1.3.e. Hanseníase

Objetivos da Vigilância Epidemiológica:

- Detectar e tratar precocemente os casos novos, para interromper a cadeia de transmissão e prevenir as incapacidades físicas.
- Examinar e orientar contatos de casos novos de hanseníase, com enfoque na detecção em fase inicial da doença e redução das fontes de transmissão.
- Examinar e orientar os indivíduos que residem em áreas de elevada endemicidade (áreas territoriais de maior risco), com enfoque na detecção precoce e redução das fontes de transmissão.

A vigilância epidemiológica deve ser organizada em todos os níveis de complexidade da Rede de Atenção à Saúde, de modo a garantir informações sobre a distribuição, a magnitude e a carga da doença, nas diversas áreas geográficas A descoberta do caso de hanseníase é feita por meio da detecção ativa (investigação epidemiológica de contatos e exame de coletividade, como inquéritos e campanhas) e passiva (demanda espontânea e encaminhamento).

Tabela Número de Casos Novos e Percentual de Cura de Casos Novos de Hanseníase, de residentes no município de Valença, 2012 a 2018.

Hanseníase	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nº Casos Novos	1	1	2	1	0	1	0
% Cura	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: SES/RJ

Observamos o baixo número de casos novos de tuberculose, sendo basicamente 1 caso por ano, com exceção para o ano de 2014, em que tivemos 2 casos, e para os anos de 2016 e 2018, anos em que não houve nenhum caso. Outro dado importante é o total de 100% de cura dos casos novos de tuberculose de 2012 a 2015. Para o ano de 2017, não há informação sobre cura.

3.1.1.4. Vigilância Sanitária

Observado que a VISA vem cumprindo a Regulamentação Técnica através de Decreto Municipal e também as ações prioritárias previstas nas legislações Estaduais e federais e no SISPACTO.

O Setor dispõe de equipe técnica multidisciplinar que realiza diariamente ações de controle sanitário desde os serviços de alimentos aos serviços de saúde. Realizam também ações educativas dentro das realidades locais visando qualidade e segurança. Também realizam atendimento a denúncias, reclamações e Processos Judiciais com mais eficiência e rapidez.

O Setor ainda carece de melhor estrutura na parte de informatização, além de recursos humanos.

3.1.1.5. Vigilância Ambiental

Controle de Arboviroses (Dengue, Zika e Chikungunya):

Contamos com 61 agentes de combate a Endemia, onde realizamos aproximadamente 40.969 imóveis como estipulado pelo Ministério da Saúde em visitas domiciliares dividias em 06 (seis) ciclos anuais, com capturas de larvas, tratamentos focais e perifocais e pontos estratégicos.

Controle água, ar e solo:

Com relação ao controle de água contamos com o Laboratório Regional para Controle de Qualidade da Água com análises realizadas com frequência. Para controle de ar e solo contamos com Laboratório Municipal VIGIAR e VIGISOLO realizando análises frequentes.

- **Setor de Zoonoses:**

Realizamos ações regulares para controle e prevenção das doenças zoonóticas, como Esporotricose, Leishimaniose, Raiva, Febre maculosa entre outros.

Realizamos também dedetizações, desratizações e desinfecções em todos os logradouros públicos do Município.

Dificuldades

Necessárias melhorias estruturais e nos equipamentos e mobiliários para melhor qualificação dos trabalhos e maior parcerias para minimizar a falta de notificação das doenças zoonóticas pelas clínicas particulares do Município.

3.1.1.6. Saúde do Trabalhador

Como funciona:

Atualmente o setor funciona sem uma equipe de assistência estruturada, aonde uma única profissional (enfermeira), fica responsável por receber as notificações de Acidentes de Trabalho provenientes da rede municipal de saúde, registrar, avaliar e sempre que necessário, realizar busca ativa desse trabalhador e também visita de fiscalização no local de trabalho.

Outras atividades também são realizadas, como participação em SIPATs nas empresas públicas e privadas, com palestras de educação em saúde, imunização e realização de testes.

Também são realizadas atividades junto aos setores e colaboradores das secretarias municipais, com realização de exames e parcerias em educação em saúde e outras atividades educativas periodicamente.

Função principal:

Acompanhar por meio de inspeção e fiscalização a situação dos trabalhadores que atuam nas empresas do município e as condições de trabalho oferecidas a eles, cobrando novas medidas e apresentando propostas sempre que possível, visando diminuir os riscos de acidentes e assegurar melhores condições para a saúde do trabalhador no que se refere ao seu ambiente de trabalho.

Principais dificuldades:

Subnotificação de Acidentes e Doenças Ocupacionais por parte dos serviços de saúde local;

Mal preenchimento das notificações de acidente de trabalho, com fichas incompletas e dados incorretos;

Necessidade de uma equipe de profissionais para apoio no desenvolvimento das atividades;

Baixo incentivo financeiro para investimento em saúde do trabalhador;

Pouca interação e parceria com a atenção básica para desenvolvimento de um maior número de atividades em vigilância em saúde do trabalhador;

3.1.1.7. Educação em Saúde / Promoção da Saúde

As atividades relacionadas à Educação em Saúde / Promoção da Saúde foram realizadas em ações conjuntas da Saúde do Trabalhador, Vigilância Sanitária, Controle de Zoonoses, Vigilância Epidemiológica e DANT. Também realizada parceria com Atenção Básica.

Necessitamos organizar o serviço devido a sua importância, com equipamentos e equipe própria.

3.2. Assistência em Saúde

Atualmente, a Rede Municipal de Saúde é composta por 67 estabelecimentos inscritos no CNES, dos quais 57 são públicos (85%) e 10 são privados (15%), uma estrutura ideal e bastante satisfatória para o porte do município.

3.2.1. Atenção Hospitalar

Tabela Leitos cadastrados no CNES por Quantidade Existente e Quantidade SUS, município Valença, Nov/2021.

Especialidade detalhada	Quant. existente	Quant. SUS
CIRÚRGICOS	69	67
CLÍNICOS	155	133
OBSTÉTRICOS	28	28
PEDIÁTRICOS	30	29
OUTRAS ESPECIALIDADES	31	31
Total	313	288
Leitos por 1.000 habitantes		3,74

Fonte: Datasus/CNES

No município de Valença existem 04 Hospitais que prestam serviço ao SUS, sendo 03 Filantrópicos (Hospital José Fonseca – Santa Casa de Misericórdia, Hospital de Santa Isabel e Hospital de Conservatória (Gustavo Monteiro Júnior), e um Hospital de Ensino (Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi). Dois desses Hospitais ficam localizados nos distritos de Santa Isabel (Hospital de Santa Isabel) e Conservatória (Hospital de Conservatória - Gustavo Monteiro Júnior). Os hospitais Escola e Santa Isabel são 100%

SUS, e junto com o de Conservatória são conveniados e contratualizados com o município.

A proporção de leitos disponíveis ao SUS é de 3,74 leitos por 1.000 habitantes, acima dos 2,5 a 3 leitos por cada 1.000 habitantes, previstos até então pela já revogada Portaria GM/MS 1.101/2002, mas ainda boa fonte de parâmetros.

Existe ainda um Hospital Privado da UNIMED com 12 leitos e um novo que terá mais de 100 leitos em construção.

O Sistema Hospitalar do município de Valença é bastante estruturado e atende cerca de 93% da demanda de internações totais de seus munícipes. As internações de Média Complexidade são atendidas quase que na totalidade nos Hospitais do município.

O Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi é o maior e principal Hospital do município. É certificado como Hospital de Ensino e é 100% SUS. Possui 198 leitos, com atendimentos em todas as principais clínicas em funcionamento. É referência para cirurgias e também para pediatria, obstetrícia, além de sediar a maternidade do município. Possui 20 leitos de UTI adulto tipo II, 10 leitos de UTI Neonatal, leitos de gestação de alto risco. Possui habilitações de alta complexidade em traumato-ortopedia e cirurgia vascular, essa última em fase de reorganização e sendo pouco utilizada.

No Hospital de Santa Isabel temos 33 leitos de internações de clínica médica e cirurgias.

No Hospital de Conservatória, temos 54 leitos e internações de clínica médica e cirurgia. Tal Hospital é credenciado como Pólo do Serviço de Oftalmologia de Média Complexidade.

3.2.2. Atenção Pré-Hospitalar e às Urgências / Emergências

A Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011, instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), com o objetivo de organizar o atendimento aos usuários com quadros agudos, por meio de fluxos estabelecidos no Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência.

A RUE tem como componentes a promoção, prevenção e vigilância à saúde; a atenção primária em saúde; o SAMU 192; a sala de estabilização; a UPA 24h; o conjunto de serviços de urgência 24h e atenção domiciliar; além do componente hospitalar, que oferta procedimentos diagnósticos, leitos clínicos de retaguarda, leitos de cuidados prolongados e leitos de UTI.

A Secretaria de Estado de Saúde fez a publicação da Resolução SES nº 1.692, de 25/5/18, recomendando critérios mínimos municipais para atendimento em urgência e emergência.

O fluxo de pacientes na Rede, a relação entre os serviços, a avaliação e hierarquização dos pedidos de socorro, são orientados e ordenados pela Central de Regulação Médica de Urgências, através do acesso pelo número 192.

Na sede do município, localizados anexos ao Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi, funcionam o Pronto Socorro Adulto Municipal e Pronto Socorro Infantil Municipal. Atendimentos de Urgência / Emergência também são realizados no Hospital de Santa Isabel e Hospital de Conservatória. A PMV / Secretaria Municipal de Saúde possui parcerias com os municípios de Rio Preto-MG para atendimento de pacientes do distrito de Parapeúna e com a Fundação Educacional Severino Sombra para atendimentos de pacientes do distrito de Juparanã.

O município de Valença faz parte do Projeto do SAMU da Região do Médio Paraíba, contando com uma unidade de suporte básica e uma unidade de suporte avançada.

Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi funciona como Porta de Entrada Hospitalar para atendimentos de Urgência e Emergência e possui leitos clínicos e de UTI habilitados como retaguarda para a Rede de Urgências e Emergências da Região Médio Paraíba.

3.2.3. Atenção Primária

3.2.3.1. Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família

O acompanhamento das condicionalidades das famílias do Programa Bolsa Família no município alcançou 65,7% de cobertura das famílias totalmente acompanhadas na segunda vigência de 2021, ultrapassando a meta de 62% estabelecida para o estado.

3.2.3.2. Saúde Bucal

Os municípios/regiões de saúde do estado recebem apoio da SES-RJ para a implantação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), por meio de visitas técnicas, da qualificação dos gestores e profissionais dos municípios, no processo de credenciamento das equipes de Saúde Bucal (eSB), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios de Prótese Dentária (LRPD), na pactuação das referências hospitalares para o atendimento dos pacientes com deficiência, na articulação da rede de atenção à Saúde Bucal e no monitoramento e avaliação das ações e dos indicadores de saúde bucal.

De acordo com dados da SES/RJ, a cobertura de Saúde Bucal no município, no período entre 2017 e 2020 foi:

Cobertura Populacional ESF Saúde Bucal

2017	2018	2019	2020
37,7	36,8	46,4	51,1

Cobertura Populacional Saúde Bucal AP

2017	2018	2019	2020
71,8	78,8	79,2	84,6

Observa-se aumento de cobertura na atenção primária tradicional (AB). Isso significa que o município oferta ações de saúde bucal à sua população, porém não recebe o recurso financeiro do MS, bem como não trabalha na lógica pensada como mais qualificada para a atenção primária, que seria a ESF.

Esta situação pode estar relacionada à pouca qualificação de gestores e profissionais, à falta de previsão para contratação de profissional com 40 horas na ESF e ao subfinanciamento das equipes de saúde bucal, desencadeando a descontinuidade do trabalho e a falta de priorização da implantação da política de saúde bucal.

Em relação à integralidade do cuidado em saúde bucal, o município é credenciado com Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD).

Considerando que o CEO tem por objetivo a realização de procedimentos complementares à atenção primária, observa-se a necessidade de maior organização dos processos de trabalho e planejamento das ações.

3.2.3.3. Programa Previne Brasil

O programa Previne Brasil é o novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), e foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Ele leva em conta três componentes para fazer o repasse financeiro federal a municípios e ao Distrito Federal: capitação ponderada (cadastro de pessoas), pagamento por desempenho (indicadores de saúde) e incentivo para ações estratégicas (credenciamentos/adesão a programas e ações do Ministério da Saúde).

A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas.

Como campo de prática para formação de residentes, temos a ESF Bairro de Fátima.

3.2.3.4. Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, se constitui em um potente programa para atuação de promoção e prevenção da saúde para o público infantil e adolescente.

Atualmente, no município o programa está implantado em todas as escolas da rede municipal.

3.2.3.5. Práticas Integrativas e Complementares

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) tem como objetivo incorporar essas práticas no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção primária, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

O município está se estruturando para oferecer algumas práticas como auriculoterapia e atividades relacionadas a plantas/fitoterapia.

3.2.3.6. E-SUS

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Primária (SISAB) foi instituído a partir da Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, com objetivo de qualificar a gestão da informação, atendendo às necessidades de cuidado na Atenção Primária. O e-SUS AB é a estratégia de informatização para consolidação do funcionamento do SISAB, e possui dois softwares públicos: coleta de dados simplificada (CDS) e prontuário eletrônico cidadão (PEC).

A implantação e o envio de dados de cada equipe de saúde da família a partir do PEC é a imagem-objetivo desta estratégia de informatização, pois permite o registro da informação diretamente pelo profissional da equipe, a utilização de ferramentas para a qualificação do processo de trabalho e o monitoramento pela gestão local. Para tal, todas as equipes devem contar com conectividade e equipamentos de informática nos diferentes ambientes da unidade básica, como os consultórios médicos, de enfermagem e odontológicos, e a recepção. A utilização de sistemas próprios é outra estratégia possível de ser executada pelos municípios, embora não se conheça, em profundidade, as funcionalidades dos diferentes sistemas.

A implantação do e-SUS ainda se mostra de forma incipiente em todas as regiões do estado e depende de investimento em infraestrutura de rede e aquisição de equipamentos de informática.

No município todas as unidades encontram-se com equipamentos de informática, porém a fase de implantação encontra algumas dificuldades como infraestrutura de conectividade.

3.2.3.7. Cobertura Populacional por Equipes de Atenção Primária

Temos uma cobertura de Atenção Primária para cerca de 99,38% da população, com 19 ESF (Estratégia de Saúde da Família) que abrange a cerca de 85,66% da população, 03 EAP (Equipe de Atenção Primária) e 01 UBS (Unidade Básica de Saúde),

que abrange cerca de 13,72% da população, e com 10 equipes de Saúde Bucal (ESB).

Estratégias de Saúde da Família

- ESF São Francisco
- ESF Juparanã
- ESF Juparanã Centro
- ESF Varginha
- ESF Bairro de Fátima
- ESF Centro
- ESF conservatória
- ESF Santa Isabel
- ESF Parque Pentagna
- ESF Biquinha
- ESF Cambota
- ESF João Bonito
- ESF Osório
- ESF Parapeuna
- ESF Pentagna
- ESF Spalla II (incluindo Sub unidade do Carambita e São José das Palmeiras)
- ESF Hildebrando Lopes
- ESF Jardim Valença
- ESF João Dias

Equipes de Atenção Primária

- EAP Canteiro
- EAP Chacrinha
- EAP Passagem

Unidade Básica de Saúde

- UBS Quirino

PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde)

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde conta atualmente com 185 ACS, credenciados pelo Ministério da Saúde, sendo que, oficialmente trabalhando, temos 170 e 03 pelo INSS.

Equipes de Saúde Bucal

- Santa Isabel
- Juparanã Centro
- Pentagna
- Osório
- João Bonito
- Spalla II
- Cambota
- Jardim Valença
- João Dias
- Hildebrando Lopes

Nas Estratégias de Saúde da Família que possuem Equipes de Saúde Bucal, temos atendimentos odontológicos diversos nas áreas básicas, sendo as especialidades encaminhadas ao CEO (Centro de Especialidades Odontológicas).

NASF – Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família

O município conta com 2 equipes de NASF tipo I, sendo 1 implantada desde 2015, atendendo a oito equipes de ESF, composta por fisioterapeutas (3), assistente social (1), nutricionistas (2), psicólogos clínicos (2) e fonoaudiólogo (1), e 1 implantada em 2018, composta por fisioterapeutas (3), assistente social (1), nutricionista (1), psicólogos clínicos (2), educadores físicos (2) e fonoaudiólogo (1). Cada NASF 1 deverá estar vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e, no máximo, 9 (nove) Equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas, sendo que no município o primeiro NASF mencionado atende a oito equipes de ESF e o segundo atende a nove equipes de ESF.

A Atenção Primária é o contato e a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera o sujeito em sua singularidade e

inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção de sua saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia. Seus princípios e diretrizes principais são:

Princípios: Universalidade, Equidade e Integralidade.

Diretrizes: Regionalização e Hierarquização, Territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade.

Ações ofertadas pelas equipes de Atenção Primária na UBS

De acordo com a Política Nacional de Atenção Primária, é diretriz da AP:
"Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde". Supera-se com isso a ideia de que as equipes de Atenção Básica devam atuar somente em áreas estratégicas (hipertensão arterial, diabetes, saúde da criança e a saúde da mulher) e reforça que esse serviço seja organizado também a partir das demandas de cuidado da população (consultas de cuidado continuado e de demanda espontânea, incluído o atendimento de urgências/emergências; realização de exames complementares; procedimentos clínicos e pequenas cirurgias).

Compromissos das Equipes de Atenção Primária (incluindo as equipes de saúde bucal e NASF):

I - Organizar o processo de trabalho da equipe em conformidade com os princípios da atenção básica previstos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Primária e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);

II - Implementar processos de acolhimento à demanda espontânea para a ampliação, facilitação e qualificação do acesso;

III - Alimentar o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Primária /e-SUS-

SISAB de forma regular e consistente, independentemente do modelo de organização da equipe e segundo os critérios do Manual Instrutivo;

IV - Programar e implementar atividades, com a priorização dos indivíduos, famílias e grupos com maior risco e vulnerabilidade;

V - Instituir espaços regulares para a discussão do processo de trabalho da equipe e para a construção e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares;

VI - Instituir processos auto avaliativos como mecanismos disparadores da reflexão sobre a organização do trabalho da equipe, com participação de todos os profissionais que constituem a equipe;

VII - Desenvolver ações Inter setoriais voltadas para o cuidado e a promoção da saúde;

VIII - Pactuar metas e compromissos para a qualificação da Atenção Primária com a gestão municipal.

Cenário Atual Atenção Primária

Atualmente nos deparamos com uma Atenção Primária resolutiva e organizada. Notamos uma grande diferença de produtividade e efetividade entre as diversas Unidades de Saúde que compõe a Atenção Primária Municipal. A Gestão Municipal está ciente de suas responsabilidades e atribuições, principalmente em garantir estruturas e condições de trabalho mínimas, assim como materiais, insumos, equipamentos, exames, medicamentos entre outras necessidades, que foram um dos problemas enfrentados em anos anteriores. Porém; espera-se uma maior organização dos processos de trabalho e planejamento uniforme das ações em todas as equipes, de modo a alcançar o previsto na Política Nacional de Atenção Primária.

O município permanece com o COAPES com a UNIFAA (Centro Universitário de Valença). O Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino/Saúde (COAPES) discute a integração ensino-serviço-comunidade para o conjunto dos cursos da área da saúde que

utilizam a rede escola do SUS como cenário de práticas. Esta rede beneficia-se com a inserção multiprofissional dos estudantes, além de contribuir para a formação destes futuros trabalhadores cujo aprendizado estará voltado para as demandas do SUS, contribuindo para o seu aperfeiçoamento e fortalecimento. A integração ensino-serviço, pensando o SUS enquanto rede escola, potencializa tanto a formação de futuros trabalhadores do SUS como o desenvolvimento dos trabalhadores. Nesse processo de discussão que o COAPES propõe deve-se pensar a inserção dos estudantes na rede de serviços daquele território enquanto um processo integrado com o processo de trabalho de cada unidade e qualificando o desenvolvimento dos trabalhadores.

3.2.4. Atenção Especializada Ambulatorial de Média Complexidade

Somente os serviços de APS não são suficientes para atender às necessidades de cuidados em saúde da população. Assim, os serviços de APS devem 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.
Para a sustentabilidade do sistema, torna-se imprescindível a organização de redes assistenciais articuladas que deem conta da evolução do perfil sociodemográfico e epidemiológico.

3.2.4.1. Centro Municipal de Fisioterapia

Atendimento fisioterapêutico nas áreas de traumato ortopedia, recuperação funcional (pós fraturas, pós-operatório de cirurgias ortopédicas), neurologia, uroginecologia, disfunção de ATM, problemas posturais, doenças respiratórias em geral, espirometria e acupuntura;
Atendimento em fonoaudiologia;
Atendimento a referências encaminhadas pela Rede Municipal, a urgências e a demandas espontâneas, com prescrição do SUS;
Atendimento domiciliar;
Atendimentos descentralizados no CIMEE, nos distritos de Barão de Juparanã, Conservatória e Santa Isabel do Rio Preto; nos bairros Varginha e Ponte funda.
O Centro Municipal de Fisioterapia funciona de segunda a sexta-feira no horário das 7:00 às 17:00 h.

Cenário Atual

Atualmente, estamos instalados em uma estrutura nova e ampla, com várias salas e novos equipamentos, que atende bem a demanda de atendimentos fisioterapêuticos e fonoaudiólogos. Porém, apresentamos uma lista de espera considerável (acima de 150 pacientes), devido a deficiência no quadro de profissionais, e acima de 15 pacientes para atendimento domiciliar, levando aproximadamente 2 meses na fila de espera para atendimentos. O número de atendimentos é de 02 pacientes por hora, por profissional.

Há necessidade de 10 profissionais fisioterapeutas (02 para atendimento domiciliar e 08 para atendimento ambulatorial) e 01 profissional psicólogo. O setor conta com 1 van para fazer o transporte de pacientes que não tem como se locomover par atendimento no setor.

Há também, a necessidade de um veículo para que o profissional fisioterapeuta possa realizar os atendimentos domiciliares;

Há necessidade de construção de uma Academia da Saúde junto ao setor e ainda, de um profissional de Educação Física para dar continuidade aos atendimentos pós alta ambulatorial.

3.2.4.2. Casa de Saúde Coletiva

Unidade de Saúde de referência que atende as seguintes doenças: Tuberculose, Hanseníase, Hepatites Virais, HIV e outras Doenças Sexualmente transmissíveis. Há oferta de atendimento médico, psicológico, coleta de sangue, realização de teste rápido, dispensação de medicamentos específicos aos pacientes da casa e distribuição de preservativo à população em geral. A função da casa é dar prioridade e acolhimento aos pacientes com doenças Infecto contagiosas.

Cenário Atual

Atualmente a Gestão Municipal se deparou com um Setor com sérios problemas estruturais, tais como déficit de RH ocasionando uma produção abaixo do previsto em algumas especialidades assim como dificultando a busca ativa de faltosos e de novos casos. A referência e Contra Referência ainda apresenta falhas como também a capacitação dos profissionais envolvidos. A estrutura física do local também necessita de

diversos reparos.

O Planejamento para os próximos anos será intensificar ações de prevenção e controle, ampliação da rede de atendimento, busca ativa e acompanhamento sistemático de todos os casos. Para alcançar o melhor atendimento à população, devemos aumentar o vínculo com a Atenção Básica, Assistência Emergencial e Hospitalar.

3.2.4.3. Centro Integrado de Saúde

Unidade de atendimento a consultas médicas de especialidades e consultas com outros profissionais de níveis superior. Atendimento a referências encaminhadas pela Rede Municipal, via Sistema de Regulação Municipal. Atende as normas preconizadas pela Gestão Municipal quanto a solicitação de exames, utilização dos sistemas de referência e contra referência, e prescrição de medicamentos.

Setor em funcionamento de segunda à sexta-feira, das 7:00hs às 16:30hs.

Cenário Atual

Atualmente, o Centro de Saúde continua com problemas estruturais, déficit de RH e poucas especialidades atendendo, gerando uma demanda reprimida alta em algumas especialidades. A Gestão Municipal permanece ciente de suas responsabilidades e atribuições, principalmente em garantir estruturas e condições de trabalho mínimas, assim como materiais, insumos, medicamentos e a realização de exames de média e alta complexidade, que também são um grande problema.

3.2.4.4. CIMEE

Unidade de atendimento e referência para atendimentos a crianças e adolescentes portadores de necessidades especiais. Programa em parceria com a Secretaria Municipal de Educação. Na área da Saúde, conta com atendimentos médicos em clínica geral, neurologista, psiquiatria e atendimentos de outros profissionais de nível superior na área da saúde. São realizados procedimentos com finalidade diagnóstica, como Emitanciometria, Teste da Orelhinha, e Audiometria, dentre outras ações em saúde. Atendimento a referências encaminhadas pela Rede Municipal e a demandas espontâneas.

Setor em funcionamento de segunda à sexta-feira, das 8:00hs às 17:00hs.

Cenário Atual

Atualmente o setor faz parte do complexo regulador de exames e consultas do município; encontra-se estruturado fisicamente e também com relação a recursos humanos. A Gestão Municipal permanece ciente de suas responsabilidades e atribuições, principalmente em garantir estruturas e condições de trabalho mínimas, assim como materiais, insumos, medicamentos e a realização de exames de média e alta complexidade.

3.2.4.5. Prestadores Municipais Credenciados e/ou Conveniados ao SUS

- **Fundação Educacional Dom André Arcoverde / Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi:** Principal referência Hospitalar e Ambulatorial do município de Valença. Possui contratualização vigente e revisada regularmente.
  Atende a consultas médicas de especialidades, diagnose em colonoscopia, endoscopia, cardiologia, neurologia, radiologia, ultrassonografia, tomografia, mamografia, diagnose em análises clínicas e anatomia patológica, pequenas cirurgias dentre outros procedimentos.

  A maior parte das agendas são disponibilizadas via SISREG, SER e Sistema Klinikos à SMS, que via CEMAC e TFD fazem os agendamentos locais e fora do domicilio

- **Irmandade Santa Casa:** Internações em psiquiatria e leitos de crack;

- **Hospital de Santa Isabel:** Consultas médicas de especialidade, diagnose em cardiologia, diagnose em análises clínicas;

- **Hospital de Conservatória:** Consultas médicas de especialidade, diagnose em radiologia, diagnose em cardiologia, diagnose em análises clínicas e anatomia patológica, e cirurgias de catarata;

- **CINED**: O município conta com o serviço de **Terapia Renal Substitutiva**, executado pelo prestador CINED, que é credenciado/habilitado pelo SUS e contratualizado com o município. Toda demanda de TRS de Valença é atendida

no próprio município, que atende ainda o município vizinho de Rio das Flores e ainda pacientes de outros municípios da Região.

Obs: Os prestadores acima são credenciados e possuem instrumento de contratualização formalizado.

- **CEM** (Centro Exames Médicos): Mamografia, ultrassonografias, densitometria óssea e tomografia.

- **Laboratório Ulisses**: Anatomia patológica e cervico vaginal.

- **LAPAV**: Análises clínicas e Anatomia patológica;

- **Laboratório Marquês de Valença**: Análises Clínicas.

Esses prestadores são credenciados, possuem instrumento de contratualização e têm suas demandas encaminhadas pelo município, recebendo pelos serviços por faturamento, tendo como base a tabela SUS.

Cenário Atual

A participação complementar da rede privada na rede municipal tem sido um dos principais problemas nos últimos anos, devido à dificuldade de licitar e formalizar tais parcerias. Tal situação gera demanda reprimida grande em exames de média e alta complexidade não disponíveis ou com quantidades insuficientes nos prestadores contratualizados e na PPI.

Diagnose em ultrassonografias, colonoscopias, endoscopia, diagnose em cardiologia, diagnose e tratamentos oftalmológicos, diagnoses em análises clínicas não disponíveis na tabela SUS e diagnose em ressonância magnética, são os principais procedimentos onde não conseguimos atender às demandas existentes.

Também existe a dificuldade de cumprimento de protocolos de solicitação e encaminhamento de exames e a incipiente estruturação do setor de regulação, controle e avaliação municipal, que dificultam as ações, somados ainda a pouca disponibilidade

financeira e transporte sanitário, pois boa parte dos exames de alta complexidade, não estão disponíveis.

3.2.4.6. Redes Temáticas do SUS

No município de Valença existem Polos e Serviços ligados às Redes Regionais, a saber:

- **Rede de Urgência e Emergência:**

- Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi funciona como Porta de Entrada Hospitalar tipo I, possui 50 leitos de retaguarda clínica e 04 leitos de UTI adulto tipo II, dispostos na Rede de Urgência e emergência da região do Médio Paraíba-RJ (RUE-MP). No mesmo Hospital, aguardando habilitação do Ministério da Saúde, 15 leitos de Unidade de Cuidados Prolongados.

- A UPA Tipo II do município de Valença que estava prevista na RUE-MP, foi desabilitada e o município conseguiu junto ao Ministério da Saúde a conversão do imóvel em serviços de saúde, centro de fisioterapia e vigilância em saúde.

- **Rede Cegonha**

- Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi conta com serviço de maternidade que possui 08 leitos GAR (Gestação de Alto Risco) e 10 leitos de UTI Neonatal tipo II. Ambos o serviços fazem parte da Rede Cegonha da região do Médio Paraíba-RJ. O Serviço de GAR ainda aguardando habilitação/custeio do Ministério da Saúde e os leitos de UTI neonatal também aguardando qualificação pelo Ministério da Saúde. Projeto de implantação de casa da gestante, bebê e puérpera, também previsto na Rede Cegonha Regional; porém, ainda não apresentado à SES/RJ e MS, pois dependem de obras estruturais.

- **RAPS (Rede de Atenção Psicossocial)**

- Existem em Valença CAPS II, CAPS AD e dois SRT. Tais serviços atendem a pacientes de Valença, sendo que um dos serviços de residência terapêutica atende dois pacientes do município de Rio das Flores.

- **RCPD (Rede de Cuidado das pessoas com Deficiência)**

- Valença não possui serviços locais previstos na RCPD e tem como referências os municípios de Barra do Piraí, Barra Mansa e Volta Redonda.

3.2.4.7. Programação Pactuada e Integrada – PPI

A Programação Pactuada e Integrada é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, onde em consonância com o processo de planejamento são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critério e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

No Estado do Rio de Janeiro, o processo de revisão da PPI de assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, apesar de dinâmico e parcialmente possível a qualquer momento, encontra-se sem revisões e aprofundamento de suas discussões e financiamentos, desde o ano de 2012. Torna-se necessário e o mais breve possível uma revisão geral e profunda de tal pactuação.

- **Teto MAC do Município de Valença (fonte: SISMAC/MS, Dezembro de 2021)**

- Sem Incentivos: R$ 16.436.285,04/ano

- Incentivos: R$ 15.323.713,61/ano

Teto Total/ano: R$ 31.759.998,65

Tabela SISPPI/SES-RJ com Valença como município executor (Agosto/2021)

Município executor	Cota física programada	Cota financeira programada
Angra dos Reis	99	R$ 1.375,63

Araruama	25	R$	433,28
Barra do Piraí	23	R$	6.210,11
Barra Mansa	858	R$	985.532,36
Bom Jesus do Itabapoana	0	R$	-
Cabo Frio	160	R$	2.291,27
Cachoeiras de Macacu	7	R$	116,99
Campos dos Goytacazes	598	R$	12.660,89
Duque de Caxias	71	R$	1.207,05
Itaboraí	14	R$	233,18
Itaguaí	4	R$	76,49
Itaperuna	137	R$	20.700,19
Macaé	150	R$	2.234,36
Magé	10	R$	162,98
Mangaratiba	3	R$	133,62
Maricá	0	R$	-
Miguel Pereira	3	R$	58,09
Miracema	3	R$	58,50
Natividade	1	R$	19,36
Niterói	4.653	R$	104.189,18
Nova Friburgo	133	R$	2.006,56
Nova Iguaçu	179	R$	22.450,97
Paracambi	2	R$	33,24
Paraíba do Sul	1	R$	9,28
Paraty	2	R$	35,10
Petrópolis	294	R$	148.626,52
Pinheiral	7	R$	67,75
Piraí	3	R$	48,57
Resende	264	R$	74.843,21
Rio Bonito	88	R$	1.268,20
Rio de Janeiro	1.499	R$	270.604,32
Santo Antônio de Pádua	5	R$	78,10
São Gonçalo	201	R$	3.036,57
Saquarema	3	R$	50,83
Teresópolis	56	R$	755,04
Valença	493.644	R$	7.821.808,12
Vassouras	97	R$	21.133,37
Volta Redonda	7.730	R$	884.073,68
Total	**511.027**	**R$**	**10.388.622,99**

Pela programação da PPI de MAC vigente, o município de Valença possui uma cota programação anual de município encaminhador de R$ 10.388.622,99. Observado que cerca de 75% desse valor, o próprio município de Valença é a referência.

Da programação restante, observamos que os valores estão distribuídos entre 37 diferentes municípios, sendo que os três principais, Barra Mansa, Volta Redonda e Rio de Janeiro, correspondem a cerca de 92% do valor total e são as principais referências para procedimentos não realizados no município de Valença.

Os procedimentos realizados fora do município são, principalmente: procedimentos ambulatoriais e hospitalares em oncologia, cardiologia, UTI pediátrica, neurocirurgia, oftalmologia, ortopedia (alta complexidade), endovasculares e atendimentos a especialidades médicas em casos de maior complexidade e doenças raras. Também são referenciados procedimentos com finalidade diagnóstica, principalmente ressonância magnética, cintilografias, além de outros de maior complexidade.

Tabela SISPPI/SES-RJ com Valença como município encaminhador (Agosto/2021)

Município encaminhador	Cota física programada	Cota financeira programada
Angra dos Reis	9.607	R$ 64.321,58
Aperibé	4	R$ 55,32
Araruama	44	R$ 635,14
Areal	686	R$ 6.882,79
Armação dos Búzios	11	R$ 165,88
Arraial do Cabo	11	R$ 155,69
Barra do Piraí	8.106	R$ 71.041,83
Barra Mansa	85	R$ 2.474,12
Belford Roxo	201	R$ 2.903,71
Bom Jardim	11	R$ 153,74
Bom Jesus do Itabapoana	14	R$ 204,41
Cabo Frio	74	R$ 1.076,88
Cachoeiras de Macacu	23	R$ 331,76
Cambuci	6	R$ 85,53
Campos dos Goytacazes	174	R$ 2.520,54
Cantagalo	8	R$ 118,97
Carapebus	5	R$ 69,10
Cardoso Moreira	5	R$ 72,28
Carmo	7	R$ 104,33
Casimiro de Abreu	12	R$ 176,96
Comendador Levy Gasparian	4	R$ 60,14
Conceição de Macabu	8	R$ 119,74
Cordeiro	8	R$ 115,24
Duas Barras	4	R$ 63,06
Duque de Caxias	349	R$ 5.053,20
Engenheiro Paulo de Frontin	869	R$ 8.016,31
Guapimirim	20	R$ 288,02

Iguaba Grande	9	R$	132,84
Itaboraí	92	R$	1.325,79
Itaguaí	42	R$	611,61
Italva	6	R$	84,96
Itaocara	9	R$	129,93
Itaperuna	40	R$	575,79
Itatiaia	127	R$	53.427,09
Japeri	41	R$	588,73
Laje do Muriaé	3	R$	46,36
Macaé	78	R$	1.125,56
Macuco	2	R$	32,57
Magé	98	R$	1.414,59
Mangaratiba	13	R$	188,33
Maricá	49	R$	714,96
Mendes	1.042	R$	7.407,53
Mesquita	76	R$	1.100,35
Miguel Pereira	21	R$	3.470,00
Miracema	11	R$	155,29
Natividade	6	R$	89,25
Nilópolis	64	R$	922,91
Niterói	192	R$	2.775,43
Nova Friburgo	71	R$	1.034,32
Nova Iguaçu	346	R$	5.008,52
Paracambi	18	R$	260,65
Paraíba do Sul	17	R$	241,29
Paraty	14	R$	206,83
Paty do Alferes	1.660	R$	27.024,91
Petrópolis	126	R$	1.824,40
Pinheiral	86	R$	36.915,35
Piraí	1.564	R$	46.615,41
Porciúncula	7	R$	106,78
Porto Real	23	R$	599,98
Quatis	824	R$	34.696,08
Queimados	56	R$	806,92
Quissamã	8	R$	115,06
Resende	7.418	R$	53.728,93
Rio Bonito	22	R$	318,77
Rio Claro	1.114	R$	34.687,95
Rio das Flores	4.396	R$	267.880,72
Rio das Ostras	39	R$	559,39
Rio de Janeiro	2.475	R$	35.818,24
Santa Maria Madalena	4	R$	62,38
Santo Antônio de Pádua	17	R$	245,53
São Fidélis	16	R$	227,26
São Francisco de Itabapoana	19	R$	276,93

São Gonçalo	397	R$	5.739,62
São João da Barra	12	R$	177,19
São João de Meriti	188	R$	2.720,11
São José de Ubá	3	R$	42,25
São José do Vale do Rio Preto	8	R$	119,10
São Pedro da Aldeia	34	R$	491,32
São Sebastião do Alto	4	R$	52,42
Sapucaia	9	R$	769,67
Saquarema	28	R$	401,61
Seropédica	260	R$	152.265,82
Silva Jardim	9	R$	128,67
Sumidouro	6	R$	88,68
Tanguá	12	R$	176,76
Teresópolis	65	R$	938,31
Trajano de Moraes	4	R$	57,39
Três Rios	5.194	R$	34.723,30
Valença	493.644	R$	7.821.808,12
Varre-Sai	4	R$	51,24
Vassouras	1.951	R$	13.063,99
Volta Redonda	122	R$	1.562,30
		R$	8.828.226,57
Não se aplica		R$	22.750.301,29
Total	**544.670**	**R$**	**31.578.527,86**

Pela programação da PPI de MAC vigente, o município de Valença possui uma cota programação anual de município executor de R$ 31.578.527,86. Desconsiderando o valor classificado como não aplicável à pactuação, observado o valor pactuado de R$ 8.828.226,57. Conforme visto na planilha acima e na primeira, Valença executa no próprio município R$ 7.821.808,12. Com isso, o município possui uma programação financeira anual para ser referência, no valor de R$ 1.006.418,45.

Da programação restante, observamos que os valores estão distribuídos entre 91 diferentes municípios, sendo os principais, Rio das Flores, Seropédica, Barra do Piraí, Angra dos Reis e Resende.

O município de Valença é referência, principalmente, em internações hospitalares de média complexidade, de UTI adulto e neonatal. Na área de procedimentos ambulatoriais, o serviço de diagnose em anatomia patológica, principalmente exames preventivos (EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA), o município é referência para outros 13 municípios, com o valor representando cerca de R$ 260.000,00/ano.

3.2.5. Atenção Materno-Infantil

A Portaria GM/MS n° 1.459/2011 instituiu a Rede Cegonha como estratégia para enfrentar os altos índices de morte materna e infantil no país, e organizar a atenção à saúde materno-infantil, assegurando às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério, bem como às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha é organizada a partir de quatro componentes:

I - Pré-natal;

II - Parto e nascimento;

III - Puerpério e atenção integral à saúde da criança;

IV - Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

3.2.5.1. Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil e Mortalidade Materna

Tabela Óbitos de Mulheres em Idade Fértil, por residência, 2017 a 2020.

Óbitos	2017	2018	2019	2020	Total
Investigados	20	20	18	26	84
Não investigados	5	3	1	4	13
Não informados/não se aplica	2	1	1	2	6
Total	27	24	20	32	103
% Óbitos Investigados	74%	83%	90%	81%	81%

Fonte: SES/RJ

Observa-se um aumento progressivo do percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados ao longo dos anos no município, porém, o ideal é a investigação da totalidade dos óbitos.

Os profissionais de saúde responsáveis pela investigação devem buscar parcerias de outros profissionais, como por exemplo, técnicos do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar (NHE), da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), da Equipe

Saúde da Família, etc. A cobertura da atenção primária e o envolvimento da equipe de referência da área de abrangência do local de residência da família da mulher que foi a óbito são da maior relevância para a investigação domiciliar e ambulatorial dos óbitos em tempo oportuno.

Com relação aos Óbitos Maternos ocorridos no mesmo período, de mulheres residentes no município, para os anos de 2018 e 2019 não há dados notificados e para os anos de 2017 e 2020, tivemos um total de 4 óbitos notificados, dos quais 2 foram investigados, 1 não investigado e 1 não informado.

3.2.5.2. Mortalidade Infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), frequência de óbitos dos menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, é um dos indicadores mais sensíveis para avaliação da situação de saúde e condições de vida da população. As ameaças à vida da criança no primeiro ano de vida envolvem as vulnerabilidades vividas na gestação, no parto e no período neonatal, além das influências do meio em que vive durante o pós-neonatal. As desigualdades na distribuição de renda, acesso aos recursos de saúde, saneamento básico, educação e outras variáveis representam riscos diferenciados de morte nos diversos estratos sociais. Um dos indicadores tripartite tradicionais de pactuação, a TMI vem diminuindo ano a ano no estado, passando de 14,39, em 2008, para 12,22, em 2017. No município, a TMI em 2017 foi de 9,7, aumentando em seguida para 15,6 em 2018 e 14,3 em 2019, voltando a cair em 2020, quando chegou a 8,9.

3.2.5.3. Taxa de Cesáreas

Tabela Nascimentos por Tipo de Parto, município Valença, 2017 a 2021.

Tipo de parto	2017	2018	2019	2020	2021
Vaginal	253	271	272	273	390
Cesáreo	565	625	565	510	327
Ignorado ou não informado	4	-	-	-	-
Total	822	896	837	783	717
% Parto Cesáreo	68,7	69,8	67,5	65,1	45,6

Fonte: SES/RJ

Podemos observar uma redução progressiva ao longo dos anos da taxa de parto cesáreo no município a partir da implantação da Rede Cegonha, que se deu no ano de 2018.

A partir de 2014, após ampla revisão, a OMS vem propondo que a classificação de Robson seja utilizada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas. No Brasil, o indicador tripartite pactuado atualmente é o percentual de parto normal no SUS e na saúde suplementar.

3.2.6. Saúde do Idoso

Unidade de atendimento e referência para atendimentos à pessoa idosa. Conta com atendimentos médicos em cardiologia, clínica geral e geriatria, consultas com diversos profissionais de nível superior, dentre outras ações em saúde. Atendimento a referências encaminhadas pela Rede Municipal e a demandas espontâneas.

Setor em funcionamento de segunda à sexta-feira, das 7:00hs às 16:30hs.

Cenário Atual

Atualmente as necessidades do setor são: problemas estruturais, déficit de RH, materiais e insumos. A Gestão Municipal está ciente de suas responsabilidades e atribuições, principalmente em garantir estruturas e condições de trabalho mínimas, assim como materiais, insumos, equipamentos, entre outras necessidades. Porém; espera-se uma maior organização dos processos de trabalho e planejamento uniforme das ações, de modo a alcançar o previsto na legislação vigente dos Programas contemplados. Necessário ainda uma descrição do Programa e realização de ações de promoção e prevenção.

3.2.7. Atenção Psicossocial

3.2.7.1. CAPS II

Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial,

definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

- A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Cenário Atual

Atualmente, os problemas elencados no período de 2018 a 2021, foram sanados quanto a:

- Problemas estruturais - foi alocado em um espaço físico que garante o que está preconizado para a oferta do serviço:
- Déficit de RH – Contratação de profissionais que compõem o segundo a legislação, número de profissionais superior a equipe mínima exigida;
- Problemas de abastecimento regular de insumos, materiais e medicamentos – sendo suprida conforme a necessidade;
- Falta de definição de fluxos e interação com a parte da Atenção Básica – Ações de matriciamento sendo realizadas constantemente, promovendo uma maior organização dos processos de trabalho e planejamento uniforme das ações, de modo a alcançar o previsto na legislação vigente do Programa.

3.2.7.2. CAPS AD (CAPS Álcool e Drogas)

A assistência prestada no CAPS AD para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária;

os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico

Cenário Atual

Atualmente, os problemas elencados no período de 2018 a 2021, foram sanados quanto a:

- Problemas estruturais - foi alocado em um espaço físico que garante o que está preconizado para a oferta do serviço:
- Déficit de RH – Contratação de profissionais que compõem o segundo a legislação, número de profissionais superior a equipe mínima exigida;
- Problemas de abastecimento regular de insumos, materiais e medicamentos – sendo suprida conforme a necessidade;
- Falta de definição de fluxos e interação com a parte da Atenção Básica – Ações de matriciamento sendo realizadas constantemente, promovendo uma maior organização dos processos de trabalho e planejamento uniforme das ações, de modo a alcançar o previsto na legislação vigente do Programa.

3.2.7.3. Serviço de Residência Terapêutica I

Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada e possui as seguintes características:

- Garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- Atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- Promover a reinserção destes usuários à vida comunitária.

Cenário Atual

O Serviço de Residência Terapêutica I possui 09 moradores. Atualmente, os problemas com déficit de RH, foram sanados, contando com equipe conforme preconiza a legislação vigente. O imóvel encontra-se em espaço e com mobília adequado, com o abastecimento regular de insumos, materiais e medicamentos, além de encontrar-se habilitado junto ao Ministério da Saúde recebendo repasse financeiro mensal.

3.2.7.4. Serviço de Residência Terapêutica II

Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada e possui as seguintes características:

- Garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- Atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- Promover a reinserção destes usuários à vida comunitária.

Cenário Atual

O Serviço de Residência Terapêutica II, possui 09 moradores, sendo este Serviço pactuado, através de convênio, com o município de Rio das Flores. Foi inaugurado em 13/01/2021 e não possui problemas com déficit de RH, o município de Rio das Flores disponibiliza 04 cuidadores (previsto no Convênio), contando desta forma com equipe conforme preconiza a legislação vigente. O imóvel encontra-se em espaço e com mobília adequada, com o abastecimento regular de insumos, materiais e medicamentos. Durante o ano de 2021 foi realizado a solicitação de habilitação junto ao Ministério da Saúde, a fim de receber repasse financeiro mensal, porém, a solicitação ainda se encontra em tramitação.

3.2.7.5. Enfermaria Psiquiátrica / Leitos de Crack

Leitos de urgência e emergência para atendimento a crise e serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com

necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

A assistência prestada aos pacientes da Enfermaria Psiquiátrica inclui as seguintes características:

I – Internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso;

II - Adoção de protocolos técnicos para o manejo terapêutico dos casos;

III - estabelecimento de fluxos entre os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção às Urgências e o sistema de regulação;

IV -incorporação da estratégia de redução de danos como norteadora de projetos terapêuticos singulares, pactuados nos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;

V -articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para continuidade do tratamento, considerando perspectiva preventiva para outros episódios de internação;

VI - Estabelecimento de mecanismos de integração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas com outros setores do Hospital Geral, por intermédio de interconsulta ou outras formas de interação entre os diversos serviços, a partir de demandas de ordem clínica específica;

VII - garantia de transferência do usuário para estruturas hospitalares de maior complexidade, devidamente acreditados pelo gestor local de saúde, quando as condições clínicas impuserem tal necessidade;

VIII - avaliação clínica e psicossocial realizada por equipe multiprofissional, devendo ser considerado o estado clínico/psíquico do paciente;

II - Abordagem familiar, incluídas orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento em outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial;

O município possui 08 leitos cadastrados em Psiquiatria e 04 leitos habilitados no SHR (01 leitos para cada 23 mil habitantes)**,** funciona 24h todos os dias da semana.

Cenário Atual

Atualmente a Enfermaria Psiquiátrica ainda possui problemas estruturais, déficit de RH,

problemas de abastecimento regular de insumos, materiais. Cabe ressaltar que há um Convênio com a Santa Casa onde é repassado recursos financeiros mensalmente.

Outra questão que necessita de atenção e solução é o funcionamento irregular dos 04 leitos do SHR que atualmente em virtude do fechamento do Hospital Geral, encontra-se em desacordo com a Portaria 148 de 31 de janeiro de 2012. A Gestão Municipal está ciente de suas responsabilidades e atribuições frente ao que perpassa garantir as condições mínimas para a prestação do serviço.

3.2.8. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica (AF) é um direito fundamental, garantido na Lei Orgânica do SUS, e compartilhado entre as três esferas de gestão do sistema.

O financiamento é tripartite e, no caso do ERJ, sua execução é descentralizada para os municípios, conforme Deliberação CIB n° 2.661/13, através da qual foi pactuado o repasse financeiro do estado para os municípios, no valor de R$2,50 por habitante/ano, para a aquisição de medicamentos e de insumos (tiras reagentes para dosagem da glicemia capilar, lancetas e seringas com agulha acoplada). Desta forma, cabe aos municípios, utilizando o recurso tripartite, a aquisição dos referidos medicamentos e insumos, os quais devem ser disponibilizados à população.

Como estratégia de acesso a certos medicamentos no âmbito do SUS, foi regulamentado pela Portaria GM/MS de Consolidação nº 1, de 28/09/2017, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), com o objetivo principal de garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial. Este Componente tem uma importância fundamental no acesso aos medicamentos para agravos de maior complexidade, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto clínico.

Para garantir o acesso aos medicamentos do CEAF no estado do Rio de Janeiro, existem distribuídos no território três (03) Farmácias Estaduais de Dispensação de Medicamentos Especiais – RIO FARMES (Rio Farmes Praça XI na capital, Rio Farmes Nova Iguaçu e Rio Farmes Duque de Caxias). Ademais, a SES-RJ trabalha em parceria com os municípios que são polos regionais para cadastro e dispensação dos medicamentos especializados, 25 (vinte e cinco) polos municipais de dispensação dos medicamentos especializados, que atendem seus munícipes e os pacientes dos municípios adstritos, e 10 (dez) Centros de Referência.

Organização da Assistência Farmacêutica no Município de Valença:

- **Farmácia Municipal:**

A coordenação do Setor é responsável pelo gerenciamento da Assistência Farmacêutica, elaboração de lista para aquisição de medicamentos para toda Rede Municipal, pela maior parte da dispensação de medicamentos na Rede e também responsável pelo gerenciamento dos mesmos para Unidades e Centros de Saúde onde se tem a dispensação de medicamentos.

Farmácia municipal dispõe de dois atendentes, quando deveria ter três atendentes para uma melhor dinâmica e agilidade no atendimento.

Setor funciona de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17 horas na rua Silva Jardim Nº 235 Centro.

- **Farmácia de Medicamentos do Componente Especializado MS:**

O município de Valença é Polo de Dispensação de Medicamentos Excepcionais (alto custo) e beneficia cerca de 525 pacientes. Existe a necessidade de um (a) farmacêutico (a) em tempo integral para que fique responsável pelo Polo. A unidade funciona junto a Farmácia Municipal com atendimento das 8:00 as 17 horas.

- **Comissão de Avaliação de Demandas Judiciais e Outras**

Setor responsável por avaliar inicialmente as demandas judiciais e/ou solicitações de medicamentos não padronizados na **REMUME**. Setor multiprofissional composto por Farmacêutico, Médico, Assistente Social, Enfermeiro e um Gestor administrativo. Intuito de avaliar as solicitações minimizando assim os números de processos administrativos que possam desencadear mandados judiciais, bloqueios de recursos municipais, além de normatizar e viabilizar o acesso de pacientes carentes a medicamentos, insumos e correlatos.

- Rede Farmácia Popular do Brasil/Conveniada

O município conta com 12 estabelecimentos conveniados à Rede Farmácia Popular:

UF	Município	Razão Social	Endereço	Bairro
RJ	VALENÇA	DROGA MAIS DE VALENÇA LTDA	RUA DOS MINEIROS N°42	CENTRO
RJ	VALENÇA	DROGALINE DROGARIA E PERFUMARIA LTDA - EPP	AV NILO PECANHA, 251	CENTRO
RJ	VALENÇA	DROGAMINAS VALENCA LTDA - ME	RUA PADRE LUNA 100 B	CENTRO
RJ	VALENÇA	DROGARIA 21 DE MAIO LTDA ME	AV NILO PECANHA 199/209 R.MINEIROS, 70	CENTRO
RJ	VALENÇA	DROGARIA FARTA 2000 LTDA ME	NILO PECANHA	BARAO DE JUPARANA
RJ	VALENÇA	DROGARIA MAIS SAUDE DE VALENCA LTDA - EPP	RUA DOS MINEIROS, 74	CENTRO
RJ	VALENÇA	DROGARIA XV DE AGOSTO LTDA - EPP	RUA CEL. LEITE PINTO, 118 - LOJA B	CENTRO
RJ	VALENÇA	DROGARIAS PACHECO SA	NILO PECANHA	CENTRO
RJ	VALENÇA	J. C. W. SIQUEIRA FARMACIA	av NILO PECANHA, 380	CENTRO
RJ	VALENÇA	OFS RJ LTDA	AV DOS MINEIROS 7 E 11	CENTRO
RJ	VALENÇA	S F GRACA FARMACIA ME	R DUQUE DE CAXIAS, 173	MONTE DOURO
RJ	VALENÇA	S. O. SOUZA E SILVA LTDA.-ME	RUA VISCONDE DE IPIABAS, 20, LOJA A	LOJA A

4. Gestão em Saúde

A efetividade da gestão do SUS configura-se condição básica para o atendimento das necessidades de saúde da população. Orientada pelas diretrizes constitucionais da descentralização – com direção única em cada esfera de governo –, do atendimento integral que o Sistema deve prestar e da participação social, a gestão em saúde é um desafio que demanda permanente aperfeiçoamento tanto dos processos de organização e operação, quanto da eficiência na captação e aplicação de recursos – de diferentes naturezas – disponíveis. No conjunto desses meios e recursos, estão as questões relativas à gestão de pessoas, ao planejamento, ao financiamento, à articulação entre as esferas de governo – relação federativa –, à participação e ao controle social e à cooperação internacional. Alguns dos aspectos essenciais dessas questões são objeto da breve descrição a seguir.

4.1. Regionalização

Com 92 municípios, no Estado do Rio de Janeiro, durante a trajetória de regionalização na saúde foram instituídas 09 regiões de saúde: Metropolitana I, Baia da Ilha Grande, Metropolitana II, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Serrana, Norte e Noroeste.

A Finalidade da constituição das regiões de saúde é organizar as ações e serviços de saúde em redes de atenção, de forma a facilitar o acesso às unidades e a continuidade do cuidado, possibilitando o menor deslocamento possível dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

Desta forma, o principal papel da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro –

SES/RJ é o de coordenação do processo de regionalização, sendo, em realidade, não só um papel necessário, como indispensável ao alcance da imagem-objetivo da política de saúde, nos termos da Constituição Federativa do Brasil, de1988.
A autonomia dos entes da federação se expressa na auto-organização, autogoverno e autoadministração.

Como importante estratégia para operacionalizar os princípios do SUS, na regionalização as relações entre estado e municípios assumem protagonismo no que diz respeito à cogestão da rede de serviços no território estadual.

Neste sentido, o papel dos estados é, então, decisivo para que os municípios possam desempenhar de forma plena e articulada seu papel como ente federado, garantindo a atenção integral aos seus munícipes.

Assumindo caráter de transversalidade às vertentes do Pacto pela Saúde - Pacto pela Vida, Pacto pela Gestão e Pacto pela Defesa do SUS (2006) a regionalização é reforçada no Decreto7.508/11.
O Pacto apresentou proposições balizadoras para o planejamento regional, dentre as quais a territorialização, de modo a garantir acesso, integralidade e resolubilidade, independentemente do porte dos municípios e dos desenhos regionais. Considera, ainda, a maior eficiência dos recursos e os ganhos em economia de escala, com a constituição de regiões de saúde.

As diretrizes do Decreto 7.508/11 estão voltadas para o aprimoramento dos processos orientados pelo Pacto, também preservando os fundamentos do SUS, com novos instrumentos para diagnóstico, definição e explicitação de responsabilidades executivas e de financiamento, monitoramento, avaliação e auditoria.

As análises sobre os desafios e sucessos das experiências de regionalização em curso ressaltam as fases normativas do processo, como inicialmente a formação dos Colegiados Gestores Regionais – CGR e, a partir do referido Decreto, as Comissões Inter gestores Regionais (CIR), que instituíram uma instância de governança regional, espaço que propiciou encontros regulares entre os gestores municipais e estadual. Nas referidas comissões os problemas e desafios da atenção à saúde são debatidos conjuntamente, buscando soluções consensuais que permitam melhorar as condições de acesso aos serviços e a qualidade da assistência à saúde.

Na trajetória do SUS, os organismos colegiados de gestão, como a Comissão Inter gestores Tripartite (CIT), as Comissões Inter gestores Bipartites (CIB) nos estados e as Comissões Inter gestores Regionais nas regiões de saúde, têm sido espaços privilegiados de decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

A parceria entre a SES/RJ e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro – COSEMS/ RJ tem potencializado a cooperação técnica e o apoio aos gestores, por meio de ações conjuntas que vão além da participação nos espaços das Comissões Inter gestoras, como por exemplo: constituição de grupos de trabalho estaduais e regionais, realização de eventos de acolhimento aos gestores, por ocasião da alternância dos governos municipais, entre outras. A regionalização busca a equidade, investindo numa atenção à saúde mais efetiva, organizada em rede, com serviços que se complementem e conduzidas por uma gestão solidária e colaborativa por parte dos municípios e estado.

A Região do Médio Paraíba abrange os municípios de Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda, sendo, depois da Região Metropolitana, a mais industrializada do estado, segundo o CEPERJ.

Em 2021, foram realizadas 8 Reuniões Ordinárias e 1 Reunião Extra pela Câmara Técnica, das quais o município de Valença participou de 5. Com relação às Reuniões realizadas pela Comissão Inter gestores Regionais, das 10 Reuniões Ordinárias e 2 Extras, o município participou de 5.

4.2. Recursos Humanos

Seguem abaixo dados dos trabalhadores vinculados ao CNES da Rede Municipal e dados de totais de trabalhadores da SMS Valença.

Tabela Profissionais cadastrados no CNES, por Quantidade e Ocupações em geral, Agosto/21

Ocupações em geral	Qtde
PESSOAL DE SAÚDE - NÍVEL SUPERIOR	675
ANESTESISTA	5
Médico Anestesiologista	5

ASSISTENTE SOCIAL	15
Assistente Social	15
BIOQUÍMICO/FARMACÊUTICO	20
Farmacêutico	20
CIRURGIÃO GERAL	2
Médico Cirurgião Geral	2
CLÍNICO GERAL	86
Médico Clínico	86
ENFERMEIRO	121
Enfermeiro	96
Enfermeiro auditor	1
Enfermeiro da estratégia de saúde da família	18
Enfermeiro nefrologista	1
Enfermeiro obstétrico	5
FISIOTERAPEUTA	70
Fisioterapeuta geral	70
FONOAUDIÓLOGO	11
Fonoaudiólogo	11
GINECO OBSTETRA	8
Médico Ginecologista Obstetra	8
MÉDICO DE FAMÍLIA	8
Médico da estratégia de Saúde da Família	8
NUTRICIONISTA	12
Nutricionista	12
ODONTÓLOGO	146
Cirurgião dentista - clínico geral	116
Cirurgião dentista - endodontista	5
Cirurgião dentista - estomatologista	3
Cirurgião dentista - odontologia para pacientes co	2
Cirurgião dentista - odontopediatra	3
Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista	1
Cirurgião dentista - periodontista	1
Cirurgião dentista - protesista	2
Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofac	3
Cirurgião dentista de saúde coletiva	1
Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família	9
PEDIATRA	19
Médico Pediatra	19
PSICÓLOGO	37
Psicólogo Clínico	35
Psicólogo Hospitalar	2
PSIQUIATRA	3
Médico psiquiatra	3
RADIOLOGISTA	5
Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	5

OUTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	87
Médico angiologista	3
Médico cardiologista	11
Médico cirurgião do aparelho digestivo	1
Médico dermatologista	4
Médico do trabalho	1
Médico gastroenterologista	2
Médico geriatra	1
Médico hansenologista	1
Médico infectologista	2
Médico nefrologista	4
Médico neurologista	3
Médico nutrologista	1
Médico oftalmologista	3
Médico oncologista clínico	1
Médico ortopedista e traumatologista	1
Médico otorrinolaringologista	1
Médico patologista	1
Médico pneumologista	1
Médico residente	43
Médico reumatologista	2
OUTRAS OCUPAÇÕES DE NÍVEL SUPERIOR RELAC À SAÚDE	20
Médico veterinário	1
Biólogo	7
Biomédico	5
Preparador Físico	1
Psicopedagogo	2
Terapeuta ocupacional	4
PESSOAL DE SAÚDE - NÍVEL TÉCNICO TÉCNICO/AUXILIAR	364
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	28
Auxiliar de Enfermagem	24
Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família	4
FISCAL SANITÁRIO	1
Visitador Sanitário	1
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	305
Técnico de enfermagem	293
Técnico de enfermagem de saúde da família	12
TÉCNICO E AUXILIAR DE FARMÁCIA	10
Auxiliar de Farmácia de Manipulação	10
TÉCNICO E AUXILIAR DE LABORATÓRIO	6
Auxiliar de Laboratório de Análises Clínicas	2
Técnico em patologia clínica	4
TÉCNICO E AUXILIAR EM SAÚDE ORAL	2
Auxiliar de Prótese Dentária	1
Técnico em saúde bucal	1

TÉCNICO E AUXILIAR EM RADIOLOGIA MÉDICA	11
Técnico em radiologia e imagenologia	11
OUTRAS OCUPAÇÕES NÍVEL TÉCNICO E AUXILIAR EM SAÚD	1
Instrumentador Cirúrgico	1
PESSOAL DE SAÚDE - QUALIFICAÇÃO ELEMENTAR	507
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	167
Agente comunitário de saúde	167
AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	3
Agente de saúde pública agente de saneamento	3
ATENDENTE DE ENFERMAGEM/AUX OPER SERV DIV E ASSEM	13
Atendente de consultório dentário	9
Atendente de enfermagem atendente berçário	1
Atendente de farmácia balconista	3
OUTRAS OCUPAÇÕES NÍVEL ELEMENTAR EM SAÚDE	324
PESSOAL ADMINISTRATIVO	324
ADMINISTRAÇÃO	125
Administrador	1
Assistente técnico administrativo	84
Auxiliar de escritório em geral auxiliar	2
Diretor administrativo	1
Diretor de serviços de saúde diretor cli	8
Gerente administrativo	4
Gerente de almoxarifado	1
Recepcionista em geral	21
Telefonista	3
SERVIÇO DE LIMPEZA/CONSERVAÇÃO	2
Atendente de lavanderia	1
Auxiliar de lavanderia	1
SEGURANÇA	4
Vigia	1
Vigilante	3
OUTRAS OCUPAÇÕES ADMINISTRATIVAS	193
Copeiro	24
Copeiro de hospital	2
Cozinheiro de hospital	2
Motorista de carro de passeio	3
Motorista de furgão ou veículo similar	5
Trabalhador de serviços de manutenção	157
Total	**1546**

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Observamos um total de **1.546** trabalhadores ligados à Rede Municipal de Saúde, considerando os prestadores SUS, inscritos no CNES em Agosto de 2021.

Tabela Total de funcionários diretamente ligados à Secretaria Municipal de Saúde:

RELATÓRIO DE TRABALHADORES DA SMS	
VÍNCULO	**QTDE**
ESTATUTÁRIOS	259
COMISSIONADOS	8
ESTAGIÁRIOS	7
CEDIDOS	1
SUBTOTAL	**275**
CELETISTAS	37
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	148
AGENTE DE ENDEMIAS	57
SUBTOTAL	**242**
TOTAL	**517**

Tivemos em 2020, em média, 149/mês profissionais e/ou administrativos trabalhando na Cruz Vermelha Brasileira que possui contrato de gestão com a Prefeitura Municipal de Valença.

Temos um quadro de profissionais de saúde bastante satisfatório pelo porte da cidade. Como temos um quantitativo de leitos hospitalares acima do limite preconizado e ainda quatro hospitais ligados ao SUS, não temos problemas de falta de profissionais médicos e também das demais áreas da Saúde. Temos as faculdades de medicina, odontologia, enfermagem e medicina veterinária na área da saúde, o que também facilita a disponibilidade de profissionais.

Tabela Organograma da Saúde – Estrutura Organizacional

I - Secretário Municipal de Saúde
II - Diretor do Departamento do Fundo Municipal de Saúde
a) - Chefe da Seção de Bens e Patrimônios
b) - Chefe da Seção de Almoxarifado
c) - Diretor da Divisão de Contabilidade
d) - Diretor da Divisão de Tesouraria
e) - Diretor da Divisão de Controle Interno
III - Diretor do Departamento de Planejamento
a) - Diretor da Divisão de Transportes
a.1) - Chefe da Seção de Ambulância
a.2) - Chefe da Manutenção de Veículos

b) - Diretor da Divisão de Compras e Licitações
c) - Diretor da Divisão de Administração
c.1) - Chefe da Seção de Recursos Humanos
c.2) - Chefe da Seção de Informática
IV - Diretor do Departamento de Atenção Básica
a) - Diretor da Divisão Médica
b) - Diretor da Divisão de Enfermagem
c) - Diretor da Divisão de Saúde Bucal
c.1) - Coordenador do CEO
c.2) - Coordenador do CEFIVA
d) - Diretor da Divisão de Fisioterapia
d.1) - Coordenador do CEMURF
e) - Diretor da Divisão de Programa de Saúde da Família e PACS
f) - Diretor da Divisão de Programas
f.1) - Coordenador do IEC/EPS
f.2) - Coordenador do PAISMCA
g) - Coordenador da Casa da Saúde da Mulher
h) - Coordenador da Casa da Criança e do Adolescente
i) - Diretor da Divisão de Assistência Farmacêutica
V - Diretor do Departamento de Vigilância e Saúde
a) - Diretor da Divisão de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças
a.1) - Chefe da Seção de Investigação e Notificação de Doenças
a.2) - Chefe da Seção de Dados Vitais
b) - Diretor da Divisão de Vigilância Sanitária
b.1) - Chefe da Seção de Fiscalização de Alimentos
b.2) - Chefe da Seção de inspeção de Produtos de Origem Animal
c) - Diretor da Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde
c.1) - Coordenador do Programa Municipal de Controle de Dengue
c.2) - Coordenador do Programa de Zoonoses e Controle de Vetores
c.3) - Chefe de Seção de Controle de Água e Ar - VIGIAGUA e VIGIAR
d) - Diretor da Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador
d.1) - Chefe da Seção de Fiscalização de Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho
d.2) - Chefe da Seção de Doenças Relacionadas ao Ambiente de Trabalho
e) - Diretor da Divisão de Imunização
VI - Diretor do Departamento de Assistência em Saúde
a) - Coordenador do Centro de Referência
b) - Coordenador do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS
c) - Coordenador de DST/AIDS
d)- Coordenador de Laboratório Municipal
e) - Coordenador do Pronto Socorro Infantil
f) - Coordenador do Pronto Socorro Adulto
g) - Coordenador do Pronto Socorro Psiquiátrico
h) - Coordenador do Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas - CAPS AD
i) - Coordenador da Unidade de Terapia Intensiva - UTI
j) - Coordenador da Maternidade

k) - Coordenador da Residência Terapêutica
VII) - Diretor do Departamento de Controle e Avaliação
a) - Coordenador da Central de Marcação de Consultas - CEMAC
b) - Coordenador de Contas Médicas
C) - Coordenador de Tratamento Fora do Domicílio - TFD
d) - Diretor da Divisão de Auditoria
VIII) - Diretor dos Postos de Saúde
IX) - Coordenador de Consultor de Saúde Mental
Diretor Técnico
Coordenador da Rede de Urgência Municipal

4.3. Planejamento

O Planejamento em Saúde diz respeito ao método, à teoria e à prática de se planejar e organizar ações, serviços, programas, políticas e sistemas de saúde. O Decreto nº 7.508, de junho de 2011 dispõe sobre alguns aspectos do planejamento, como a obrigação do gestor público de elaborar e apresentar os instrumentos de planejamento, definidos pela Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 como: Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG) e Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA).

A Diretoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde fica responsável pela elaboração e monitoramento destes, assim como dos instrumentos de pactuação como: SISPACTO e Matriz Regional e os indicadores do SISPACTO.

Um dos grandes problemas observados no município em períodos anteriores, foi a falta de articulação entre os setores da Prefeitura Municipal responsáveis pela elaboração dos instrumentos orçamentários PPA, LDO e LOA, com os técnicos da Secretaria de Saúde. Com isso a interlocução entre todos esses instrumentos, que são fundamentais, com os instrumentos de gestão da Saúde, PMS, PAS e RAG ficaram comprometidas. Atualmente tal condução está se dando de forma articulada, devendo ser esta articulação ainda mais fortalecida entre tais instrumentos.

4.4. Financiamento

A Constituição Federal prevê as fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em saúde e as respectivas leis orgânicas, a forma de divisão e o repasse dos recursos entre as esferas de governo.

A Emenda Constitucional 29/2000 definiu percentuais mínimos de investimento da Receita Corrente Líquida (RCL) para os Estados (12%) e os Municípios (15%). No entanto, para o governo federal não foi estabelecido um mínimo percentual vinculado à RCL, situação que ao longo dos anos elevou, de forma substancial, os percentuais investidos em saúde pelos demais Entes da Federação.

O Decreto 7.508, de 2011 acrescenta a inserção dos serviços privados nos instrumentos de planejamento da saúde e define a forma de organização, planejamento, assistência e articulação interfederativa.

Em 2012 a Lei Complementar 141, estabeleceu a necessidade de criar uma metodologia de distribuição dos recursos da União para Estados e Municípios, definindo quais são os gastos com saúde e as despesas que não podem ser declaradas como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), estabelecendo ainda a obrigatoriedade, para União, Estados, Distrito Federal e Municípios, de declarar e homologar bimestralmente os recursos aplicados em Saúde, por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

Em 2015, a Emenda Constitucional 86 apesar de definir o percentual mínimo de investimento em saúde para a União de 15% da RCL, estabeleceu uma regra transitória de escalonamento (de 13,2% a 15%) ao longo de 5 anos, o que pode ser considerada uma das mais dramáticas derrotas da saúde pública no Brasil, visto que no ano de 2016 o valor deflacionado aplicado pela União foi inferior a 2015. Além disso, inseriu os valores apurados dos royalties do petróleo como uma das fontes para o cumprimento do mínimo constitucional a ser aplicado em saúde, fazendo com que uma receita que deveria ser considerada adicional se tornasse parte do mínimo.

Em 2016, o Congresso Nacional promulgou a Emenda Constitucional 95, a qual limita pelos 20 próximos anos os gastos federais que passarão a ser corrigidos pela inflação do ano anterior e, no caso da saúde, não mais pelo crescimento da RCL.

Diante deste cenário, em 28 de dezembro 2017, foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde, de n. 3.992, que trata da alteração das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS, com o objetivo de possibilitar maior autonomia aos gestores da saúde no gerenciamento financeiro dos recursos transferidos da União. Como principal mudança, a nova normativa estabeleceu que, a partir de 2018, o repasse dos recursos financeiros federais

destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, transferidos aos demais Entes federados na modalidade fundo a fundo, passam a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

- Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde

  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. Dessa forma, os recursos que eram disponibilizados separadamente agora são disponibilizados em uma única conta. Com a mudança, tornam-se fundamentais a organização e o controle por parte dos gestores e dos contadores municipais no que diz respeito às entradas e às saídas dos recursos federais no Fundo de Saúde. Isso porque em uma única conta serão recebidos recursos de diversas estratégias ou ações, para as quais existem programações ou planos de trabalho específicos para a utilização. A utilização dos recursos deve corresponder e estar vinculada às ações inseridas no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde. O modelo atual de repasses separa de forma transparente os fluxos orçamentários e financeiros, possibilitando uma melhor gestão financeira da saúde.

- Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde

  O novo regramento determina uma única conta para recebimento de todos os recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde. Anteriormente, cada objeto pactuado possuía uma conta específica para o recebimento dos repasses. Por exemplo: para a construção de uma Unidade Básica de Saúde, uma conta era aberta para o recebimento do recurso financeiro e perdurava até o final da execução da obra pelo Município. Atualmente, independente de quantos diferentes repasses o Município receber, todos os recursos ficarão disponíveis em uma única conta. Caberá ao gestor municipal identificar junto ao plano de trabalho inserido nos sistemas de monitoramento ou nas portarias do Ministério da Saúde que normatizaram os repasses a correta utilização do dinheiro.

Aplicação dos recursos financeiros no SUS

Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde devem ser utilizados exclusivamente na execução de ações e serviços públicos de saúde segundo as ações registradas no Plano

de Saúde., conforme Lei 8.080/1990, plano este que deve ser previamente submetido pelo respectivo Conselho de Saúde.

A transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde é vedada, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde, desde que devidamente justificadas. Em casos em que seja necessária a realização de ações e serviços não previstos no Plano de Saúde, estas devem ser submetidas ao respectivo Conselho de Saúde. Vale ressalvar a proibição de se destinar subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

Os Fundos de Saúde terão a movimentação dos seus recursos em instituições financeiras oficiais federais, em conta única e específica, aberta pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), para os Blocos de Custeio e Investimento, as quais receberão as transferências de recursos financeiros da União.

Considerando a necessidade de desenvolver mecanismos que assegurem, de forma homogênea, a apropriação contábil de subitens de despesas para todas as esferas de governo, a Secretaria do Tesouro Nacional (STN) por meio da Portaria 448/2002 divulgou o detalhamento da natureza das despesas para Material de Consumo, serviços de terceiros pessoa física, serviço de terceiros pessoa jurídica, equipamentos e material permanente. A portaria auxilia gestores municipais a reconhecer ações classificadas para corrente e capital, uma vez que exemplificam em seu anexo os itens para cada classificação de despesa.

- **Tabela com Indicadores de Recursos relacionados à Saúde FMS Valença 2017 a 2020**

Indicador	2017	2018	2019	2020
Participação da receita de impostos na receita total do Município	9,16 %	9,02 %	8,10%	6,46 %
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	80,63 %	80,09 %	78,06 %	82,38 %
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	20,15 %	20,49 %	24,09 %	34,41 %
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	93,62 %	91,40 %	81,11 %	70,38 %
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	37,03 %	38,08 %	39,23 %	46,38 %
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	47,86 %	46,56 %	41,97 %	34,89 %
Despesa total com Saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R$ 712,40	R$ 917,98	R$ 973,69	R$ 1.306,64
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	27,01 %	21,01 %	21,45 %	16,50 %
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	0,00 %	1,42 %	1,14 %	0,89 %
Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	60,86 %	64,98 %	67,16 %	73,40 %
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	2,08 %	3,52 %	1,66 %	1,40 %

Despesas com Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos	0,00%	0,77 %	0,79 %	0,54 %
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	57,52 %	53,70 %	63,75 %	83,18 %
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	18,22%	19,46 %	25,98	20,95 %

4.5. Fundo Municipal de Saúde

O Fundo Municipal de Saúde foi instituído em 26 / 10 / 92 pela Lei Municipal 1.611. O Fundo Municipal de Saúde funciona com estrutura própria, independente da Secretaria de Fazenda Municipal, contando contabilidade e tesouraria própria. O gestor e ordenador de despesas é o Secretário Municipal de Saúde.

4.6. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

A regulação da atenção à saúde é composta pelas ações envolvidas no processo de controle e avaliação, de acordo com a Política Nacional de Regulação do SUS. Busca garantir o adequado controle da oferta de serviços, executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS.

Essa função de gestão da saúde possui como processos constitutivos as políticas de financiamento, de concessão de incentivos, de habilitação e qualificação de serviços da atenção especializada e a orientação à regulação, no que concerne aos limites físicos e financeiros da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Para tanto, sua atuação se apoia nos dados inseridos nos Sistemas de Informação do SUS.

A auditoria é um instrumento de gestão fundamental para o fortalecimento do SUS, que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal. A auditoria é uma atividade formal e documentada sobre fatos já ocorridos, sejam estes de origem contábil, financeira, assistencial, contratual, denúncia, com foco na demanda e abrangência estabelecida. Esta demanda pode ser interna ou externa (Ministério Público Estadual e Federal, Polícia Civil ou Federal, ALERJ, Ouvidorias, dentre outros).

O município de Valença possui a gestão de seu sistema de saúde, incluindo seus prestadores e recursos de média e alta complexidade.

O Setor de RCAA teve alguns avanços nos últimos anos. Foram estruturadas ações no Setor de TFD (Tratamento Fora de Domicílio), Auditoria, CEMAC (Central de Marcação de Consultas), Faturamento e Avaliação das Ações. Importantes ações, como implantação do complexo regulador hospitalar e fortalecimento da auditoria médica, ainda precisam ser implementadas; porém, torna-se necessária a contratação, qualificação de recursos humanos, além de estruturação física do setor.

4.6.1. Central de Marcação de Consultas – CEMAC

O Setor realiza a marcação de consultas de especialidades médicas e outros profissionais de nível superior. Utilizado o sistema de cotas para as referências encaminhadas das Unidades de Atenção Básica da Rede Municipal e também entre os programas de atenção especializada. Utiliza o sistema SISREG e marcação via videofonia.

Cenário Atual

O Setor carece de melhor estrutura e condições de trabalho, além de recursos humanos, computadores e impressoras.

4.6.2. Tratamento Fora de Domicílio – TFD

O Setor realiza a marcação de consultas de especialidades médicas não existentes na rede, exames existentes na rede, nos prestadores locais e intermunicipais, tratamentos fora do domicílio, internações intermunicipais entre outros. Utilizado o sistema de cotas para as referências encaminhadas das Unidades da Rede Municipal. Utiliza os sistemas SER, SISREG e Rio Imagem.

Cenário Atual

O Setor continua necessitando de melhor estrutura e condições de trabalho, além de recursos humanos, computadores e impressoras.

4.6.3. Central de Ambulâncias

O Setor realiza atendimentos de remoções de pacientes em situações de emergência, pacientes em alta hospitalar com dificuldade ou incapacidade de locomoção, pacientes com necessidades de transferências hospitalares dentro do município e para outros municípios, pacientes internados ou com dificuldade/ incapacidade de locomoção, com indicação de tratamentos médicos ou exames em outros municípios.

Cenário Atual

Setor conta atualmente com 10 ambulâncias, das quais 5 são mais novas (1 fica em Juparanã) e 5 mais antigas (1 fica em Parapeúna). Realiza em média cerca de 440 atendimentos/mês. Carece de melhor estrutura e condições de trabalho, além de recursos humanos, computadores, impressora, entre outros.

4.6.4. Setor de Transporte

O Setor disponibiliza transporte sanitário para os procedimentos agendados pelos diversos setores da Rede Municipal, para internações intermunicipais, entre outros.

Cenário Atual

O setor necessita de melhoramentos na estrutura e condições de trabalho, sendo:

- Ampliação do quadro de recursos humanos capacitados;

- Atualização na estrutura tecnológica (computadores, impressoras, telefones);

- Implantação de sistema de informação para cadastro de pacientes;

- Reestruturação física do setor (fechamento das paredes divisórias e instalação de sistema de ar condicionado). É de grande importância ressaltar a necessidade do fechamento das divisórias, pois os setores ao redor possuem grande fluxo, ocasionando muito barulho, comprometendo a qualidade do atendimento do setor.

4.6.5. Ouvidoria

A necessidade de ampliação dos canais de participação do cidadão com o serviço público de saúde levou à implantação do serviço de ouvidoria em saúde, permitindo que o cidadão possa interferir nas proposições de formulações de políticas públicas em saúde, transformando sua participação em uma ação que irá afetar toda a coletividade.

O processo de descentralização das Ouvidorias do SUS no Estado do Rio de Janeiro inicia em 2012, com a realização de iniciativas que visaram esclarecer aos gestores municipais quanto as competências e atribuições dos serviços de ouvidoria, além de capacitar os profissionais para a atuação nesses serviços e instrumentalizar as equipes. O Estado do Rio de Janeiro foi pioneiro na disponibilização de recurso financeiro para a implantação e implementação de Ouvidorias do SUS, por meio do Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI). As Secretarias Municipais receberam tal repasse no ano de 2013. Ressalta-se que havia a prerrogativa estabelecida pelo programa - corte populacional de municípios com até 115.000 habitantes.

A ouvidoria da SES trabalha com o apoio técnico às ouvidorias municipais, por meio da realização periódica de fóruns regionais de ouvidorias do SUS. A troca de experiências, as discussões sobre os processos de trabalho e como as ouvidorias se configuram como espaços para a escuta qualificada do cidadão, constituem estratégias importantes desses eventos. No ano de 2018, foram realizados 12 ciclos de fóruns regionais. Também de forma regional, foram realizados cursos de capacitação em ouvidoria com o intuito de qualificar os profissionais, além de oficinas temáticas para atender a frequente demanda dos ouvidores.

A Deliberação nº 2.630, de 12 de dezembro de 2013, definiu os critérios de implantação de ouvidorias do SUS no Estado do Rio de Janeiro, sendo eles: estrutura física, instrumento normativo, equipe de trabalho, acolhimento das manifestações, fluxo de trabalho e gestão da informação. Essa definição permitiu a existência de parâmetros para a implantação dos serviços de ouvidoria do SUS no ERJ.

4.6.6. Judicialização na Saúde

O relatório analítico do Conselho Nacional de Justiça – CNJ, intitulado “Judicialização da Saúde no Brasil”, mostra que o número de demandas judiciais relativas à saúde aumentou 130% entre 2008 e 2017. Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde, houve um crescimento de aproximadamente treze vezes nos gastos do Estado com

demandas judiciais em 2016. Essa mesma tendência de crescimento de demandas judiciais relacionadas à saúde está sendo observada no município.

Com o crescimento da judicialização da saúde nos últimos anos, a Secretaria de Municipal de Saúde, empreendeu esforços para efetivar meios de melhor se organizar para o enfrentamento dessa questão, criando o setor de Assessoria Jurídica da Saúde, tendo como um dos objetivos, manter ativo o canal de comunicação com o Poder Judiciário, Defensoria e Ministério Público.
E principalmente com a população, no sentido de evitar que as demandas dos munícipes relacionadas à saúde, como, por exemplo, pedido de medicamentos, insumos, exames e procedimentos, sejam atendidas sem que os usuários dos serviços de saúde necessitem ingressar na justiça para esse fim.

Também existe a Comissão de Medicamentos que tem como finalidades organizar, controlar o estoque e fazer a dispensação dos medicamentos solicitados pelos munícipes, com a devida prescrição médica.

Por fim, cumpre informar que existe uma integração entre a Assessoria Jurídica da Saúde, Comissão de Medicamentos e Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria visando realizar um trabalho preventivo, no sentido de se evitar o ingresso do usuário no Poder Judiciário, o aumento de demandas judiciais e, por consequência, o gasto de recursos públicos que não estão no planejamento orçamentário.

4.6.7. Conselho Municipal de Saúde

Ao Conselho de Saúde cabe essencialmente a participação regular na formulação e monitoramento da execução da política pública de saúde, e da análise dos instrumentos de planejamento do SUS que norteiam e monitoram os resultados de sua implantação.
A Lei Municipal atual que rege o Conselho Municipal de Saúde é a 2.671 de 05/03/2012. Foram realizadas eleições recentemente em 05/11/2021, ficando mantida a composição, de acordo com o Art.3º da Lei Municipal 2.671/2012.

Seguimento Gestor:
Titular: Thiago Ferreira da Silva

Suplente: Janaina Guimarães de Oliveira

Titular: Fernanda Alves de Mello

Suplente: Lucilei da Silva

Fundação Dom André Arcoverde:

Titular: Thiago José Gomes Farias

Suplente: Ana Lúcia de Paula Almeida Barbosa

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Valença

Titular: Marco Antônio de Souza

Suplente: Eduardo Gomes Siqueira e Silva

Associação Cultural Nipo Brasileira –ANIBRA

Titular: Maria Emilia Naves de Castro

Suplente: Yoshinari Nakaori

Paróquia Nossa Senhora da Glória

Titular: Almerinda dos Santos Machado

Suplente: Julia Maria Dias Martini

Lar dos Velhos de Conservatória

Titular: Roberto Ferreira de Oliveira

Suplente: Haydee Motta de Carvalho

Loja Maçônica Perfeita União

Titular: Willian Suzano de Almeida

Suplente: Rafael Antônio de Oliveira Tancredo

Rotary Clube de Valença

Titular Lúcia Maria Gonçalves Lima

Suplente: FALTA

O atual presidente é representante dos trabalhadores da Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde funciona atualmente no endereço:

Praça XV de Novembro nº 522- Centro- Valença-RJ / CEP: 27.600-000

Telefone: (24) 24530636

e-mail: cmsvalenca@gmail.com

- Conferências Municipais de Saúde

A última Conferência Municipal de Saúde foi realizada em Novembro de 2021, sendo a 10ª a ser realizada.

5. Matriz de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

Apresentamos a seguir a Matriz DOMI do PMS 2022-2025, composta pelas Diretrizes, pelos Objetivos, pelas Metas e pelos Indicadores que irão nortear o desenvolvimento da política municipal de saúde, evidenciando as prioridades de investimento e gestão do processo de planejamento e execução das ações de saúde programadas anualmente.

Cabe ressaltar que, o monitoramento e a avaliação do processo de planejamento realizados através desta Matriz, deverão ser permanentes, visando atingir os resultados propostos.