



APRESENTAÇÃO

O Plano de Saúde é um instrumento básico de planejamento que norteia os gestores na construção anual das ações e serviços de saúde, segundo as portarias ministeriais nº 3085/GM/MS e nº 3332/GM/MS.

A Secretaria Municipal de Saúde durante o exercício de 2014 iniciou o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde que corresponde ao período de 2014 a 2017.

Para os entes federados, como Porto Velho - Rondônia que não assinaram o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), o SISPACTO foi utilizado como ferramenta para preenchimento e registro de diretrizes, objetivos, metas e indicadores de saúde. Esse conjunto de metas e indicadores passou por uma pactuação tripartite, onde estados, municípios e União debateram. Existindo, dessa forma, um acordo tripartite com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Ministério da Saúde.

Na perspectiva da construção coletiva, elaborou-se um roteiro e várias oficinas com o grupo técnico da gestão para discussão e elaboração do referido plano.

O produto da construção coletiva foi consolidado pela Assessoria Técnica - ASTEC/SEMUSA e posterior discussão e adequação para a finalização do mesmo.

Por fim, foi realizada uma reunião com todos os diretores, técnicos e conselheiros de saúde para a validação técnica do documento final, aqui apresentado.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



1. INTRODUÇÃO

O presente documento foi elaborado com base nas orientações constantes nos Cadernos de Planejamento “Sistema de Planejamento SUS- uma construção coletiva”, do Ministério da Saúde.

Inicia com uma análise que demonstra a situação de saúde da população e seus principais condicionantes, a rede física de saúde instalada e o seu funcionamento. Esta análise proporciona a detecção dos problemas de saúde e fragilidades do sistema. Ao mesmo tempo, oferece a oportunidade de estabelecer adaptações e intervenções prioritárias para o fortalecimento do sistema de saúde.

Para esta construção, foram utilizados dados e informações obtidas por Sistemas de Informações de Saúde processados no SUS, como Sistema de Informação de Mortalidade-SIM, Sistema de Informação de Nascidos Vivos-SINASC, Sistema de Notificação de Agravos de Vigilância- SINAN, Sistema de Informação de Produções Ambulatoriais e de Internação - SAI e Sistema de Informação Hospitalar - SIH entre outros.

Também foram utilizadas outras fontes de informação de dimensão nacional, como o IBGE. A análise situacional contou também com as descrições dos próprios setores responsáveis pelo gerenciamento das ações e serviços.

As intervenções propostas no Plano são apresentadas em forma de Diretrizes contendo metas e ações, que são monitoradas por indicadores específicos. Elas foram formuladas dentro de eixos estratégicos de intervenção, considerando os blocos de financiamento do SUS e demonstrando a metodologia de organização prevista para a rede de serviços de saúde.



2. ANÁLISE SITUACIONAL

2.1 Condições de Saúde da População

2.1.1. Dados históricos, geográficos e demográficos

Porto Velho foi criado por desbravadores por volta de 1907, durante a construção da E.F. Madeira - Mamoré (www.portovelho.ro.gov.br). Elevada à categoria de vila e município com a denominação de Porto Velho, pela Lei Estadual n.º 757, de 02-10-1914, desmembrada da vila de Humaitá. Sede na povoação de Porto Velho. Constituído do distrito sede. Instalada em 24-01-1915. Porto Velho nasceu das instalações portuárias, ferroviárias e residenciais da Madeira-Mamoré Railway. ([biblioteca. ibge. gov.br](http://biblioteca.ibge.gov.br)).

Porto Velho, capital do Estado de Rondônia, fica situado à margem direita do rio Madeira (Figura 1). Altitude 85,2m, latitude 08°45'43" e longitude de 63°54'14". Distante 1.903,4 km, em linha reta de Brasília e de 759,1 em linha reta de Manaus e 2.589, por via rodoviária de Brasília (Anuário Estatístico do Brasil/IBGE 2011).



Fonte: www.google.com.br/

Figura 1-Localização Geográfica do Município de Porto Velho

Possui uma área territorial de 34.096,388 km² (IBGE), limitada ao Norte pelo estado do Amazonas; ao Sul pelos municípios de Nova Mamoré e Buritis; a Leste, municípios de Candeias do Jamari e Alto Paraíso; a Oeste, pelo município de Nova Mamoré, pela República da Bolívia e o Estado do Acre (www.portovelho.ro.gov.br).



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Porto Velho apresenta densidade demográfica de 12,57 hab /km² (IBGE) e o IDHM -2010 de 0,736 (IBGE).

Porto Velho dispõe de um porto fluvial e de um aeroporto internacional. É ponto de cruzamento dos seguintes eixos rodoviários internacionais: Brasília / Lima / Santiago (BR 364), Brasília / Caracas / Georgetown (BR 319) e Brasília / La Paz (BR 425) (PLANO PLURIANUAL DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO, 2014).

A evolução urbana de Porto Velho (Figura 2) surgiu a partir de um pequeno núcleo inicial, localizado às margens do rio Madeira, a cidade cresceu, inicialmente, de forma radial, nas direções Norte, Sul e Leste. A área central de Porto Velho, com usos predominantemente de comércio e serviços, é delimitada basicamente pelo quadrilátero formado pela rodovia BR-364, a Av. Jorge Teixeira, pela Avenida dos Imigrantes e pelo Rio Madeira (PLANO DIRETOR DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO, 2008).

A partir do centro original a expansão da malha urbana foi encontrando algumas limitações, representadas, de um lado, por condicionantes físicas, como a ocorrência de igarapés, e de outros por razões de ordem institucional, tais como a presença do aeroporto na área Norte e uma extensa área militar, ao Sul; também ao Sul observa-se a existência de uma barreira representada pela travessia da BR-364. A cidade foi se expandindo deixando vazios (PLANO DIRETOR DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO, 2008).

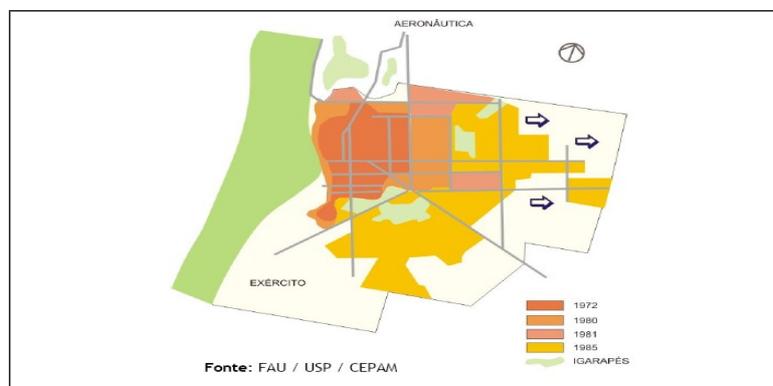


Figura 2- Evolução Urbana do Município de Porto Velho

De acordo com o Plano Diretor do Município de Porto Velho (2008), atualmente a divisão administrativa da cidade de Porto Velho conta com 68 bairros.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Dos quais, 66 possuem lei de criação e 3 sem lei de criação (Área militar e aeroporto, Cidade Jardim e Nova Esperança). O bairro Pantanal surgiu do desmembramento dos bairros Teixeira e Escola de Polícia; o bairro Esperança da Comunidade surgiu do desmembramento dos bairros Teixeira, Igarapé, Cuniã e Escola de Polícia. O bairro Maringá surgiu do desmembramento do bairro Teixeira.

O clima da região é o equatorial, e a topografia destaca relevos ondulados a fortemente ondulados e acidentados. A bacia hidrográfica do Rio Madeira tem como principais afluentes a sua margem direita os rios Mutum Paraná, Jaci Paraná, Caracol, Jamari e Machado, destacando-se ainda outros importantes rios como: Candeias, Jacundá, Garças, Preto do Jacundá e muitos outros de menor porte. Pela margem esquerda do rio Madeira aflui os rios: Abunã, Caripunas e Cuniã, ocorrendo ainda outros importantes rios como o Marmelo e o São Sebastião. Todos são rios de muito bons volumes de águas e com potencial para pesca, navegação e recreação (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010).

O índice pluviométrico varia entre 1.400 a 2.600 mm/ano (2.425,19 mm - 2002). E a vegetação é de Floresta Tropical Aberta e Floresta Tropical Densa. O solo é basicamente formado por calcáreo (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO, 2010).

Em divisão territorial datada de 1995, o município é constituído de 9 distritos: Porto Velho, Abunã, Calama, Fortaleza do Abunã, Jaci Paraná, Mutum Paraná, Nova Califórnia, São Carlos e Vista Alegre do Abunã. Pela Lei Municipal n.º 1.299, de 26-06-1997, foram criados os distritos de Demarcação e Nazaré e anexados ao município de Porto Velho. Pela Lei Municipal n.º 1.325, de 05-01-1998, é criado o distrito de Extrema e anexado ao município de Porto Velho. Em divisão territorial datada de 2001, o município é constituído de 12 distritos: Porto Velho, Abunã, Calama, Demarcação, Extrema, Fortaleza do Abunã, Jaci Paraná, Mutum Paraná, Nazaré, Nova Califórnia, São Carlos e Vista Alegre do Abunã. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2009 (biblioteca. ibge.gov.br).

Tem-se acesso à área rural do município através de via terrestre, sendo esta composta por oito distritos (Jaci Paraná, União Bandeirantes, Mutum Paraná, Abunã, Vista Alegre do Abunã, Fortaleza do Abunã, Extrema e Nova Califórnia), e a área



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



com acesso por via fluvial é composta por quatro distritos (Calama, Nazaré, São Carlos e Demarcação) e várias localidades espalhadas ao longo de 945 km do Rio Madeira. A cidade é cortada por duas rodovias federais, a BR-319 e a principal delas, a BR-364, que é a única rodovia federal que corta o estado de Rondônia sentido norte-sul, passando pelas principais cidades rondonienses.

Distrito de Abunã

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população no ano de 2010 era de 1 648 habitantes, sendo 907 homens e 741 mulheres, possuindo um total de 702 domicílios particulares. Foi criado pela lei nº 5.839, de 21 de setembro de 1943, então com a denominação de Presidente Marques. Pela lei federal nº 7.470, de 17 de abril de 1945, passou a ter seu nome atual. Possui área 1.525,9 Km² e densidade populacional de 1,08 hab /km².

Distrito de Calama

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população no ano de 2010 era de 2 782 habitantes, sendo 1 493 homens e 1 289 mulheres, possuindo um total de 760 domicílios particulares. Foi criado pela lei federal nº 6.550, de 31 de maio de 1944. Possui área de 1.554,1 km² e densidade populacional (2010) de 1,79 hab/km².

Distrito de Fortaleza do Abunã

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população no ano de 2010 era de 450 habitantes, sendo 241 homens e 209 mulheres, possuindo um total de 254 domicílios particulares. Foi criado pelo decreto legislativo nº 58, de 21 de dezembro de 1985. Possui área de 1.216,2 km² e densidade populacional (2010) de 0,37 hab/km².

Distrito de Extrema

É um distrito de Porto Velho. Localizado na divisa de Rondônia com o Acre, a mais de 300 km da capital. O acesso rodoviário faz-se partindo de Cuiabá pela BR-070 com prolongamento à BR-174 e BR-364, de Rio Branco pela BR-364 e de Manaus pela BR-319. Possui área de 1.30 km².



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Distrito de Nova Califórnia

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população no ano de 2010 era de 3 631 habitantes, sendo 1 876 homens e 1 755 mulheres, possuindo um total de 1 333 domicílios particulares. Foi criado pela resolução nº 121, de 21 de novembro de 1985. Possui área de 699,6 km² e densidade populacional (2010) de 5,19 hab/km².

Distrito de Jaci Paraná

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população no ano de 2010 era de 13 131 habitantes, sendo 8 341 homens e 4 790 mulheres, possuindo um total de 5 246 domicílios particulares. Foi criado em 1º de julho de 1960. Possui área total de 5.190,1 km e densidade populacional (2010) de 2,53 hab / km².

Distrito de Mutum Paraná

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população no ano de 2010 era de 6 575 habitantes, sendo 3 561 homens e 3 014 mulheres, possuindo um total de 2 669 domicílios particulares. Foi criado pelo decreto legislativo nº 5.839, de 11 de dezembro de 1985.

Atualmente recebe a denominação de Nova Mutum, construída às margens da BR-364. Nova Mutum Paraná está localizada no município de Porto Velho (RO), a cerca de 100 km da sede do município. O Projeto Urbanístico (Figura 3), que dispõe de uma área de dois milhões de metros quadrados, conta com 1.600 casas, com capacidade para seis mil moradores e o Polo Industrial Porto Velho. Nova Mutum Paraná foi planejada pela Energia Sustentável do Brasil, concessionária da Usina Hidrelétrica Jirau, com o objetivo principal de atender os moradores do antigo distrito de Mutum Paraná - única área a ser envolvida diretamente pela formação do lago do futuro reservatório da UHE Jirau.



Fonte: <http://www.imagemnews.com.br/arquivo...20foto%202.JPG>

Figura 3- Vista Aérea do Distrito de Nova Mutum

Distrito de São Carlos

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população no ano de 2010 era de 2 001 habitantes, sendo 1 060 homens e 941 mulheres, possuindo um total de 569 domicílios particulares. Foi criado pelo decreto legislativo nº 122, de 21 de novembro de 1985. Possui área de 539,3 km² e densidade populacional de 3,71 hab/km².

Distrito de Nazaré

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população no ano de 2010 era de 626 habitantes, sendo 339 homens e 287 mulheres, possuindo um total de 184 domicílios particulares. Foi criado pela lei municipal nº 1.299, de 26 de junho de 1997. Possui área de 711,3 km² e densidade populacional de 0,88 hab/km².

Distrito de Demarcação

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população no ano de 2010 era de 548 habitantes, sendo 309 homens e 239 mulheres, possuindo um total de 176 domicílios particulares. Foi criado pela lei municipal nº 1.299, de 26 de junho de 1997. Possui área de 2 192,0 km² e densidade populacional de 0,25 hab/km².



Distrito de Vista Alegre do Abunã

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população no ano de 2010 era de 4 125 habitantes, sendo 2 159 homens e 1 966 mulheres, possuindo um total de 1 441 domicílios particulares. Foi criado pela lei municipal nº 213, de 22 de dezembro de 1988. Possui área de 1 427,3 km² e densidade populacional de 3,2 hab/km².

- **COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO**

Tabela 1. População do Município de Porto Velho/RO, 2004 a 2013

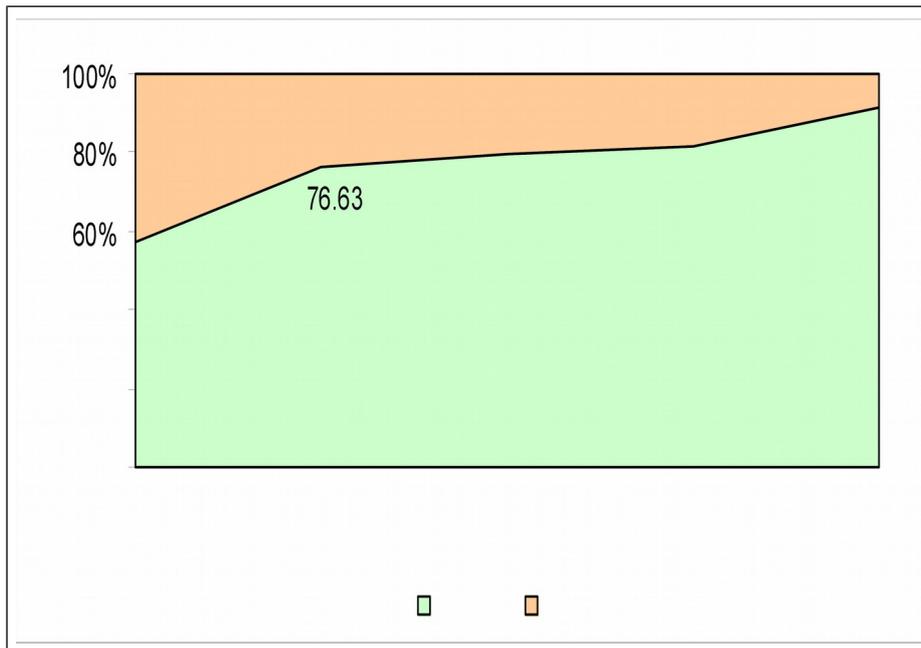
ANO	POPULAÇÃO	MÉTODO
2004	360.068	Estimativa
2005	373.917	Estimativa
2006	380.971	Estimativa
2007	387.964	Estimativa
2008	379.186	Estimativa
2009	383.425	Estimativa
2010	428.527	Censo
2011	435.732	Estimativa
2012	442.701	Estimativa
2013	484.992	Estimativa

Fonte:IBGE

Segundo o censo 2010, 91,67%, (391.014) da população do município são residentes na zona urbana e apenas 8.33% (35.554), na zona rural, conforme a figura 4 que mostra a evolução do crescimento urbano no município, no período de 1970 a 2010. Chama a atenção o exacerbado processo de urbanização, quando em 1970 a população urbana era de 56.98% e em 2010 passa para 91.67%.



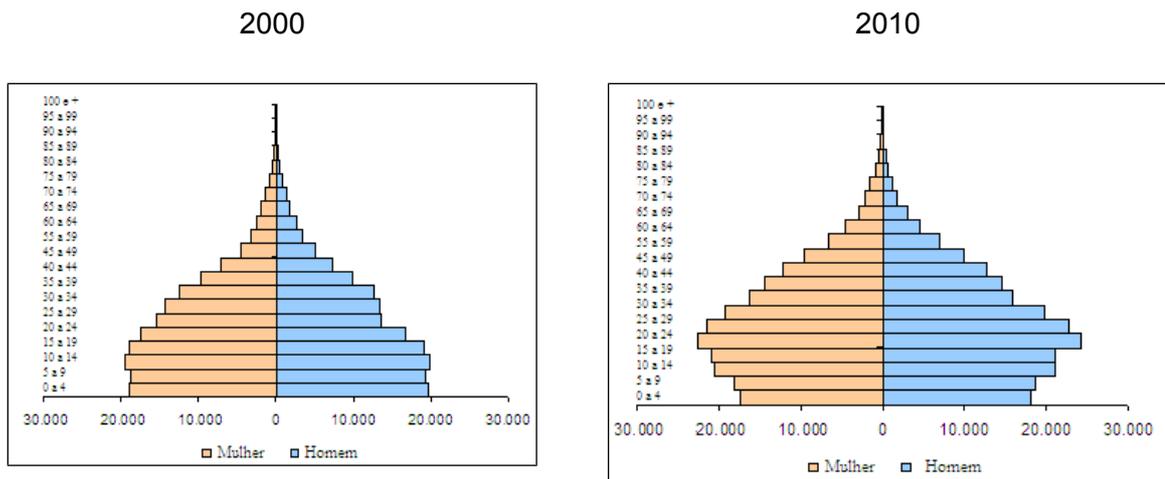
PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Fonte: IBGE, 2010.

Figura 4 - Distribuição percentual da população urbana e rural residente, Porto Velho/RO, 1970 a 2010

A Figura 5 mostra a distribuição da população por segundo, segundo grupos etários, nos anos de 2000 e 2010.



Fonte: Fund. Inst. Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

Figura 5- Distribuição da população por sexo, segundo os grupos etários. Porto Velho/RO, 2000 e 2010

Os dados populacionais mostram que o município acompanha as tendências de transição demográfica nacional, quando confirma uma redução de 18.16% da taxa de natalidade - TN entre os anos de 2000 (TN 23.60) e 2010 (TN 19.31). Similar



comportamento é observado em relação à taxa de fecundidade - TF, que no mesmo período apresentou redução de 21.46% - TF, sendo que em 2000 apresentou TF de 84.64 e 2010, TF 66.45. Vale destacar também, o aumento da expectativa de vida ao nascer do estado de Rondônia, que no ano 2000 era de 71.8, passando para 75.0 em 2010, apresentando um aumento de 4.45 anos no período, segundo estimativa do IBGE.

Entre 2000 e 2010, observa-se aumento substancial na população masculina da faixa etária produtiva, o que provavelmente se explica, pelos sucessivos movimentos migratórios observados no município, principalmente nos últimos 4 anos, período da construção das Usinas Hidrelétricas do Rio Madeira.

Quanto à distribuição da população por sexo e faixa etária (2010), a Tabela 2 mostra que 217.618 pertencem ao sexo masculino, correspondendo a 50,78% e 210.909 ao sexo feminino, representando 49,22%. Da população residente, 290.685 habitantes do segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade), corresponde a 67,83% do total da população.

Tabela 2 - População Residente segundo Sexo e Faixa Etária, Porto Velho/RO, 2010

Faixa etária	Masculino	Feminino	Pop. Total
0 a 4 anos	18021	17339	35.360
5 a 9 anos	18649	18142	36.791
10 a 14 anos	21065	20473	41538
15 a 19 anos	21134	20855	41989
20 a 24 anos	24129	22526	46655
25 a 29 anos	22820	21371	44191
30 a 34 anos	19772	19143	38915
35 a 39 anos	15925	16248	32173
40 a 44 anos	14573	14397	28970
45 a 49 anos	12716	12113	24892
50 a 54 anos	10009	9413	19.422
55 a 59 anos	6953	6588	13.541
60 a 64 anos	4628	4411	9.039
65 a 69 anos	2978	2877	5.855
70 a 74 anos	1853	2127	3.980
75 a 79 anos	1165	1417	2.582
80 a 89 anos	1063	1246	2.309
90 a 99anos	152	211	363
100 anos e mais	13	12	25
Total	217.618	210.909	428.527

Fonte: IBGE



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

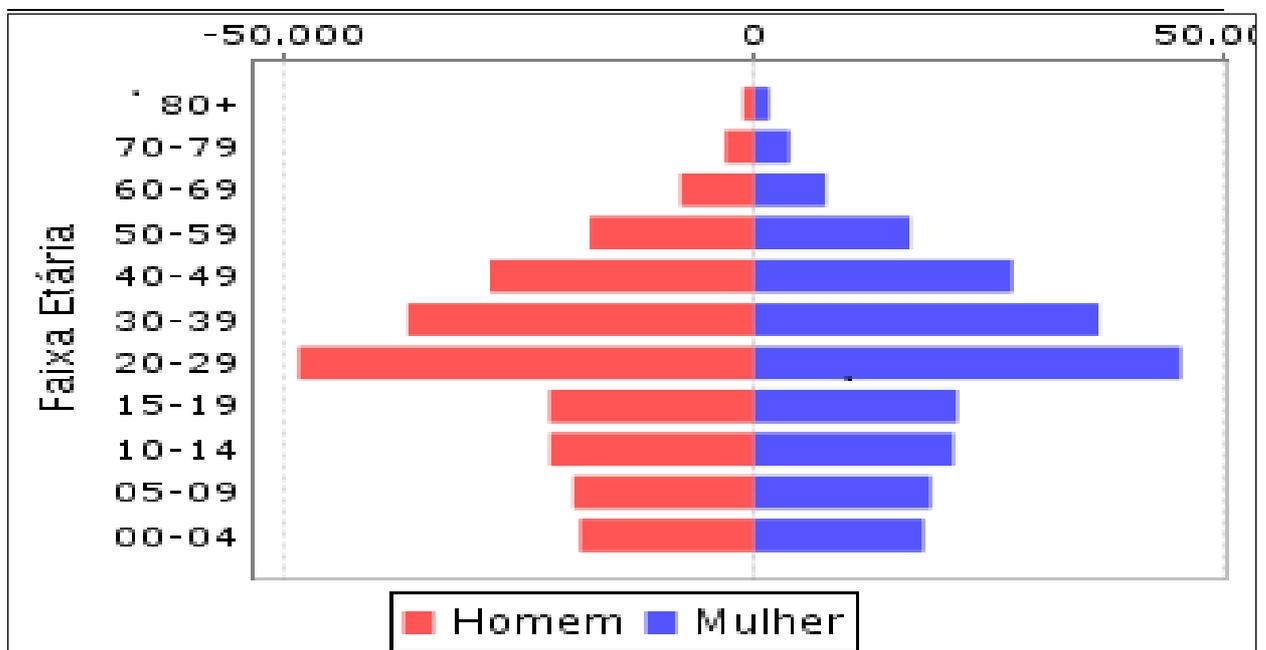


No ano de 2012 (Tabela 3) segundo as estimativas do IBGE, o município registrou 442.701 habitantes, sendo 224.818 do sexo masculino e 217.833 do sexo Feminino

Tabela 3- População Residente segundo Sexo e Faixa Etária, Porto Velho/RO, 2012

Faixa etária	Masculino	Feminino	Pop. Total
Menor de 1 ano	3904	3713	7617
1 a 4 anos	14714	14199	28913
5 a 9 anos	19266	18742	38008
10 a 14 anos	21761	21151	42912
15 a 19 anos	21833	21545	43378
20 a 29 anos	48502	45349	93851
30 a 39 anos	36878	36561	73439
40 a 49 anos	28192	27386	55578
50 a 59 anos	17523	16530	34053
60 a 69 anos	7858	7529	15387
70 a 79 anos	3118	3661	6779
80 anos +	1269	1517	2786
Total	224818	217883	442701

Fonte: IBGE



Fonte: SARGSUS acessado 09/12/2013

Figura 6 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos etários. Porto Velho/RO, 2012



2.1.2. Situação Socioeconômica

A. Renda e Trabalho

De acordo com a Tabela 4, verifica-se um decréscimo no percentual da população com renda <1/4 de salário mínimo, de acordo com os censos de 1991(34,59%) e o censo de 2010(10,88%).

Tabela 4-Proporção da população de baixa renda, Porto Velho/RO, 1991-2000-2010

Ano	% Pop.renda <1/4 Salário mínimo*	População renda <1/2 Salário mínimo*	População renda <1/4 Salário mínimo*	População Total
1991	34,59	171.892	94.642	273.577
2000	22,28	153.521	73.834	331.375
2010	10,88	106.898	45.967	422.554

Fonte: IBGE-censo demográfico/DATASUS Salário de referência de 2010- R\$ 510,00

A Renda Média per Capita é a média das rendas domiciliares per capita das pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Mede a capacidade de aquisição de bens e serviços dos moradores do domicílio. Valores muito baixos assinalam, em geral, a existência de segmentos sociais com precárias condições de vida (RIPSA). Na Tabela encontram-se a Renda média per capita nos censos de 1991, 2000 e 2010.

Tabela 5- Renda média domiciliar per capita, Porto Velho/RO, 1991-2000-2010.

Ano	Renda média per capita
1991	242,40
2000	462,00
2010	646,76

Fonte: Datasus

O Índice de Gini mede o grau de concentração da distribuição de renda domiciliar *per capita* de uma determinada população e em um determinado espaço geográfico (RIPSA). Na Tabela 6, encontra-se o índice de Gini da renda domiciliar per capita do município de Porto Velho de acordo com os censos de 1991, 2000 e 2010. Verifica-se um aumento no índice de gini do ano 1991(0.5829) para o ano de 2000 (0,6165), decrescendo em 2010 (0,5745).Vale ressaltar, que quanto o índice de gini for mais próximo de 1, maior é a desigualdade social(RIPSA).



Tabela 6- Índice de Gini da renda domiciliar per capita, Porto Velho/RO, 1991-2000-2010

Ano	Índice de Gini
1991	0,5829
2000	0,6165
2010	0,5745

Fonte: IBGE/Censo demográficos 1991,2000,2010.IDB/Brasil 2011/RIPSA

A Tabela 7 mostra que em 1991, as pessoas situadas nos 20% superiores da distribuição de renda (os mais ricos) apresentavam, em média, rendimento 22,26 mais elevado do que aqueles situados nos 20% inferiores (os mais pobres). Em 2000, verifica-se uma extensão da disparidade da renda (32,88). Em 2010, houve uma queda em relação ao ano de 2000.

Tabela 7-Razão de Renda, Porto Velho/RO, 1991-2000-2010

Ano	Razão de Renda
1991	22,66
2000	32,88
2010	25,81

Fonte: Datasus

Pela Tabela 8, verifica-se um aumento na taxa de desemprego do ano de 1991(5,16) para 2000(16,15), enquanto no censo de 2000, ocorreu um decréscimo nessa taxa (5,63).

Tabela 8- Taxa de desemprego na Faixa Etária de 16 anos, Porto Velho/RO, 1991-2000-2010.

Ano	Taxa de desemprego
1991	05,16
2000	16,15
2010	05,63

Fonte: Datasus

B. Educação

Na Tabela 9 encontram-se as Taxa de Analfabetismos da população com mais de 15 anos de idade de acordo com os censos de 1991, 2000 e 2010. Podemos verificar um decréscimo nessa taxa de 13,2 em 1991 para 5,2 em 2010. As maiores taxas de analfabetismo se encontram na faixa etária com de 60 anos de idade. Não existe uma diferença significativa entre os sexos (Tabela 10).



Tabela 9-Taxa de Analfabetismo segundo anos por faixa etária, Porto Velho/RO, 1991-2000 – 2010

Ano	15 a 24 anos	25 a 39 anos	40 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
1991	6	9,9	23,4	43,5	54,6	56	13,2
2000	2,3	4,6	12,4	32,6	42	41,5	7,7
2010	1,1	2,5	7,4	20,6	30,6	32,4	5,2
TOTAL	2,8	5,1	11,9	28,8	39	38,6	7,9

Fonte: BGE - Censos Demográficos/ Datasus

Tabela 10-Taxa de analfabetismo segundo anos e sexo, Porto Velho/RO, 1991-2000-2010

Ano	Masculino	Feminino	Total
1991	12,8	13,6	13,2
2000	7,2	8,3	7,7
2010	5,1	5,3	5,2
TOTAL	7,6	8,2	7,9

Fonte: BGE - Censos Demográficos/ Datasus

Na Tabela 11 encontram-se a distribuição da população acima de 15 anos por anos de estudo e pode-se verifica nos censos de 1991, 2000 e 2010, um crescimento da população no tocante aos anos de escolaridade.

Tabela 11-Distribuição da população acima de 15 anos por anos de estudo, Porto Velho/RO, 1991-2000-2010.

Anos de Estudo	1991	2000	2010	Total
Menos de 1 ano	14,24	8,61	-	6,17
1 a 3 anos	15,39	11,47	-	7,35
4 a 7 anos	35,15	31,56	-	18,46
8 anos e mais de estudo	34,81	47,57	-	23,38
Sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto	-	-	17,25	7,64
1º ciclo fundamental completo /2º ciclo incompleto	-	-	12,12	5,37
2º ciclo fundamental completo ou mais	-	-	59,88	26,52
Alfabetização de adultos	-	0,09	-	0,03
Não determinada	0,4	0,71	10,74	5,08

Fonte: BGE - Censos Demográficos/ Datasus

Nota: As categorias do censo de 2010, não são compatíveis com os demais censos.

2.1.3. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA



A. MORTALIDADE

A.1. Mortalidade Geral

As principais causas de mortalidade no município de Porto Velho são por doenças e agravos não transmissíveis/DANT, sendo que as causas externas ocuparam, nos primeiros sete anos analisados, de 2006 a 2012, o primeiro lugar no ranking de mortalidade geral do município (21,26%), porém em 2013 aparece em segundo lugar, com 19,80%, demonstrando um importante problema no tocante ao acesso aos serviços de referência especializados, principalmente para o atendimento das intercorrências neurológicas e traumato-ortopédicas. Vale ressaltar que a entrada de dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade/SIM, referente a 2013, encerra somente no final do ano de 2014, portanto estas informações ainda estão sujeitas a alterações, conforme Tabelas 12 e 13.

As doenças do aparelho circulatório, também uma DANT, ocuparam o 2º lugar por mortalidade proporcional, até 2012, ultrapassado as causas externas somente em 2013, contribuindo assim com 19,80% dos óbitos ocorridos, sendo que até o momento a diferença entre as duas causas é de um óbito, conforme Tabela 13. Em seguida, as neoplasias, responsáveis por 14,63% dos óbitos e as doenças do aparelho respiratório, com 11,04%.

Tabela 12- Causas de mortalidade, segundo a CID 10, residentes em Porto Velho/RO, 2006 a 2013

Causa (Cap CID10)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Causas externas	435	362	361	383	489	444	468	390
Doenças do aparelho circulatório	396	358	269	369	404	436	458	391
Neoplasias (tumores)	204	225	273	276	311	289	266	289
Doenças do aparelho respiratório	178	174	115	143	181	190	249	218
Algumas afec orig. no per. perinatal	165	144	75	163	167	128	150	99
Mal definidas	92	177	197	182	174	106	115	93
Algumas doenças infecc. e paras.	91	105	108	105	142	131	124	126
Doenças endócrinas nutric. e metab.	85	76	142	92	120	131	132	107
Outras causas	174	182	169	225	240	259	258	262
Total	1820	1803	1709	1938	2228	2114	2220	1975

Fonte: SIM/DVEA/SEMUSA, acessado em 17/01/2014, dados sujeitos a alterações

Tabela 13- Mortalidade proporcional, segundo a CID 10, Porto Velho/RO, 2013



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

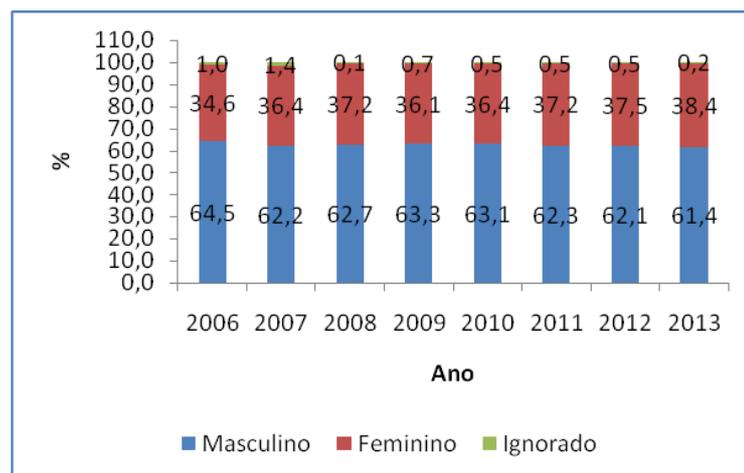


Causa (Cap CID10)	Nº	%
Doenças do aparelho circulatório	391	19,80
Causas externas	390	19,75
Neoplasias (tumores)	289	14,63
Doenças do aparelho respiratório	218	11,04
Algumas afecções originadas no período perinatal	99	05,01
Mal definidas	93	04,71
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	126	06,38
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	107	05,42
Outras causas	262	13,27
Total	1975	100,00

Fonte: SIM/DVEA/SEMUSA, acessado em 17/01/2014, dados sujeito a alterações

Caso a mortalidade proporcional de Porto Velho, 2013, continue na mesma distribuição, conforme a Tabela 13 ficará semelhante a do Brasil, quanto a primeira causa (doenças do aparelho circulatório), onde as doenças e agravos não transmissíveis constituem as principais causas de mortalidade, sendo em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias e causas externas.

A Figura 7 mostra a mortalidade proporcional segundo sexo, no período de 2006 a 2013.



Fonte: SIM/DVEA/SEMUSA, acessado em 17/01/2014, dados sujeito a alterações

Figura 7- Mortalidade proporcional, segundo sexo, Porto Velho/RO, 2006 a 2013



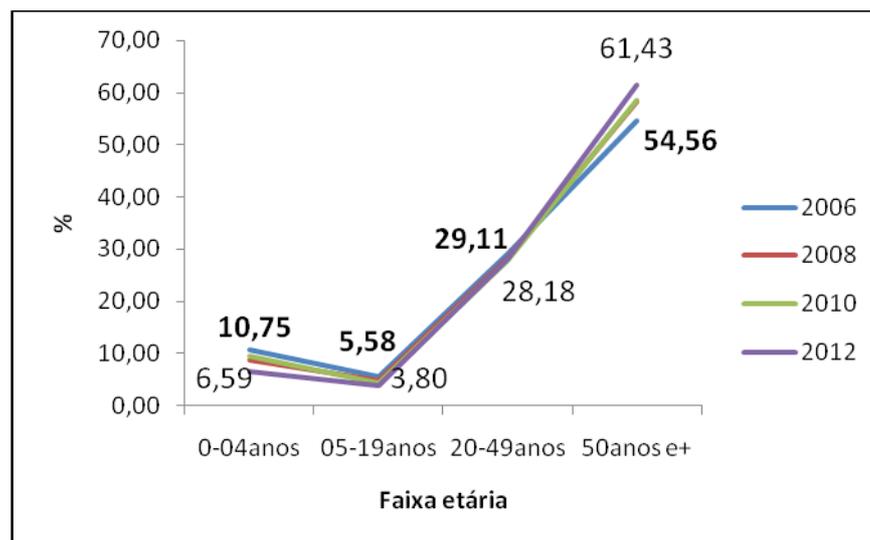
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Observamos na Figura 7 que mais de 60% dos óbitos ocorridos no período analisado, foram no sexo masculino, demonstrando ser o mais vulnerável principalmente por causas externas (violências e homicídios), conforme Figura 8.

No Brasil existe um significativo deslocamento da mortalidade proporcional para as faixas etárias mais altas, como resultado da redução da mortalidade na infância e do aumento da expectativa de vida, de 1990 a 2004 (RIPSA, 2008). Em Porto Velho, os dados apontam a mesma tendência, de 2006 a 2012, porém observa-se também um grande percentual de óbitos na faixa etária dos 20 a 49 anos, conforme observamos na curva de mortalidade proporcional ou indicador de Nelson de Moraes, na qual avaliamos o nível de saúde da população Portovelhense, (Figura 8).



Fonte: SIM/DVEA/SEMUSA, acessado em 17/01/2014, dados sujeito a alterações

Figura 8- Curva de Nelson de Moraes, Porto Velho/RO, 2006-2008-2010-2012

Fazendo relação entre as principais causas de óbito e faixa etária, podemos afirmar que os óbitos por causas externas ocorreram mais intensamente por homicídios e acidentes de trânsito, na faixa etária de 20 a 49 anos.

Na Figura 8 consta a mortalidade proporcional segundo faixa etária onde observamos o aumento do percentual de óbitos na faixa etária > 50 anos, ao compararmos os últimos 7 anos. O deslocamento da mortalidade proporcional para as faixas etárias mais altas demonstra a redução da mortalidade infantil e o aumento



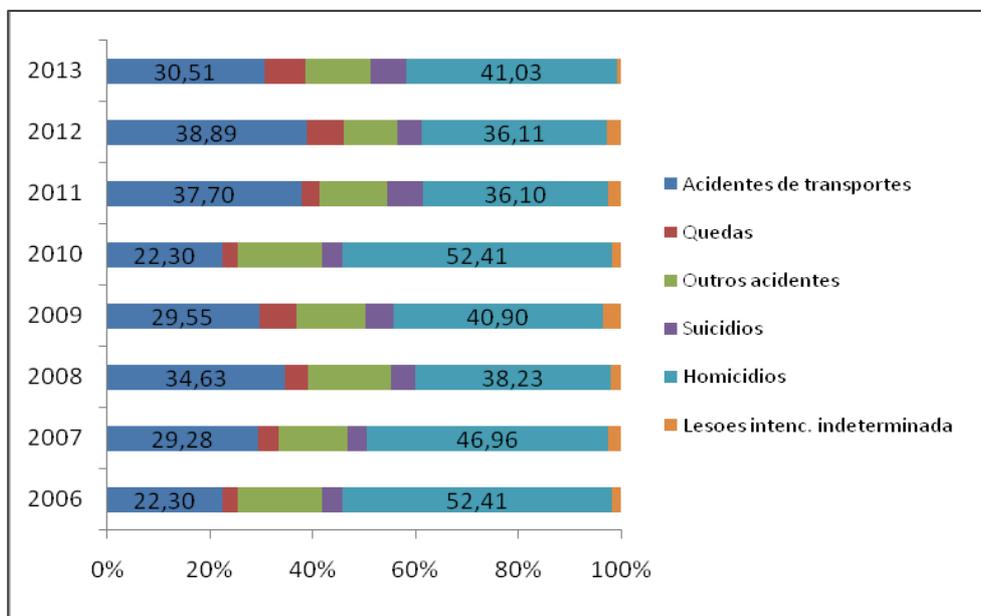
da expectativa de vida, fato este que vem acontecendo de forma diferenciada em todas as regiões do Brasil.

A.2. Mortalidade por causas

A.2.1 - Acidentes de transporte/AT

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis constituem um grande e heterogêneo grupo de doenças cujo controle é de grande importância para a saúde pública. Neste grupo de causas estão os acidentes – devidos ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e a causas intencionais, agressões e lesões auto provocadas (OPAS/OMS, 2000).

Em Porto Velho, os óbitos registrados por causas externas, em 2013, representaram uma mortalidade proporcional de 19,75% (391). Os homicídios ocupam o primeiro lugar, correspondendo por 41,03% (160) e os acidentes de transportes ocupam o segundo lugar, com 30,51% (119) dos óbitos por causas externas, segundo registro do Sistema de Informação de Mortalidade/SIM (Figura 9). Estas informações podem sofrer alterações, como já foi informado, pois a entrada dos dados do SIM, referentes a 2013, encerra somente no final do ano de 2014.



Fonte: SIM/DVEA/SEMUSA, acessado em 17/01/2014, dados sujeito a alterações

Figura 9- Mortalidade proporcional por causas externas, Porto Velho/RO, 2006 a 2013

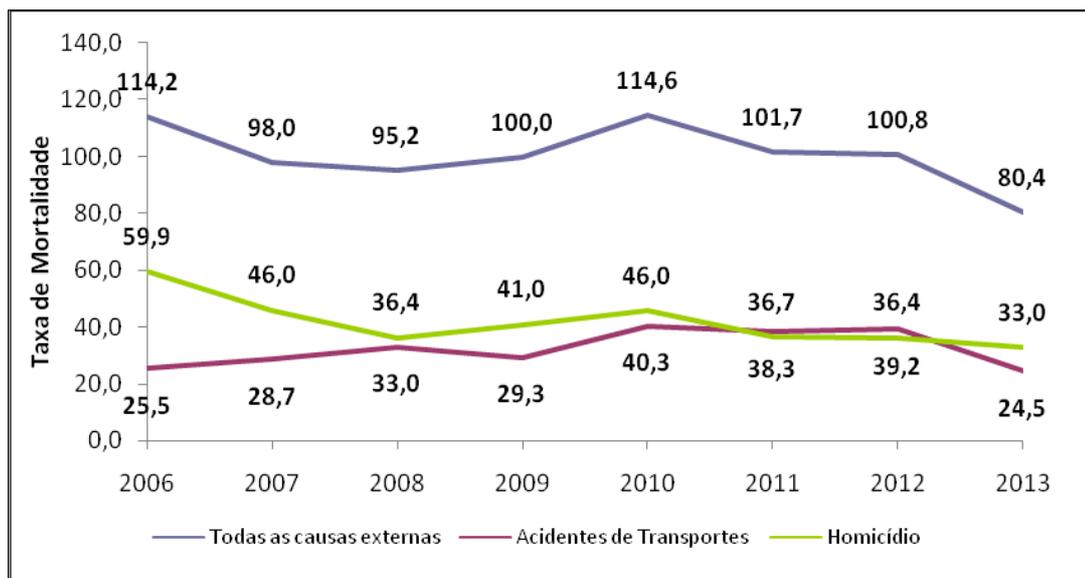


PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



A taxa de mortalidade por todas as causas externas, por acidentes de transportes e por homicídios estão na Figura 10, demonstrando que no período analisado, a taxa de mortalidade por homicídio era mais alta que a de transportes até 2010, sendo que nos dois anos seguintes houve inversão nesse indicador, fato este possivelmente pode ter relação com o aumento da frota de veículos, da inadequada engenharia de tráfegos, do aumento populacional e das questões socioeconômicas, como a melhoria do poder aquisitivo da população local, porém em 2013, a taxa de mortalidade por AT diminuiu, possivelmente devido a implementação de medidas públicas de saúde, segurança, educação, gestão, fiscalização e infraestrutura, paralelamente a formação do Comitê Municipal de Segurança Viária. Reafirmamos que este indicador pode ainda sofrer alterações até o encerramento da entrada de dados de 2013, no SIM.



Fonte: SIM/DVEA/SEMUSA, acessado em 17/01/2014, dados sujeito a alterações

Figura 10- Taxa de mortalidade (100.000 habitantes) por todas as causas externas, acidentes de transportes e homicídios, Porto Velho/RO, 2006 a 2013

As figuras 11 e 12 apresentam as freqüências dos óbitos por acidentes de transportes, segundo faixa etária e sexo, no município de Porto Velho, no período de 2006 a 2013. Observamos que os acidentes de trânsito constituem importante problema de saúde pública, principalmente para os jovens, na faixa etária de 20 a 29

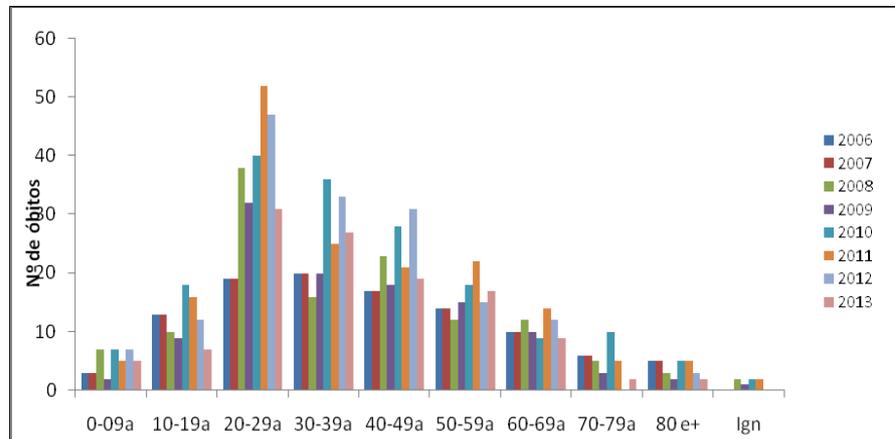


PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



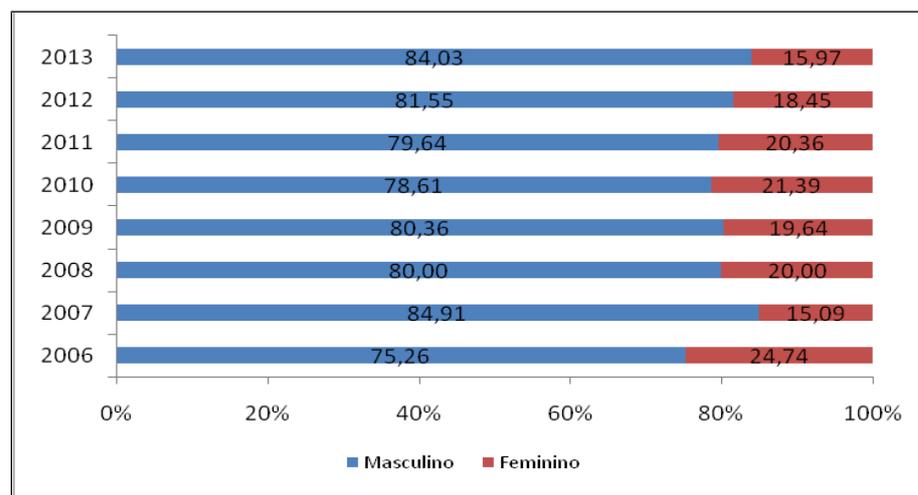
anos (Figura 11) e do sexo masculino (Figura 12), estes constituem o grupo com maior envolvimento em acidentes de trânsito fatais.



Fonte: SIM/DVEA/SEMUSA, acessado em 17/01/2014, dados sujeito a alterações

Figura 11- Óbitos por acidentes de transportes, segundo faixa etária, Porto Velho/RO, 2006 a 2013

A análise da Figura 11 demonstra que o a faixa etária de 20 a 29 anos apresenta maior vulnerabilidade para ir a óbito por acidente de transporte, no período analisado.



Fonte: SIM/DVEA/SEMUSA, acessado em 17/01/2014, dados sujeito a alterações

Figura 12- Percentual de óbitos por acidente de transporte, segundo sexo, Porto Velho/RO, 2006 a 2013

A análise dos dados demonstra que o sexo masculino apresenta maior vulnerabilidade, com 80,54% dos óbitos por acidente de transporte, no período analisado (Figura 12).



A.2.2– Doenças do Aparelho Circulatório

A Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares representa o número de óbitos por doenças cardiovasculares por cem mil habitantes. A Tabela 14 apresenta o total de óbitos por doenças cardiovasculares, listando apenas algumas causas significativas.

Tabela 14- Óbitos por Doenças Cardiovasculares. Município de Porto Velho/RO, 2009 a 2013

Ano	Óbitos por acidente vascular cerebral NE		Óbitos por hemorragia cerebral NE		Óbitos por hipertensão		Óbitos por infarto agudo do miocárdio NE		Óbitos por insuficiência cardíaca congestiva	
	Nº Óbitos	Taxa	Nº Óbitos	Taxa	Nº Óbitos	Taxa	Nº Óbitos	Taxa	Nº Óbitos	Taxa
2009	71	18,52	28	7,30	16	4,22	97	22,26	12	3,13
2010	68	15,87	38	8,87	27	6,30	83	19,37	17	3,97
2011	67	15,38	35	8,03	17	3,90	103	23,64	29	6,65
2012	53	10,93	40	8,25	23	4,74	126	25,98	17	3,50
2013	64	13,19	35	7,21	11	2,26	87	17,93	11	2,26

Fonte: SIM/DVEA/SEMUSA

A.2.3 – Neoplasias

A mortalidade por doenças neoplásicas representa o número de óbitos por neoplasias por cem mil habitantes. A Tabela 15 não representa o total de óbitos por neoplasias, lista apenas as neoplasias mais significativas no período de 2009 a 2012. De acordo com o SIM 2009, 2010, 2011 e 2012, o total de óbitos por neoplasias foram 276, 311, 289 e 264, respectivamente.

Tabela 15- Óbitos por Neoplasias, Município de Porto Velho/RO, 2009 a 2013

Ano	Óbitos por neoplasia maligna de brônquios e pulmão		Óbitos por neoplasia maligna de colo de útero (C53 e C55)		Óbitos por neoplasia maligna de estômago		Óbitos por neoplasia maligna de mama		Óbitos por neoplasia maligna de próstata	
	Nº Óbitos	Taxa	Nº Óbitos	Taxa	Nº Óbitos	Taxa	Nº Óbitos	Taxa	Nº Óbitos	Taxa
2009	39	10,17	20	5,22	26	6,78	18	4,69	16	4,17
2010	52	12,13	19	4,43	14	3,27	16	3,73	21	4,90
2011	39	8,95	19	4,36	27	6,20	16	3,67	17	3,90
2012	38	7,84	13	2,68	17	3,50	12	2,47	16	3,30
2013	42	8,65	23	4,74	27	5,56	19	3,91	22	4,53

Fonte:SIM/DVEA/SEMUSA.

A.3. Mortalidade Infantil



A taxa de mortalidade infantil representa um dos indicadores mais comumente empregados para análise da situação de saúde de um país. Segundo “Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações” (OPAS, 2002), a mortalidade infantil é um indicador que estima, entre outras coisas, o risco de mortes entre crianças menores que 1 ano.

Classicamente a Taxa de Mortalidade Infantil é dividida em dois períodos: o neonatal, que estima o risco de óbito nos primeiros 27 dias de vida e o pós-neonatal, que estima o risco de óbito entre 28º dia de vida até o final do primeiro ano de vida. Enquanto a mortalidade neonatal está intrinsecamente relacionada às condições de gestação, do parto e da própria integridade física da criança, a mortalidade pós-neonatal está mais associada às condições socioeconômicas e do meio ambiente, com predomínio das causas infecciosas. A mortalidade neonatal também pode ser dividida em neonatal precoce (menor de 7 dias) e neonatal tardio (de 28 a 365 dias).

No município de Porto Velho, a taxa de mortalidade infantil é considerada como alta nos anos estudados (2008 a 2013) conforme mostra a Tabela 16, tendo como pico o ano de 2010 (22,81/NV), com tendência de queda nos anos subsequentes.

Tabela 16- Taxa de Mortalidade Infantil, Porto Velho/RO, 2008 a 2013

Ano	Taxa de Mortalidade Infantil	Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce	Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia	Taxa de Mortalidade Pós Neonatal
2008	16,38	08,27	02,53	05,74
2009	19,90	08,34	04,57	06,59
2010	22,81	12,45	2,67	06,61
2011	13,72	06,27	02,01	03,79
2012	15,24	06,64	01,40	05,94
*2013	11,88	04,87	02,61	04,39

Fonte: SIM/SINASC, em 10.01.2014 *Dados parciais, podendo sofrer alterações

Em Porto Velho, a taxa de mortalidade pós-neonatal passou de 5,74/1.000 NV em 2008 para 4,39/1.000 NV em 2013. O componente neonatal precoce a taxa reduziu de 08,27/1.000 NV em 2008 para 4,39/1.000 NV em 2013 e a tardia aumentou de 02,53/1.000 NV em 2008 para 02,61/1.000 NV em 2013, conforme observamos na Tabela 16.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Em Porto Velho, as taxas de mortalidade neonatal, a precoce e a tardia, no período analisado foram as que apresentaram redução, respectivamente, possivelmente devido às atividades desenvolvidas para reduzir este indicador, com uma maior qualidade nos serviços de saúde na assistência gestacional, neonatal e pediátrica, com ênfase na implementação da Rede Cegonha.

A.4. Mortalidade Materna

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. É um indicador de saúde importante para a mensuração da qualidade da gestão em saúde nos municípios.

Óbito materno segundo o Guia de Vigilância do Óbito Materno, tem por definição a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.

A investigação dos óbitos maternos contribui para a identificação do número real de óbitos maternos, à medida que permite a identificação daqueles que não foram informados corretamente e os que não têm declarações de óbitos registradas ou não entraram no sistema de informação. Proporciona informações sobre os problemas que contribuíram para essas ocorrências, permite à correção dos dados pessoais da falecida, a avaliação da atenção prestada a mulher em todos os níveis de complexidade e do preenchimento da declaração de óbito, sendo indispensável para a definição de intervenções voltadas para evitar novas mortes.

Em 2000, os estados membros das Nações Unidas criaram a Declaração do Milênio em um esforço para sintetizar os acordos internacionais travados ao longo dos anos de 1990 com a finalidade de implementar o desenvolvimento humano, tendo como prioridade eliminar a fome e a pobreza. O documento estabelece oito



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



metas do Milênio, entre elas melhorar a saúde materna, reduzindo a mortalidade materna em três quartos até 2015.

Importante se faz a diferenciação das mortes por causas maternas, que tem por definição as mortes ocorridas até 42 dias após o término da gestação. Estas mortes por causas maternas e que não são mortes maternas, devem ser reconhecidas na causa básica com uma codificação diferenciada, tendo como período de ocorrência 42 dias a um ano após o término da gestação e o período de 1 ano ou mais após o término da gestação.

O registro das mortes maternas por causas obstétricas podem ser de dois tipos: as obstétricas diretas e as indiretas. Morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante o ciclo gravídico puerperal, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a cadeia de eventos resultantes de qualquer destas causas. A morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doença que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante este período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

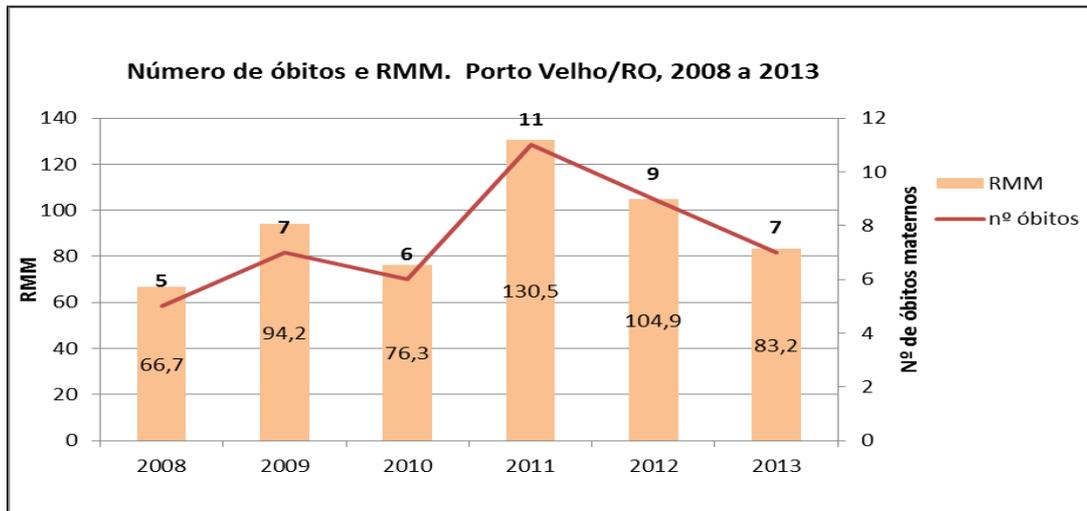
O Ministério da Saúde contempla a redução da mortalidade materna no SIS-Pacto. Para o adequado alcance da meta, a vigilância dos óbitos maternos é um importante instrumento de detecção e desencadeamento de ações oportunas para alimentação dos Comitês de Mortalidade Materna e tomada de decisão por parte da gestão municipal, para organização das ações e serviços de saúde, envolvidas no evento. O município de Porto Velho, nos anos de 2012 e 2013 pactuou a investigação dos óbitos maternos em 100% dos registros no Sistema de Mortalidade – SIM.

A Razão de Mortalidade Materna – RMM estima a frequência de morte de mulheres ocorridas durante a gravidez, aborto, parto ou até 42 dias após o parto, tendo como denominador o total de nascidos vivos – NV. O número de NV é adotado, como aproximação do total de mulheres grávidas, segundo a RIPS 2008.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Fonte: SIM/Sinasc/DVEA/SEMUSA/PV. Dados acessados em 10/01/2014, sujeitos à alteração.

Figura 13- Número de óbitos e RMM. Porto Velho/RO, 2008 a 2013

A Figura 13 mostra o comportamento da mortalidade materna no Município de Porto Velho, no período de 2008 a 2013. No período apresentado, foram registrados 45 óbitos maternos, dos quais 27 (60%) são classificados como morte materna obstétrica direta, pois ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério e 11 (24,4%) foram classificados como morte materna obstétrica indireta, esta que é resultante de doenças que existiam antes da gravidez ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. 06 casos (13,3%) foram classificados como morte por causas maternas, que são aquelas ocorridas até 42 dias após o término da gestação. Classificou-se 01 caso (2,2%) como morte obstétrica não especificada. A Tabela 17 apresenta as causas básicas de óbitos maternos no período analisado.



Tabela 17- Óbitos maternos segundo causa básica, Capítulo XV CID 10.

Porto Velho/RO, 2008 a 2013

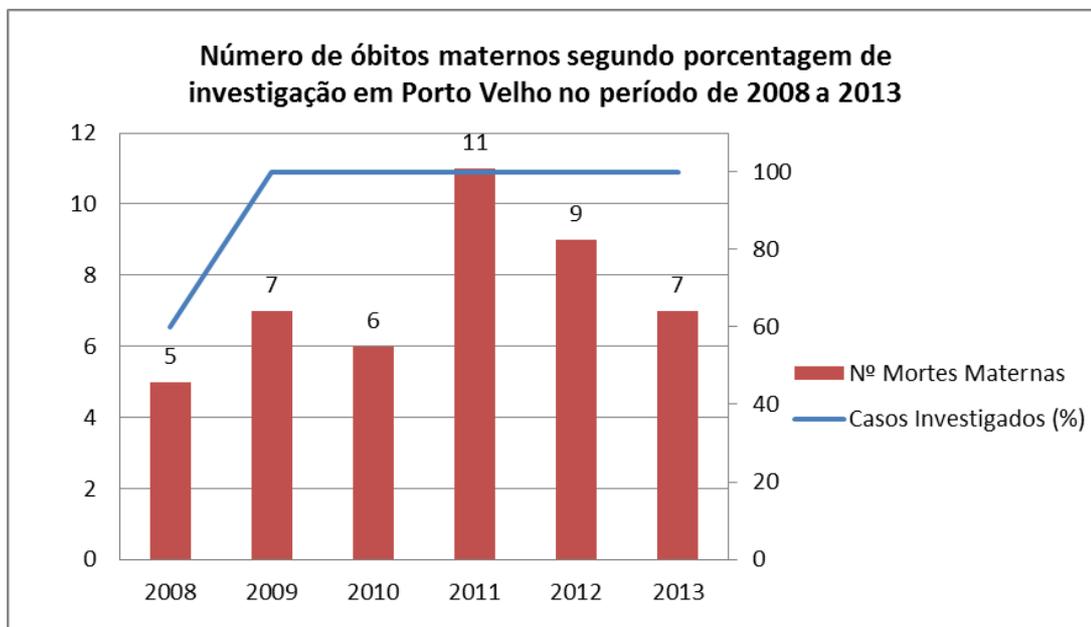
Cap. XV CID 10	Complicações da gravidez, parto e puerpério	Número
O001	Gravidez tubária	01
O008	Outras formas de gravidez ectópica	01
O021	Aborto retido	01
O032	Aborto espontâneo, complicado por embolia	01
O060	Aborto não especificado	01
O075	Outras formas, e as não especificadas, de falha na provocação de aborto, complicadas por infecção do trato genital e por infecção dos órgãos pélvicos.	01
O101	Doença cardíaca hipertensiva pré existente, complicando a gravidez, o parto e o puerpério	01
O141	Pré-eclâmpsia grave	02
O149	Pré eclampsia não especificada	03
O152	Eclampsia no puerpério	02
O234	Infecção não especificada do trato urinário na gravidez	01
O360	Assistência prestada a mãe por isoimunização Rh	01
O441	Placenta prévia com hemorragia	01
O459	Descolamento prematuro da placenta, não especificado	01
O460	Hemorragia anteparto com deficiência de coagulação	01
O622	Outras formas de inércia uterina	01
O670	Hemorragia intraparto com deficiência de coagulação	01
O85	Infecção puerperal	03
O881	Embolia amniótica	01
O882	Embolia obstétrica por coágulo de sangue	02
O888	Outras embolias de origem obstétrica	01
O95	Morte obstétrica de causa não especificada	01
O96	Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano, após o parto	05
O97	Morte por sequelas de causas obstétrica diretas	01



O980	Tuberculose complicando a gravidez, o parto e o puerpério	01
O984	Hepatite viral complicando a gravidez, parto e puerpério	01
O988	Outras doenças infecciosas e parasitárias maternas complicando a gravidez, o parto e o puerpério	03
O994	Doença do aparelho circulatório complicando com a gravidez parto e puerpério	01
O995	Doenças do aparelho respiratório complicando a gravidez, parto e puerpério	02
O998	Outras doenças e afecções especificadas complicando a gravidez, parto e puerpério	02

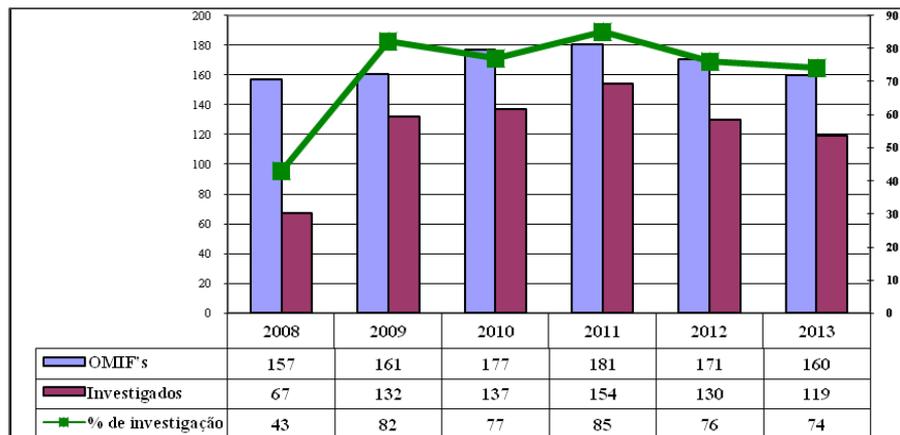
Fonte: SIM/DVEA/Semusa. Dado acessado em 10/01/2014, sujeito a revisão.

No ano de 2013 foram notificados 7 óbitos maternos, dos quais 4 (57%) foram considerados Morte Materna Obstétrica Direta e 3 (42,85%) como Morte Materna Obstétrica Indireta. A investigação dos óbitos maternos foi realizada em 100% dos óbitos, conforme evidenciado na Figura 14.



Fonte: SIM/DVEA/SEMUSA/PV. Dados acessados em 10/01/2014, sujeitos à alteração.

Figura 14 - Número de óbitos maternos segundo porcentagem de investigação em Porto Velho/RO, 2008 a 2013



Fonte: SIM/DVEA/SEMUSA/PV. Dados acessados em 10/01/2014, sujeitos à alteração.

Figura 15- Número de óbitos de mulher em idade fértil segundo porcentagem de investigação em Porto Velho/RO, 2008 a 2013

As investigações de mulher em idade fértil têm alcançado a meta proposta nos últimos anos. No desenvolvimento do trabalho são levantadas informações como gestação no momento do óbito e nos últimos 12 (doze) meses anteriores ao falecimento, escolaridade, ocupação, estado civil e detalhamento pelos familiares das causas que levaram ao óbito. Estas informações complementam os dados da Declaração de Óbito que muitas vezes são digitadas com estes campos ignorados.

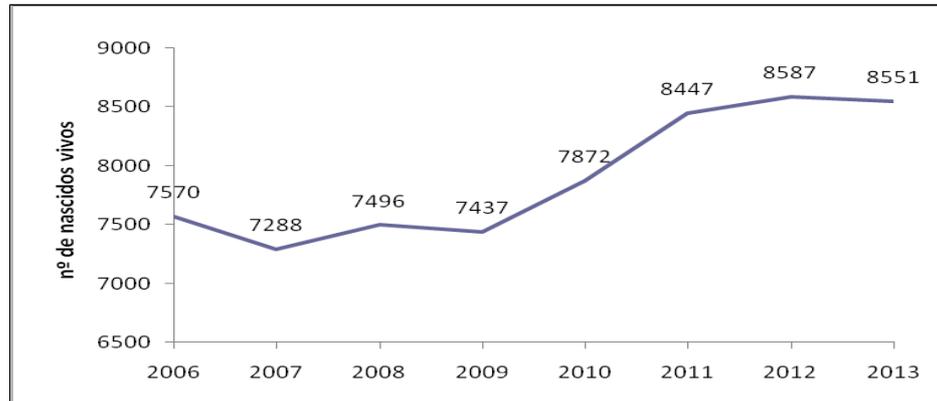
Na Figura 15 verifica-se a porcentagem de investigação de Óbitos de Mulher em Idade Fértil no período de 2008 a 2013. Em 2011, notamos um considerável aumento na porcentagem de investigação, com o maior número de casos investigados (85%). Até o momento as investigações do ano de 2013 alcançaram 74%, no entanto, este indicador terá prazo para encerramento até Julho/2014.

B. NATALIDADE

A Taxa de natalidade representa o número de nascidos vivos por 1.000 habitantes. Expressa a intensidade com a qual a natalidade atua sobre uma determinada população. Em geral, taxas elevadas estão associadas às condições socioeconômicas precárias e aspectos culturais da população. O histórico da população brasileira em geral aponta para queda nas taxas de natalidade nos últimos anos.



No período de 2006 a 2013, o município de Porto Velho registrou um total de 63.248 nascidos vivos, com uma média de 7.906 NV ao ano. Identifica-se um aumento no número de NV no período de 2009 a 2013, conforme mostra a Figura 16. O banco de dados (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos/SINASC), referente a 2013 fechará em julho/2014, portanto as informações ainda sofrerão alterações.



Fonte: SINASC/DVEA/SEMUSA em 17/01/2014. Dados sujeitos a alterações

Figura 16-Número de nascidos vivos em Porto Velho/RO, no período de 2006 a 2013

Apesar do aumento do número absoluto dos nascidos vivos, observa-se na série histórica de 2006 a 2010 um decréscimo na taxa de natalidade de 18,16%. A Tabela 18 mostra a tendência de redução das taxas de natalidade, embora a taxa de natalidade de 2013 possa ainda sofrer alteração.

Tabela 18- Número de nascidos vivos e taxa de natalidade.
Porto Velho/RO, no período de 2006 a 2013

Ano	Nº Nascidos Vivos	Taxa de Natalidade
2006	7570	19,87
2007	7288	18,79
2008	7496	19,77
2009	7437	19,40
2010	7872	18,37
2011	8477	19,45
2012	8577	19,37
2013	8551	17,63

Fonte: SINASC/DVEA/SEMUSA em 17/01/2014. Dados sujeitos a alterações

No que se refere aos números de nascido vivos por faixa etária da mãe (Tabela 19), observa-se uma maior concentração nas faixas etárias de 15 a 29 anos, observando também um crescimento nas faixas de 10 a 14 anos.

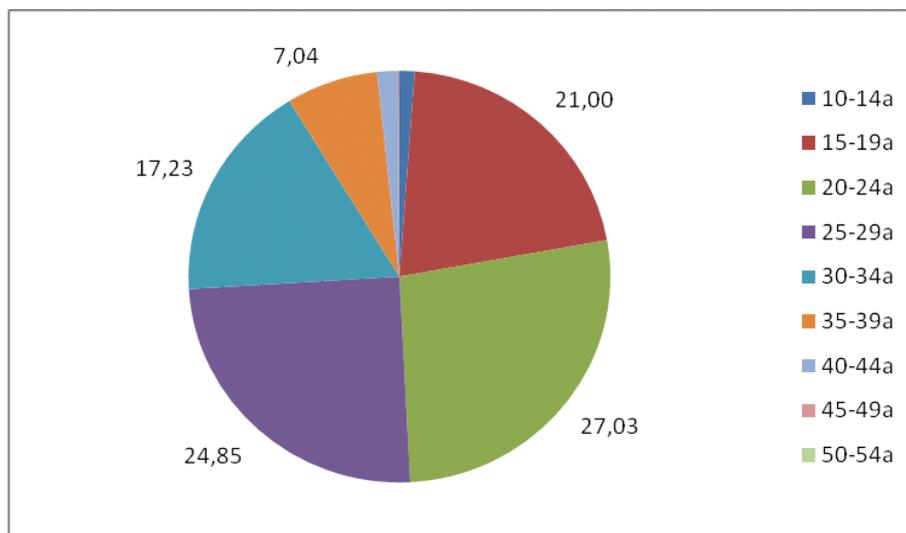


Tabela 19- Números de Nascidos Vivos por faixa etária (anos) da mãe segundo ano de nascimento em Porto Velho/RO, no período de 2006 a 2013

Ano do Nascimento	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	Total
2006	88	1816	2425	1858	939	367	71	05	01	7570
2007	96	1696	2311	1788	952	358	82	05	0	7288
2008	94	1651	2341	1856	1040	421	87	05	01	7496
2009	89	1598	2303	1849	1083	417	95	03	0	7437
2010	83	1668	2328	2001	1216	466	103	06	01	7872
2011	108	1784	2477	2085	1331	549	108	05	0	8447
2012	108	1764	2445	2132	1466	556	111	04	01	8587
2013	99	1796	2311	2125	1473	602	136	08	01	8551
Total	765	13773	18941	15694	9500	3736	793	41	05	63248

Fonte: Sinasc/Dvea/Semusa - Dados parciais, coletados em 17.01.2014, sujeito a alteração.

Pela Figura 17, verifica-se que em 2013, 27,03% dos nascidos vivos foram de mães na faixa etária de 20 a 24 anos, seguidas pelas faixas etárias de 25 a 29 anos (24,85%) e 15 a 19 anos (21,00%).



Fonte: Sinasc/DVEA/SEMUSA - Dados parciais, coletados em 17.01.2014, sujeito a alteração.

Figura 17- Números de nascidos vivos por faixa etária da mãe segundo ano de nascimento, Porto Velho/RO, 2013

No que se refere ao número de nascidos vivos por tipo de parto, observa-se um crescimento no número de partos cesáreos a partir de 2009 (Tabela 20).



Tabela 20-Números de nascidos vivos por tipo de parto segundo ano de nascimento. Porto Velho/RO, 2006 a 2013

Ano do Nascimento	Vaginal	Cesário	Total
2006	3928	3615	7543
2007	4054	3216	7270
2008	3923	3561	7484
2009	3699	3738	7437
2010	3509	4356	7865
2011	3942	4492	8434
2012	3785	4796	8581
2013	4044	4505	8549
Total	30884	32279	63163

Fonte: Sinasc/Dvea/Semusa - Dados parciais, coletados em 17.01.2014, sujeito a alteração.

No que se refere ao número de consultas de pré-natal, observa-se um aumento de nascimentos cujas mães realizaram 7 consultas e mais (Tabela 21), o que traduz uma melhoria no acesso e conseqüentemente no cuidado com a gestante.

Tabela 21- Número de nascidos vivos, segundo número de consultas de pré natal e ano de nascimento, Porto Velho/RO, 2006 a 2013

Ano do Nascimento	Nenhuma	1-3 vezes	4-6 vezes	7 e +	Total
2006	223	1279	3069	2560	7131
2007	257	1430	2774	2302	6763
2008	210	1187	2754	2883	7034
2009	234	1033	2604	3045	6916
2010	441	922	2598	3620	7581
2011	956	967	2855	3661	8439
2012	1130	788	2588	4077	8583
2013	1548	749	2353	3894	8544
Total	4999	8355	21595	26042	60991

Fonte: Sinasc/Dvea/Semusa - Dados parciais, coletados em 17.01.2014, sujeitos a alteração.

C. MORBIDADE

C.1. Malária

A malária é uma doença infecciosa aguda causada por protozoários do gênero *Plasmodium* e transmitida pelos mosquitos *Anopheles*. A doença é um



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

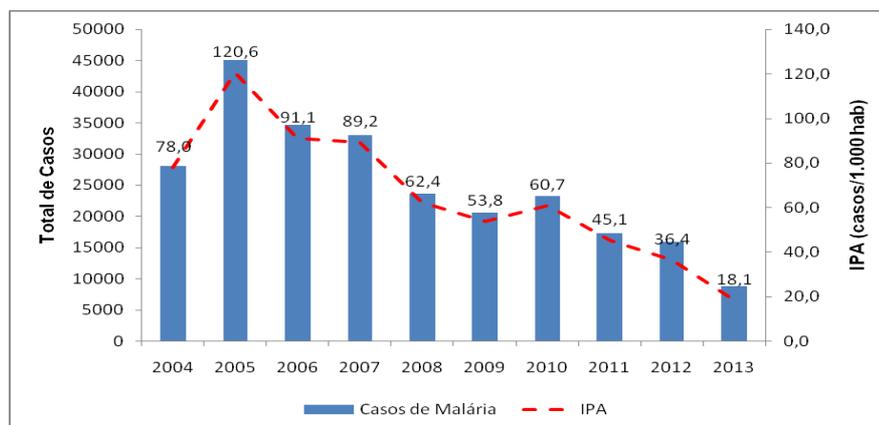
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



importante problema de saúde pública para o município de Porto Velho, que está entre os que mais notificam casos no país. A média anual dos últimos 10 anos, de 2004 a 2013, foi de 25.023 casos.

Em 2007 e 2008, devido à instalação das duas UHE, foram elaborados e aprovados, os Planos de ação de controle da malária nas áreas de influências direta e indireta das UHE, no município de Porto Velho/RO, os quais determinaram a emissão do atestado de condições sanitárias para as usinas hidrelétricas.

Os planos continuam recursos para capacitação e contratação de recursos humanos, aquisição de transportes e equipamentos, construção de laboratórios e pontos de apoio, aquisição de mosquiteiros, ações de educação em saúde e mobilização social, aquisição de insumos, manutenção de veículos e microscópios e consultoria. Portanto a Prefeitura Municipal de Porto Velho, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) e com o apoio dos empreendedores das UHE Jirau e Santo Antônio executam desde o final de 2008 um Plano Integrado de Ação para o Controle da Malária. Que tem apresentado bons resultados, já que a malária esteve controlada ao longo do período analisado, saindo de alto risco, para médio a partir de 2011, conforme Figura 18. Embora este indicador ainda sofra alterações em 2013, com a entrada de mais casos no sistema de informações (Sivep_malaria).



Fonte: Sivep_malaria/DVEA/SEMUSA, acessado em 14/01/2014. Dados sujeitos a alterações

Figura 18- Casos de malária e Índice Parasitário Anual/IPA, em Porto Velho/RO, 2004 a 2013

Portanto, conforme observamos na Figura 18, que o risco de adoecimento por malária, que é medido pela Incidência Parasitária Anual (IPA), diminuiu de 120,6



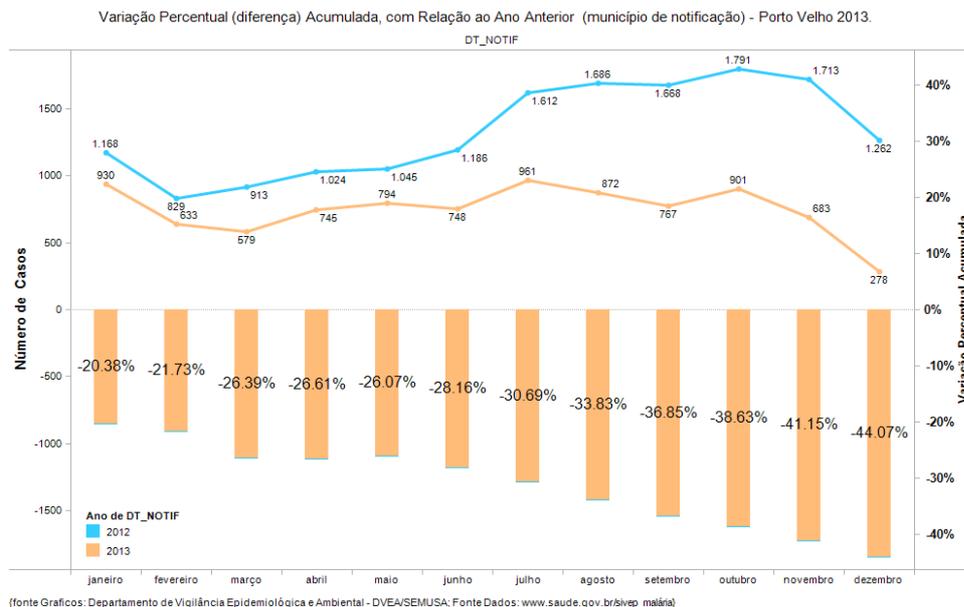
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



casos para cada grupo de 1000 habitantes, em 2005, para 18,1, em 2013. Há de se ressaltar que os estratos de risco, definidos pelo Ministério da Saúde são: IPA de 0,1 a 9,9: baixo risco; IPA de 10 a 49,9: médio risco e IPA de 50 ou mais: alto risco. Porto Velho apresentou, em 2013, médio risco para a doença.

A Figura 19 representa a variação em percentual, com relação ao ano anterior de casos notificados de malária, demonstrando que em todos os meses analisados, de 2013 ocorreu uma diminuição considerável dos casos chegando a - 44.07% no mês de dezembro de 2013 em comparação ao mesmo período de 2012.



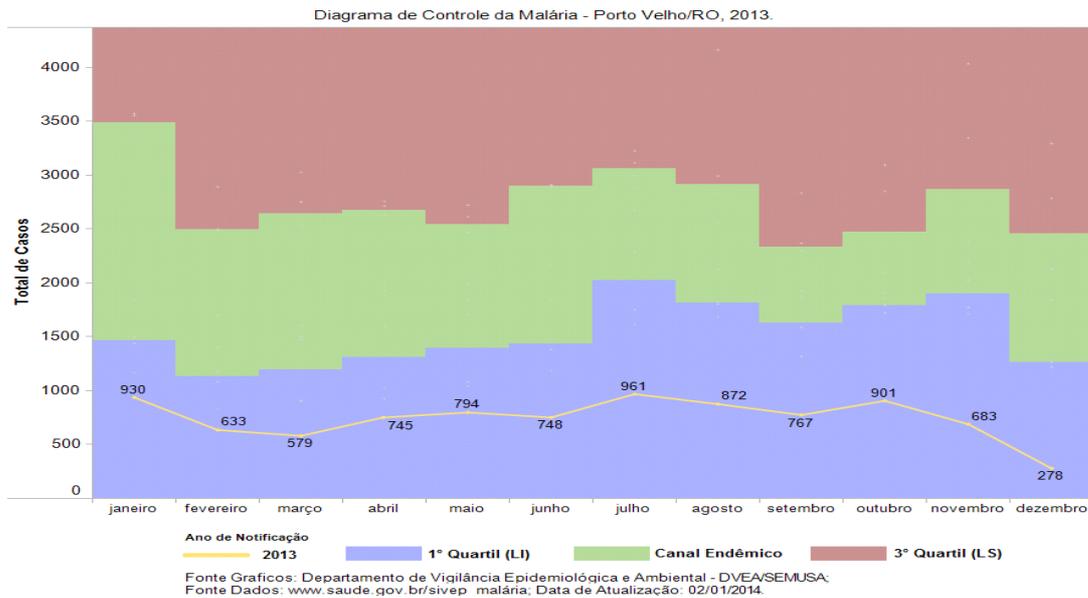
Fonte: Sivep_malaria/DVEA/SEMUSA, acessado em 02/01/2014. Dados sujeito a alterações

Figura 19-Os casos de malária e a variação de casos em relação ao ano anterior no município de Porto Velho/RO, 2012 e 2013

Uma avaliação pelo método do quartil, onde o canal endêmico demonstra que 2013 não teve nenhum mês fora dos padrões endêmicos esperados (Figura 20).



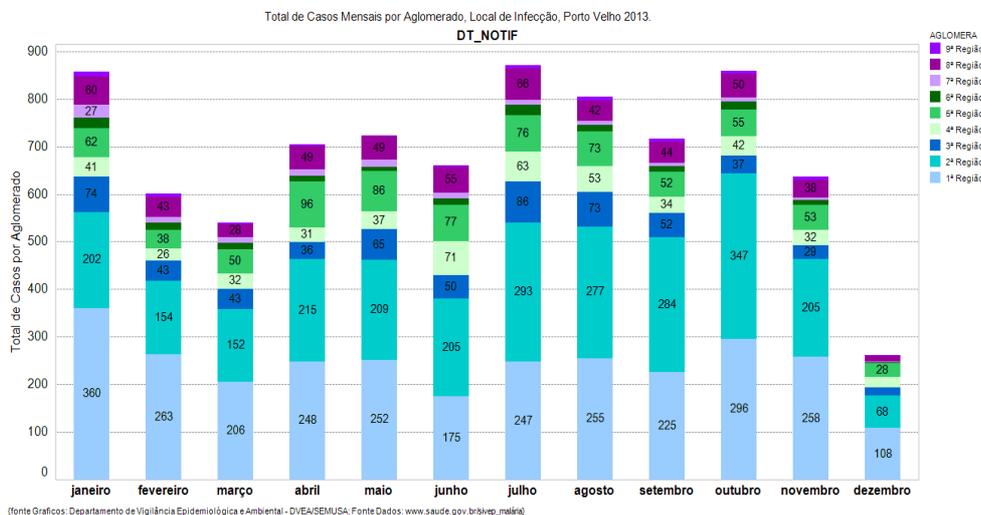
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Fonte: Sivep_malaria/DVEA/SEMUSA, acessado em 02/01/2014. Dados sujeito a alterações

Figura 20- Canal endêmico pelo método do quartil do município de Porto Velho, RO do período janeiro a dezembro de 2013, a linha amarela indica o numero de notificações. O limiar epidêmico é definido pela área vermelha, a linha azul representa o total de casos de 2013

O município de Porto Velho é dividido em nove regiões operacionais para o controle da malária. Em 2013, numa análise por região, (Figura 21), observamos que a grande maioria dos casos concentra-se na primeira (área urbana), segunda (área periurbana), terceira (distrito de Jacy-Paraná) e sexta (distrito de Mutum Paraná) regiões e que essas são as áreas mais populosas e com aglomerados urbanos ao longo da BR 364.



Fonte: Sivep_malaria/DVEA/SEMUSA, acessado em 02/01/2014. Dados sujeitos a alterações



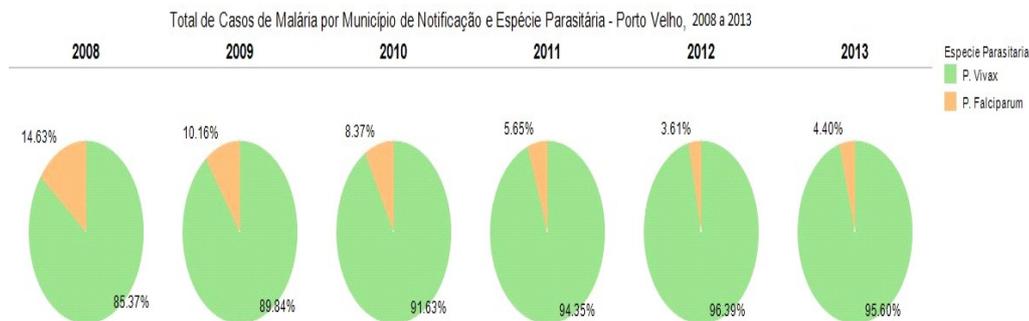
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Figura 21- Casos de malária, por região operacional do município de Porto Velho/RO, em 2013

Um dos indicadores mais sensíveis à melhoria dos serviços de controle da malária é a porcentagem de malária *falciparum* em relação ao total de casos registrados. A redução da circulação desse parasita significa, em princípio, decréscimo de internações e casos graves de malária, além de ser a espécie mais suscetível às medidas de controle. Observamos na Figura 22, que a redução desse indicador em Porto Velho é nítida, passou de 14,63% de malária *falciparum* em 2008, para 04,40%, em 2013. Embora tenha apresentado um percentual um pouco maior que 2012, mais os dados referentes a 2013 podem sofrer alterações.



Os dados de todos os gráficos foram atualizados/coletados pela base Nacional no dia 20/12/2013. Foram excluídas as notificações por LVC. (fonte Gráficos: Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental - DVEA/SEMUSA; Fonte Dados: www.saude.gov.br/sivep/malaria)

Figura 22- Porcentagem de malária por *Plasmodium falciparum* e *P. vivax* no município de Porto Velho/RO de 2008 a 2013

A mudança no esquema de tratamento para malária *falciparum* foi a grande responsável pela redução no número de casos por esse parasita. O município acompanhou o decréscimo da Amazônia brasileira até 2008, o que deixou de acontecer a partir de 2009, quando Porto Velho passou a reduzir a porcentagem de malária *falciparum* a níveis significativamente mais baixos do que o restante da Amazônia brasileira e manteve o declive nos anos de 2010, 2011 e 2012, com pequena elevação em 2013, de 1,14 % em relação a 2012.

C.2. Dengue

Doença febril aguda, que pode ser de curso benigno ou grave, dependendo da forma como se apresenta: infecção inaparente, dengue clássico, febre



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



hemorrágica da dengue e síndrome do choque da dengue. Atualmente, é a mais importante arbovirose que afeta o ser humano, constituindo-se em sério problema de saúde pública no mundo. São conhecidos quatro (4) sorotipos deste Arbovirus: DENV 1, DENV 2, DENV 3 e DENV 4 (BRASIL, 2010).

Há mais de uma década esta doença vem se constituindo em um dos mais sérios problemas de saúde pública para o município de Porto Velho, com registro de epidemias. Os primeiros focos do *Aedes aegypti*, agente transmissor, foram identificados em 1992, e os primeiros casos autóctones da doença, em 1997.

Em Rondônia, segundo dados do Ministério da Saúde, em 2006 houve a circulação dos vírus DENV 2 e 3. O Monitoramento viral em Porto Velho, realizado em 2010, detectou a circulação dos vírus DENV 1 e DENV 2 e em 2013 foi detectado o vírus DEN 4.

Considerando que nas últimas décadas Porto Velho vem sendo classificado dentre os municípios de risco para transmissão da doença, anualmente executamos ações de contingência para o enfrentamento de possíveis epidemias, dentre as quais destacamos:

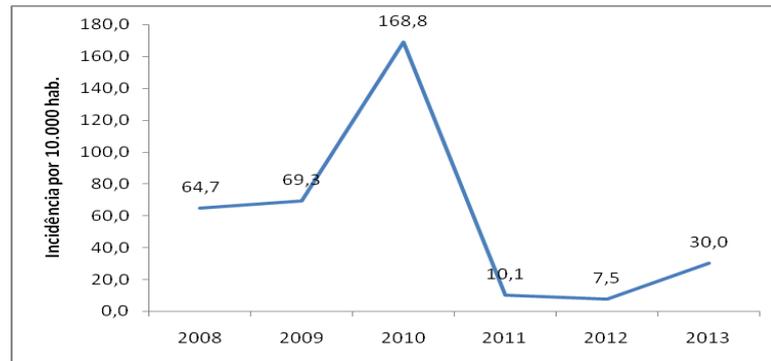
- Atenção ao paciente com suspeita de dengue;
- Vigilância epidemiológica e ambiental;
- Controle Vetorial;
- Educação em saúde e mobilização social.

A Figura 23 mostra a incidência de casos notificados, de 2008 a 2013. Demonstra um aumento na incidência de casos ao comparar com os dois anos anteriores, apesar da implementação dos planos de contingência, com adoção de medidas de controle, de acordo com cada eixo do plano de contingência, preconizadas pelo MS e já citadas anteriormente: Atenção ao paciente com suspeita de dengue; Vigilância epidemiológica e ambiental; Controle Vetorial; Educação em saúde e mobilização social.



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Fonte: SINAN/DVEA/SEMUSA, acessados em 10/01/2014. Dados sujeito a alterações

Figura 23. Incidência de dengue, segundo ano de diagnóstico.
Porto Velho /RO, 2008 a 2013

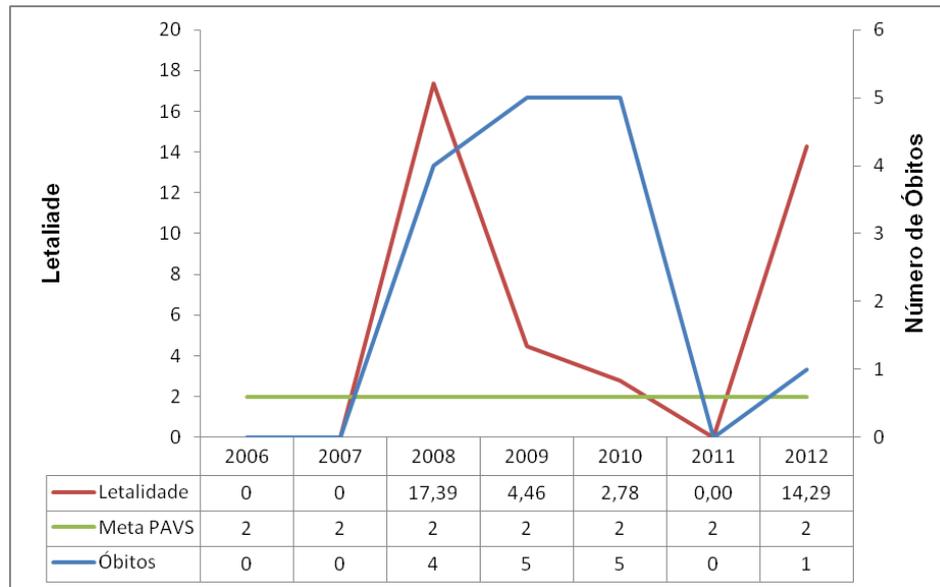
A Figura 23 ilustra a incidência da dengue no período de 2008 a 2013 no município de Porto Velho, na qual observamos curtos intervalos de tempo entre os períodos de maior incidência e mesmo de epidemias. No período de 2008 a 2010, observa-se um aumento crescente da incidência, apesar de todas as medidas de controle adotadas, o que permite sugerir que isto se dê em decorrência de fatores demográficos e ambientais (crescimento populacional, urbanização acelerada e desorganizada, inchaço das grandes cidades, facilidade de movimentação de pessoas, falência de políticas públicas), fatores biológicos (capacidade de reprodução do *Aedes*, transmissão, período de transmissão longo (vários dias), calor, umidade > oviposição acelerada). Em 2011 e 2012, observamos uma queda na taxa de incidência, podendo considerar como causa a sazonalidade, reorganização de serviços e possível redução de susceptíveis, e um aumento em 2013.

A Figura 24 mostra a letalidade da dengue e número de óbitos em Porto Velho, na qual observamos que na série histórica que de 2008 a 2010, foram anos epidêmicos, conseqüentemente, os óbitos registrados não ficaram dentro dos parâmetros considerados aceitáveis pelo MS. A letalidade esteve dentro dos parâmetros em 2006, 2007 e 2011.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Fonte: SINAN/DVEA/SEMUSA.

Figura 24- Letalidade e número de óbitos de dengue segundo ano de notificação. Porto Velho/RO, 2006 a 2012

Este indicador reflete a organização das ações de vigilância epidemiológica da dengue, diante da realidade de cada período, com a priorização da notificação, análise e posterior planejamento, principalmente para as ações de assistência ao paciente com dengue, promovendo o tratamento adequado e oportuno, reduzindo assim, as formas graves da doença e em conseqüência, os óbitos.

C.3. DST

C.3.1- AIDS

As doenças sexualmente transmissíveis – DST continuam a representar um grave problema de saúde coletiva, com importante impacto socioeconômico e psicológico em todo o mundo, além de serem facilitadoras da transmissão do HIV (BRASIL, 2010).

Com o objetivo realizar o diagnóstico precoce das DST, tratamento oportuno e quebra da cadeia de transmissão, os serviços de saúde do município adotaram a estratégia da Abordagem Sindrômica das DST, preconizada pelo Ministério da Saúde, que é de fácil aplicabilidade e que de acordo com estudos realizados esta estratégia apresenta altas taxas de cura.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

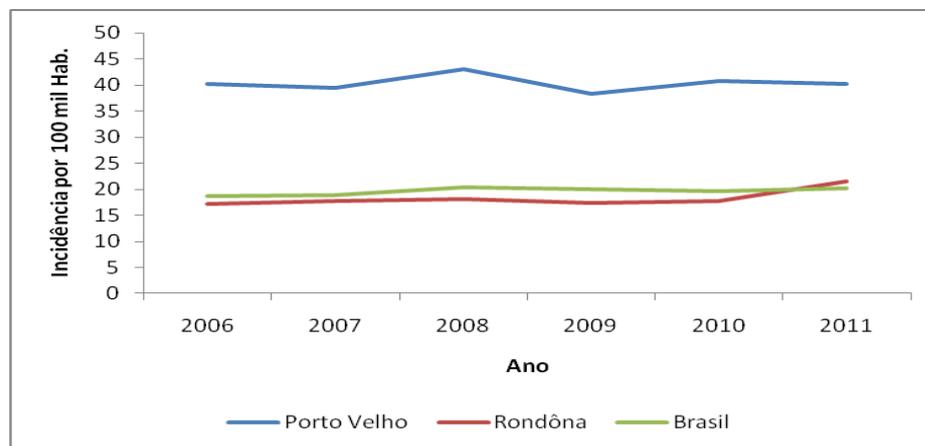
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Uma das DST que mais chama atenção pela sua gravidade, magnitude e potencial de disseminação é a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV, que apesar das vitórias acumuladas no enfrentamento da epidemia da AIDS, como por exemplo, a melhora na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, a epidemia ainda se encontra em patamares elevados em nosso país.

Porto Velho, de acordo com o último boletim epidemiológico (2012) do Ministério da Saúde, ficou em 2011 em 7º lugar no ranking da Taxa de incidência (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados segundo capital de residência.

A Figura 25 mostra a incidência de AIDS em adulto segundo ano de diagnóstico, no período de 2006 a 2011, demonstrando que a incidência de Porto Velho se mantém acima dos dados do estado e do Brasil. Em 2012, a incidência em Porto Velho foi de 48,34/100.000hab., mostrando que a epidemia se mantém em níveis elevados.



Fonte: MS – Sala de situação. Dados acessados em Setembro de 2012

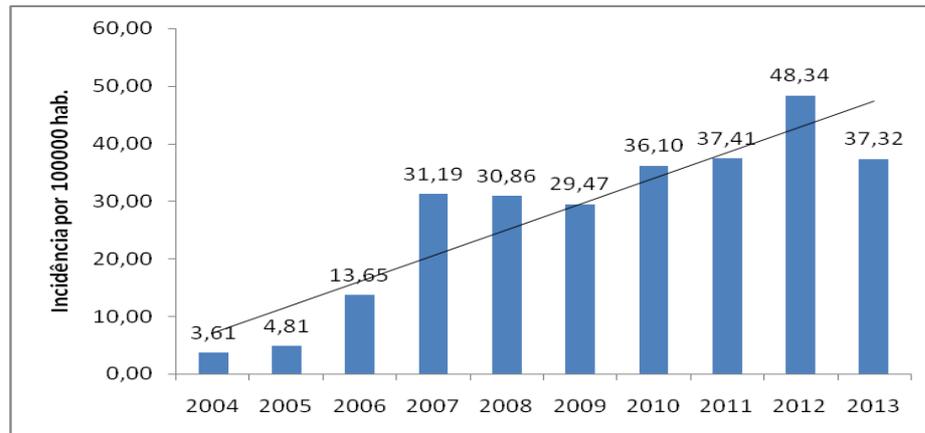
Figura 25-. Incidência de AIDS, Porto Velho, Rondônia e Brasil, 2006 a 2011

Na Figura 26 está a incidência de Aids, segundo ano de diagnóstico, de Porto Velho.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

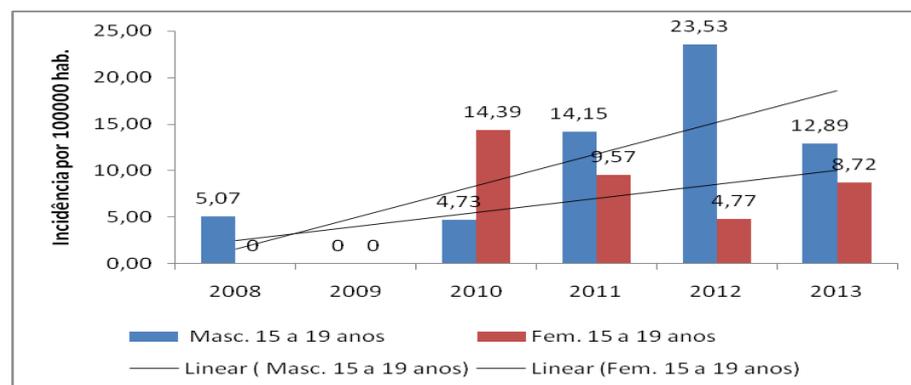
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Fonte: SINAN/DVEA/SEMUSA

Figura 26- Incidência por Aids, segundo ano de diagnóstico.
Porto Velho/RO, 2004 a 2013.

Porto Velho totaliza 1.185 casos de AIDS em adultos acumulados no período de 1996 a 2013, sendo 728 masculinos e 457 femininos. Observamos um aumento da incidência pela doença, na série temporal. Ao relacionar o tempo provável de incubação do vírus, pode-se chegar à indicação que a exposição pelo HIV tem se dado provavelmente na adolescência ou adulto jovem. Na Figura 27 está a incidência de Aids, por sexo, na faixa etária de 15 a 19 anos, de 2008 a 2013.



Fonte: SINAN/DVEA/SEMUSA

Figura 27- Incidência por Aids, segundo sexo na faixa etária de 15 a 19 anos.
Porto Velho/RO, 2004 a 2013.

Ao analisarmos a Figura 27 observamos que a incidência de AIDS por sexo, faixa etária de 15 a 19 anos, que no sexo feminino a tendência é de queda mais observamos que no ano de 2013 houve um aumento considerável, possivelmente devido a fatores relacionados a instalações das duas UHE no município, e tendência ascendente em homens na mesma faixa etária, porém em proporções diferente.

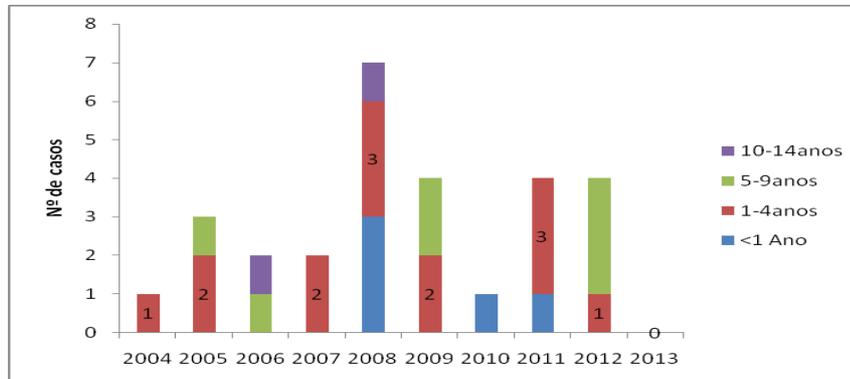


PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Na Figura 28 está o número de casos de Aids, na faixa etária de 0 a 14 anos, de 2004 a 2013.

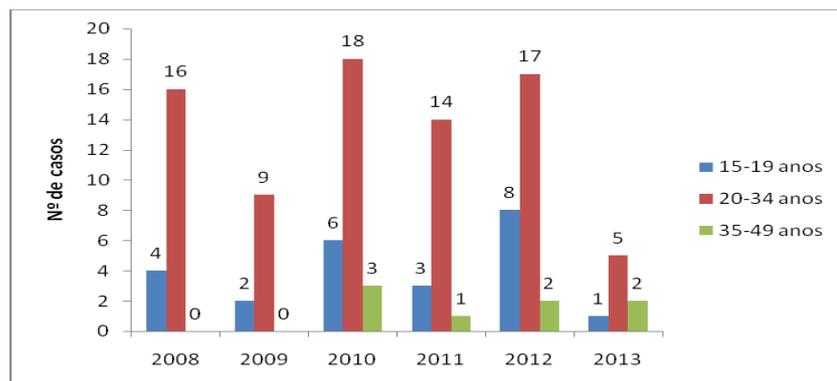


Fonte: SINAN/DVEA/SEMUSA

Figura 28- Número de casos de Aids, na faixa etária de 0 a 14 anos. Porto Velho/RO, 2004 a 2013

Ao analisarmos a Figura 28 observamos que na faixa etária de 1-4 houve maior notificação de casos, no período analisado. Porém, até o momento, nenhum caso foi notificado em 2013, nessa faixa etária.

Na Figura 29 está o número de casos de Aids, em gestante, por faixa etária, de 2008 a 2013



Fonte: SINAN/DVEA/SEMUSA

Figura 29- Número de casos de Aids, em gestante, segundo faixa etária. Porto Velho/RO, 2008 a 2013

Ao analisarmos a Figura 29 observamos que o maior número de casos de HIV em gestante, é na faixa etária de 20-34 anos, seguida da de 15-19 anos.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Possivelmente os baixos indicadores de 2013 sejam devido ao período de encerramento dos casos. Como ainda estamos no início de 2014, muitos casos ainda serão inseridos no Sinan net.

C.3.2- Sífilis em gestante e sífilis congênita

A sífilis continua a ser um grave problema de saúde mundial, apesar de ser uma doença conhecida há mais de 500 anos. A Organização Mundial de Saúde, (OMS, 2008), avalia a incidência de sífilis em 12 milhões de pessoas infectadas todos os anos no mundo calculando-se que anualmente dois milhões de casos de gravidez são afetados e que em cerca dos 25% destes casos, resultam em natimortos ou abortos espontâneos e outros 25% de recém-nascidos com baixo peso ao nascer ou infecção grave, estando os dois casos associados a um maior risco de morte perinatal.

A ocorrência da sífilis congênita evidencia falhas na assistência pré-natal relacionadas ao controle de uma infecção, cujo protocolo clínico é bem conhecido, com triagem sorológica e tratamento de baixo custo. Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2008), a maioria dos países, possui protocolos com orientações para o controle da sífilis no pré-natal. Contudo, apesar de todos estes fatores, a sífilis congênita ainda causa uma grande carga de doença em nível mundial ainda distante da erradicação tanto no Brasil quanto em outros países.

Na América Latina e Caribe, a prevalência da sífilis em recém-nascidos é de 3,1%, variando entre 1% no Peru e 6,2% no Paraguai. Na Bolívia, a prevalência de sífilis gestacional é de 7,2%, com taxa de transmissão vertical de 15,7%. Estima-se que no Brasil as prevalências médias de sífilis em parturientes variam entre 1,4% a 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical de 25%. (OMS, 2008).

Apesar da magnitude, esses números estão subestimados, pois a falta de notificação é uma realidade em muitos países. Na América Latina, estima-se a subnotificação de 34% no Peru, 32,2% na Argentina, 26% no Chile e 22,2% na Venezuela. No Brasil, apesar da sífilis congênita e a sífilis na gestante serem agravos de notificação compulsória desde 1986 e 2005, respectivamente, apenas, 32% dos casos de sífilis gestacional e 17,4% de sífilis congênitas são notificados,



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



refletindo a deficiência na qualidade dos serviços da assistência no período pré-natal e no parto (Brasil, 2004).

No estudo sentinela parturientes realizados, em 2004 pelo Ministério da Saúde (2007), numa amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade de todas as regiões do país, observou-se uma taxa de prevalência de 1,6% para sífilis, representando cerca de 50 mil gestantes infectadas no ano e 12 mil casos de sífilis congênita para uma taxa de transmissão vertical de 25%, mas são notificados ao Ministério da Saúde apenas cerca de 5 mil. Esta taxa de transmissão vertical varia de 1,9% na região Nordeste para 1,3% na região Centro-Oeste. A Região Norte apresentou taxa de 1,8% e esta taxa ainda hoje é utilizada como parâmetro para o cálculo de estimativas de gestantes infectadas pela sífilis.

No Estudo Sentinela Parturiente de 2004, a prevalência de sífilis em gestantes foi de 1,6%, (Brasil) cerca de quatro vezes maior que a infecção pelo HIV no mesmo grupo, estimando-se um total de 48.425 gestantes infectadas naquele ano. Comparando o dado estimado em 2004 com o dado notificado em 2005 (1.863), calcula-se que a vigilância só alcançou 3,8% dos casos esperados.

A Política Brasileira de prevenção da mortalidade materno-infantil do Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde (2006) inclui metas de redução da transmissão vertical da sífilis a menos de 0,5 casos/1000 nascidos vivos até 2015.

O Boletim Epidemiológico do Departamento Nacional de DST e AIDS (2012) indicam que em 2011, foram notificados no Brasil 14.321 casos de sífilis em gestantes, com taxa de detecção de 5,0 casos por 1.000 nascidos vivos. As Regiões Centro-Oeste (6,0/1.000 nascidos vivos), Norte (5,5) e Sudeste (5,8) apresentaram taxas superiores à média nacional.

Em Rondônia no mesmo ano, foram notificados 73 casos com taxa de detecção de 2,8/1000 nascidos vivos e em Porto Velho 37 casos (4,4/1000 nascidos vivos) abaixo da média nacional.

No mesmo ano, foram notificados no Brasil 9.374 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, com taxa de detecção de sífilis congênita de 3,3



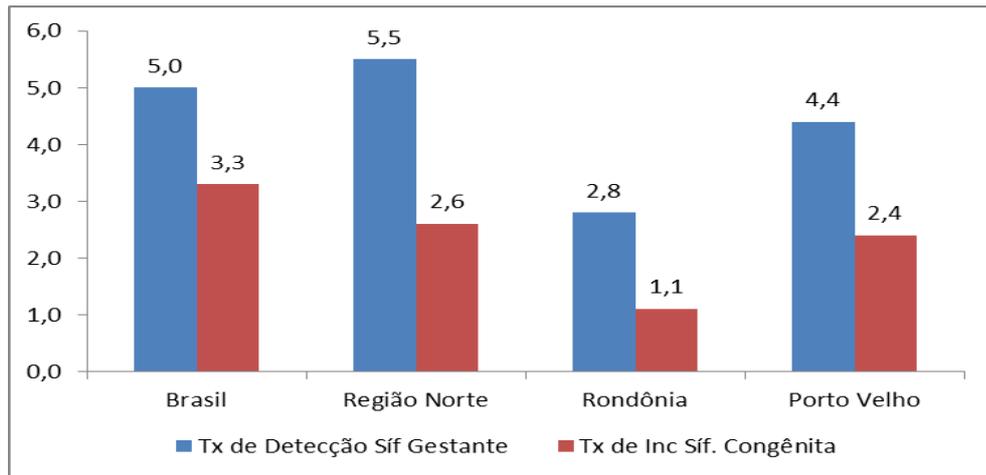
PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



casos por 1.000 nascidos vivos. A Região Norte apresentou taxas de 2,6, Rondônia 1,1 e Porto Velho 2,4/1.000 nascidos vivos demonstrados na Figura 30.

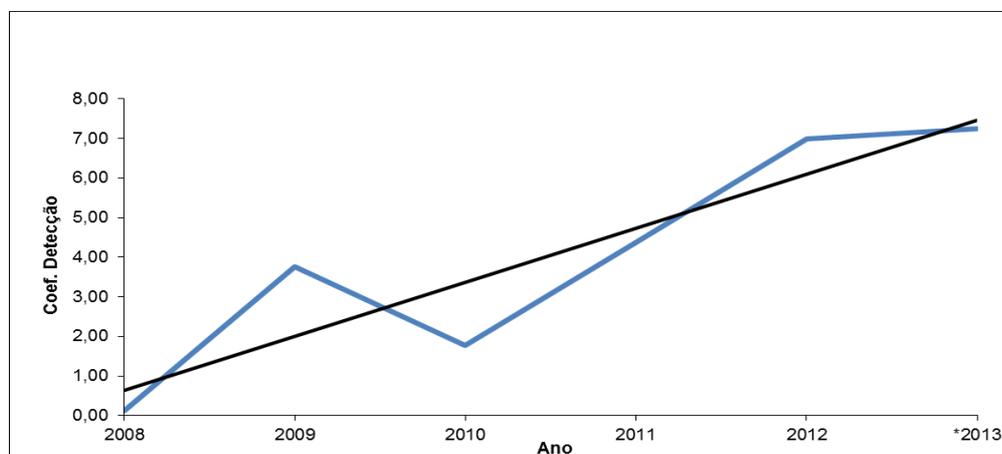
Observa-se que naquele ano a taxa de detecção de sífilis em gestantes e de sífilis congênita apresentou um importante incremento como resultado da implementação da vigilância destes agravos, porém a subnotificação ainda persiste.



Fonte: Boletim epidemiológico DST e Aids, MS (2012), Sinan Net DVEA/SEMUSA

Figura 30- Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes e Taxa de Incidência de Sífilis Congênita/ 1000 Nascidos vivos, Brasil. Região Norte, Rondônia e Porto Velho, 2011

A taxa de detecção específica de sífilis em gestante apresentada na Figura 31 demonstra o incremento no número de casos no período de 2008 a 2013 com mais evidência a partir de 2011.



Fonte: Sinan Net DVEA/SEMUSA

Figura 31- Taxa de Detecção de Sífilis em Gestante, Porto Velho, 2008 a 2013



Cálculos realizados a partir da Portaria SAS/MS Nº 650 de 5 de Outubro de 2011, Anexo III – Parâmetros para os cálculos de conformação da Rede Cegonha, indicam na Tabela 22 a realização do cálculo utilizando o parâmetro de prevalência da sífilis em gestante na Região Norte para o cálculo das gestantes estimadas com sífilis em Porto Velho por ano, visando o registro de meta a ser buscada em cumprimento de metas pactuadas.

Tabela 22- Distribuição das Gestantes Estimadas com Sífilis e Gestantes com Sífilis Notificadas em Porto Velho/RO, no período de 2009 a 2013

Cálculo de estimativa de gestantes em Porto Velho		2013	2012	2011	2010	2009
Gestantes esperadas – NV ano anterior + 10%		9.446	9.256	8.652	8.180	8.244
Gestante de risco habitual	85%	8.028	7.867	7.360	6.953	7.008
Gestante de alto risco	15%	1.417	1.388	1.299	1.227	1.237
Gestante com sífilis Prev. Na RN 1,8/1000NV		170	167	156	147	148
Gestantes notificadas		61	60	37	14	28
% atingido		35,8	36	24	10	19

Fonte: SAS, (2011), SINASC, Sinan NET, Estudo Sentinela Parturiente, (2004).

O cálculo tem como base a prevalência da Região Norte de 1,8/1000 NV e o cálculo de nascidos vivos estimados.

As ações efetivas de prevenção às DST'S, a assistência pré-natal de qualidade com diagnóstico precoce da sífilis de uma forma geral, na sífilis materna, o tratamento adequado da gestante e do parceiro durante o pré-natal e a notificação sistemática e oportuna da sífilis em gestantes, é possível eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública, ou seja, reduzir a incidência desse agravo até 0,5 caso por mil nascidos vivos.

As medidas de controle devem considerar outros momentos: antes da gravidez e na admissão à maternidade, seja no momento do parto, seja na curetagem por abortamento ou durante qualquer outra intercorrências na gravidez. Mesmo o diagnóstico tardio da infecção materna, realizado na admissão para o parto, é válido, pois, a despeito de não evitar a doença na criança, haverá condições de tratar a mulher e o concepto, reduzindo as complicações advindas da infecção.



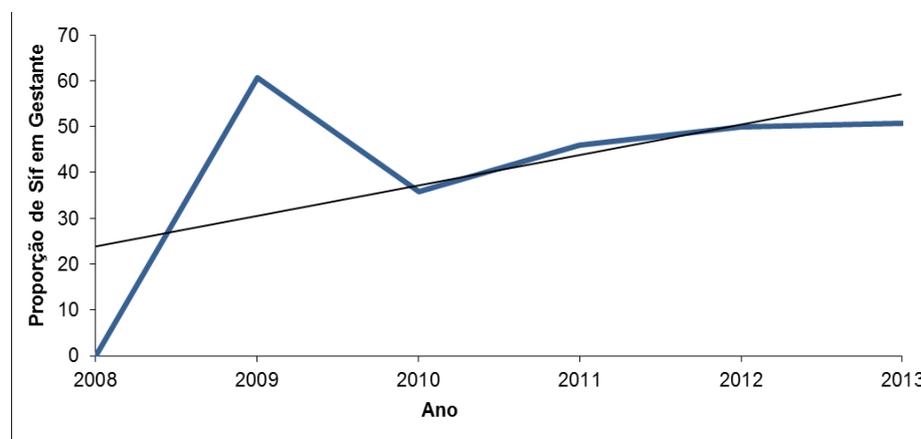
PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Para os serviços de vigilância, a notificação espontânea ou em busca ativa ambulatorial e hospitalar dos casos de sífilis constitui a base do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Um dos indicadores importantes é a proporção de detecção de sífilis em gestante até o segundo trimestre da gestação, conforme figura abaixo, evidenciando a necessidade da detecção o mais precoce possível para evitar a manutenção da cadeia de transmissão e a redução dos casos de sífilis congênita.



Fonte: SINAN Net/SINASC/DVEA/SEMUSA

Figura 32 - Proporção de Sífilis em Gestante diagnosticadas até o 2º trimestre. Porto Velho/RO, 2008 a 2013

De 2008 a 2013, foram notificados 201 casos de sífilis em gestante (Figura 33), cuja faixa etária mais atingida é a de 20 a 34 anos em todos os anos da série, seguida da faixa etária de 15 a 19 anos, conforme Tabela 23 e Figura 32. No ano de 2013 registrou-se 61 casos de Sífilis em Gestante e 41 de Sífilis Congênita. Quanto à Sífilis em Gestante (Figura 32) está longe do número de gestantes com sífilis estimadas (170), pois atingimos apenas 35,9 %. É necessária a efetiva implantação das normas e diretrizes da Rede Cegonha para que possamos atingir a meta de melhoria na detecção.

Tabela 23- Casos de Sífilis em Gestantes/1000 NV por Faixa Etária e Ano de Notificação, Porto Velho/RO, 2008 a 2013

Ano da Notificação	10-14	15-19	20-34	35-49	Total
2008	0	0	01	0	01



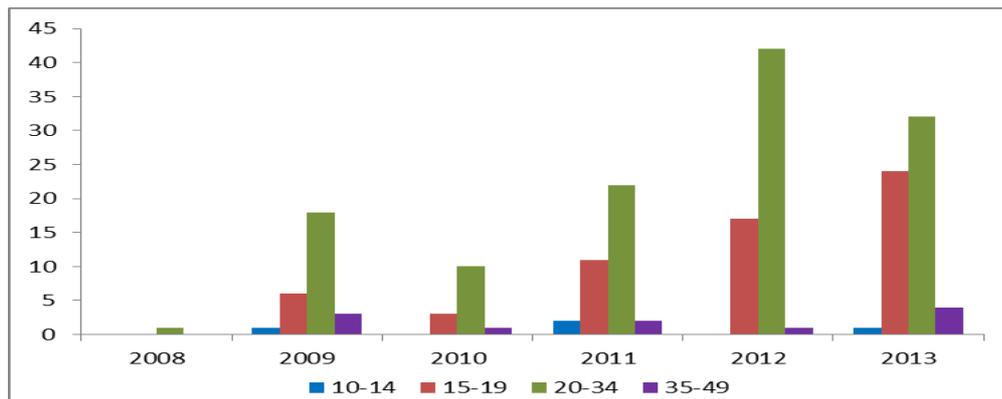
PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



2009	01	06	18	03	28
2010	0	03	10	01	14
2011	02	11	22	02	37
2012	0	17	42	01	60
2013	01	24	32	04	61
Total	04	61	125	11	201

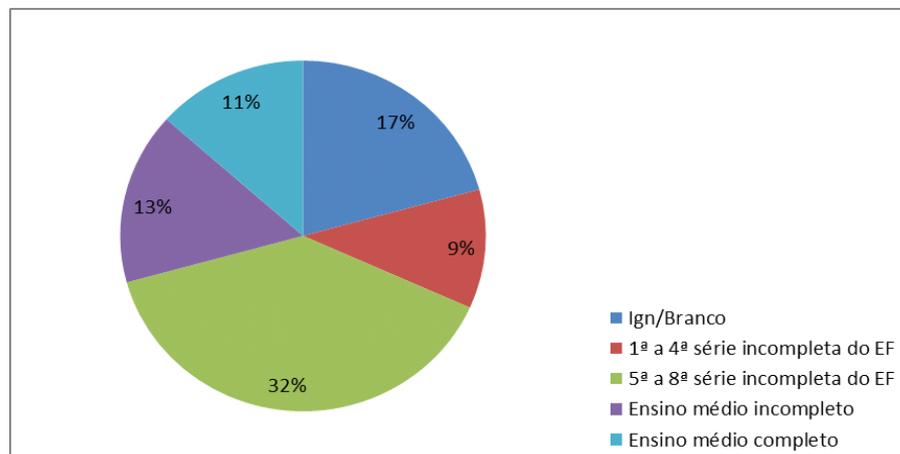
Fonte: SINAN Net/DVEA/SEMUSA



Fonte: SINAN/SINASC/DVEA/SEMUSA

Figura 33 - Casos de Sífilis em Gestante, Segundo faixa Etária e Ano de Notificação, Porto Velho/RO, 2008 a 2013

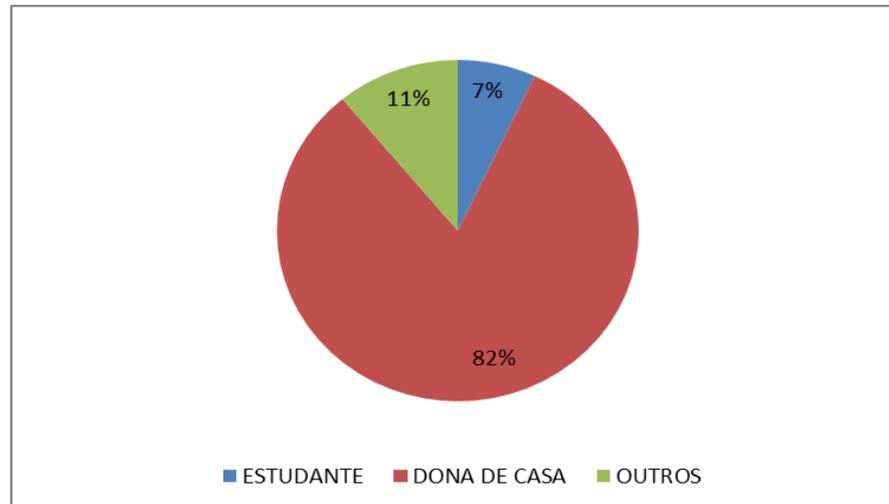
Considerando a escolaridade (Figura 34), a maior ocorrência 32% é de 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental corroborando estudos realizados, seguido de 17% de campo “Ignorado” ou “em Branco”, 13% de Ensino Médio Incompleto e 11% de Ensino Médio Completo. Quanto á ocupação (Figura 34) 82% é dona de casa, 11% possuem variadas ocupações, seguida de 7% de estudantes.



Fonte: SINAN Net/DVEA/SEMUSA



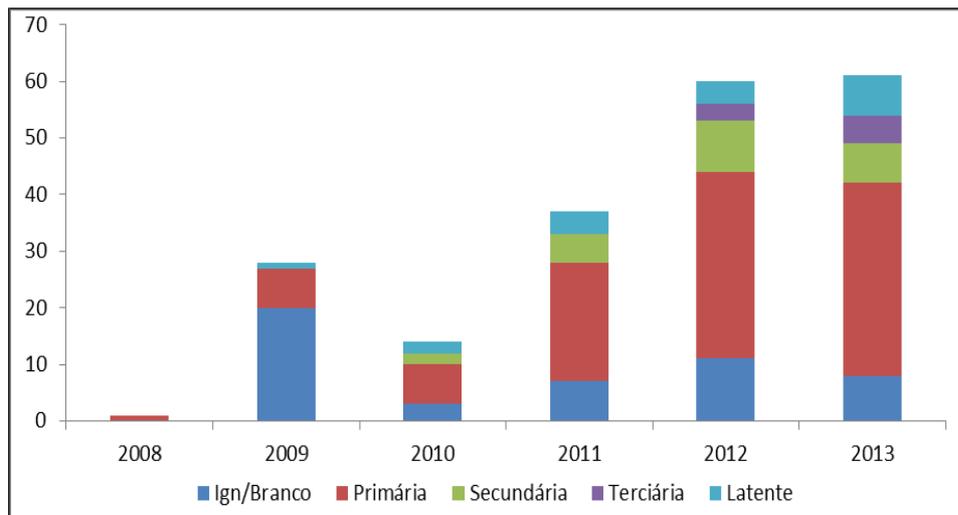
Figura 34- Casos de Sífilis Congênita por Ano Diagnóstico segundo Escolar da mãe. Porto Velho/RO, 2008 - 2013



Fonte: SINAN Net/SINASC/DVEA/SEMUSA

Figura 35- Casos de Sífilis em Gestantes por Ano da Notificação segundo Ocupação. Porto Velho/RO, 2008 – 2013

O tratamento adequado instituído precocemente nas primeiras consultas do pré-natal é fator imprescindível para a não ocorrência da continuidade da cadeia de transmissão e a prevenção quanto á sífilis congênita. Observamos na Figura 36 que o incremento na detecção de casos de sífilis em gestantes a partir de 2011 também levou ao aumento dos campos com informações “Ignorados” ou campos em “Branco” que mesmo com a solicitação de complementação das informações incoerentes ou incompletas, não foi possível resgatá-las. No entanto, observa-se a predominância de classificação clínica primária seguida da secundária. Considerando que estas gestantes detectadas no pré-natal chegam á Maternidade com diagnóstico reagente para sífilis, chegamos á conclusão de que, ou houve uma classificação inadequada e conseqüentemente a dosagem/período do medicamento também foi inadequado ao caso ou ocorreu reinfecção por não tratamento do parceiro.



Fonte: SINAN Net/DVEA/SEMUSA

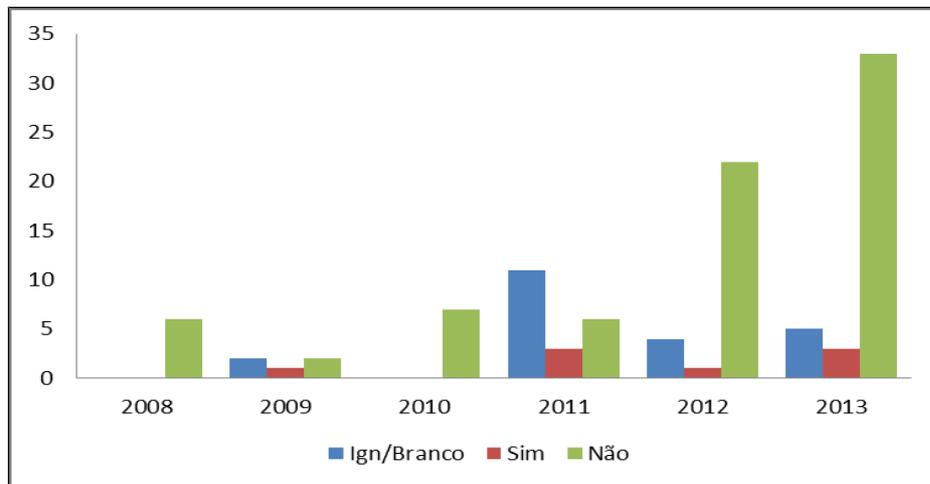
Figura 36- Casos de Sífilis em Gestante por Classificação Clínica e Ano da Notificação. Porto Velho/RO, 2008 a 2013

O tratamento do parceiro é um dos pré-requisitos para que se considere como adequado o tratamento da gestante com sífilis e apesar das orientações repassadas nas capacitações, principalmente de Testes Rápidos para os profissionais de saúde da Rede Básica e de Alta Complexidade (maternidades) ainda não registramos melhoria neste item. A Tabela 24 e Figura 37 evidenciam que apenas 7,5 % dos parceiros receberam o tratamento. Este é um dos fatores preponderantes na manutenção e ocorrência de casos de sífilis congênita além de outro que consideramos o principal: subnotificação, visto que sem conhecimento dos casos não há como instituir medidas de controle da doença. No ano de 2013 apenas 7,3% (3) dos parceiros foram tratados.

Tabela 24- Número de tratamento realizado dos Parceiros, segundo ano diagnóstico. Porto Velho/RO, 2008 a 2013

Ano Diagnóstico SC/1000NV	Ign/Branco	Sim	Não	Total
2008	0	0	06	06
2009	02	01	02	05
2010	0	0	07	07
2011	11	03	06	20
2012	04	01	22	27
2013	05	03	33	41
Total	22	08	76	106

Fonte: SINAN Net/DVEA/SEMUSA

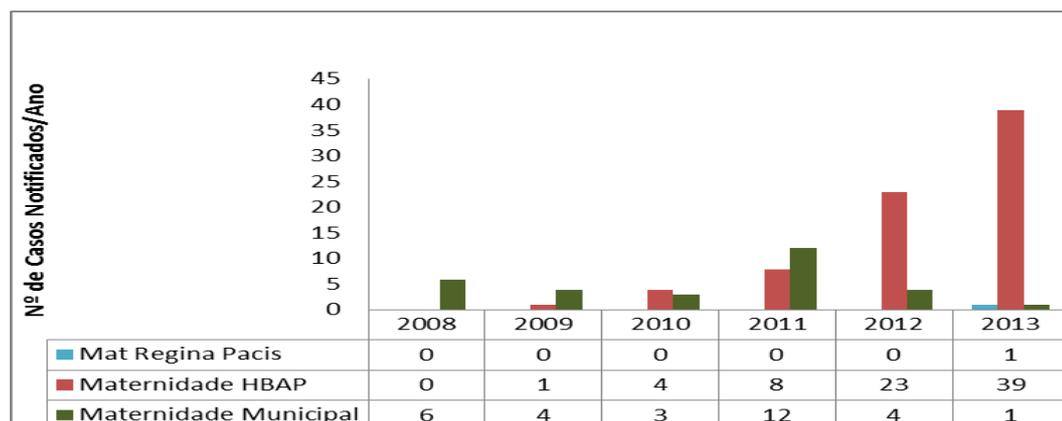


Fonte: SINAN Net/DVEA/SEMUSA

Figura 37- Frequência por tratamento realizado do parceiro, segundo ano diagnóstico. Porto Velho/RO, 2008 a 2013

Em 2012 foi instituída no âmbito do Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental – DVEA/SEMUSA, a Coordenação Municipal da Sífilis, embora não conste do organograma oficial.

Em Porto Velho, analisando-se as notificações de sífilis congênita e na gestação relativas ao período de 2008 a 2013, apresentados na Figura 38, verifica-se o incremento na notificação dos casos devendo-se ao trabalho realizado com os profissionais das maternidades do Hospital de Base e Maternidade Mãe Esperança considerando-se o preconizado de realização da testagem para sífilis na admissão ao parto. No ano de 2013, 95,1% (39) das notificações de Sífilis Congênita foram notificadas da maternidade do Hospital de Base Ary Pinheiro, por ser uma Unidade de atendimento para a Gestação de Alto Risco.



Fonte: SINAN Net/DVEA/SEMUSA



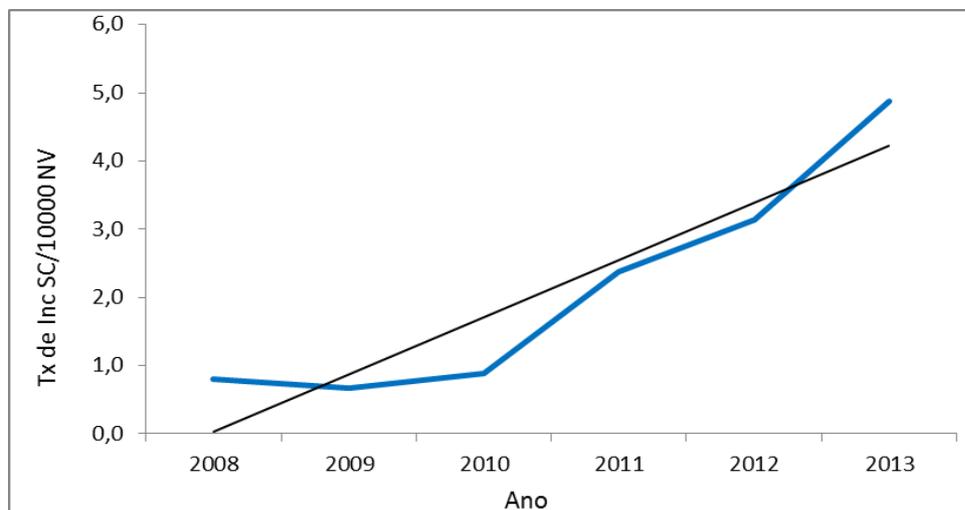
Figura 38-Frequência de sífilis congênita, por ano de diagnóstico, segundo Unidade de Saúde de Notificação. Porto Velho/RO, 2008 a 2013

A Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em Porto Velho variou no período de 0,8/1000 Nascidos Vivos em 2008, 2,4 em 2011 a 4,9 em 2013, conforme Tabela 25 e Figura 39. A Meta do SisPacto é Reduzir a Incidência da Sífilis Congênita, porém, dada a realidade de Porto Velho houve um investimento na importância à notificação dos casos existentes e detectados nas maternidades. No ano de 2013 a Maternidade Municipal Mãe Esperança referenciou os casos com registro no cartão das gestantes ou diagnosticados através do teste rápido na admissão ao parto e para a Maternidade do HBAP.

Tabela 25-Taxa de Incidência de Sífilis Congênita/1000 nascidos vivos em Porto Velho/RO, 2008 a 2013

Ano de nascimento	Nascidos vivos	Nº de casos de sífilis congênita	Taxa de incidência (por 1.000 NV)	Taxa de incidência esperada (MS)
2008	7496	06	0,8	
2009	7437	05	0,7	3,15
2010	7872	07	0,9	
2011	8439	20	2,4	2,2
2012	8583	26	3,0	
2013	8412	41	4,9	

Fonte: Tabela elaborada a partir de dados do SINAN, SINASC e Estudo Sentinela Parturiente, 2004(MS).



Fonte: SINAN/SINASC/DVEA/SEMUSA

Figura 39- Taxa de Incidência de Sífilis Congênita/1000 NV e Ano de Diagnóstico. Porto Velho/RO, 2008 a 2013



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Visando a melhoria na detecção e notificação dos casos de sífilis congênita e em gestante no Município de Porto Velho, foi realizado resgate de casos inicialmente do ano de 2011 obtendo como resultado de 05 casos para 37, visitas às unidades de saúde e maternidades para complementação e correção de informações das fichas de notificação e investigação. Durante o ano de 2013 as atividades foram desenvolvidas com o objetivo de melhoria da detecção precoce de sífilis em gestante, da qualidade da notificação, atenção no pré-natal e tratamento adequado com vistas à redução da sífilis congênita no município. Buscamos e realizamos o resgate de notificações dos anos de 2008 a 2010, ocorrendo um incremento no número de casos naqueles anos. Na Tabela 26 e Figura 39 e Figura 40 observa-se o aumento na detecção e o comparativo com o número de gestantes estimadas com sífilis em número absoluto e em Taxas de detecção e incidência.

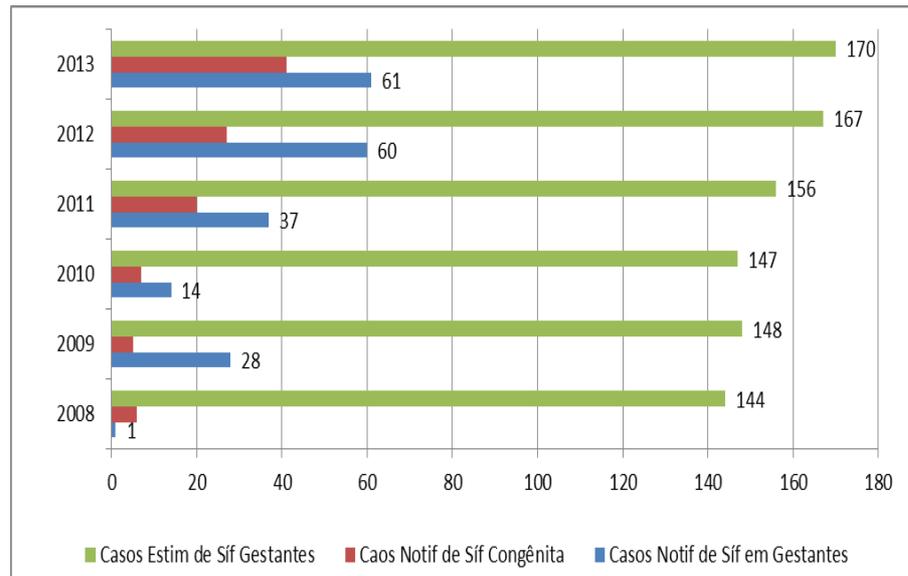
Tabela 26- Casos de Sífilis em Gestante, Sífilis Congênitas e Gestantes Estimadas com Sífilis/1000NV no período de 2008 a 2013, Porto Velho/RO.

Ano notificação	Nascidos Vivos	Nº de casos de sífilis em gestante	Coefficiente de detecção	Nº de casos de sífilis congênita	Taxa de incidência/1000 NV	Gestantes estimadas com sífilis – Prev. 1,8%
2008	7496	01	0,1	06	0,8	144
2009	7437	28	3,8	05	0,7	148
2010	7872	14	1,8	07	0,9	147
2011	8447	37	4,4	20	2,4	156
2012	8587	60	7,0	27	3,1	167
2013	8412	61	7,3	41	4,9	170
Total	48251	201		106		

Fonte: SINAN/SINASC/DVEA/SEMUSA



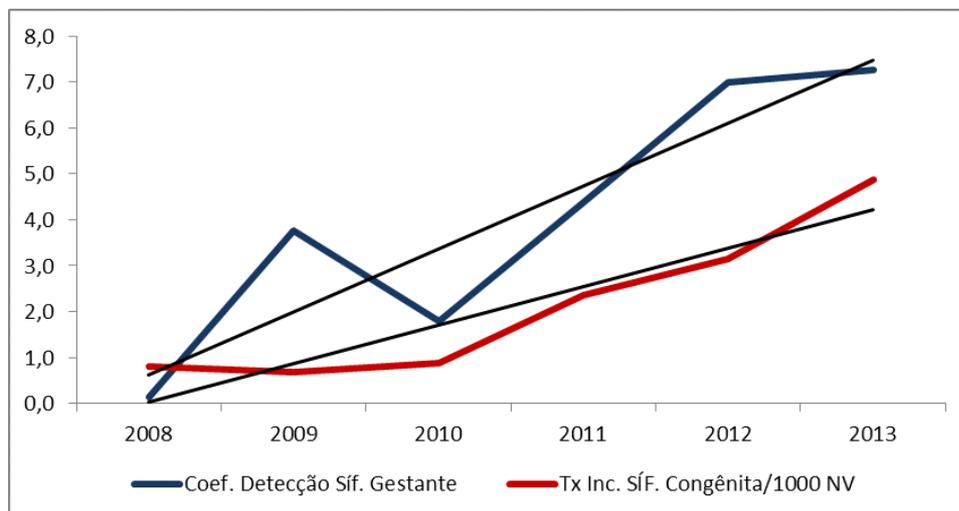
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Fonte: SINAN/SINASC/DVEA/SEMUSA

Figura 40- Distribuição de Casos de Sífilis em Gestante, Sífilis Congênicas e Gestantes Estimadas com Sífilis /1000 NV no período de 2008 a 2013, Porto Velho/RO

Como a maioria das notificações parte da Maternidade de Atenção ao Alto Risco, verifica-se que o maior número de notificações é pareado de Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita, verificada na Figura 41.

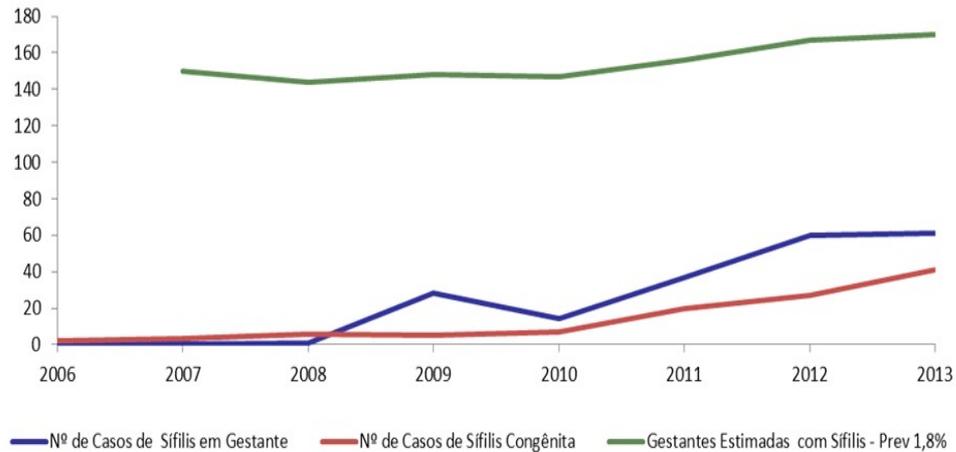


Fonte: SINAN/SINASC/DVEA/SEMUSA

Figura 41- Taxa de Detecção de Sífilis em Gestante e Taxa de Incidência de Sífilis Congênita/1000 NV, Porto Velho/RO, 2008 a 2013



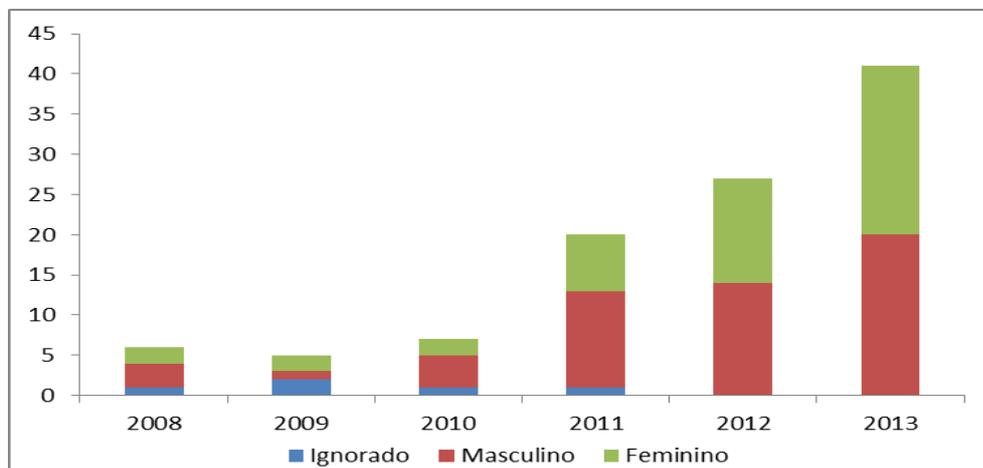
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Fonte: Figura elaborada a partir de dados do SINAN *dados acessados em 14.01.2014, SINASC e Estudo Sentinela Parturiente, 2004.

Figura 42.- Número de casos de sífilis em gestantes, número de sífilis congênicas e gestantes estimadas com sífilis, no período de 2008 a 2013, Porto Velho/RO.

As notificações de Recém Nascidos com Sífilis Congênita ainda apresentam o campo “sexo” sem preenchimento, apesar da investigação em outros sistemas como o SINASC conforme demonstrado na Figura 43.



Fonte: SINAN/ DVEA/SEMUSA

Figura 43- Casos de Sífilis Congênita por Sexo segundo Ano Diagnóstico. Porto Velho/RO, 2008 a 2013.

No período de 2008 a 2013 foram notificados 106 casos de Sífilis Congênita e destes 79,2% (84) realizaram pré-natal, 13,2% (14) não realizaram e 10,4% (11) apresentam o campo “Ignorado ou “em Branco”. Isto se contrapõe á informação anterior quanto ao maior número de notificações procederem da maternidade do



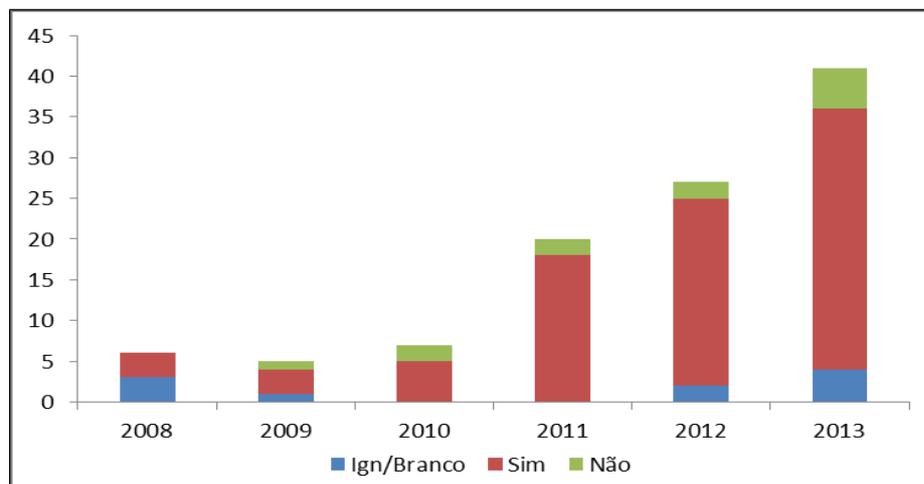
PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



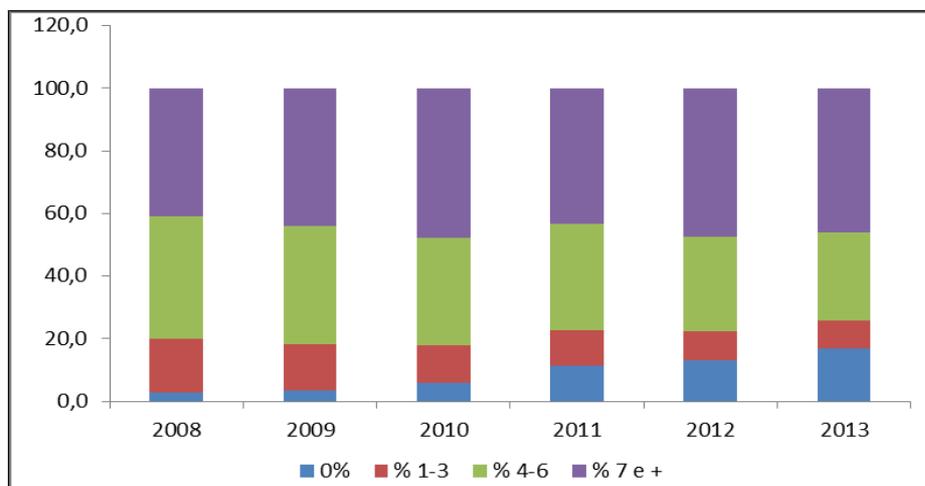
HBAP, pois se a maioria realizou o pré-natal, a notificação, tratamento adequado da gestante e tratamento do parceiro deveria ocorrer a partir da Unidade de realização do pré-natal e conseqüentemente haveria a redução do número de casos detectados e notificados na Maternidade e redução do número de casos de sífilis congênita.

Em 2013, 78% (32) dos casos registraram a realização do pré-natal, 12,2% (5) não realizaram e 9,8% (4) Ignorados/Branco (Figura 44).



Fonte: SINAN/ DVEA/SEMUSA

Figura 44- Casos de Sífilis Congênita por Realizou pré-natal segundo ano diagnóstico. Porto Velho/RO, 2008 a 2013



Fonte: SINASC/DVEA/SEMUSA

Figura 45- Proporção de Nascidos Vivos por Consulta de Pré-natal, segundo Ano de Nascimento, Porto Velho/RO, 2008 a 2013



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Segundo dados do SINASC o numero de Nascidos vivos por consulta de Pré Natal em 2013 apresenta 17% de zero consultas, 9% de 1 a 3 consultas, 28,2% de 4 a 6 consultas e 45,9 de 7 e + consultas. No período observa-se que aumentou o numero de gestantes que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal (Figura 45).

Entre os esforços para melhorar o cenário da sífilis em gestante e sífilis congênita no município, está a capacitação de profissionais da Rede de Atenção Básica, Média e Alta complexidade para a realização do Teste Rápido da Sífilis. Atualmente, 24 Unidades de Saúde da área Urbana e 7 (sete) da área Rural, estão realizando o diagnóstico da sífilis pela metodologia do Teste Rápido.

Para que os municípios de Porto Velho assim como o Brasil consigam, eliminar a transmissão vertical da sífilis até 2015 é importante a concentração de esforços em dois pontos fundamentais: ampliação da cobertura do diagnóstico da sífilis no pré-natal e a melhoria da qualidade das ações de prevenção da Transmissão Vertical em todos os pontos da atenção no cuidado às gestantes diagnosticadas no pré-natal.

O SisPacto preconiza uma Diretriz Nacional de promoção da atenção integral a saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade com o Objetivo Nacional de organizar a Rede de Atenção a Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

C.3.3. Tuberculose

A tuberculose continua sendo um importante problema de saúde mundialmente, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública.

No Brasil foram notificados no ano de 2012, 70 mil casos novos de tuberculose é um dos 22 países priorizados pela OMS (Organização Mundial de Saúde), que concentram 80% da carga mundial de tuberculose, ocupando a 17ª posição em relação ao número de casos e a 111ª posição em relação ao coeficiente de incidência.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



É importante destacar que no ano de 2011 ocorreram 4.600 mortes por tuberculose, doença curável e evitável, sendo a 4ª causa de morte por doenças infecciosas e a 1ª causa de morte dos pacientes com AIDS (SIM).

A doença é transmitida por via aérea em praticamente a totalidade dos casos. A infecção ocorre a partir da inalação de núcleos secos de gotículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro de doente com tuberculose ativa de vias respiratórias (pulmonar ou laríngea). Os bacilíferos, isto é, aqueles cuja baciloscopia de escarro é positiva, são as principais fontes de infecção.

A tuberculose continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo principalmente nas populações mais vulneráveis como indígenas população privada de liberdade (PPL), pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e moradores de rua.

No ano de 2012 a tuberculose foi à enfermidade que mais gerou pagamento auxílio-doença concedido aos trabalhadores celetistas ou contribuintes avulsos da previdência social com 12.997 casos.

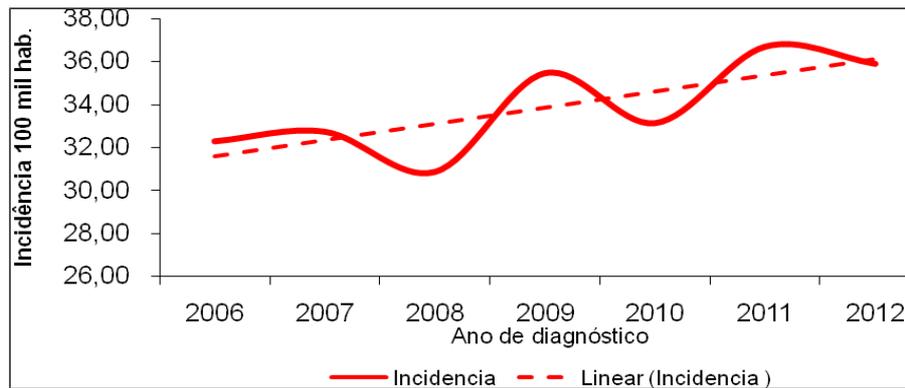
A Figura 46 mostra a incidência da tuberculose segundo a coorte por ano de diagnóstico no município de Porto Velho, mostrando uma linha de tendência ascendente no período de 2006 a 2013, sendo que no ano de 2006 a incidência foi de 32,29/100.000 habitantes, em 2012 35,91/100.000 habitantes, dados este ainda parcial.

É provável que o aumento na incidência dos casos de tuberculose bacilífera seja em função da melhoria do diagnóstico clínico e laboratorial, resultado de capacitações realizadas pela vigilância epidemiológica aos profissionais da rede básica de saúde municipal.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

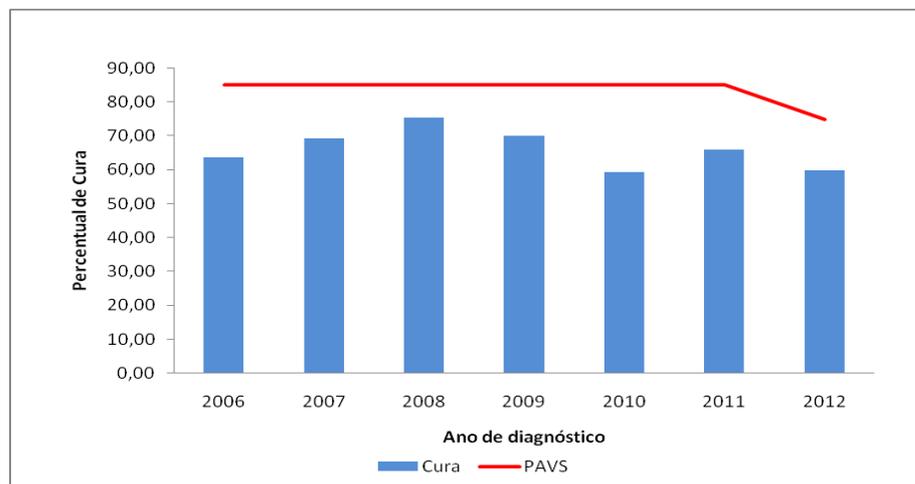


Fonte: SINAN/DEVEA/SEMUSA

Figura 46- Incidência de Tuberculose pulmonar bacilífera segundo ano de coorte. Porto Velho/RO, 2006 a 2012. Linha de base 2006: 32.29/100 mil habitantes

A Figura 47 mostra o percentual de cura de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticado no município de Porto Velho, no período de 2006 a 2013. Observamos que em todo o período da série histórica, o percentual de cura não alcança a meta pactuada. Este comportamento está estreitamente relacionado com a dificuldade dos profissionais nas unidades de saúde de preencherem adequadamente os livros de registros do programa de tuberculose.

Apesar destes resultados, identifica-se melhora gradativa na oferta de diagnóstico e tratamento, que atualmente está disponível em todas as unidades de saúde municipais, tanto da zona urbana quanto da zona rural. Outro fator importante é a integração da atenção básica com a vigilância epidemiológica, no ano de 2012. Aliada a estas ações, o município investe fortemente em ações educativas junto à população.



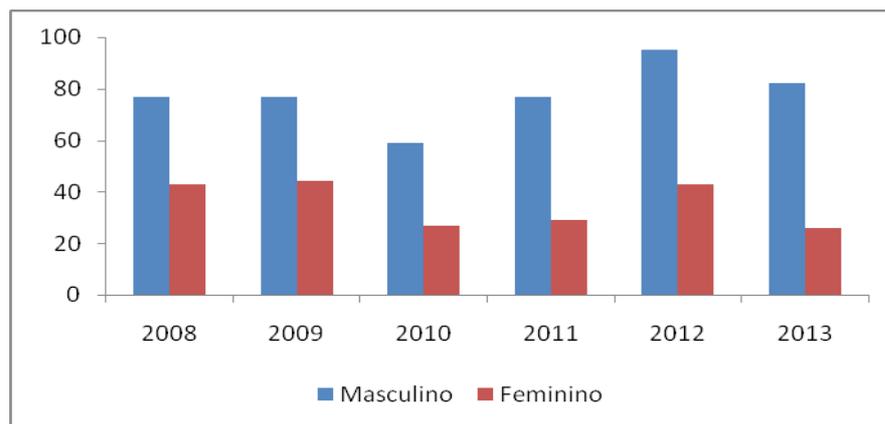
Fonte: SINAN/DVEA/SEMUSA.



Figura 47. Percentual de cura de Tuberculose pulmonar bacilífera, segundo ano de coorte. Porto Velho. 2006 a 2012

C.3.4. Hanseníase

Doença crônica granulomatosa, proveniente de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae*. Esse bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), no entanto poucos adoecem (baixa patogenicidade); O domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença, é fácil de diagnosticar, tratar e tem cura, no entanto, quando diagnosticada e tratada tardiamente pode trazer graves conseqüências para os portadores e seus familiares, pelas lesões que os incapacitam fisicamente.



Fonte: Sinan/DVEA/SEMUSA/PMPV. Dados acessados em 17/01/2014.

Figura 48 - Hanseníase por sexo e ano de Diagnóstico. Porto Velho/RO, 2008 a 2013

A Figura 48 mostra que o número de casos é maior no sexo masculino, observado no ano de 2012 o número de 95 casos novos neste gênero.

O diagnóstico é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e condições de vida do paciente, do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo motor e/ou autonômico).

Os doentes com muitos bacilos (multibacilares-MB) sem tratamento – hanseníase virchowiana e hanseníase dimorfa – são capazes de eliminar grande

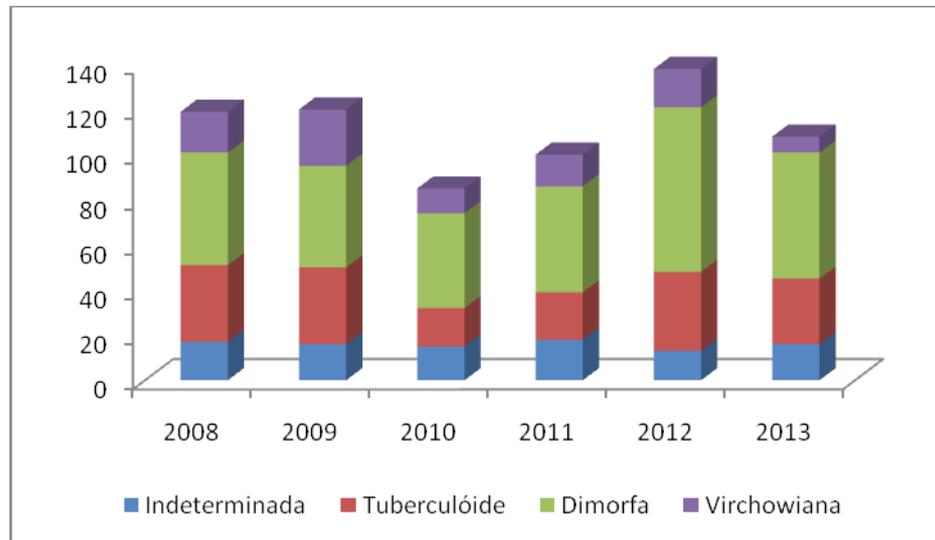


PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



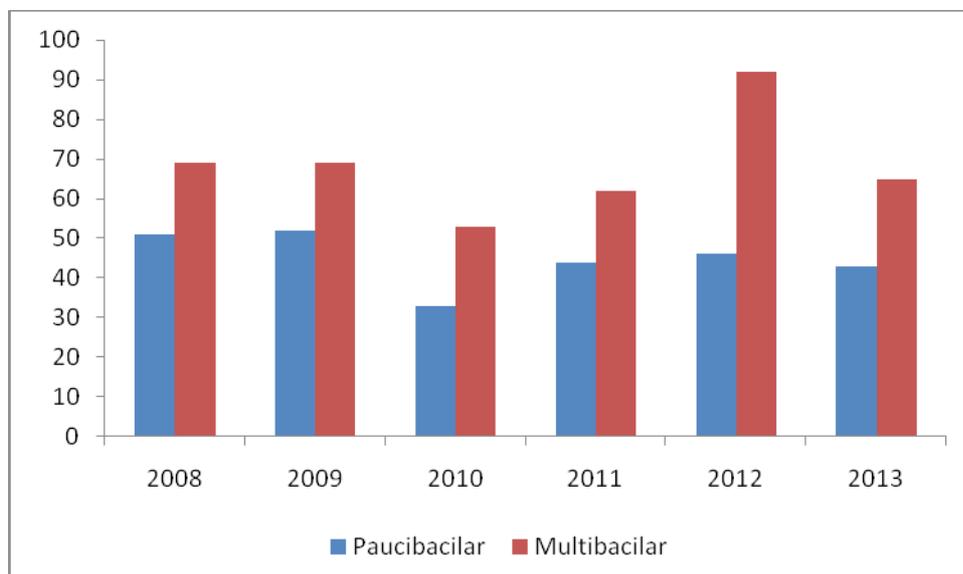
quantidade de bacilos para o meio exterior (carga bacilar de cerca de 10 milhões de bacilos presentes na mucosa nasal).



Fonte: SINAN NET/ DVEA /SEMUSA /Porto Velho. Dados acessados em 17/01/2014.

Figura 49- Hanseníase por Forma e Ano de Diagnóstico.
Porto Velho/RO, 2008 a 2013

A Figura 49 mostra que a forma Dimorfa vem se mantendo como a mais prevalente, o que representa importante percentual dentre todas as formas identificadas, sugerindo a importância da doença no município de Porto Velho.



Fonte: SINAN NET/ DVEA /SEMUSA /Porto Velho. Dados acessados em 17/01/2014.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



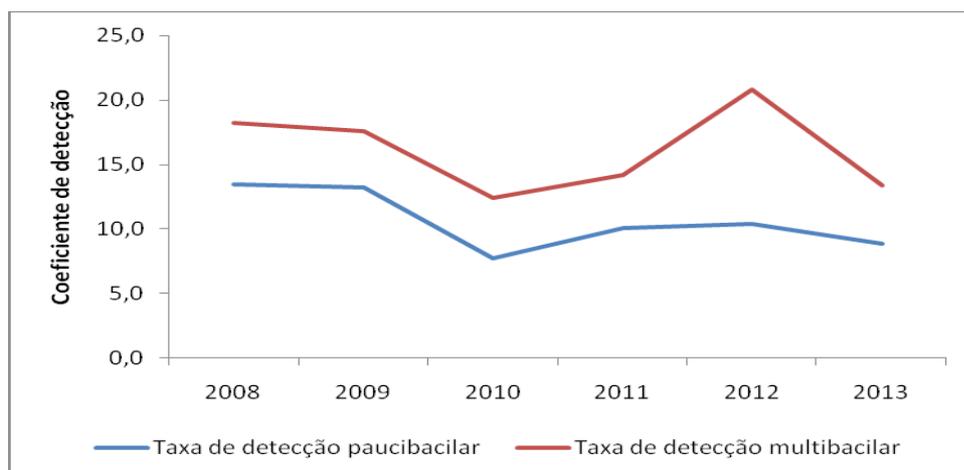
Figura 50- Casos de Hanseníase por Classificação Operacional e Ano de Diagnóstico. Porto Velho/RO, 2008 a 2013.

A classificação operacional visando o tratamento com poliquimioterapia é baseada no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios:

- PAUCIBACILAR (PB) – casos com até cinco lesões de pele;
- MULTIBACILAR (MB) – casos com mais de cinco lesões de pele.

A baciloscopia de pele (esfregação intradérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões. O resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase.

A Figura 50 mostra que a maioria dos casos diagnosticados no município de Porto Velho, foram classificados como multibacilar em todos os anos da série histórica. Considerando que este se constitui no grupo com maior potencial de contágio, se mantendo como fonte de infecção, enquanto o tratamento específico não for iniciado. Este dado ratifica a importância da doença no cenário municipal e a necessidade da adoção de medidas de controle.



Fonte: SINAN NET/ DVEA /SEMUSA. Dados acessados em 17/01/2014, dados sujeito a alteração

Figura 51- Coeficiente de detecção de casos de Hanseníase, segundo forma e ano de diagnóstico. Porto Velho/RO, 2008 a 2013.



A Figura 51 mostra o coeficiente de detecção de Hanseníase segundo forma e ano de diagnóstico. A análise da figura indica que a detecção de casos novos da doença ocorre tardiamente. No ano de 2013, o município registrou 108 casos da doença, (49 paucibacilar e 65 multibacilar) com coeficiente de detecção de 8,86 /100 mil habitantes paucibacilar e 13,40/100 mil habitantes multibacilar estando o município classificado como muito endêmico para transmissão da doença.

C.3.5. Influenza

Desde o ano de 2006, o Ministério da Saúde tem trabalhado para a consolidação da implementação de serviços sentinelas para Influenza, objetivando traçar o perfil epidemiológico da circulação dos vários tipos de vírus influenza no Brasil.

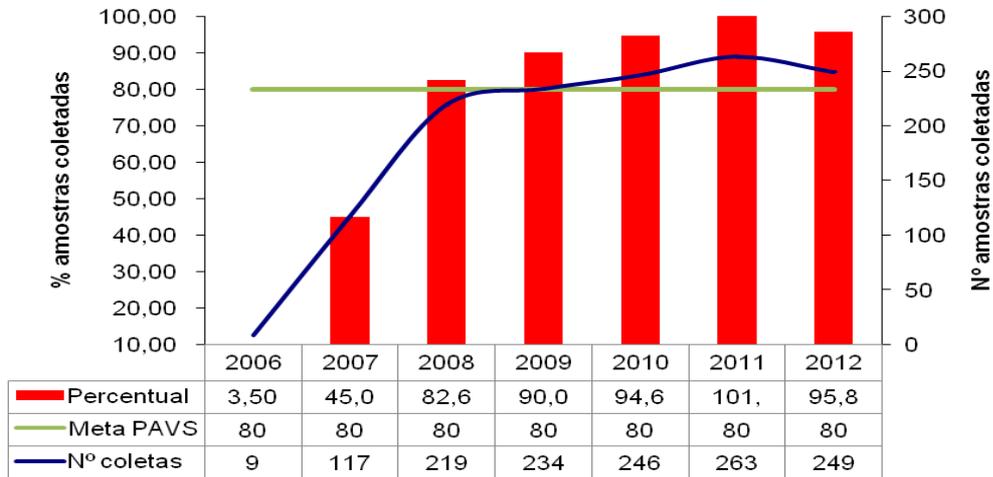
O município de Porto Velho implantou o referido serviço na Unidade de Saúde da Família José Adelino, compondo o arcabouço de unidades de saúde selecionadas em parceria com o Ministério da Saúde, para atuarem na detecção oportuna de vírus com o potencial de provocar episódios epidêmicos como o registrado no ano de 2009. Os serviços sentinelas da influenza contribuem ainda, para a produção de vacinas contra os vírus da gripe com espécimes circulantes no país.

A Figura 52 mostra a evolução percentual e o número de amostras coletadas no serviço sentinela para influenza da Unidade de Saúde da Família – USF José Adelino, município de Porto Velho, no período de 2006 a 2012. Observamos que o processo de implementação do serviço se deu de forma gradativa, com a coleta de 9 amostras, correspondendo a 3,5% da meta para o ano de 2006, passando para 249 amostras coletadas em 2012, correspondendo a 95,8% da meta pactuada.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

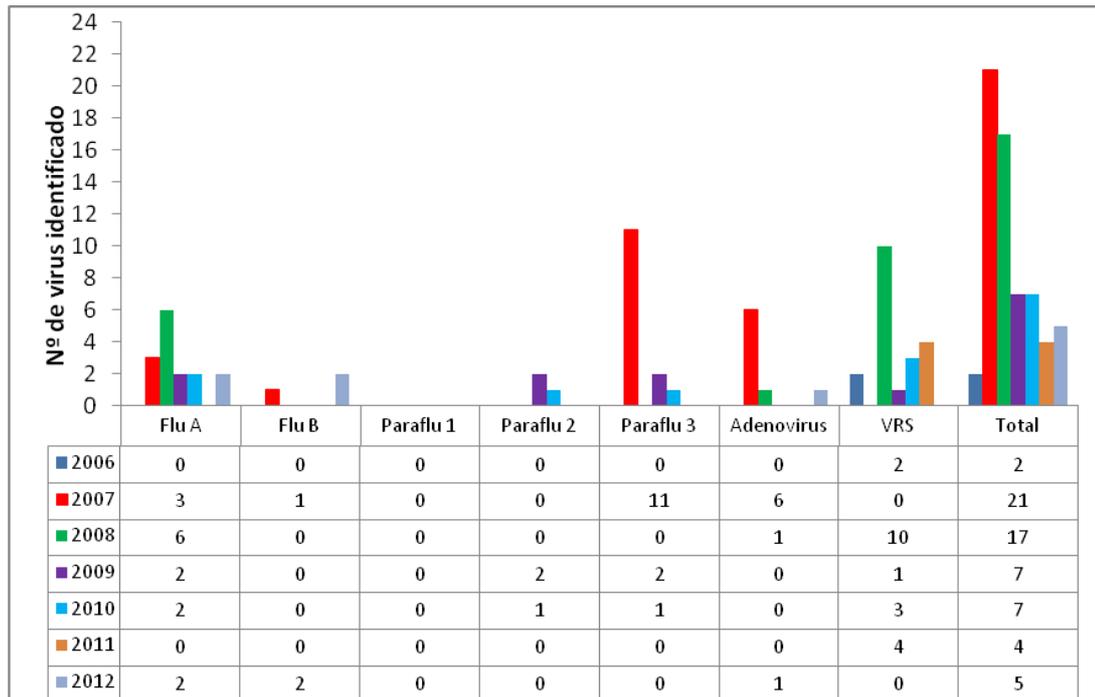


Fonte: SIVEP_GRIPE/DVEA/SEMUSA

Figura 52- Percentual e número de amostras coletada no Serviço Sentinela Municipal para Influenza. Porto Velho/RO, 2006 a 2012. Meta PAVS - Coletar no mínimo 80% de amostras clínicas do vírus em relação ao preconizado (cinco amostras por semana epidemiológica)

A proposta do Ministério da Saúde em relação ao quantitativo de amostras a serem coletadas é de cinco amostras por Semana Epidemiológica-SE, sendo a meta PAVS de 80% do total de amostras em relação ao preconizado, o que corresponde a 4 coletas por SE.

A Figura 53 mostra o número e o tipo de vírus detectados no serviço sentinelado USF José Adelino, município de Porto Velho, no período de 2006 a 2012. Observou-se que com o passar dos anos, o serviço tornou-se de melhor qualidade permitindo a identificação de vários espécimes do vírus da influenza, mostrando ser um serviço capaz de prever a circulação viral local de forma oportuna norteando o desenvolvimento de ações e medidas de controle pertinentes para a prevenção de possíveis surtos e epidemias.



Fonte: SIVEP_GRIPE/DVEA/SEMUSA

Figura 53- Número e tipo de vírus detectados no serviço sentinela municipal para Influenza. Porto Velho, 2006 a 2012

Conforme a Figura 52 mostra, o total de amostras positivas permite a detecção de espécimes variada do vírus influenza para todos os anos do estudo, no entanto, chamamos atenção para a necessidade na melhoria da qualidade dos casos selecionados para a coleta de amostras do serviço sentinela em destaque, considerando uma queda na positividade das amostras à partir do ano de 2009. Vale ressaltar que o serviço atende o objetivo da unidade sentinela no que diz respeito à quantidade de amostras coletadas.

Conforme os espécimes identificados nos anos do estudo, temos uma variedade de vírus registrados, o que representa a importância da implementação adequada do referido serviço para a melhor qualificação das ações de vigilância da influenza.

No ano de 2009 o Brasil registrou epidemia de Influenza A (H1N1) e Porto Velho, a exemplo do País, também registrou casos da doença. No ano de 2009, ano de introdução do vírus Influenza A (H1N1), foram confirmados 34 casos de Influenza A (H1N1), com coeficiente de incidência de 8,88/100.000 habitantes. No ano de



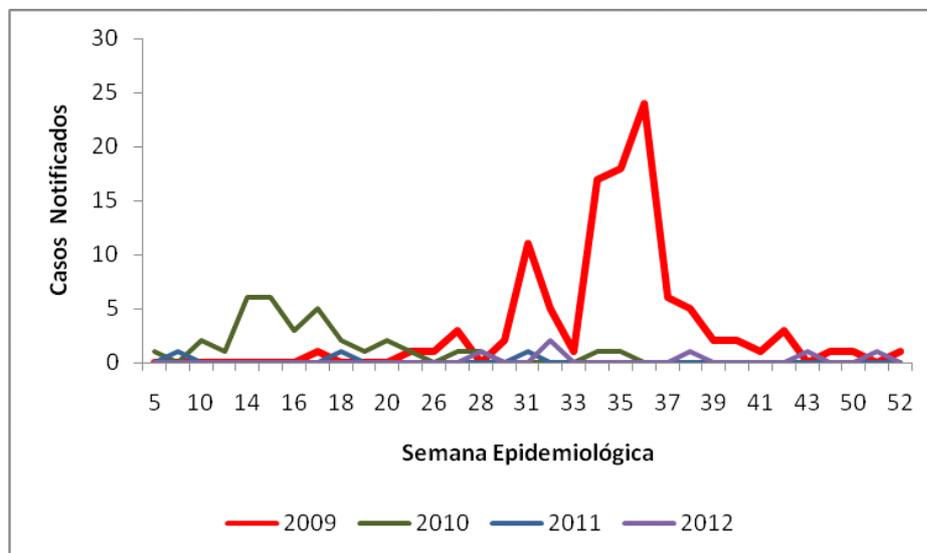
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



2012, foram confirmados 3 casos, com coeficiente de incidência de 0,68/100.000 habitantes. As letalidades para os anos em referência foram de 2,94% e 33,33%, respectivamente.

Destacamos no ano de 2010, a circulação do Vírus VRS, com um registro de casos diferenciado quando comparamos com o ano anterior à partir da SE 10 a 19, Figura 54. No ano de 2012, o comportamento representa a sazonalidade do Vírus Influenza A (H1N1) com registro de casos suspeitos esporádicos da doença (7 casos), com 3 casos confirmados e 1 óbito.



Fonte: VE Influenza/DVEA/SEMUSA

Figura 54- Número de casos notificados de Influenza A H1N1, segundo semana epidemiológica, Porto Velho/RO, 2009 a 2012

C.3.6. Leishmaniose

A - Leishmaniose Tegumentar Americana/LTA

As leishmanioses são consideradas primariamente como uma zoonose podendo acometer o homem, quando este entra em contato com o ciclo de transmissão do parasita, transformando-se em uma antropozoonose. Atualmente, encontra-se entre as seis endemias consideradas prioritárias no mundo (TDR/WHO).



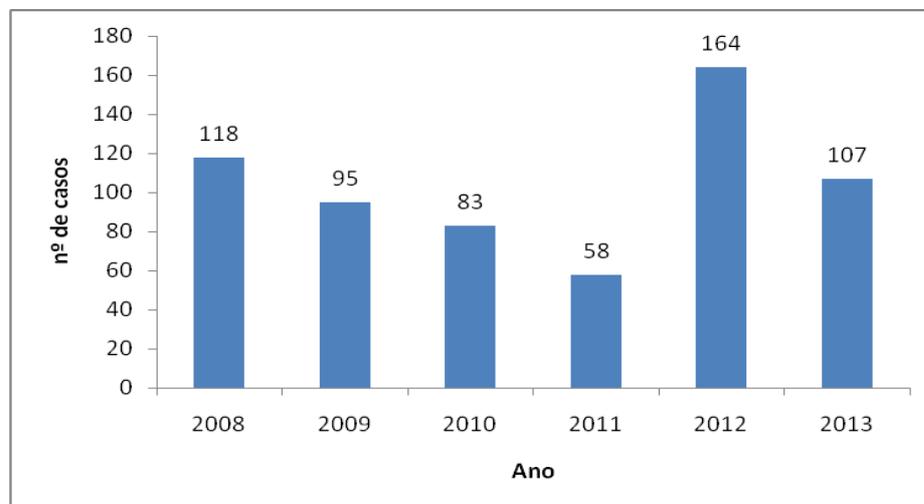
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



A Leishmaniose Tegumentar Americana – LTA é uma doença infecciosa causada por protozoários do gênero *Leishmania*, que acomete pele e mucosas. É uma zoonose em franca expansão geográfica no Brasil, sendo uma das infecções dermatológicas mais importantes, não só pela freqüência, mas principalmente pelas dificuldades terapêuticas, deformidades e seqüelas que pode acarretar. Ela vem ocorrendo de forma endêmico-epidêmica apresentando diferentes padrões de transmissão, relacionados não somente à penetração do homem em focos silvestres, freqüentemente em áreas de expansão de fronteiras agrícolas. Tem-se evidenciado a ocorrência da doença em áreas de colonização antiga. Nestas, tem-se discutido a possível adaptação dos vetores e parasitas a ambientes modificados e reservatórios. É importante problema de saúde pública pela sua magnitude, transcendência e pouca vulnerabilidade às medidas de controle.

Na Figura 55 identifica-se uma série histórica da doença, em Porto Velho.



Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 10/01/2014, dados sujeito à alteração

Figura 55- Casos de leishmaniose tegumentar americana.
Porto Velho/RO, 2008 a 2013

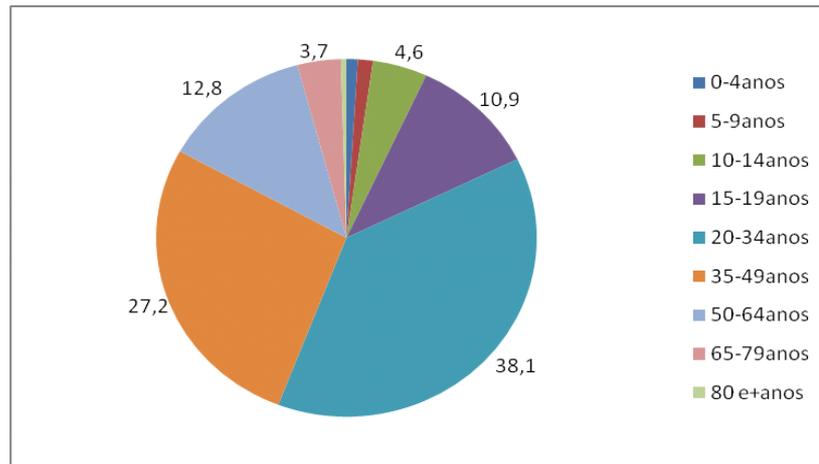
As informações apresentadas na Figura 55 demonstram que a LTA apresentou decréscimo nos quatro primeiros anos (2007 a 2011) e atualmente está apresentando incremento.

Na Figura 56 está a freqüência de casos de LTA, por faixa etária, em Porto Velho.



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

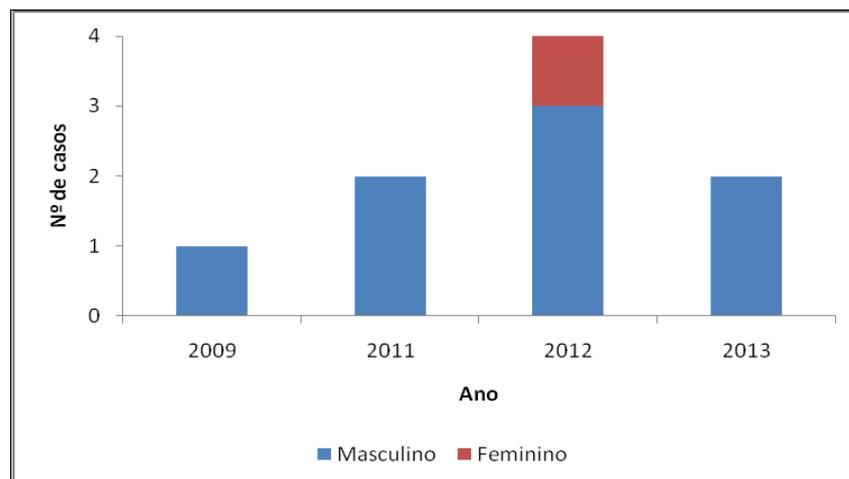


Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 10/01/2014, dados sujeito à alteração

Figura 56- Distribuição dos casos de LTA, segundo faixa etária.
Porto Velho/RO, 2008 - 2013

Conforme observamos na Figura 56 as faixas etárias mais predispostas à infecção são aquelas com idades entre 20 a 49 anos, possivelmente a faixa etária de indivíduos que mais desenvolvem suas atividades em áreas predispostas a transmissão da doença, relacionada ao tipo e local de trabalho desenvolvido.

Na Figura 57 está a freqüência de casos de LTA, por sexo, em Porto Velho.



Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 10/01/2014, dados sujeito à alteração

Figura 57 - Distribuição dos casos de LTA, segundo sexo.
Porto Velho/RO, 2008 a 2013

Observamos na Figura 57 que mais de 85% dos casos ocorrem na população do sexo masculino, constatando que a doença está acometendo a população economicamente produtiva, estando relacionada ao ambiente de trabalho ou lazer.

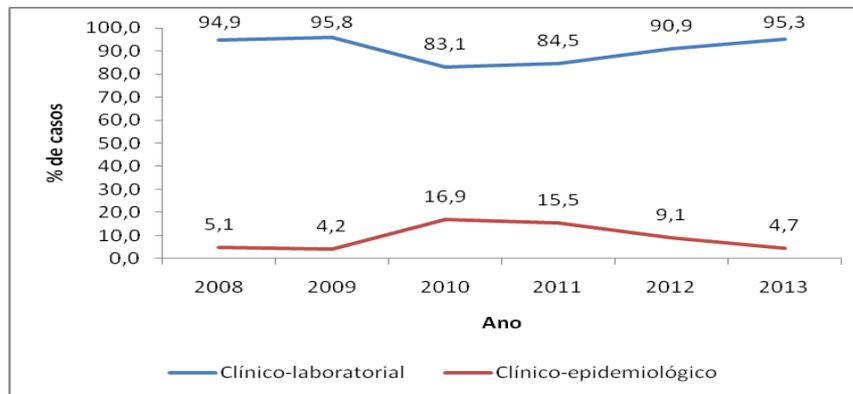


PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Podemos verificar na Figura 58 quanto ao critério de confirmação dos casos notificados de LTA.

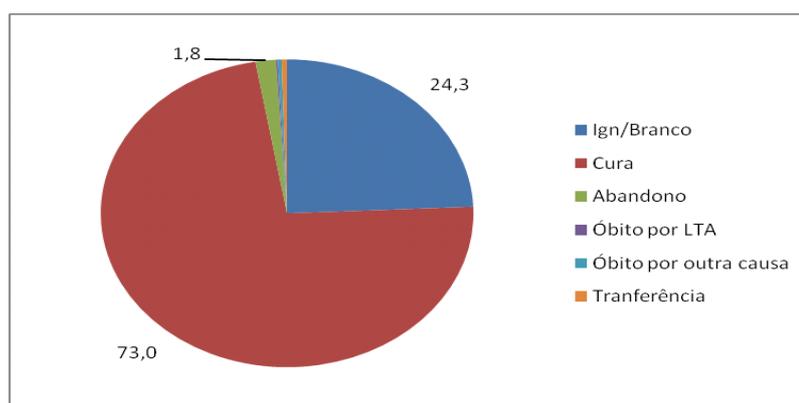


Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 10/01/2014, dados sujeito à alteração

Figura 58 - Distribuição dos casos de LTA, segundo critério de confirmação. Porto Velho/RO, 2008 a 2013

Na Figura 58 observamos que no período analisado, mais de 83% de casos notificados por ano foram confirmados pelo critério clínico-laboratorial, sendo que em 2013, dos 107 casos notificados 95,3% foram confirmados laboratorialmente.

Na figura 59 podemos verificar os casos de LTA quanto a sua evolução.



Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 10/01/2014, dados sujeito à alteração

Figura 59 - Distribuição dos casos de LTA, segundo evolução. Porto Velho/RO, 2008 – 2013

Observamos na Figura 59 que dos casos de LTA notificados de 2008 a 2013, apenas 73,0% foram a cura, sendo que 24,3 é ignorada a sua evolução e



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

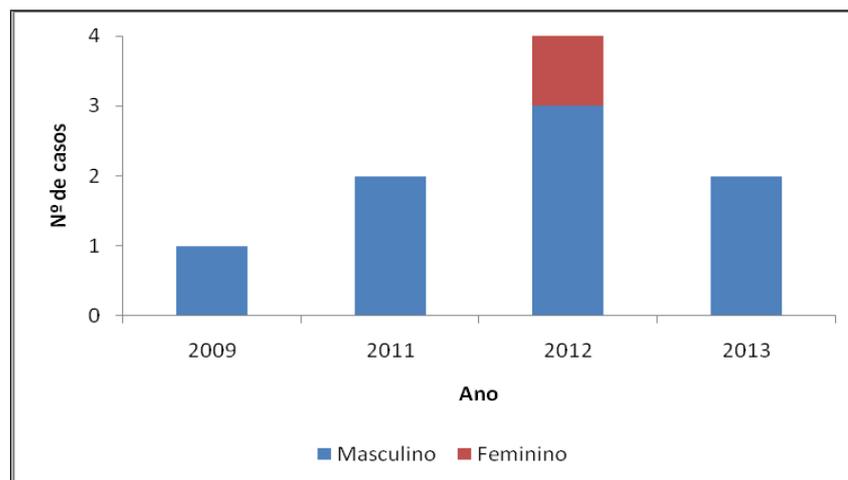


1,8% abandonaram o tratamento, o que demonstra a necessidade de busca ativa dos casos, para melhora neste indicador e também para assistência aos pacientes.

B - Leishmaniose Visceral

A leishmaniose visceral, dada a sua incidência e alta letalidade, principalmente em indivíduos não tratados e crianças desnutridas, é também considerada emergente em indivíduos portadores da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), tornando se uma das doenças mais importantes da atualidade. Tem ampla distribuição ocorrendo na Ásia, na Europa, no Oriente Médio, na África e nas Américas, onde também é denominada leishmaniose visceral americana (LVA) ou calazar neo-tropical. Na América Latina, a doença já foi descrita em pelo menos 12 países, sendo que 90% dos casos ocorrem no Brasil (BRASIL, 2006).

A partir de 2009, casos de leishmaniose visceral tem sido diagnosticado em Porto Velho. Na Figura 60 identifica-se uma série de casos notificados da doença, por sexo, em Porto Velho.



Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 10/01/2014, dados sujeito à alteração

Figura 60 – Casos de leishmaniose visceral, segundo sexo.
Porto Velho/RO, 2009 a 2013



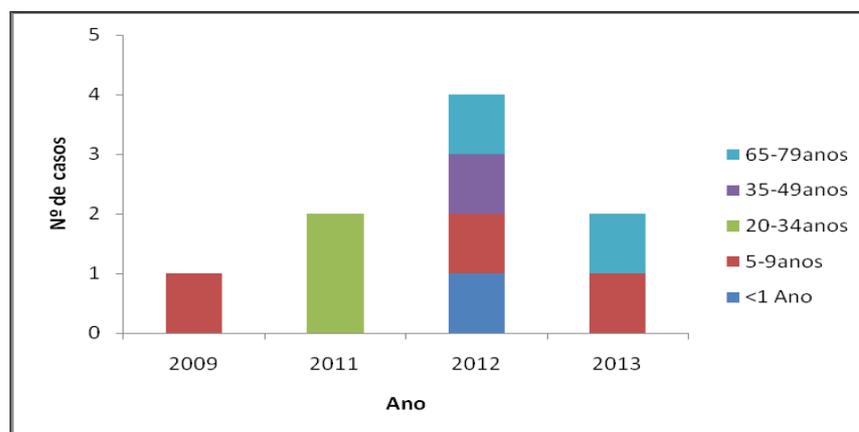
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Observamos na Figura 60, que o número de casos vem aumentando, no período analisado e vale salientar que o ano de 2013 ainda está sujeito a alterações. O sexo mais acometido é o masculino, com 88,8% dos casos notificados.

Na Figura 61 identifica-se uma série de casos notificados da doença, por faixa etária, em Porto Velho.

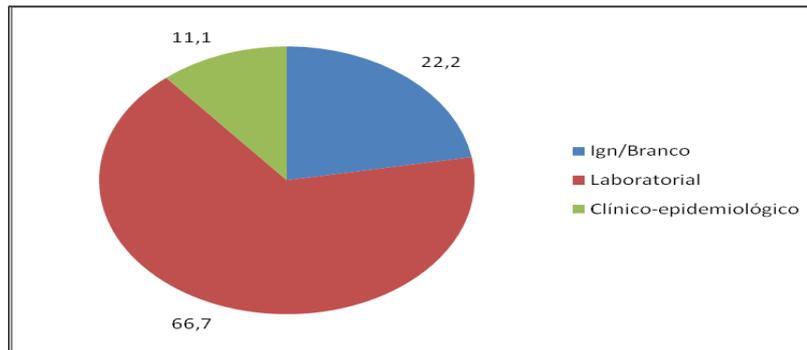


Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 10/01/2014, dados sujeito à alteração

Figura 61 – Casos de leishmaniose visceral, segundo faixa etária.
Porto Velho/RO, 2009 a 2013

Observamos na Figura 61, que a faixa etária mais acometida no período foi de 5 a 9 anos, com 3 casos notificados.

O critério de confirmação dos casos notificados de leishmaniose visceral é importante para a tomada de decisões, tanto para a assistência ao paciente quanto para o controle vetorial e a tomada de medidas de prevenção. Podemos observar na Figura 60 quanto ao critério de confirmação dos casos notificados em Porto Velho.



Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 10/01/2014, dados sujeito à alteração

Figura 62- Distribuição dos casos de leishmaniose visceral, segundo critério de confirmação. Porto Velho/RO, 2009 – 2013

Na Figura 62 observamos que no período analisado, 66,7% de casos notificados, no período analisado, foram confirmados pelo critério clínico-laboratorial, mas 22,2% não se sabe o tipo de confirmação, um percentual muito alto em se tratando de um indicador importante para tomada de decisões.

C.3.7. Raiva e Tratamento Antirrábico Humano

A raiva é uma zoonose viral, que se caracteriza como uma encefalite progressiva aguda, apresentando letalidade de aproximadamente 100% e alto custo na assistência às pessoas exposta ao risco de adoecer e morrer. Todos os mamíferos são suscetíveis ao vírus da raiva e, portanto, podem transmiti-la. A doença apresenta dois principais ciclos de transmissão: urbano e silvestre, sendo o urbano passível de eliminação, por se dispor de medidas eficientes de prevenção, tanto em relação ao ser humano, quanto à fonte de infecção.

No Brasil, Raiva é endêmica, distribuída de forma heterogênea nas regiões. A região Norte, contribuiu com 19% dos casos de raiva humana no período de 1980 a 2008; Neste mesmo período de 1980 a 2008, cães e gatos foram responsáveis por transmitir 79% dos casos humanos no Brasil; os morcegos, por 11%.

Nos anos de 2004 e 2005, foi registrado importante surto de raiva humana nos estados do Pará e Maranhão, com transmissão silvestre pelo morcego, o qual passou a ser o principal responsável pelos casos de raiva humana. Essa doença permanece sendo um agravo letal, embora tenha existido a cura por raiva, através do uso do Protocolo Americano de Milwaukee, que utiliza método de indução ao



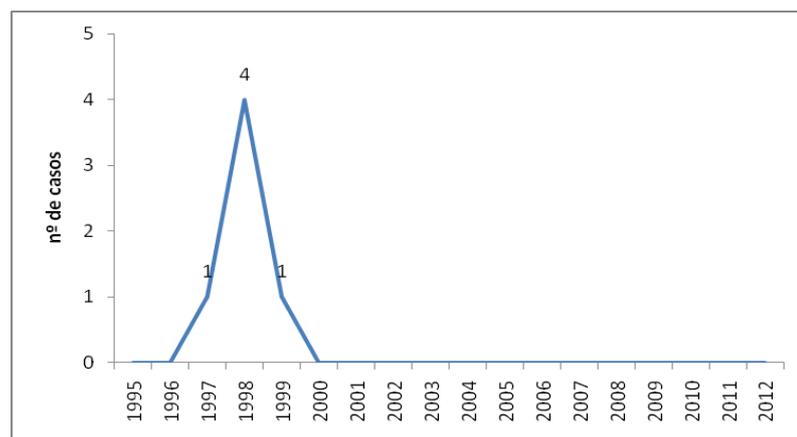
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



coma. No Brasil em 2009 ocorreu um caso em um jovem de 15 anos, em Floresta-PE, que foi agredido por quiróptero, teve cura, mas com sequelas. O referido protocolo foi adaptado à realidade do Brasil para o uso de drogas de uso cotidiano em ambiente do serviço de saúde pública. No termo de responsabilidade do Protocolo de Recife, não assegura a cura da doença e enfatiza que as sequelas físicas e neurológicas são irreversíveis.

Em Porto Velho, conforme mostra a Figura 63, houve registro da raiva em humano em Porto Velho/RO, sendo que a última ocorrência no ano de 1999. O Centro de Controle de Zoonoses realiza entre suas ações inerentes, a observação de animais suspeitos, por um período de 10 dias, conforme preconiza o Ministério da Saúde.



Fonte: SINANET/SEMUSA/PV. Dados acessados em dezembro/2012

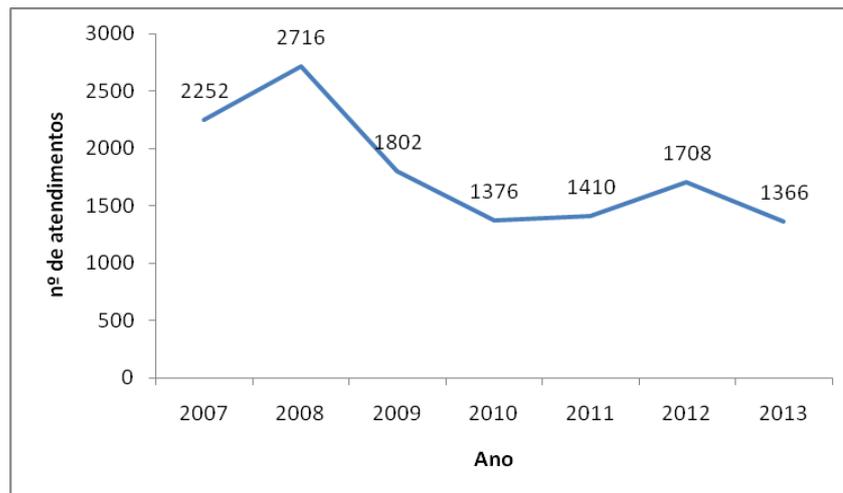
Figura 63 - Casos de raiva humana, segundo ano de notificação.
Porto Velho/RO, 1995 a 2012

A Figura 64 mostra o número de casos notificados de atendimento anti-rábico humano, em Porto Velho.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

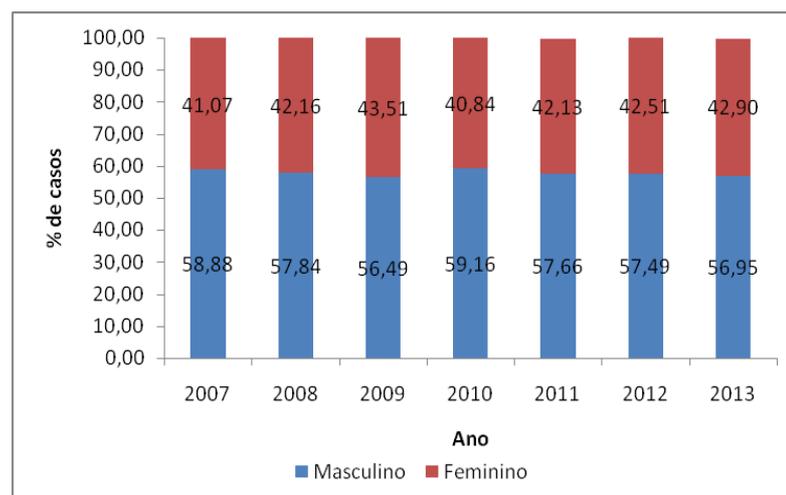


Fonte: SINANET/SEMUSA/PV. Acessados em 20/01/2014, sujeito a alterações

Figura 64- Atendimentos Antirrábico humano. Porto Velho/RO, 2007 a 2013

Observamos na série histórica, Figura 64, que o ano de 2008 apresentou o maior número de atendimentos havendo um decréscimo a partir de então. Possivelmente por uma melhora no serviço de captura de cães de rua ou por falha na vigilância.

A frequência de atendimentos antirrábico humano, segundo sexo da pessoa agredida está na Figura 65.



Fonte: SINANET/SEMUSA/PV. Acessados em 20/01/2014, sujeito a alterações

Figura 65- Frequência de atendimentos antirrábico humano, segundo sexo da pessoa agredida. Porto Velho/RO, 2007 a 2013

Em relação ao sexo da pessoa agredida, a Figura 65, mostra o sexo mais agredido é o masculino, com mais de 56% no período analisado



Na Tabela 27 está o número de notificações para tratamento antirrábico segundo a espécie agressora, em Porto Velho.

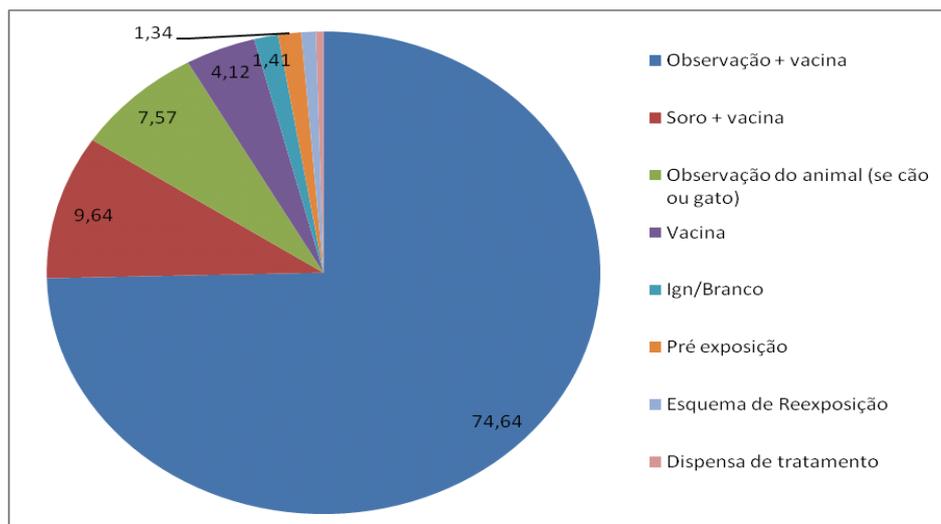
Tabela 27- Número de notificações para tratamento antirrábico, segundo espécie agressora. Porto Velho/RO, 2007 a 2013

Espécie animal agressora	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Canina	1977	2423	1599	1211	1224	1472	1224
Felina	246	259	183	150	154	223	129
Quiróptera (morcego)	06	06	03	02	2	06	03
Primata (macaco)	17	15	08	07	11	0	05
Raposa	0	01	0	0	0	0	0
Herbívoro Doméstico	0	01	02	0	0	01	02
Outra	06	11	07	06	19	06	03
Total	2252	2716	1802	1376	1410	1708	1366

Fonte: SINANET/SEMUSA/PV. Acessados em 20/01/2014, sujeito a alterações

Agressões por animais domésticos, cão e gatos, representam o maior percentual dos casos em todos os anos analisados. Foram notificados no período analisado conforme a Tabela 27, agressões por quirópteros, macacos, raposa, herbívoros domésticos e outras espécies.

Na Figura 66 estão os percentuais do tipo de tratamento indicado as pessoas agredidas por animais.



Fonte: SINANET/SEMUSA/PV. Acessados em 20/01/2014, sujeito a alterações

Figura 66- Percentual do tipo de tratamento Indicado. Porto Velho/RO, 2007-2013

Quanto à assistência aos usuários agredidos, a rede de saúde segue o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde. Conforme observamos na Figura



66, o maior percentual, de 74,64% dos casos o tratamento indicado foi de observação do animal mais a vacina, porém ainda 1,41% dos casos como ignorado quanto ao tratamento do usuário agredido. E a observação do animal é de apenas em 7,57% casos.

C.3.8 – Doenças Exantemáticas

A Vigilância Epidemiológica das Doenças Exantemáticas tem se mostrado eficiente, uma vez que as notificações têm acontecido de forma sensível e oportuna. Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica (2009), considera-se para fins de Vigilância, o acompanhamento de doenças como sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita. Os principais objetivos da Vigilância Epidemiológica das Doenças Exantemáticas, são:

- Detectar a circulação viral em determinado tempo e lugar visando à proteção da população vulnerável ao risco da Síndrome da Rubéola Congênita – SRC, que atinge o feto ou o recém-nascido cujas mães se infectaram durante a gestação. A infecção na gravidez pode causar aborto, natimorto e malformações congênitas (surdez, malformações cardíacas, lesões oculares e outras) (BRASIL, 2010);
- Manter a vigilância epidemiológica do sarampo, sensível, ativa e oportuna, permitindo assim a detecção de todo e qualquer caso suspeito na população, deflagrando a notificação imediata e o monitoramento das demais condições de risco, buscando a manutenção da consolidação da erradicação do sarampo (idem);
- Sensibilização dos profissionais de saúde quanto à notificação dos casos conforme os critérios estabelecidos, como febre, exantema maculopapular ou pessoa com história de contato com rubéola;
- Priorizar a solicitação de sorologia para rubéola no pré-natal somente em casos que apresentem alguns dos sintomas do agravo ou em gestante contato de caso confirmado de rubéola, conforme a nota técnica Nº 21/2011/URICGDT/DEVEP/SVS/MS.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

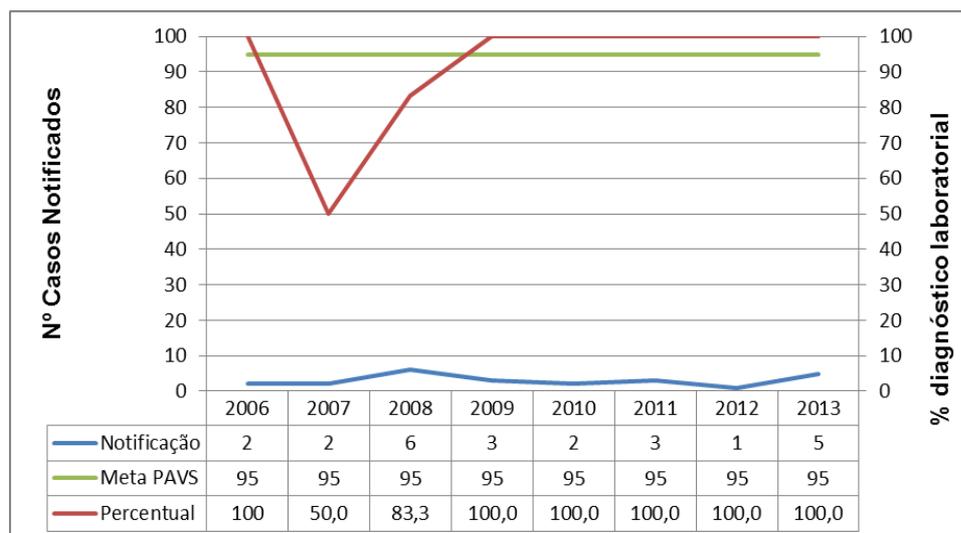


- Diante da importância destes agravos para a saúde pública, o município vem pactuando metas nos instrumentos de pactuação estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Na pactuação de 2012/2013, a Vigilância Epidemiológica (VE) assumiu a responsabilidade de encerrar 95% dos casos notificados de doenças exantemáticas por critério laboratorial.

A Figura 67 mostra a série histórica de oito anos de acompanhamento das doenças exantemáticas. Observa-se que, em oito anos, a meta não foi alcançada apenas nos anos de 2007 e 2008.

A partir de 2008, com a instituição da vacinação de rubéola no país, espera-se que o número de notificações de casos suspeitos venha a ser reduzido ainda mais. Atualmente o município está com cobertura vacinal de rubéola em 99,51% em mulheres de 20-39 anos, de acordo com dados do Programa Nacional de Imunização – PNI/2008.

No ano de 2013, observamos um discreto aumento no número de notificações, quando comparado ao ano de 2012. Acredita-se que este fator esteja relacionado à melhora na detecção do vírus na assistência pré-natal, uma vez que em gestantes suspeitas, solicita-se a sorologia da doença.



Fonte: SINAN/DVEA/SEMUSA). Meta PAVS coletar no mínimo 95% de amostras.

Figura 67- Percentual de doenças exantemáticas, com investigação laboratorial realizada por meio de sorologia, segundo ano de notificação. Porto Velho/RO, 2006 a 2013



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



O município pactuou para o ano de 2013, investigarmos 85% dos casos de doenças exantemáticas, em até 48 horas após a notificação. Foram notificados 05 casos de doenças exantemáticas, sendo a investigação efetuada dentro do prazo estabelecido, com 100% de alcance da meta. Este resultado demonstra que apesar do sistema estar conseguido dar segmento aos casos notificados, apresentou baixa sensibilidade para a detecção de sarampo, uma vez que não houve caso notificado dessa doença, no município de Porto Velho.

C.3.9. Meningites

A meningite é causada por agentes infecciosos (bactérias, vírus, fungos, protozoários, helmintos) e agentes não infecciosos. As de origem infecciosa, principalmente as meningites bacterianas e virais são as mais importantes para a saúde pública mundial, dada a sua magnitude, capacidade de ocasionar surtos, e no caso da bacteriana, a gravidade dos casos. Esta doença ocorre durante todo o ano, sendo que as meningites bacterianas são mais comuns no inverno e as virais no verão.

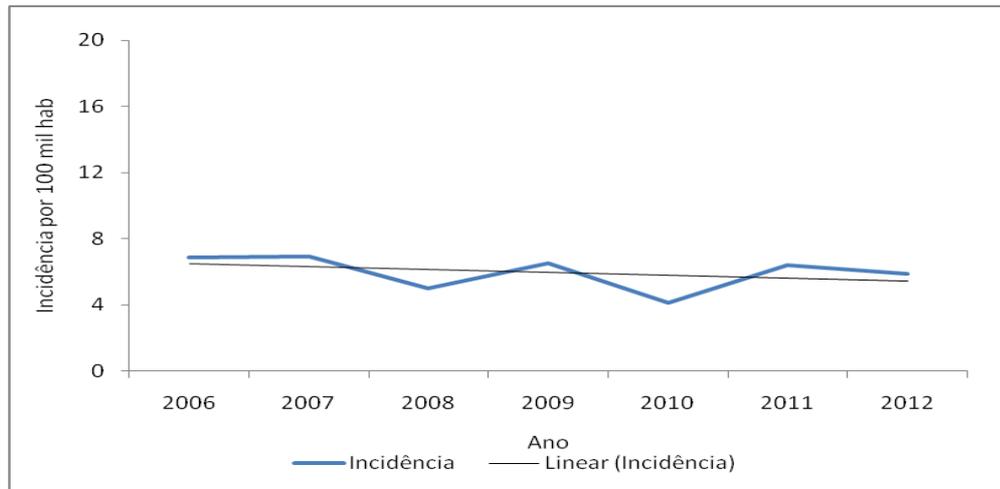
No Brasil, as meningites bacterianas de relevância para a saúde pública são as causadas por *Neisseria meningitidis* (meningococo), *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) e o *Haemophilus influenzae*.

Ocorrem aproximadamente 500.000 casos de doença meningocócica por ano no mundo, destes cerca de 60.000 pacientes ficam com seqüelas permanentes e 50.000 vão a óbito.

A Figura 68 mostra a incidência da meningite segundo ano de notificação no município de Porto Velho. Observamos a ocorrência de casos em todos os anos da série histórica 2006 a 2012, o que demonstra a endemicidade da doença, com uma linha de tendência levemente decrescente.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Fonte: SINAN/DEVEA/SEMUSA

Figura 68- Incidência de meningite segundo ano de diagnóstico. Porto Velho/RO, 2006 a 2012. Linha de base 2006: 6.82/100 mil habitantes

No período de 2006 a 2012 foram notificados 158 casos da doença, destes 148 casos (93,67%) foram confirmados. 77 casos (52%) foram causados por meningite bacteriana e 23 casos (29%), a bactéria não foi especificada.

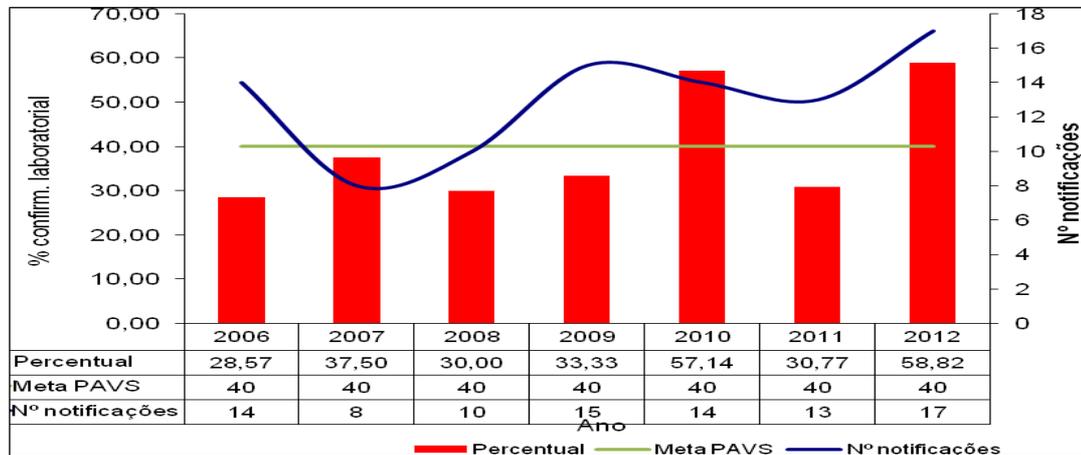
Estes dados mostram que é necessário melhorar a vigilância epidemiológica das meningites no município de Porto Velho, implementando, a organização dos serviços principalmente nos níveis estadual e municipal, quanto à coleta, transporte e/ou processamento do líquido.

O tratamento desta doença depende do agente causador, para isso é necessária a realização de exames laboratoriais. A confirmação laboratorial da etiologia é fundamental para a vigilância epidemiológica das meningites, assim como para o adequado tratamento dos casos.

A Figura 69 mostra o percentual das meningites bacterianas confirmadas pelo critério laboratorial na série histórica de 2006 a 2012, o qual observou que, os números de casos confirmados por este critério, oscilam durante o período estudado, o que reflete como já mencionado na assistência adequada e na vigilância epidemiológica das meningites, como, por exemplo, favorecendo as atividades de controle agilizando a quimioprofilaxia.



O monitoramento do diagnóstico laboratorial das meningites bacterianas é pactuado na PAVS, e para os anos em estudo foi de 40%, percentual alcançado apenas nos anos de 2010 e 2012.



Fonte: SINAN/DVEA

Figura 69- Percentual de meningites bacterianas confirmadas por meio de cultura, contra eletroforese ou látex, segundo ano de notificação. Porto Velho/RO, 2006 a 2012. Meta PAVS coletar no mínimo 40% de amostras

C.3.10. Violências domésticas, sexual e outras violências

A violência é classificada como um agravo não transmissível tem assolado cada vez mais a existência humana. A cada dia tem tomado proporções maiores, afetando a sociedade como um todo, grupos ou famílias e, ainda, o indivíduo isoladamente. Desencadeada pelas desigualdades sociais, econômicas e culturais, desemprego, propagação das drogas, ou mesmo atos de perversidades cometidos pelo homem, é considerada hoje uma das grandes preocupações em nível mundial (Drezett e col., 1999; Saffioti e Almeida, 1995).

A Coordenação das Doenças e Agravos não Transmissíveis/DANT tem o papel de atuar com medidas de prevenção, notificação, elaboração de estratégias e planos para o estabelecimento de medidas públicas a estes agravos. Assim como a articulação para a implementação do Serviço de Atenção Integral as pessoas vítimas de violências.

No município de Porto Velho, as notificações dos casos de violências, tiveram início em julho de 2006, com a implantação do serviço de referência na Maternidade Municipal Mãe Esperança. E a partir de 2007, a notificação foi implantada nas



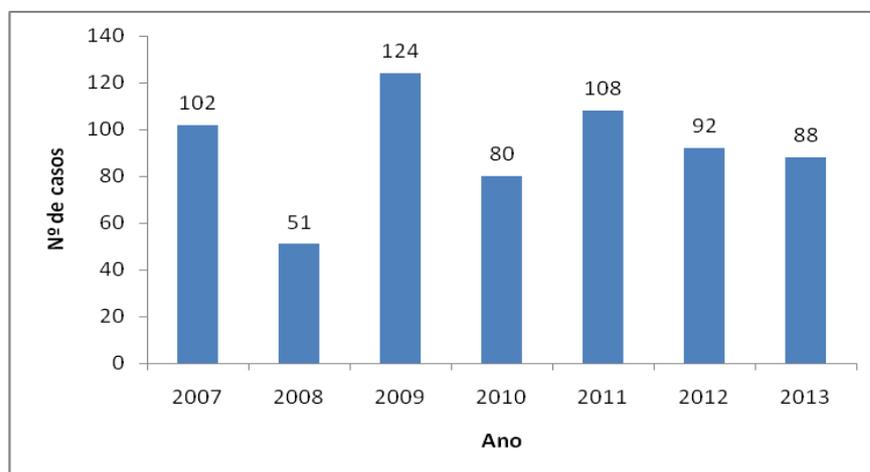
PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



demais unidades de saúde da rede pública e privada. No caso das violências, existe uma subnotificação, possivelmente por ser um agravo de notificação compulsória recente (portaria nº 104, de 25/01/2011) e pela insegurança do profissional de saúde para realizar tal procedimento.

Nos anos de 2007, 2009 e 2011, houve um aumento no número de casos notificados, devido aos casos captados durante a pesquisa realizada em serviços sentinelas, de violências e acidentes (VIVA), a partir de 2008 as notificações passaram a ser inseridas no SINAN NET, conforme Figura 70.



Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 15/01/2014

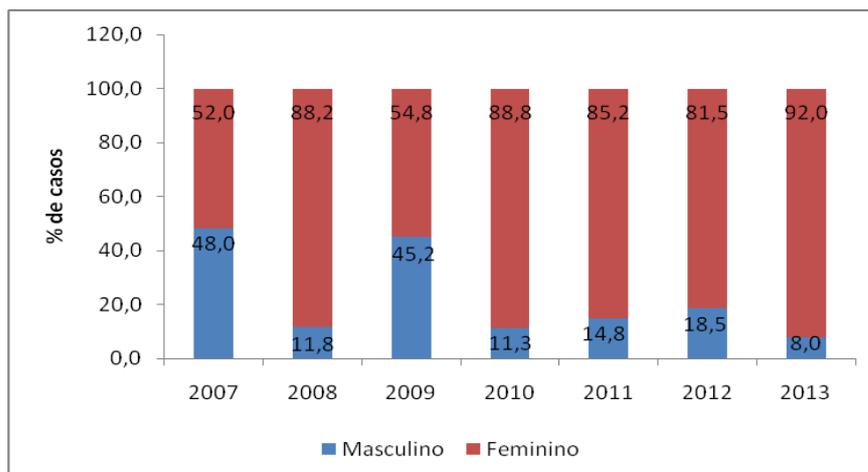
Figura 70- Casos notificados de violências. Porto Velho/RO, 2007 a 2013

A violência de gênero ainda perpetua-se na cidade de Porto velho, acompanhando a triste realidade de todo o país. Entende-se por violência de gênero aquela contra parceiros que ocorre em todas as sociedades e camadas sociais. Inclui: atos de agressão física, relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual, maus-tratos psicológicos e controle de comportamento. Pode ocorrer em ambos os sexos, em parceiros do mesmo sexo, mas as mulheres são mais vitimizadas, especialmente nas sociedades em que as desigualdades entre homens e mulheres são mais marcantes (KRUG *et al.*, 2002).



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

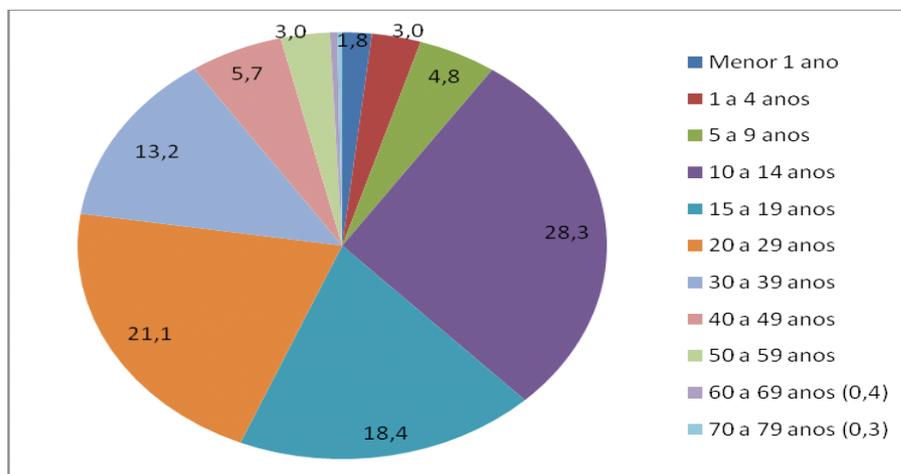


Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 15/01/2014

Figura 71- Casos notificados de violências, segundo sexo da pessoa agredida. Porto Velho/RO, 2007 a 2013

Dos casos de violências notificados, em 2013, 92,0 % foram pessoas do sexo feminino, o que confirma a maior vitimização neste sexo (Figura 71).

Dos casos notificados de violências, 28,3% ocorreram em pessoas de faixa etária de 10 a 14 anos; 21,1% em pessoas de 20 a 29 anos e 18,4% em pessoas de 15 a 19 anos, conforme observamos na Figura 72.



Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 15/01/2014

Figura 72-Frequência de casos notificados de violências, segundo faixa etária da pessoa agredida. Porto Velho/RO, 2007 – 2013

Dos casos de violências notificados, as pessoas do sexo feminino foram as que estiveram mais expostas a violências dos diversos tipos: física, sexual, psico/social, negligência/abandono e outras, salientando que as violências, física e sexual

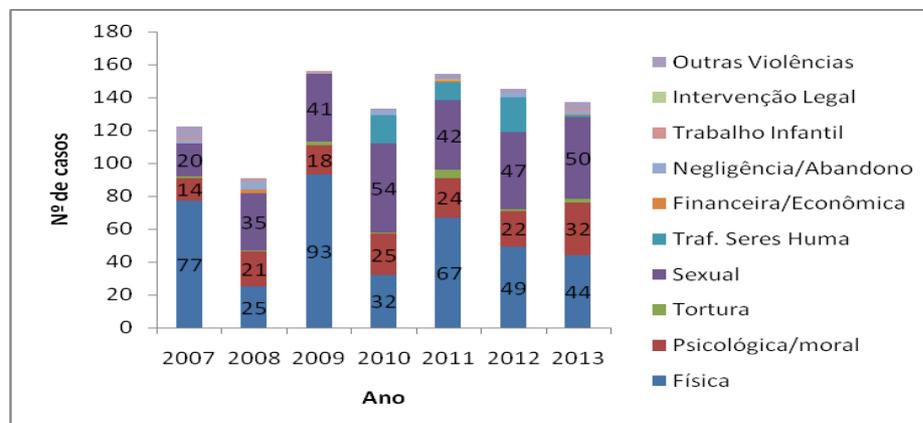


PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



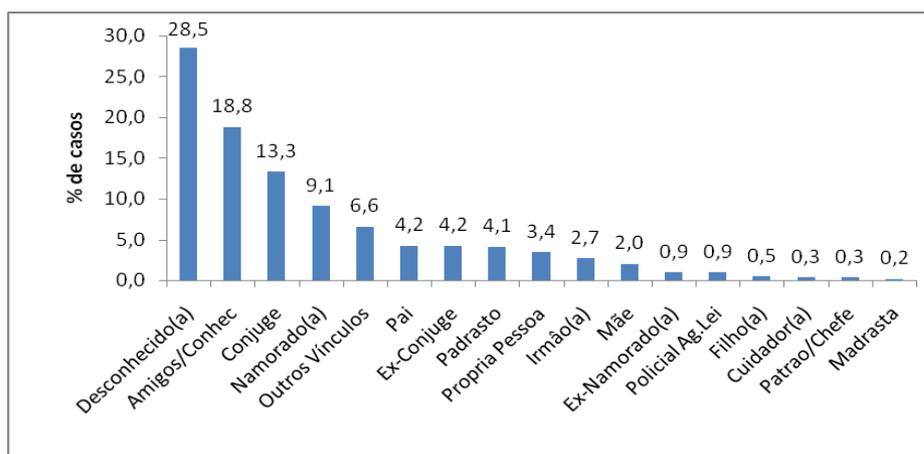
apresentam os maiores números de casos. Sabemos que em muitos dos casos de notificação as vítimas sofreram mais de um tipo de violência (Figura 73).



Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 15/01/2014

Figura 73- Casos notificados de violências, segundo tipo de violência. Porto Velho/RO, 2007 a 2013

Observamos (Figura 74) que a maioria dos agressores tinha um vínculo com a pessoa agredida, 18,8% foi amigo/conhecido, 13,3% foi cônjuge, 9,1% foi namorado, dentre outros. Enquanto que em 28,5 dos agressores era desconhecido da vítima. O que confirma diversos estudos, que a pessoa agredida geralmente tem vínculo familiar com seu agressor e que atualmente muitas violências acontecem nas residências.



Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 15/01/2014

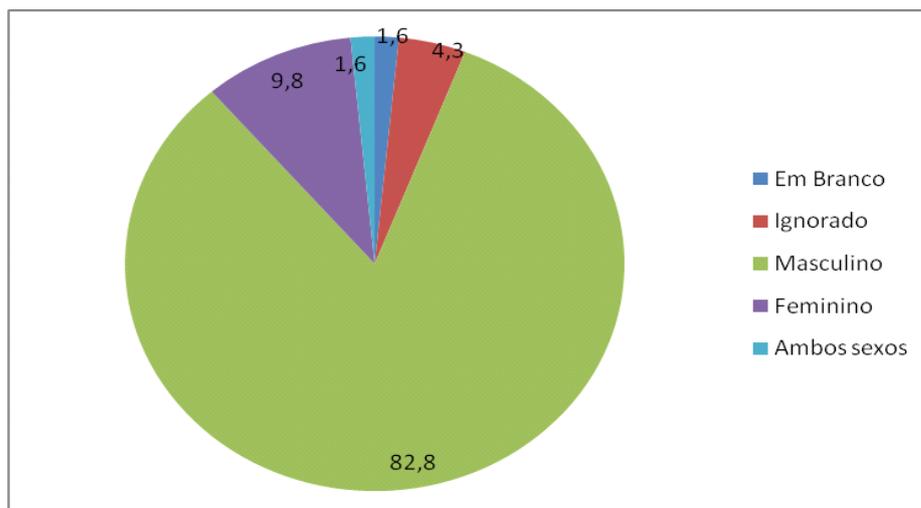
Figura 74- Frequência de casos notificados de violências, segundo autor da agressão. Porto Velho/RO, - 2013

Quanto ao autor da agressão, em 82,8 % dos casos notificados, o autor foi do sexo masculino, conforme observamos na Figura 75.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 15/01/2014

Figura 75. Frequência de casos notificados de violências, segundo sexo do autor da agressão. Porto Velho/RO, 2007 - 2013

D. Dados Ambientais

D.1. Agravos relacionados à Saúde do Trabalhador

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador tem por objetivo a redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante ações nas áreas de promoção, reabilitação e vigilância em saúde. As diretrizes desta política estão descritas na Portaria nº 1.125, de 6 de julho de 2005.

Os primeiros registros no Sinan de acidentes de trabalho em Porto Velho foram feitos a partir de 2008. Em fase de implantação, foram iniciadas várias atividades junto aos núcleos de vigilância das unidades de saúde, como capacitações, monitoramento, supervisões; busca ativa no HPSJP II (Hospital e Pronto Socorro João Paulo II) e IML (instituto médico legal). Contudo, neste primeiro momento foi significativa a subnotificação dos casos, e somente a partir de 2011 houve aumento das notificações, alcançando um total de 415 casos notificados, conforme mostra a Tabela 28. Apesar do crescimento do número de notificações constatamos que ainda há a subnotificação quando comparamos com os dados do Ministério da previdência.



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Tabela 28- Casos notificados de acidentes e doenças relacionadas à saúde do trabalhador. Porto Velho/RO, 2008 a 2012

Ano da Notificação	Nº de casos notificados
2008	08
2009	29
2010	142
2011	415
2012	320
Total	914

Fonte: SINAN/NET

O trânsito da capital tem se tornado um importante fator condicionante dos acidentes de trabalho, tanto nos acidentes de trajeto como nos casos em que as vítimas realizam sua atividade laboral no trânsito, como motoboy, motoristas, mototaxistas, entregadores, dentre outros. A Tabela 29 mostra as frequências dos acidentes no município por local do acidente de trabalho, onde constatamos que 48,03% ocorreram via pública.

Tabela 29 - Frequências dos casos notificados em residentes, de acidentes relacionados à saúde do trabalhador, segundo local do acidente. Porto Velho/RO, 2008 a 2012

Ano da notificação	Ign/branco	Instalações contratantes	Via publica	Instalações de terceiros	Domicílio próprio
2008	01	06	01	-	-
2009	02	13	11	-	03
2010	26	40	63	10	03
2011	63	168	172	08	04
2012	23	100	192	03	02
Total	nº	115	327	21	12
	%	12,58	35,78	48,03	02,30

Fonte: SINAN/NET

Quanto à evolução dos casos de investigação de acidente de trabalho grave, analisando a Tabela 30, identificamos 12,47% de ignorado/branco deste campo nas fichas de notificação. Excluindo este percentual de notificações temos que 88% dos casos tiveram incapacidade temporária e 3% foram à óbito.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Tabela 30- Frequências dos casos notificados em residentes, de acidentes relacionados a saúde do trabalhador, segundo evolução do caso. Porto Velho/RO, 2008 a 2012

Evolução caso	2008	2009	2010	2011	2012	Total	
						nº	%
Ign/branco	-	01	09	52	52	114	12,47
Cura	02	07	15	05	24	53	05,80
Incapacidade temporária	06	15	103	343	235	702	76,81
Incapacidade parcial permanente	-	-	-	12	07	19	02,08
Incapacidade total permanente	-	-	-	01	-	01	0,11
Óbito pelo acidente	-	06	15	01	02	24	02,63
Outra	-	-	-	01	-	01	0,11

Fonte: SINAN/NET.

D.2. Acidentes por animais peçonhentos

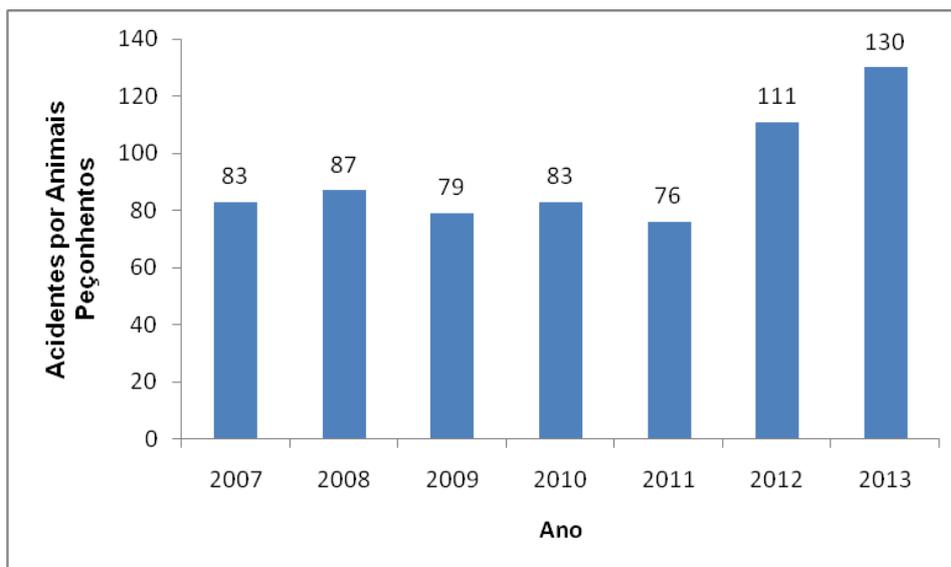
Os animais peçonhentos estão presentes tanto em meios rurais, quanto urbanos. Eles são responsáveis por provocarem inúmeros acidentes domésticas, em variadas regiões brasileiras, com índices crescentes, ano após ano. Serpentes, aranhas, escorpiões, lacraias, largaras, abelhas e outros são exemplos dessa categoria.

Este problema está se intensificando no município de Porto Velho em decorrência dos impactos dos grandes empreendimentos em desenvolvimento, que causam o afastamento dos animais, principalmente das serpentes, para as áreas circunvizinhas, muitas vezes densamente habitadas.



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

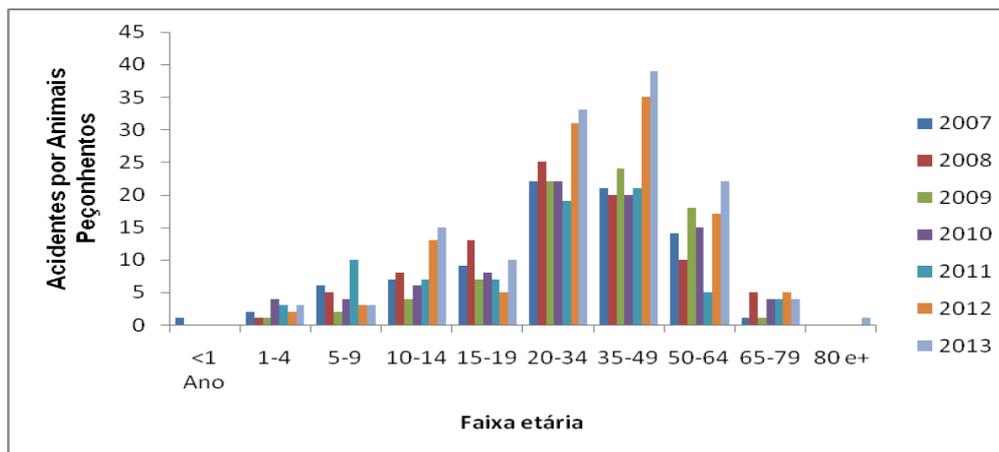
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 15/01/2014

Figura 76- Número de acidentes por animais peçonhentos notificados. Porto Velho/RO, 2007 a 2013

Os Acidentes mais ocorridos são nas faixas etárias entre 20 a 49 anos que, ocorrem em trabalhadores agropecuários e moradores das periferias. A sazonalidade é característica marcante, relacionada a fatores climáticos e da atividade humana no campo que determina ainda um predomínio na incidência nos meses quentes e chuvosos.

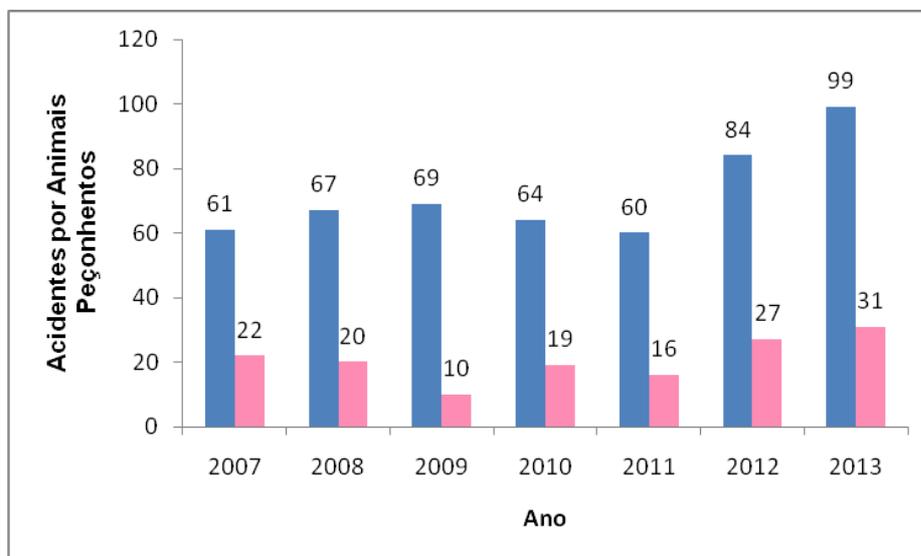


Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 15/01/2014

Figura 77- Número de acidentes por animais peçonhentos, segundo faixa etária da pessoa acidentada. Porto Velho/RO, 2007 a 2013



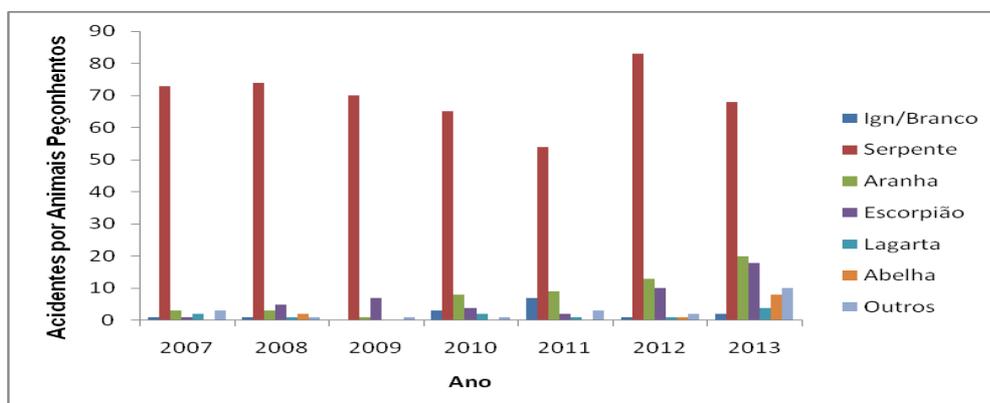
Os maiores índices de acidentes por animais peçonhentos (Figura 78) acontecem com adultos e jovens do sexo masculino durante o trabalho na agricultura zona rural, ou ate mesmo na zona urbana em entulhos.



Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 15/01/2014

Figura 78- Número de acidentes por animais peçonhentos, segundo sexo da pessoa acidentada. Porto Velho/RO, 2007 a 2013

O maior número de acidentes com animais peçonhentos é com serpentes, seguido de aranhas (Figura 79) no qual e de maior interesse dos médicos pela frequência da gravidade da lesão que se pode causar.



Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 15/01/2014

Figura 79- Número de acidentes por animais peçonhentos, segundo tipo de acidente. Porto Velho/RO, 2007 a 2013

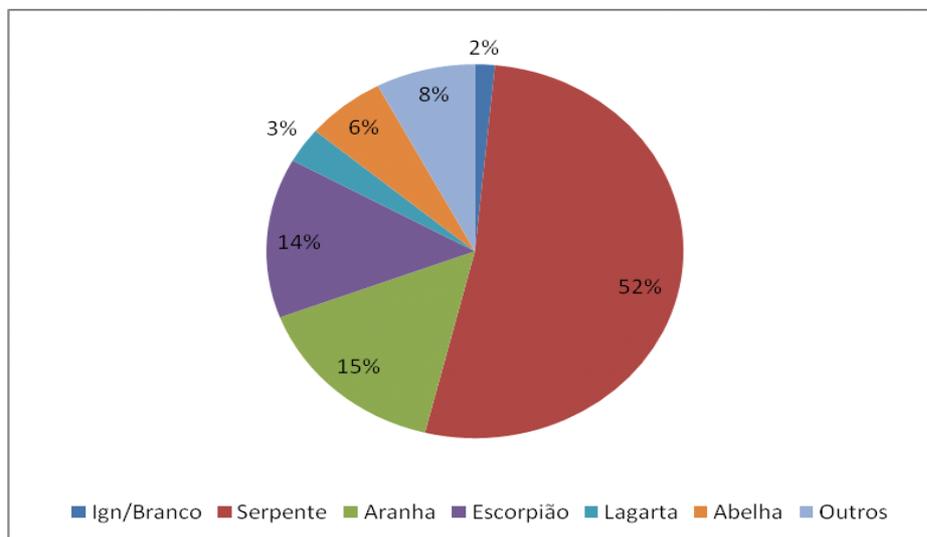


PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



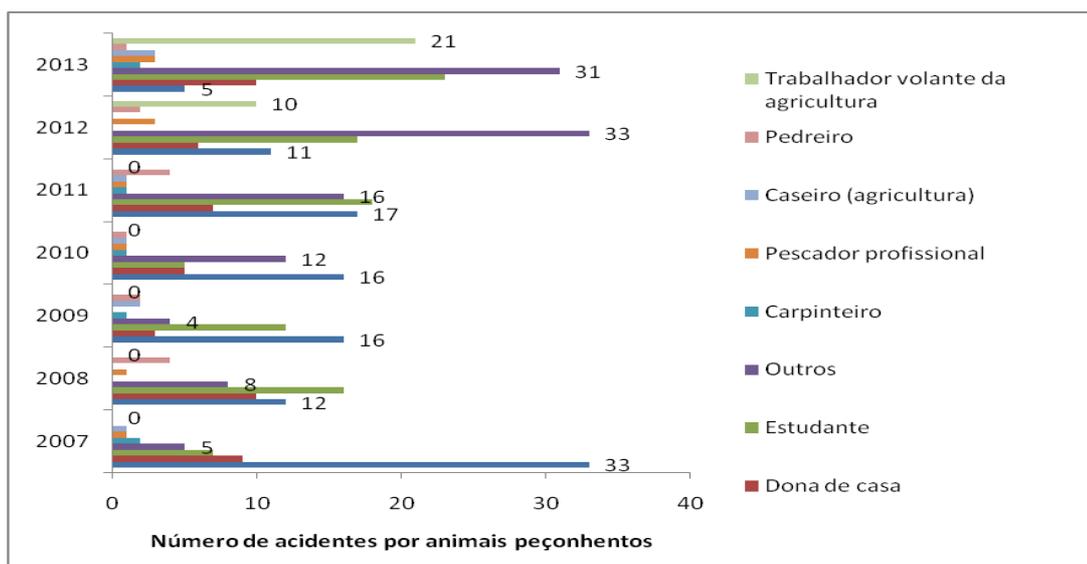
Os casos de picadas de cobras 52%, abelhas foram de 6%, aranhas 15%, escorpiões 14%, lagarto 3%, outros não especificados 2% (Figura 80). Sendo as picadas de cobras novamente liderando o número de acidentados.



Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 15/01/2014

Figura 80- Frequência de acidentes por animais peçonhentos, segundo tipo de acidente. Porto Velho/RO, 2013.

Constituem um grande e heterogêneo grupo de acidentes com animais peçonhentos. Nesses grupos de causas acidentais os números são variáveis atingindo vários trabalhadores tanto rurais como urbanos (Figura 81)



Fonte: SINAN NET/DVEA/SEMUSA, em 15/01/2014

Figura 81- Frequências de acidentes por animais peçonhentos, segundo ocupação da pessoa acidentada. Porto Velho/RO, 2007 a 2013



D.3. Controle de Vetores

D.3.1. *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*

O Departamento de Controle de Zoonoses tem como uma das responsabilidades o controle vetorial, buscando identificar precocemente infestação de *Aedes aegypti* e, identificar a presença de *Aedes albopictus*, transmissor da dengue e febre amarela, este realizando imediatamente controle químico a fim de evitar disseminação. Dentre as ações, temos:

- Realização de visitas domiciliares, pelos Agentes de Combate as Endemias, desenvolvendo atividades de coleta de larvas para identificação, tratamento de depósitos com Diflubenzurom, ações educativas, orientando a eliminação dos depósitos inservíveis;
- Realização do LIRAA (Levantamento de Índice Rápido do *A. aegypti*) quatro vezes ao ano, para orientar a ordem dos bairros a serem trabalhados pelos ACS e ACE, conforme o IIP (Índice de Infestação Predial).
- Visita aos Pontos Estratégicos – PE's, como borracharias, oficinas mecânicas, Lava - jato, ferros velhos, depósitos de reciclagem, lojas de materiais de construção, casas de refrigeração, etc. Realizamos quando necessário o controle com Borrifação residual, aplicação de Termonebulização e Orientações. Em casos reincidentes é realizado um termo de notificação, e a visita é acompanhada por um Fiscal da Vigilância Sanitária Municipal para notificação e outros.
- Utilização de controle químico (UBV), quando houver indicação Entomo-epidemiológica.

Como parâmetro para avaliar o comportamento do mosquito transmissor da dengue, o município de Porto Velho adotou o Levantamento do Índice Rápido de *Aedes aegypti* – LIRAA, como forma de monitoramento, preconizado pelo Ministério da Saúde/MS. A Figura 82 mostra os resultados dos Levantamentos de Índice Rápido de *Aedes aegypti* – LIRAA, realizados em 2013.

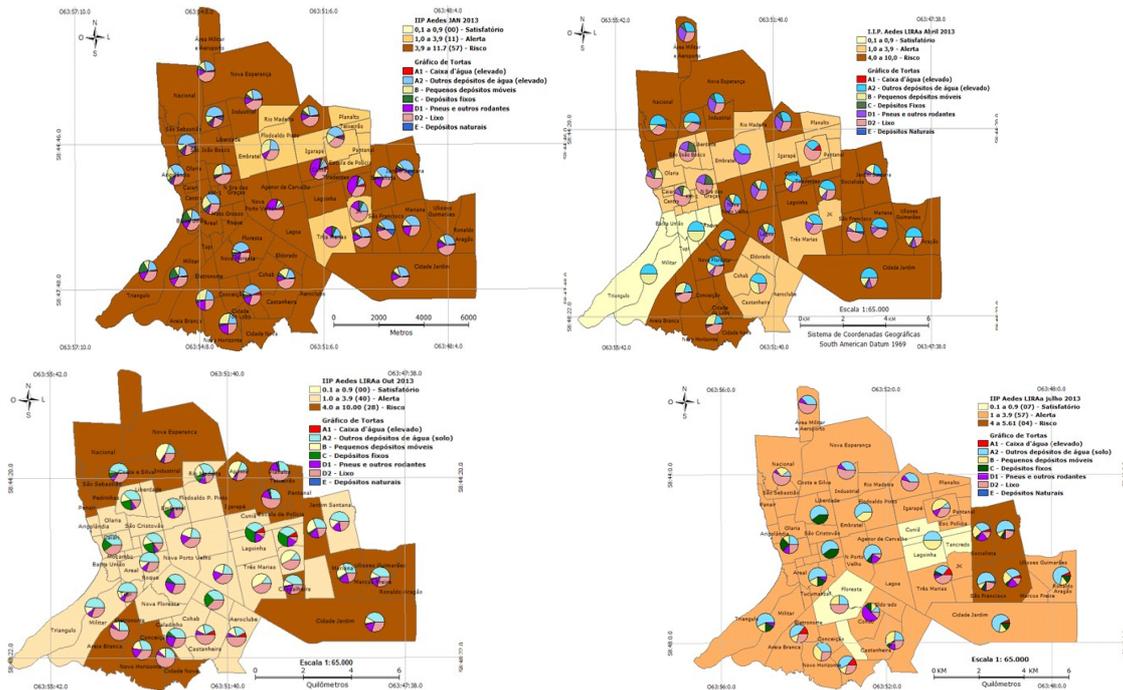


PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade



Fonte: Levantamento de Índice Rápido de *Aedes aegypti*/SEMUSA/Porto Velho

Figura 82- Índice de Infestação Predial, por bairro.
Porto Velho/RO, Janeiro, abril, Julho e outubro de 2013

Identificamos como principais fatores de risco para a propagação do vetor, a descontinuidade no abastecimento de água potável, que obriga o acondicionamento em depósito fixo de água em solo para consumo humano, grande quantidade de lixo urbano e domiciliar, nas imediações das residências, inclusive em terrenos baldios e elevado número de construções, decorrentes do momento de crescimento econômico vivenciado pelo município. Estas condições são potencializadas durante o período das chuvas, quando se identifica importante aumento do índice de infestação do *Aedes aegypti*.

D.3.2. Visitas Domiciliares

As atividades de visitas domiciliares são realizadas pelos agentes de saúde para realizar o tratamento e eliminação de criadouros de mosquito transmissor da dengue. Educação em saúde também é um tema abordado por esses profissionais.

Está pactuado na PAVS/Programação das Ações de Vigilância em Saúde, agora PQAVS - que o município deve realizar 80% dos seis ciclos anuais para identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de *Aedes aegypti* e *Aedes*



albopictus em imóveis, de acordo com as normas técnicas do PNCD/ Plano Nacional de Controle da Dengue.

Na Tabela 31, encontram-se as metas pactuadas e imóveis trabalhados para o controle do *Aedes* em Porto Velho, em 2013.

Tabela 31- Meta Pactuada e Alcançada em Imóveis Trabalhados para o Controle do *Aedes*, Porto Velho/RO, período de Janeiro a Dezembro de 2013.

MÊS	IMÓVEIS TRABALHADOS	DEPÓSITOS TRATADOS
Janeiro	30.640	184
Fevereiro	23.870	210
Março	26.599	161
Abril	25.337	88
Maiο	27.101	185
Junho	23.032	64
Julho	22.629	133
Agosto	27.764	91
Setembro	26.239	78
Outubro	21.736	71
Novembro	21.115	108
Dezembro	17.890	29
TOTAL	291.952	1.402

Fonte: SIS FAD, dados sujeitos a alteração.

Esta meta é baixa devido ao déficit de Agentes de Combate a Endemias/ACE e, principalmente, a baixa cobertura dos Programas de Agente Comunitário de Saúde/PACS e de Saúde da Família/ESF, mesmo estes últimos terem em suas funções a obrigatoriedade da investigação domiciliar do *Aedes aegypti*, mas com o objetivo de otimizar os recursos humanos existentes, são os ACS das equipes do PACS e das ESF responsáveis pelas ações de controle do *Aedes* e da dengue na sua área de abrangência, orientando a população sobre as medidas de controle vetorial (eliminação e vedação de depósitos).



Os ACE realizam visitas domiciliares nas áreas sem cobertura do ACS e realizam também o tratamento dos depósitos úteis (tanques, caixas d'água, barril, etc.) que contém larvas do mosquito. Temos em cada Unidade de Saúde um ACE responsável pelo tratamento de depósitos positivos (larvicida) na área trabalhada pelo ACS.

D.3.3. PE – PONTOS ESTRATÉGICOS

Pontos Estratégicos são locais com maior risco de possuírem criadouros do mosquito *Aedes aegypti*, dentre eles estão borracharias, oficinas mecânicas e ferro velho. Existe uma equipe específica para visitação e eliminação de criadouros nesses locais. Em 2013, infelizmente, diferente dos outros anos, não houve parcerias para o recolhimento de pneus em áreas críticas, dificultando o desenvolvimento das a oes.

O Eco Ponto que era credenciado para recolhimento dos mesmos, localizado na Vila Princesa foi desativado e destruído depois de um suposto incêndio no galpão. Veja imagens.

Na Tabela 32, encontram-se número de pontos estratégicos trabalhados e depósitos inspecionados e tratados em Porto Velho, em 2013.

Tabela 32- Numero de Pontos Estratégicos trabalhados e Depósitos Inspeccionados e Tratados, Porto Velho/RO 2013.

M�S	PE's TRABALHADOS	DEPÓSITOS INSPECIONADOS	DEPÓSITOS TRATADOS
Janeiro	327	105	12
Fevereiro	485	15.098	230
Março	1.417	28.908	60
Abril	1.516	20.227	01
Maio	1.172	33.994	11
Junho	1.505	30.407	02
Julho	1.166	44.026	08
Agosto	1.404	43.077	01
Setembro	1.239	39.171	03



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Outubro	1.825	18.731	29
Novembro	1.099	19.743	0
Dezembro	1.606	29.381	02
TOTAL	15.433	322.868	359

Fonte: SISFAD, em 10/01/2014

D.3.4. Anopheles SP

A dinâmica de transmissão da malária, em relação a outras endemias e doenças de importância em saúde pública, determina a necessidade de ações permanentes de diagnóstico e tratamento, gestão de medicamentos e controle vetorial.

O Controle Vetorial na Esfera Municipal do SUS possui diretrizes e responsabilidades definidas, são algumas delas:

- Coordenar e executar as atividades de informação, educação e comunicação de abrangência municipal, incluindo aquelas que venham a facilitar as ações de controle vetorial;
- Realizar ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros;
- Preencher os boletins referentes às ações de controle vetorial e alimentar os respectivos sistemas de informação;

O Município é dividido em nove regiões para facilitar a operacionalização das atividades de controle vetorial, diagnóstico e tratamento. Na Tabela 33 e Figura 83 encontram-se as divisões das regiões e suas respectivas localizações:

Tabela 33- Distribuição e localização das regiões de Porto Velho, zona urbana e rural

REGIÃO	ÁREA	QUANTIDADE LOCALIDADE	LOCALIZAÇÃO
--------	------	-----------------------	-------------



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



1ª	Urbana	68 localidades 77 sublocalidades	Zona urbana de Porto Velho
2ª	Rural	99	Zona rural ao redor de Porto Velho, fazendo divisa com o município de Candeias do Jamari, distrito de Jaci Paraná e a 5ª Região do baixo madeira.
3ª	Rural	55	Zona rural, Distrito de Jaci Paraná e Vila Nova Mutum
4ª	Rural	54	Zona rural, Distrito de Extrema, Nova Califórnia, Vista Alegre do Abunã e Fortaleza do Abunã, fazendo divisa com o Estado do Amazonas (Lábrea), Acre (Acrelândia) e Bolívia.
5ª	Rural	94	Baixo Madeira
6ª	Rural	44	Zona rural Abunã, fazendo divisa com o Estado do Amazonas (LÁBREA), município de Nova Mamoré (Garimpo do Araras) e localidade da Boca do Abunã que pertence a 4ª Região e Bolívia.
7ª	Rural	43	Zona rural, Distrito União Bandeirantes, divisa com Jaci Paraná, município de Nova Mamoré, Buritis e reserva indígena Karipunas.
8ª	Rural	35	Zona rural, Joana D'arc, divisa com o Estado do Amazonas (Canutama), e 5ª Região.
9ª	Rural	41	Rio Pardo

Fonte:DCZ/SEMUSA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

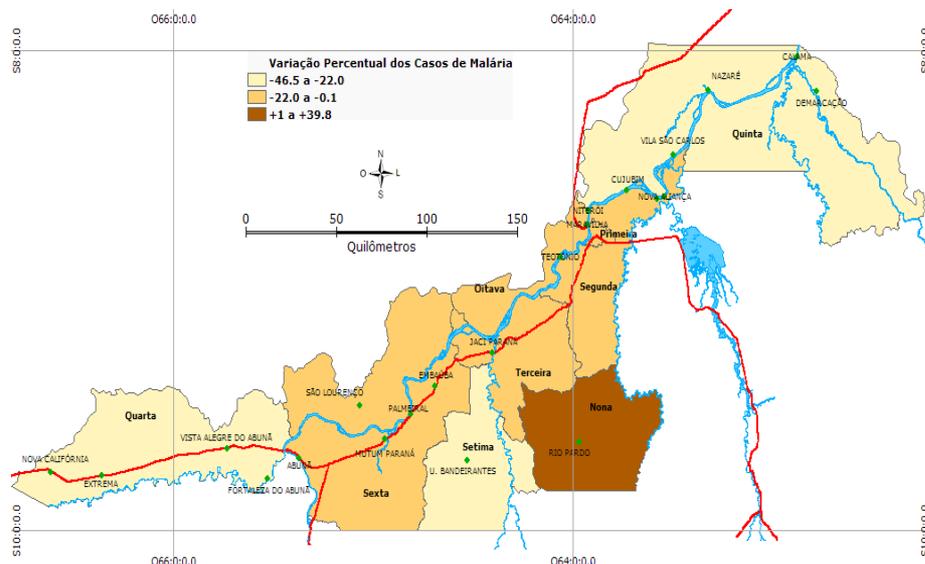


Figura 83- Localização das regiões de Porto Velho

De acordo com o planejamento anual, foram realizadas borrifações residuais (aspersão), espaciais (termonebulização) e instalações de MILD's – Mosquiteiro Impregnado de Longa Duração nas localidades com maior índice de casos positivos para malária.

A fim de cumprir com os ciclos programados, essas ações foram realizadas com monitoramento da equipe de entomologia/SEMUSA, através de levantamento entomológico (pesquisa larvária e captura de alados), avaliando comportamento e horário de maior frequência alimentar (horário de pico) dos vetores, cadastrando e monitorando os potenciais dos criadouros para malária, aferição dos equipamentos utilizados no controle vetorial, e acompanhamento durante todas as ações realizadas pelas equipes das regiões.

Na Tabela 34 estão as atividades de controle vetorial realizadas no período de janeiro a dezembro de 2013.



Tabela 34- Borrifação Residual por Região, Porto Velho, Janeiro a Dezembro 2013.

Descrição	Regiões									Total
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	
Casas borrifadas com piretróides	1.476	828	1.154	423	329	87	604	335	309	5545
Habitantes protegidos	7.933	5.608	2.895	1.267	779	248	1.898	696	1.128	22452
Carga inseticida gasta litro	158,80	63,655	57,60	26,15	34,50	6,70	58,25	16,75	23,60	446,005

Fonte: DCZ/SEMUSA

E. Profilaxia da Raiva Animal

E.1. Vacinação Antirrábica

Neste ano de 2013, o cronograma para distribuição de vacinas (Campanha de Vacinação Antirrábica) é estabelecido em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde, realizada em setembro na zona urbana de Porto Velho no total de 38.585 animais vacinados sendo 30.585 caninos e 7.604 Felinos, posteriormente foi realizado a campanha nos Distritos e linhas rurais, totalizando 890 animais vacinados, entre cães e gatos.

Salientamos que este ano já foi realizado um bloqueio focal de vacinação antirrábica de cães e gatos devido a um foco de raiva bovina na localidade do KM 32 e 37, na BR-364 sentido Acre. Sendo vacinados 206 animais.

2.2. Vigilância em Saúde

Atualmente a Vigilância em Saúde está estruturada em três Departamentos e suas respectivas Divisões. Cada Departamento está diretamente vinculado ao gabinete do Secretário Municipal de Saúde. Dentre eles podemos citar:

Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental/DVEA:

- Divisão de Vigilância Epidemiológica e Controle de Endemias



- Divisão de Vigilância de Doenças de Transmissão Sexual;
- Divisão de Vigilância de Doenças de Transmissão Respiratória e Hídrica.

Departamento de Controle de Zoonoses/DCZ

- Divisão de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores;
- Divisão de Controle de Doenças Transmitidas por Animais Domésticos e Sinantrópicos;
- Divisão de Pesquisa e Diagnóstico.

Departamento de Vigilância Sanitária/DVS

- Divisão de Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços;
- Divisão de Vigilância Sanitária e Controle de Alimentos;
- Divisão de Vigilância Sanitária e Controle de Alimentos.

As ações de vigilância ambiental são desenvolvidas por dois departamentos: de controle de zoonoses e de vigilância sanitária. Sendo as de risco biológico de responsabilidade do Departamento de Controle de Zoonoses e as de fatores de risco não biológico, do Departamento de Vigilância Sanitária.

2.3. ASSISTÊNCIA BÁSICA

A rede ambulatorial do município de Porto Velho está constituída conforme Quadro 2.

Nos últimos anos o município vem expandindo sua rede de atenção ambulatorial. Dentre as metas alcançadas em 2012, salienta-se a ampliação dos serviços de urgência e emergência através da inauguração das Unidades de Prontos Atendimentos - UPA 24 horas na Zona Leste e Zona Sul. Embora estas tenham sido habilitadas em 2009 pelo Ministério de Saúde com unidades de porte II, após a instalação e avaliação pelo Ministério da Saúde, ficando claro que se tratava de unidades com capacidade física superiores e alto grau de resolutividades sendo, portanto qualificadas como de porte III.



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Outro destaque foi a inauguração do Centro de Especialidades Médicas que atuou durante o ano completamente regulado pelo SIS-REG, Sistema Nacional de Regulação do SUS, dando suporte as consultas de Atenção Básica realizadas na rede.

No ano de 2012, um serviço importante implantado, tendo como estrutura as instalações do Centro de Especialidades Médicas, foi o Laboratório de Microbiologia, com automação tipo VITEK, que realiza a identificação bactérias, em menor tempo(até 18 horas) e com maior sensibilidade, este serviço impactou o resultado dos serviços de atenção básica, no sentido de prevenção a prematuridade na gravidez, evitando abortos e internações neonatais provenientes de infecções durante a assistência no pré – natal.

Ainda dentre os novos serviços implantados ressaltamos a instalação de Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (Caps), tendo por objetivo realizar atendimento a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e/ou com transtorno mental de grau moderado e crônico, quer seja, ocasionado ou não pelo uso prejudicial de álcool, tabaco, crack e outras drogas.

No Quadro 1 encontra-se a Rede Física de Saúde Pública e Privada prestadora de serviços ao SUS no município de Porto Velho-RO.

Quadro 1 – Rede Física de Saúde Pública e Privada prestadora de Serviços ao SUS



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Tipo de Estabelecimento	Total	Tipo de Gestão		
		Municipal	Estadual	Dupla
Central de regulação	01	01	0	0
Central de regulação de serviços de saúde	01	0	01	0
Central de regulação médica das urgências	01	01	0	0
Centro de atenção hemoterapia e ou hematológica	01	0	01	0
Centro de atenção psicossocial	04	03	01	0
Centro de saúde/unidade básica	36	36	0	36
Clinica/centro de especialidade	26	06	18	02
Consultório isolado	02	01	01	0
Cooperativa	01	0	01	0
Farmácia	03	02	01	0
Hospital especializado	04	01	03	0
Hospital geral	08	0	08	0
Laboratório Central de Saúde Pública/Lacen	02	01	01	0
Policlínica	03	02	01	0
Posto de saúde	15	15	0	0
Pronto atendimento	04	02	0	0
Secretaria de saúde	02	01	01	0
UPA	02	02	0	0
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	33	02	30	01
Unidade de atenção a saúde indígena	01	01	0	0
Unidade de vigilância em saúde	03	02	01	0
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	09	09	0	0
Unidade móvel fluvial	01	01	0	0
Total	162	89	70	03

Fonte: Sargsus/acesado em 24/02/2014 às 9:30 horas e DMAC

Na Tabela 35 encontram-se a capacidade instalada da rede municipal de saúde de Porto Velho.



Tabela 35- Capacidade Instalada da rede municipal de saúde de Porto Velho/RO, 2013

Atenção Básica		
Tipo de Estabelecimento	Esfera Administrativa	
	Publica	Descrição
Unidade Básica de Saúde Urbana	17	
Unidade Básica de Saúde Rural	15	
NASF	02	Obs: Em fase de implantação
Farmácia Básica	01	
Equipes de Saúde Bucal	67	
Equipes de Saúde da Família Urbana e Rural	60 Urbana 18 Rural	
Postos de Saúde	08	
Média Complexidade Ambulatorial		
Tipo de Estabelecimento	Esfera Administrativa	
	Publica	Descrição
Laboratório Central	01	
CAPS	03	CAPS AD, CAPS II e CAPS i
Hospital	01	Maternidade Municipal
UPAS	02	Zona Leste e Zona Sul
Prontos Atendimentos	02	Ana Adelaide e José Adelino
Centro de Fisioterapia	01	Complexo do Ana Adelaide
C E M – Centro de Especialidades Médicas	01	Consultas e exames especializados
SAMU	01	Com Central de regulação de urgências e emergências.
SAE – Serviço de Assistência Especializada	01	
Centro de referência da Mulher	01	
Central de Regulação Consultas	01	
CEO's – Centro Municipal de especialidades odontológicas	03	01 – Zona Sul 02 – Zona Leste

Fonte: SEMUSA/2013

Os Postos de Saúde são as unidades mais simples, dispostas em áreas rurais, de difícil acesso, compostas por profissionais auxiliares (Agentes



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Comunitários de Saúde e/ou Técnicos de Enfermagem) desenvolvendo ações de promoção a saúde e atuam como pontos de apoio ao trabalho descentralizado de Equipes de Saúde da Família da área de abrangência.

A Atenção Básica realizada na zona rural está toda organizada com o trabalho de Equipes de Saúde da Família, com territórios de atenção delimitados e com o apoio de Unidades de Saúde da Família, situadas nos vários distritos ou aglomerados urbanos existentes. As ações assistenciais são organizadas com equipes fixas, compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, bioquímicos, auxiliares de enfermagem, auxiliares odontológicos e agentes comunitários de saúde. Os profissionais de nível superior se deslocam três dias por semana (sexta, sábado e domingo), três vezes ao mês, às comunidades rurais, com cronograma definido e os demais profissionais residem nas comunidades, dando continuidade às ações da equipe.

Na Tabela 36 encontram-se o demonstrativo das ESF da Zona Rural de Porto Velho e na Figura 84 a Distribuição Geográfica das Equipes Saúde da Família (ESF) e Programa de ACS (PACS), Área Fluvial e Figura 85 a Distribuição Geográfica das Equipes Saúde da Família (ESF) e Programa de ACS (PACS), Área terrestre, Zona Rural.

Tabela 36 - Demonstrativa das Equipes da ESF da Zona Rural de Porto Velho, 2013

Unidades de Saúde da Família	Equipes ESF	Equipes Saúde Bucal	ACS
USF São Carlos	1	1	8
USF Nazaré	1	1	9
USF Calama	1	0	19
USF Cujubim	1	1	4
USF Morrinhos	1	1	12
USF Rio das Garças	1	1	9



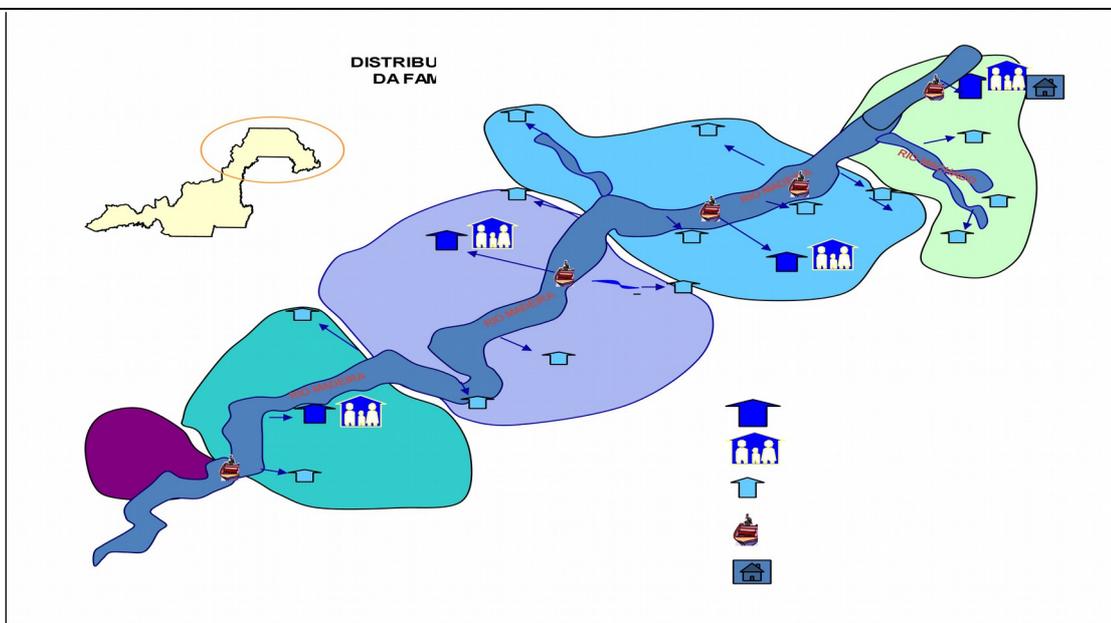
PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



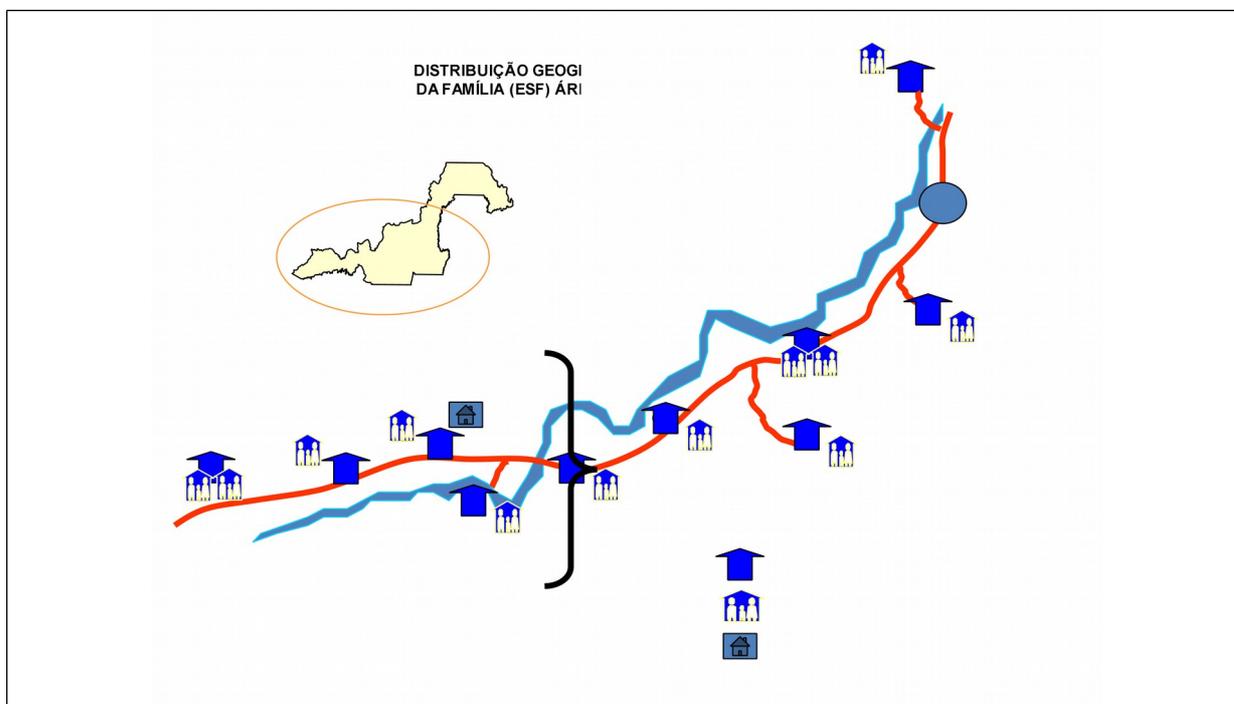
USF Jacy Paraná	2	2	10
USF Abunã	1	1	7
USF Fortaleza do Abunã	1	0	1
USF Mutum Paraná	2	1	6
USF Vista Alegre do Abunã	1	1	6
USF Extrema	1	0	9
USF Nova Califórnia	2	2	5
USF União Bandeirante	1	1	6
USF Aliança	1	1	12
Total	18	1	123

Fonte:SIAB/DAB/SEMUSA/2014



Fonte: DAB/SEMUSA/PVH

Figura 84 - Distribuição Geográfica das Equipes Saúde da Família (ESF) e Programa de ACS (PACS), Área Fluvial, Zona Rural. Porto Velho, 2013



Fonte: DAB/SEMUSA/PVH

Figura 85 - Distribuição Geográfica das Equipes Saúde da Família (ESF) e Programa de ACS (PACS), Área terrestre, Zona Rural. Porto Velho, 2013

Na área urbana a atenção básica tem como característica um modelo de transição, com unidades atuando em regime ambulatorial tradicional, Centros de Saúde; outras nas quais está acrescentando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde; outras ainda, atuando como Unidades Saúde da Família.

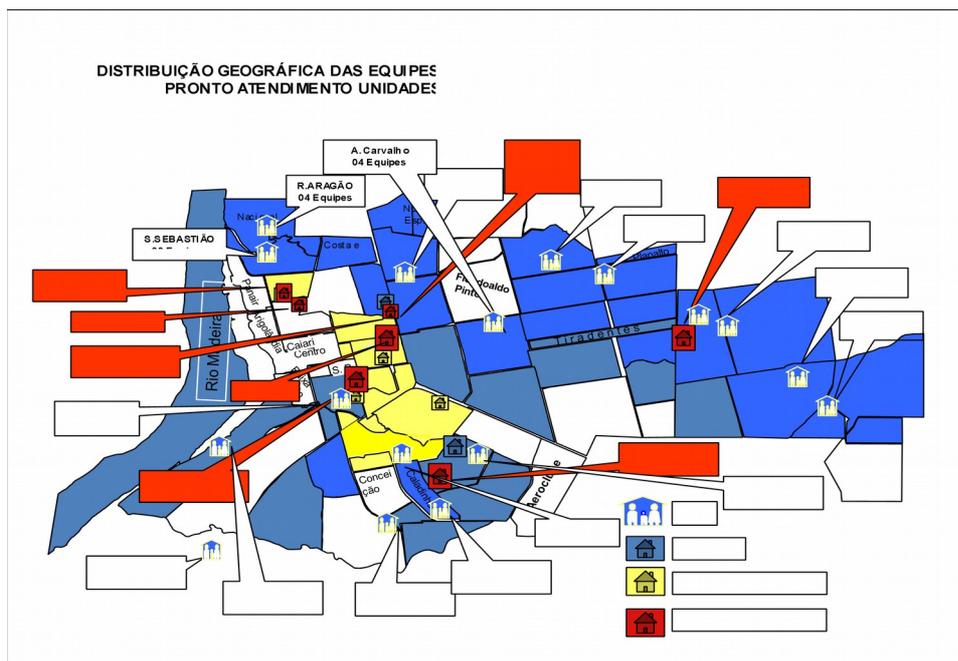
Na Tabela 37 encontram-se o Demonstrativo das Equipes da ESF da Zona Urbana de Porto Velho e na Figura 86 a Distribuição Geográfica das Equipes Saúde da Família (ESF) e Programa de ACS (PACS).



Tabela 37 - Demonstrativa das Equipes da ESF da Zona Urbana de Porto Velho,
2013

Unidades de Saúde da Família	Equipes ESF	Equipes Saúde Bucal	ACS
USF Pol.Hamilton R.Gondin	6	6	35
USF Pol. José Adelino	5	4	34
USF Pol Manoel A. de Matos	4	4	21
USF Agenor de Carvalho	4	3	15
USF Aponiã	4	4	29
USF Caladinho	4	4	20
USF Ernandes Indio	6	6	40
USF Nova Floresta	2	2	2
USF Osvaldo Piana	1	1	5
USF Pedacinho de Chão	3	3	21
USF Renato Medeiros	4	4	16
USF Ronaldo Aragão	4	4	21
USF Santo Antonio	1	1	6
USF São Sebastião	3	2	22
USF Socialista	4	4	31
USF Vila Princesa	1	1	2
USF Mariana	4	2	36
Total	60	55	366

Fonte:SIAB/DAB/SEMUSA/2014



Fonte: DAB/SEMUSA/PVH

Figura 86- Distribuição Geográfica das Equipes Saúde da Família (ESF) e Programa de ACS (PACS). Porto Velho, 2013

Os Programas em saúde desenvolvidos na rede de atenção básica pelo município de Porto Velho:

2.3.1. Saúde da mulher (Planejamento Familiar, Prevenção de Câncer de Colo Uterino e de Mama, Assistência ao Pré Natal e Puerpério):

A área técnica de Saúde da Mulher visa promover a assistência à população feminina em todas as fases da vida, clínico-ginecológica, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério e planejamento familiar) como nos casos de doenças crônicas ou agudas, com ênfase às práticas educativas, entendidas como estratégia para a capacidade crítica e a autonomia das mulheres. Também é responsável pelas ações de assistência ao pré-natal, incentivo ao parto humanizado, redução do número de cesáreas, contato pele a pele, amamentação na primeira hora, direito acompanhante e redução da mortalidade materna, enfrentamento a violência contra a mulher nos momentos agudos e no acompanhamento subsequente, assistência ao climatério, assistência às mulheres negras e indígenas de nosso município.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



A. Planejamento Reprodutivo

O planejamento Familiar é um direito de todos assegurado pela Constituição Federal na Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta a instituição do programa no em todo território federal.

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são Direitos Humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais. Os direitos, a saúde sexual e a saúde reprodutiva são conceitos desenvolvidos recentemente e representa uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos.

O Programa tem como objetivo promover o acesso da população feminina e masculina às ações de planejamento reprodutivo. Também é responsável pela elaboração e formulação da Política Municipal de Atenção e planejamento Reprodutivo, da organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra referência, incluindo os casos de contracepção de emergência para as mulheres vítimas de violência tanto em adolescentes como em mulheres adultas.

B. Prevenção de Câncer Uterino e de Mama

A importância epidemiológica do câncer no Brasil e em especial na região norte e sua magnitude social, as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e os custos cada vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de se reestruturar a rede de serviços para garantir a atenção integral à população.

O câncer do colo uterino é uma das causas mais importantes de morbidade e mortalidade feminina no Brasil e uma das taxas mais elevadas no mundo. É uma neoplasia cujos programas de rastreamento representam uma relação custo benefício altamente vantajosa, já que é facilmente detectada por uma simples citologia.

Um dos grandes desafios dos países em desenvolvimento é a ampliação dos programas de prevenção e detecção precoce e o diagnóstico. Dessa forma, a detecção e o tratamento das lesões precursoras (alterações intra-epiteliais cervicais



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



- NIC) devem ser considerados como metas prioritárias para a redução da incidência do câncer do colo uterino.

O exame preventivo do câncer do colo do útero (papanicolau) é a principal estratégia para detectar lesões precursoras e fazer o diagnóstico da doença, que quando diagnosticado na fase inicial as chances de cura das lesões precursoras é de 100%, além de melhorar consideravelmente a possibilidade terapêutica para os casos comprovados de neoplasia de câncer de colo de útero, além da sobrevida nos casos mais avançados.

Para o câncer de mama, a realização de exame clínico das mamas através dos profissionais da atenção básica e a mamografia para rastreamento e diagnóstico são estratégias potentes na prevenção da neoplasia mamária, sobre tudo nas regiões mais distantes de nosso município, que detém uma ampla área ribeirinha.

2.3.2. Alimentação e Nutrição

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, atesta o compromisso do Ministério da Saúde com os males relacionados à escassez alimentar e à pobreza, sobretudo a desnutrição infantil e materna, bem assim com o complexo quadro dos excessos já configurado no Brasil pelas altas taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade, na população adulta.

A Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Município de Porto Velho atua transversalmente com os Programas Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Hipertensão, Saúde do Adolescente e Saúde do Homem, e tem como seguimento, os Programas de Alimentação e Nutrição existentes no Ministério da Saúde que foram implantados nos municípios brasileiros a partir do ano de 2005.

Esta Área Técnica de Alimentação e Nutrição é composta pelos seguintes Programas:

- A. Programa Nacional de Suplementação de Ferro;
- B. Programa Bolsa Família na Saúde;
- C. Programa de Suplementação de Vitamina A;
- D. Vigilância Alimentar e Nutricional.



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



A Área Técnica de Alimentação e Nutrição está inserida na Divisão de Programas Especiais, para viabilizar as ações e diretrizes da Política de Alimentação e Nutrição do SUS.

A. Programa de Suplementação de Saúde de Ferro:

Este Programa tem o objetivo de prevenir a anemia por deficiência de ferro, consiste na suplementação medicamentosa de ferro para crianças, gestantes e mulheres pós-parto e/ou pós-aborto.

Público Alvo: Crianças de 4 a 24 meses de idade; Gestantes a partir da 20ª semana de gestação; Mulheres até o 3º mês pós-parto e pós-aborto.

B. Bolsa Família

É um Programa de transferência de renda às famílias com per capita de R\$ 70,00 a R\$ 140,00. Tem como principal objetivo, reduzir a pobreza, e conseqüentemente, melhorar as condições de saúde e educação. Na saúde, os beneficiários têm o direito de receber do órgão público, ações de saúde voltadas ao monitoramento da situação nutricional, imunização e consultas médicas e inserção nos Programas de saúde existentes na rede da atenção básica.

Público Alvo: Crianças até 7 anos de idade; Mulheres até 49 anos de idade; Nutri- zes; Gestantes.

C. Programa de Suplementação de Vitamina A:

É um programa que busca reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e mulheres no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar), residentes em regiões consideradas de risco.

Público Alvo: Crianças de 6 a 11 meses de idade; Crianças de 12 a 59 meses de idade; Mulheres no pós-parto e/ou pós-aborto imediato.

D. Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN):

Na saúde o SISVAN é um instrumento para obtenção de dados de monitoramento do Estado Nutricional e do Consumo Alimentar das pessoas que freqüentam as Unidades Básicas de Saúde do SUS.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Público Alvo: São contemplados pela Vigilância Alimentar e Nutricional todas as fases do ciclo de vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes.

2.3.3. Programa Hiperdia

Segundo o Ministério da Saúde, Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM) constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre suas complicações mais frequentes encontram-se o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes.

Com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada a HA e DM, o Ministério da Saúde implantou o Sistema HIPERDIA assumindo o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios e sociedade para apoiar a reorganização da rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores dessas patologias.

Atribuições do Programa HIPERDIA (PORTARIA 371/MS DE 04/03/2002)

- I) Implementação do Programa em nível local, com apoio da Secretaria Estadual de Saúde, do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus;
- II) Cadastramento e acompanhamento dos usuários e manutenção do Cadastro Nacional atualizado (Sistema HIPERDIA);
- III) Garantia de acesso ao tratamento clínico aos portadores destas doenças na rede básica de saúde;
- IV) Participação nos processos de capacitação dos profissionais da rede básica para o acompanhamento clínico destas doenças;
- V) Implantação de outras ações de promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis voltados para a melhoria do controle clínico destas doenças;
- VI) Guarda, gerenciamento e dispensação dos medicamentos recebidos e vinculado ao Programa;
- VII) Aquisição de Insumos (Tira Reagente, Glicosímetro, Lanceta e Seringa c/agulha);



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



- VIII) Conhecer os parâmetros reais que garantam o fornecimento contínuo dos medicamentos aos pacientes hipertensos e diabéticos de acordo com a padronização do Ministério da Saúde;
- IX) Conhecer o perfil demográfico, clínico e epidemiológico da população atingida, possibilitando a implementação das estratégias de saúde pública que alterem o quadro sanitário atual;
- X) Disponibilizar, no âmbito da atenção básica, instrumento de cadastro e acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, Sishiperdia, para utilização pelas Unidades Básicas de Saúde;
- XI) Supervisionar as Unidades Básicas de Saúde quanto às ações do Programa Hiperdia.

2.3.4. Programa Saúde do Homem

A coordenação de Saúde do Homem da Divisão de Programas Especiais (DPE/DAB/SEMUSA) atua na implantação e efetivação da Política Nacional de Saúde do Homem em Âmbito Municipal. As ações técnicas são voltadas ao planejamento e elaboração de Projetos para implementação em nível municipal com o objetivo de reduzir os riscos e agravos específicos da população masculina em Porto Velho. Para a efetivação da política, a coordenação atua com articulações intersetoriais no município e estado, para apoio nas ações em unidades de saúde nas áreas urbana e rural da cidade. Para a efetivação da Política, a coordenação elabora um Plano Municipal de Saúde do Homem, para a garantia das ações em cinco eixos prioritários:

Eixo I: Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

Eixo II: Promoção de saúde;

Eixo III: Informação e comunicação;

Eixo IV: Participação, relações institucionais e controle social e

Eixo V: Qualificação de profissionais da saúde.



2.3.5. Saúde do Idoso

Definir envelhecimento é algo muito complexo, biologicamente é considerado um processo que ocorre durante toda a vida. Existem vários conceitos de envelhecimento, variando de acordo com a visão social, econômica e principalmente com a independência e qualidade de vida do idoso. A população de baixo poder aquisitivo envelhece mais cedo, resultado de uma diversidade de fatores biopsicossociais (Minas Gerais, 2006).

Com o advento de inúmeros medicamentos que permitiram maior controle e um tratamento mais eficaz das doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas, aliados aos avanços dos métodos diagnósticos e ao desenvolvimento de técnicas cirúrgicas cada vez mais sofisticadas e eficientes, houve um aumento significativo da expectativa de vida do homem moderno (Minas Gerais, 2006).

A consequência natural disto foi o aumento da vida média do homem que hoje se situa em torno de 74,6 anos (20 anos a mais do que em 1950).

Garantir atenção integral à Saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo e fortalecendo o protagonismo das pessoas idosas no Brasil. Esse é o principal objetivo da Política de Atenção Integral à Saúde do Idoso, estabelecida pela Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Entre suas diretrizes estão:

1. Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
2. Manutenção e reabilitação da capacidade funcional;
3. Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

2.3.6. Programa Nacional de Imunização

O Programa de Imunização no município conta com uma rede de frio composta por 54 salas de vacinas, sendo 35 atendendo a Zona Urbana, assim distribuída (Tabela 38):

- i) 28 são salas de vacina das UBS do município de Porto Velho, incluindo a Divisão de Imunização;



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



- ii) 06 são virtuais que atendem por agendamento por não possuírem uma estrutura física nem recurso humano para funcionamento de uma sala de vacina fixa, incluindo também a vacinação extra-muro;
- iii) 06 estaduais
- iv) 02 privadas, sendo que esta, não recebe imunobiológicos do SUS, entretanto repassa os dados para efeito de cobertura vacinal;
- v) Na zona rural estão 18 salas de vacinas municipais que atendem nos finais de semana, seguindo o calendário das Equipes de Saúde da Família.

A Divisão de Imunização está situada na sede administrativa da SEMUSA. Está em fase de elaboração o projeto para a construção da rede de frio que atualmente funciona no espaço físico da sede da SEMUSA.

Tabela 38 - Demonstrativo de Salas de Vacinas por área e gestão. Porto Velho/RO, Dezembro de 2013

Nº	Área	Salas de Vacina por Gestão				
		Privada	Federal	Estadual	Municipal	Total
01	Rural	-	01	01	17	19
02	Urbana	02	-	05	28	35
03	Total	02	0	06	45	54

Fonte: DI/DAD/SEMUSA

Legenda: Do total de salas de vacinas(54), 6 salas são virtuais, ou seja, as vacinas são realizadas por agendamento, não existe espaço físico permanente para tal. Sendo elas:

1 de Gestão Privada – Sala de Vacina Sesi;

1 de Gestão Federal – Sala de Vacina Indígena;

2 de Gestão Estadual: Sala de Vacinas Ênio Pinheiro e Sala de Vacinas Urso Branco;

2 de Gestão Municipal: Unidade Móvel Semusa e Dr. Floriano Riva Filho.

2.3.6. Brasil Sorridente

2.3.7. Ações de Educação em Saúde



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Realizadas a grupos de idosos e outros com experiências exitosas em Unidades de Saúde da Família, que possuem esta clientela cadastrada, monitorada e inserida em atividades sociais e esportivas. Também são realizadas ações de mobilização social e educativas voltadas para medidas preventivas e profiláticas para o controle de endemias e outros agravos a saúde.

2.3.8. Ações de Apoio Social

A Divisão de Serviço Social encontra-se subordinada ao Departamento de Atenção Básica/DAB, constituindo-se como um canal de ligação entre a população e a SEMUSA, tendo como finalidade estabelecer uma comunicação democrática, identificando necessidades e entraves existentes, buscando soluções para as queixas e indagações apresentadas, bem como, atender os casos encaminhados via mandado judicial, Ministério Público e Conselhos Tutelares, de modo a atender os usuários do SUS com qualidade, fortalecendo a cidadania e favorecendo a prática da gestão participativa.

Em decorrência da oferta de empregos no setor de construção das Usinas do Madeira, houve um aumento significativo no atendimento á saúde, fazendo com que houvesse mudanças no modelo assistencial.

Outro fator que aumentou nossa demanda, é que houve a expansão das Equipes Saúde da Família, as quais sempre estão encaminhando casos que requer nossa intervenção, quer seja de vulnerabilidade social das famílias atendidas, quer seja de violência doméstica e sexual (crianças, adolescentes, idosos).

As ações executadas no âmbito da SEMUSA são:

- i) Encaminhamentos do Ministério Público, Conselhos Tutelares e órgãos afins atendidos e respondidos através de ofícios (Via GAB/SEMUSA);
- ii) Orientações aos usuários e familiares acerca dos seus direitos, bem como, assistência quando necessário quer seja com fraldas e/ou medicamentos de uso contínuo;
- iii) Realização de visita domiciliar, para verificarmos “in loco” a situação sócio-econômica de cada usuário que necessita de nossa intervenção;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



iv) Realização de entrevistas sociais, para que seja feito o estudo social dos casos que apresentam situação social considerada de risco e/ou em situação de vulnerabilidade social;

v) Relatório social, com parecer técnico para liberação dos remédios solicitados pelo Ministério Público e Conselhos Tutelares;

vi) Encaminhamentos institucionais, dependendo da intervenção necessária para cada usuário, dentre esses: i) Albergue: Através da Solicitação de vagas na casa, para pacientes oriundos da área rural/urbana (Migrante), que necessitam permanecer em Porto Velho para continuidade de tratamento de saúde;

vi) Acompanhamento dos pacientes que fazem uso de oxigênio domiciliar.

2.4. ATENÇÃO A SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

2.4.1. Das Competências e ações

As ações e procedimentos considerados de atenção ambulatorial especializada e hospitalar, compreendidos no âmbito da média e alta complexidade, são componentes estratégicos e complementárias na gestão do SUS no município, para garantir maior resolutividade e integralidade na promoção e reabilitação em saúde.

A atenção em saúde nas ações da Média e Alta Complexidade, na gestão municipal, e coordenada pelo Departamento de Atenção a Saúde de Média e Alta Complexidade (DMAC), através dos equipamentos de saúde componentes das redes específicas:

- Divisão de Atenção a Urgência/Emergência, supervisiona os seguintes serviços de porta de entrada da Rede de Urgência e Emergência (RUE): SAMU 192, duas Unidades de Prontos Atendimentos (UPA 24hs) e dois Pronto-Atendimentos Tradicionais;
- Divisão Municipal de Saúde Mental: supervisiona e coordena no município de Porto Velho, três Centros de Atenção Psicossocial, que são o CAPS II AD, CAPS II, e CAPS II Infantojuvenil.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



- Divisão de Apoio Diagnóstico Laboratorial, que coordena e supervisiona toda a rede de laboratórios de análises clínicas nos serviços de saúde em seus vários níveis de atenção.
- Serviço Ambulatorial Especializado, em seus componentes: um Serviço de Atendimento Especializado (SAE), referência para atendimento ao usuário com DST/AIDS e Hepatites Virais; um Centro de Especialidade Médicas (CEM), serviço de referência para atendimento em subespecialidades médicas; um o Centro de Referência Saúde da Mulher, referência para atendimento a mulher com gravidez de alto risco e vítimas de violências e o; um Centro de Fisioterapia referência para atendimento na reabilitação psicomotora.
- Atenção Hospitalar – Maternidade Municipal “Mãe Esperança”, referência na média complexidade, em parto de baixo risco, de acordo com a Política Nacional de Humanização e o Pacto pela Vida.

2.4.2. Assistência Ambulatorial Especializada

A Assistência de média complexidade oferecida para a população de Porto Velho, tanto para a assistência em clínicas especializadas como para as ações de apoio diagnóstico, são realizadas por unidades de saúde de gerência municipal (Tabela 35), estadual e serviços privados credenciados ao SUS.

Com referência aos Serviços Ambulatoriais Especializados, a SEMUSA, possui o Serviço de Atendimento Especializado - SAE, Centro de Referência Saúde da Mulher e o Centro de Atenção Psicossocial- CAPS II.

Centro de Especialidades Médicas – CEM “Alfredo Silva”

Implantado em 06 de março em 2011, o Centro de Especialidades Médicas em sede própria foi construído no local onde antes funcionava durante quase duas décadas a Unidade de Saúde Alfredo Silva. Dispõem de 17 especialidades médicas dentre elas neurologia, cardiologia, nefrologia, urologia, oftalmologia, pneumologia, entre outras. Realiza procedimentos em dermatologia, bem como os Programas da Tuberculose e Hanseníase. Tanto a clínica médica e os programas são regulados



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



via sistema de informação e regulação – SISREG, sendo o agendamento feito na Unidade de Saúde diretamente via sistema on-line na internet.

Realizada exames laboratoriais de Microbiologia e Hematologia; e os exames de imagem, tais como: Radiologia, Ultrassonografia e Mamografia.

Serviço de Atendimento Especializado – SAE

O SAE foi implantado em 1997, na Policlínica Dr. Rafael Vaz e Silva e presta atendimento ambulatorial às pessoas vivendo com HIV e AIDS do município de Porto Velho. É referência para casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/AIDS e atendimento de casos de exposição ao material biológico.

Centro de Referência de Saúde da Mulher

O Centro de Referência de Saúde da Mulher tem como principal objetivo a prestação de serviços **na assistência integral a saúde da mulher em** pré natal de alto risco, prevenção e tratamento de câncer de útero e mama, colposcopia e ambulatório de ginecologia para inserção de DIU, atendimento as mulheres vítimas de violências e o desenvolvimento de políticas públicas que atendam as demandas específicas das mulheres.

Atenção Psicossocial Especializada

Sob a gestão desta Secretaria Municipal de Saúde até a presente existem, três serviços Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, respectivamente um para transtornos mental do público em geral, um destinado a infância e adolescência e um para acolher pessoas que fazem uso problemático de álcool, Crack e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes..

Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços substitutivos ao modelo de internação asilar, em regime de atendimento ambulatorial a pessoas com transtorno mental grave e persistente, antes estigmatizados como "loucos" e na modernidade "doentes mentais". Partimos do pressuposto que o modelo de manicomial e as antigas práticas hospitalares constituíam-se em ambientes antiterapêuticos, tanto em ideologia quanto em sua prática de isolamento social do doente mental. Por isso a



necessidade de criação de serviços especializados de base comunitária e voltados a inclusão social da pessoa em sofrimento psíquico intenso.

Os CAPS antes vistos como principal responsável e ordenador da estratégia de Saúde Mental no território ou região de saúde, deve ser compreendido atualmente como um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial, assim como a Estratégia de Saúde da Família, ampliando o acesso e cogestão da atenção psicossocial (Brasil, 2011).

Sendo assim, os CAPS:

- Ordenam o cuidado sob responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica;
- São constituídos por equipe multiprofissional (assistente social, clínico geral, enfermeiro, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacionais e profissionais de nível médio) e interdisciplinar;
- Funcionam em regime de tratamento para usuários: *Intensivo, Semi-intensivo, e Não-intensivo*;
- Desenvolvem o cuidado por meio de *Projeto Terapêutico Individual ou Singular* (PTIS), envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família;
- Priorizam espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe);
- Realiza acolhimento, acompanhamento longitudinal dos casos e prevenção a crise e recaídas.
- Atuam no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às Equipes SF e NASF; e
- Articulam ações com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes (assistência social, urgência e emergência, escolar, entre outras).

E mesmo pacientes que demandem remoção e internação em leito de saúde mental em Hospital Geral, devem prioritariamente ficar em período de no máximo 72 horas, buscando estabilizá-lo em detrimento de uma internação psiquiátrica de maior duração, evitando quebra de vínculos e criação de estigma.

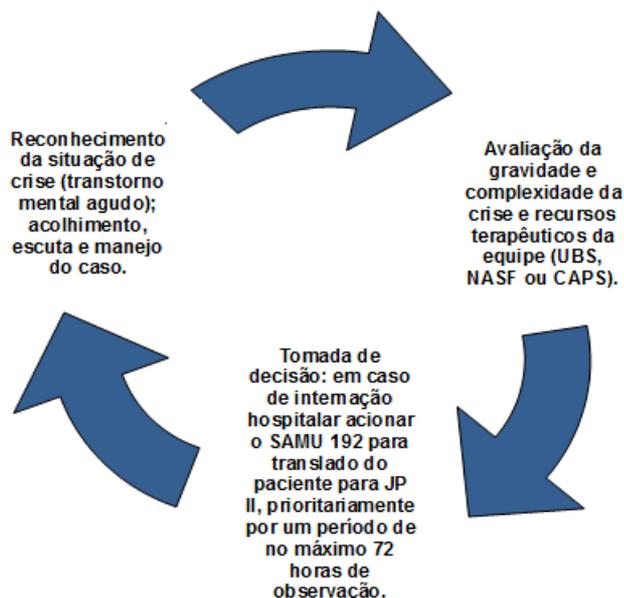


Figura 87- Protocolo de Atendimento a Situação de Crise Psiquiátrica.

As urgências e emergências configuram-se em quadros psiquiátricos graves como: crises graves de ansiedade, tentativas de suicídio, surtos psicóticos, intoxicações decorrentes do uso de álcool e drogas, associadas ou não a outras comorbidades clínicas, no qual o paciente está em grande confusão mental, agitação psicomotora ou agressividade auto e heterodirigida, que implica em risco de danos a si e a terceiros.

Nestes casos dificilmente o usuário tem como referência de porta de entrada a UBS ou CAPS na rede de urgência e emergência (RUE), pois em sua maioria os surtos ocorrem em âmbito domiciliar ou em ruas e áreas públicas, o que por si só demanda outras estratégias e ferramentas da RUE. O Município de Porto Velho, conta com 35 leitos psiquiátricos em Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, 01 Emergência Psiquiátrica no Hospital João Paulo II, todos de gestão estadual, que é referência para pacientes em situação de crise, com necessidade de internação.

2.4.3. Assistência de Urgência e Emergência

A assistência de urgência/emergência é realizada principalmente portas de entrada: (1) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 através de



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



uma Central Reguladora composta por médico regulador; (2) Pronto Atendimentos Tradicionais as “Policlínica”; (3) e as UPA's zona sul e zona leste, são unidades de saúde de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde / saúde da família e a rede hospitalar, devendo com estes pontos, compor uma rede organizada de atenção as urgências.

A organização da rede de atenção as urgências (Figura 87) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde.

São componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no território de Saúde de Porto Velho:

- Atenção Primária: Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Saúde da Família (USF);
- UPA 24h e Policlínicas;
- SAMU 192;
- Portas hospitalares de atenção às urgências – Pronto Socorro João Paulo II;
- Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos – Hospital de Base Ary Pinheiro;
- Atenção domiciliar – Melhor em Casa.



ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MAIOR RESOLUTIVIDADE

Figura 88- Organograma da Atenção da RUE.

2.4. 4. Serviço de Atendimento Móvel as Urgências – SAMU 192



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



O SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é um serviço de saúde, desenvolvido pelo Ministério da Saúde e em Porto Velho administrado pela Secretaria Municipal de Saúde. Este serviço é responsável pelo componente da Regulação dos atendimentos de Urgência, pelo Pré-Hospitalar do Sistema de Urgência e pelas transferências de pacientes graves. Faz parte do sistema regionalizado e hierarquizado, capaz de atender, dentro da região de abrangência todo enfermo, ferido ou parturiente em situação de urgência ou emergência e transportá-los com segurança e acompanhamento de profissionais da saúde até o nível hospitalar do Sistema. Além disto, intermédia, através da Central de Regulação Médica das Urgências, as transferências inter-hospitalares de pacientes graves, promovendo a ativação das equipes apropriadas à transferência do paciente.

Objetivos

- ✓ Assegurar a escuta médica permanente para as urgências, através da central de regulação médica das urgências, utilizando número exclusivo e gratuito;
- ✓ Operacionalizar o sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, no que concerne às urgências, equilibrando a distribuição da demanda de urgência e proporcionando resposta adequada e adaptada às necessidades do cidadão, através de orientação ou pelo envio de equipes, visando atingir todos os municípios da região de abrangência;
- ✓ Realizar a coordenação, a regulação e a supervisão médica, direta ou à distância, de todos os atendimentos pré-hospitalares;
- ✓ Realizar o atendimento médico pré-hospitalar de urgência, tanto em casos de traumas como em situações clínicas, prestando os cuidados médicos de urgência apropriados ao estado de saúde do cidadão e, quando se fizer necessário, transportá-lo com segurança e com o acompanhamento de profissionais do sistema até o ambulatório ou hospital;
- ✓ Promover a união dos meios médicos próprios do SAMU ao dos serviços de salvamento e resgate do corpo de bombeiros, da polícia militar, da polícia rodoviária, da defesa civil ou das forças armadas quando se fizer necessário;



- ✓ Participar dos planos de organização de socorros em caso de desastres ou eventos com múltiplas vítimas, tipo acidente aéreo, ferroviário, inundações, terremotos, explosões, intoxicações coletivas, acidentes químicos ou de radiações ionizantes, e demais situações de catástrofes;
- ✓ Manter, diariamente, informação atualizada dos recursos disponíveis para o atendimento às urgências;
- ✓ Prover banco de dados e estatísticos atualizados no que diz respeito a atendimentos de urgência, a dados médicos e a dados de situações de crise e de transferência inter-hospitalar de pacientes graves, bem como de dados administrativos;
- ✓ Realizar relatórios mensais e anuais sobre os atendimentos de urgência, transferências inter-hospitalares de pacientes graves e recursos disponíveis na rede de saúde municipal para o atendimento às urgências;
- ✓ Servir de fonte de pesquisa e extensão a instituições de ensino;
- ✓ Identificar, através do banco de dados da Central de Regulação, ações que precisam ser desencadeadas dentro da própria área da saúde e de outros setores, como trânsito, planejamento urbano, educação dentre outros;
- ✓ Participar da educação sanitária, proporcionando cursos de primeiros socorros à comunidade, e de suporte básico de vida aos serviços e organizações que atuam em urgências;
- ✓ Estabelecer regras para o funcionamento das centrais regionais.

Organização do SAMU

O SAMU tem a seguinte estrutura técnico-administrativa:

- ✓ Gerência;
- ✓ Coordenador Geral;
- ✓ Coordenador Clínico;
- ✓ Coordenador de Enfermagem;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



- ✓ Coordenador do N.E.P. (Núcleo de Educação Permanente);
- ✓ Supervisor de Frota.

Atualmente a unidade metropolitana do SAMU de Porto Velho possui 05 (cinco) ambulâncias em atividade, sendo 04 (quatro) unidades básicas e 01 (uma) unidade avançada. O SAMU é composto das seguintes equipes:

Equipe da Central de Regulação:

- ✓ Médicos reguladores;
- ✓ Técnicos auxiliares de regulação médica (T.A.R.M.);
- ✓ Controladores de Frota e Radio Operadores.
- ✓ Equipe das Unidades de Suporte Avançado:
- ✓ Médico Intervencionista;
- ✓ Enfermeiro Intervencionista;
- ✓ Conductor socorrista;
- ✓ Técnico em Enfermagem.

Equipes das Unidades Móveis de Suporte Básico:

- ✓ Técnico de Enfermagem;
- ✓ Conductor – socorrista.

Servidores do SAMU

Atualmente o SAMU possui em seu quadro o total de 123 servidores, conforme tabela abaixo: 15 assistentes administrativos; 04 auxiliar administrativo; 15 auxiliar de enfermagem; 04 auxiliar de serviços gerais; 01 diretor; 09 enfermeiros; 19 médicos; 25 técnicos de enfermagem; 30 motoristas e 03 técnicos de nível médio.



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

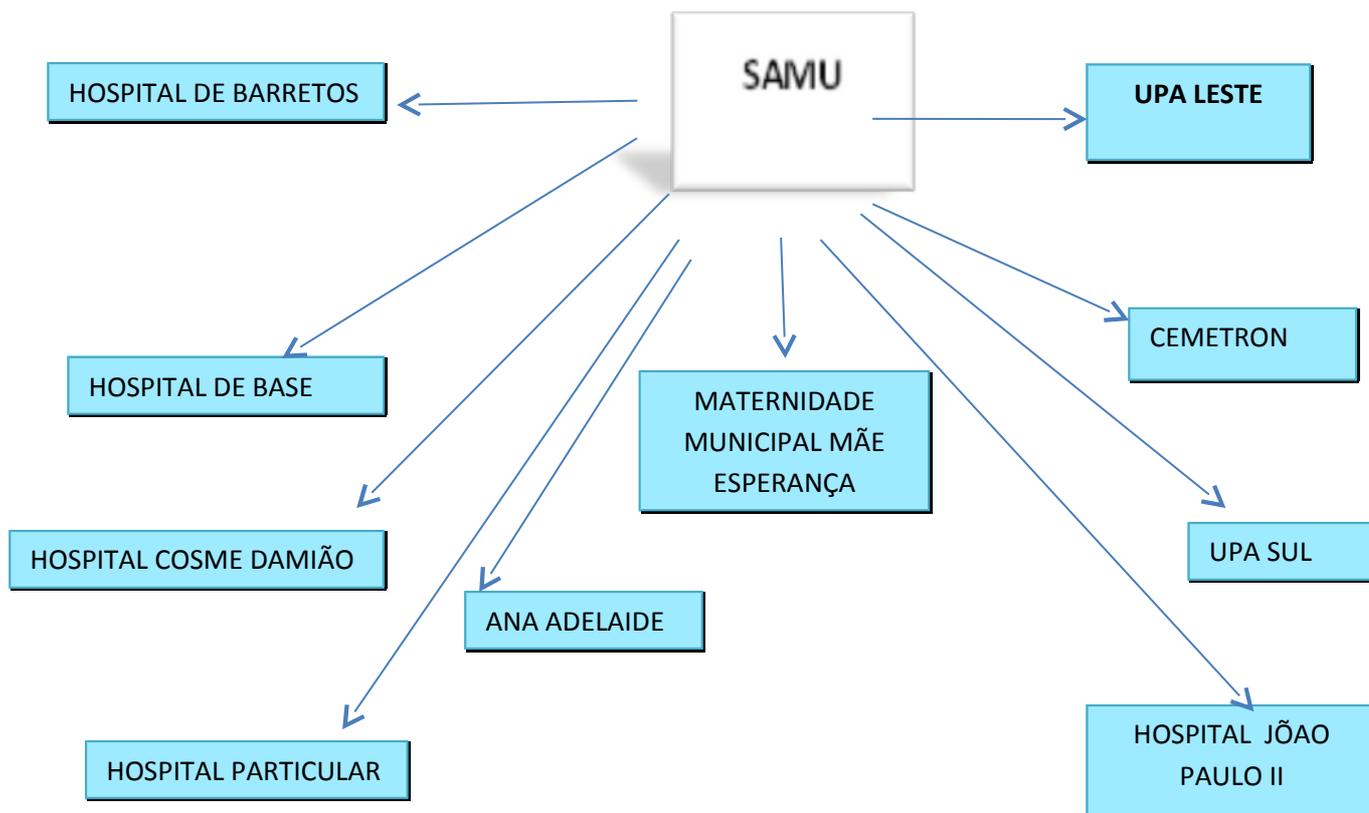


Figura 89- Fluxograma de Atendimento do SAMU

Quadro 2 - Ocorrências do SAMU, Janeiro a Dezembro de 2013, Porto Velho, RO.



Discriminação	Quantitativo
Atendimentos gênero masculino	9.530
Atendimentos gênero feminino	8.574
Remoções/Solicitação de Instituições	7.546
Ocorrências que não geraram Atendimentos	2.081
Atendimentos a Casos Clínicos	7.696
Atendimentos a Acidentes de Trânsito	4.105
Atendimentos realizados pela Unidade Básica	17.899
Atendimentos realizados pela Unidade Avançada	1.605
Atendimentos realizados durante o dia	10.942
Total de Atendimentos Realizados Durante a Noite	7.193
Total	18.356

2.4.5. Assistência Hospitalar

A assistência hospitalar no município de Porto Velho é desenvolvida por unidades sob gestão Estadual com exceção dos leitos referentes a Maternidade Municipal Mãe Esperança. Estas Unidades além de atenderem as necessidades de leitos municipais também recebem os encaminhamentos de média e alta complexidade dos demais municípios de Rondônia.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



O Hospital Pronto Socorro João Paulo II é a principal porta entrada para os serviços de internação no SUS e o único hospital de urgência e emergência, não só do município de Porto Velho, mas também do estado.

O Hospital de Base atua como hospital geral para diagnóstico e tratamento em clínicas especializadas e clínica cirúrgica. Recebe os pacientes encaminhados pelo Hospital João Paulo II e do ambulatório de especialidades estadual (Policlínica Oswaldo Cruz) para os casos de cirurgia eletiva e UNACON (Unidade de Internação Oncológica).

O Hospital Infantil Cosme e Damião possui porta aberta para as urgências e demais necessidades de internação pediátricas. O Centro de Medicina Tropical de Rondônia (CEMETRON) é a referência estadual para o serviço de internação das doenças tropicais e infecciosas.

A Maternidade Municipal Mãe Esperança é a referência para a assistência obstétrica. Inaugurada em julho de 2006, desde então como modelo de assistência ao parto humanizado, tendo recebido em 2010 o título da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), por ênfase nas ações humanizadas de atendimento aos binômios mãe e bebê. Não realizam a assistência as gestantes de risco, sendo estas parturientes encaminhadas ao Centro Obstétrico do Hospital de Base.

Com o objetivo de reduzir o número de gravidez “indesejada”, principalmente em adolescentes, o Hospital Maternidade Municipal Mãe Esperança e o Centro de Referência Saúde da Mulher são referência no Planejamento Familiar em procedimentos de especialidade (implantação de DIU, Vasectomia, Esterectomia e pequenos procedimentos cirúrgicos) para as parturientes e a população acima de 19 anos.

Complementando a rede de serviços de internação, o Estado mantém alguns leitos credenciados no Hospital Filantrópico Marcelo Cândia, que tem a característica de referência para tratamentos cirúrgicos em diversas especialidades e do Hospital Pan-Americano, privado, (para leitos de UTI). O Hospital Regina Pacis, privado, também possui três leitos de UTI neonatais credenciados para o SUS.

No Distrito de Extrema a aproximadamente 450 km de distância da cidade de Porto Velho, atua um Hospital Regional, também sob gestão estadual, com 34 leitos, para as necessidades de internações de natureza clínica ou de atenção ao parto, daquela localidade e adjacências.



Quadro 3 - Demonstrativo do Número de Leitos SUS por Unidade Hospitalar em
Porto Velho -2013

Leitos por Especialidades														
Tipo de Unidades	Clínica Geral	Oncologia	Obstetria	Pediátricos	Psiquiátrico	Cirúrgicos	UTI Adulto-Tipo II	UTI Neonatal tipo 2	UTIA-Pediátrica-Tipo II	UCI-Adultos	Unidade Intermediária Neonatal I	Unidade Isolamento	Outras Especialidades	Total
Hosp.d e Base	82	20	70	30	41	202	16	26	9	5	47	2		
Hosp.I PS.Jão o Paulo	110					32	40							
Hosp.I Cosme Damião	24			58								2		
CEMETRON	81			1			7						12	
Hosp.R egional Extrema	16		4	9		3								
Hosp.St a Marcelina						26								
Hosp.Maternidade Mãe Esperança			62	11		4					4			
Hospital Regina Pacis(p rívado credenciado)								03						
Total														

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-SCNES; Data base: Jan2014

2.5. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica Municipal está organizada dentro do nível da Secretaria Municipal de Saúde/SEMUSA da seguinte forma:



- i) Uma Divisão de Apoio a Farmácia/DAF, responsável pela Programação, Aquisição, Armazenamento e Distribuição de medicamentos as unidades básicas de saúde, unidades de atenção a procedimentos de média e alta complexidade e programas estratégicos;
- ii) 21 unidades de farmácias na zona urbana e 32 unidades de farmácia na zona rural nas unidades básicas saúde, atendendo as demandas do rol de medicamentos básicos, atualmente contemplando 128 itens;
- iii) 02 unidades de farmácias situadas em Prontos Atendimentos, 02 unidades de farmácias situadas nas UPAS e 01 Central SAMU para os quais são repassados medicamentos voltados à atenção as urgências/emergência;
- iv) 03 unidades de farmácias situadas nos Centros de Atenção Psicossocial –(CAPS Três Marias, CAPS AD e CAPS Infantil) para onde são dispensados os medicamentos de saúde mental, atualmente contemplando 42 itens;
- v) 01 unidade de farmácia situada na Maternidade Municipal Mãe Esperança/MMME;
- vi) atendimento as demandas de programas estratégicos, tais como: DST/AIDS, Planejamento Familiar, Hanseníase, Tuberculose, Toxoplasmose, Malaria, Leishmaniose, dentre outros e;
- vii) atendimento as demandas Assistência Social (Mandado Judicial).

3. Situações Determinantes e Condicionantes de Saúde

Porto Velho é um dos municípios de menor índice de saneamento básico no Brasil. Em torno de 3% a 5% conforme a fonte consultada. Escusado ressaltar a importância que tem para o município a elevação desses percentuais. Há de se citar a Lei Federal nº 11.445/2007, que dispõe sobre o saneamento básico e a elaboração, implementação, avaliações e articulações devendo ser urgentemente consideradas na agenda de ações governamentais da Prefeitura, mesmo sabendo ao se formular este cenário que se tem procurado fazer qualquer coisa a este respeito (PPA, 2013).



A universalização do saneamento ambiental é funda-

mental para a melhoria da qualidade de vida. Relaciona-se com várias áreas, é um tema de grande transversalidade e, para a saúde, chega a ser algo primordial. Como se conceber saúde com esgoto a céu aberto? Como se conceber a água, a concepção de alimentos, a brincadeira de crianças e o subsolo todo contaminado na água de poços devido à proximidade de fossas? Sem qualquer dúvida, a relação é inversamente proporcional, embora não tão visível quanto a outros problemas, certamente é um dos problemas mais sérios e graves de Porto Velho (PPA, 2013).

Ainda segundo o PPA (2013) Ninguém desconhece que Porto Velho experimentou acentuados níveis de crescimento econômico nos últimos anos devido a obras de porte gigantesco, notoriedade no país e elevados investimentos federais. Ninguém desconhece também que este crescimento não trouxe correspondente desenvolvimento, principalmente sustentável, para o município e as graves e contundentes consequências desse desequilíbrio já estão se fazendo notar e tendem a se acentuar.

4. Gestão em Saúde

O nível de gestão da SEMUSA atua de forma centralizada, com uma estrutura departamental, dividida entre a área técnica e administrativa. A área técnica é composta pelos departamentos com a responsabilidade de organizar e monitorar os níveis assistenciais da atenção a saúde (atenção básica e média complexidade), a área responsável pelo desenvolvimento das ações de vigilância (epidemiológica, controle de endemias e zoonoses e sanitária) e a área responsável pela organização das informações de produções das unidades (controle, avaliação e auditoria do sistema).

A área administrativa responsável pelas atividades meio, atua conjuntamente com o Fundo Municipal de Saúde, dando suporte ao desenvolvimento das ações da toda a rede municipal. Todos os departamentos estão diretamente ligados ao Gabinete, que também é composto por uma Assessoria técnica, que tem como função, além de apoiar o desenvolvimento das programações técnicas, auxiliar na produção de Planos e Projetos municipais que envolvem os vários setores da SEMUSA.



Não existe um setor específico pela área de planejamento na SEMUSA, sendo estas demandas assumidas parcialmente pela Assessoria Técnica, pelo Fundo Municipal de Saúde, Divisão de Convênios e algumas vezes, pelos próprios departamentos técnicos.

Entre as esferas de governo estadual e municipal existem compromissos que complementam a assistência a saúde aos munícipes de Porto Velho, uma vez que o Sistema Único de Saúde se consolida com ações realizadas por unidades gerenciadas sob os dois níveis de gestão. Porém, como a Programação Pactuada Integrada- PPI vigente foi construída em 2006, quando o município não desenvolvia uma gestão plena, esta não atende as demandas atuais do município, apontando para a necessidade de revisão e re-definição das programações.

Porto Velho é município pólo regional e estadual, porém das unidades municipais, Maternidade, CEM e UPAS está programada para receber usuários dos municípios da regional; outras unidades, como a Policlínica Rafael Vaz e Silva, também recebe usuários de municípios próximos, mas não existe uma regulação desses atendimentos, nem metas programadas em PPI. As unidades estaduais são as maiores receptoras das demandas regionais e estaduais, assumindo, portanto, a gestão dos recursos programados em PPI. A Regional de Saúde da qual o município faz parte, é formada, com representação estadual e dos gestores municipais.

O Conselho Municipal de Saúde se reúne regularmente, formado por 16 organizações, mantendo os percentuais constitucionais, para as representações. Todos os planos e projetos da SEMUSA são apresentados em suas reuniões para aprovação. A última Conferência Municipal de Saúde foi realizada em 2011, e suas propostas estarão sendo incorporadas neste Plano.

A força de trabalho da SEMUSA, segundo a divisão de recursos humanos, é composta por 3570 servidores, conforme demonstrado no Quadro 4.

Quadro 4- Recursos Humanos Existentes na SEMUSA, 2014.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Quantidade
Administrador Hospitalar	3
Agente Comunitário de Saúde	2
Agente Administrativo	2



Agente Comunitário de Saúde	452
Agente de Combate a Endemias	178
Agente de Man. Infantil Est. Escolar	1
Agente de Saúde	1
Agente de Secretaria Escolar	1
Agente de Serviços Gerais	1
Agente de Vigilância Escolar	1
Agente em Atividades Administrativas	2
Arquiteto	1
Artífice Especializado	8
Assessor	1
Assessor Técnico de Farmácia	1
Assistente Administrativo	194
Assistente Social	24
Auxiliar de Laboratório	119
Auxiliar de Odontologia	38
Auxiliar de Serviços de Saúde	188
Auxiliar de Serviços Gerais	243
Auxiliar de Serviços Sociais	4
Auxiliar de Serviços Veterinários	19
Auxiliar Administrativo	74
Auxiliar de Atividade Administrativa	2
Auxiliar de Enfermagem	165
Auxiliar de Farmácia	31
Biomédico	47
Bioquímico	61
Chefe de Divisão	4
Comandante Fluvial	2
Cozinheiro Fluvial	1
Diretor Centro de Saúde	12
Diretor de Policlínica	3
Diretor do Centro de Apoio Psicossocial – Caps i ou CAPS	1
Economista	1
Encarregado de Serviços Gerais	4
Enfermeiro	233
Engenheiro Agrônomo	1
Engenheiro Civil	1
Farmacêutico	16
Fiscal Municipal de Vigilância Sanitária	30
Fisioterapeuta	11
Fonoaudiólogo	3
Gari	27
Marinheiro Auxiliar Fluvial	10
Marinheiro Fluvial	8
Mecânico de Automóvel	3
Médico	350
Médico Veterinário	9
Merendeira Escolar	4
Motorista	111



Nutricionista	6
Odontólogo	140
Oficial de Manutenção	1
Oficial Legislativo	1
Operador de Maquinas Pesadas	3
Professor	4
Programador de Aplicação	2
Psicólogo	23
Secretária Executiva	1
Secretário Municipal	1
Técnico em Higiene Dental	5
Técnico de Nível Médio	37
Técnico em Enfermagem	473
Técnico em Higiene Dental Escolar	1
Técnico em Laboratório	30
Técnico em Radiologia	51
Vigia	81
TOTAL	3570

Fonte:DRH/SEMUSA Dia /02/2014

Para apoiar as ações de educação em saúde voltada a grupos populacionais, a SEMUSA mantém um Núcleo Interinstitucional de Educação em Saúde – NIEMSUS que coordena as ações aliados às áreas técnicas de vigilância e assistência a saúde.

Quanto à informação em saúde, embora a SEMUSA mantenha atualizados os bancos de dados (Quadro 4) dos principais sistemas de vigilância dos indicadores de atenção básica, epidemiológicos e de produção de serviços; estes operam, em sua maioria, de forma centralizada, uma vez que as unidades de saúde não estão aparelhadas suficientemente para participarem deste processo. Faltam equipamentos de informática e acesso a internet nas Unidades de Saúde.

Quadro 5 - Demonstrativo dos bancos de dados alimentados na SEMUSA, Porto Velho, 2013

Sistemas de Informações	Área Técnica Responsável
SIM (Sistema de Informação de Mortalidade)	DVEA
SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos)	DVEA
SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)	DVEA
SIVEP_malaria (Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica)	DVEA e DCZ



SIVEP_gripe (Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica)	DVEA
VIVA – Vigilância de violências e acidentes em serviços sentinela	DVEA
SAI (Sistema de Informação Ambulatorial)	DRAC
SIS – FAD (Sistema de Informação de Vigilância da Febre Amarela e Dengue)	DCZ
SIH (Sistema de Informação Hospitalar)	DRAC
CNES (Cadastro de Estabelecimentos de Saúde)	DRAC
SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica)	DAB
SIS-Pré Natal (Sistema de Informação de Assistência Pré-Natal) Hipertensão (Sistema de Monitoramento de Hipertensos e diabéticos)	DPE
SIS - COLO (Sistema de Informação de Prevenção de Câncer do colo)	DPE
SIS - MAMA (Sistema de Informação de Prevenção de Câncer de mama)	DPE
SIS-PNI (Sistema de Informação do PNI)	Divisão de Imunização

5. Formulação das Diretrizes, Objetivos e Metas

Eixo I: Atenção Básica

Uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo Federal é a atenção básica, enquanto um dos eixos estruturantes do SUS. Entre os seus desafios atuais destacam-se o acesso e o acolhimento, a resolutividade de suas práticas, recrutamento, provimentos e fixação de profissionais, capacidade de gestão e coordenação do cuidado.

Esta é uma das principais portas de entrada do sistema e deve ser capaz de dar respostas “positivas” aos usuários do SUS, não somente como um lugar



burocrático e obrigatório de passagem para outro tipo de serviços, mas uma atenção capaz de dar respostas às necessidades dos usuários.

É neste nível de atenção que as equipes deverá ser capaz de perceber as peculiaridades de cada situação, buscando utilizar-se de todas as tecnologias para aliviar sofrimentos, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, construir autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono (BRASIL, 2011).

Neste Eixo foram contempladas as seguintes diretrizes:

1. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Porto Velho
2. Fortalecer as equipes de Atenção Básica para diagnóstico precoce, acompanhamento e cura das doenças transmissíveis e não-transmissíveis
3. Viabilização do acesso dos usuários aos serviços e benefícios
4. Fortalecimento da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente
5. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Porto Velho

EIXO I - ATENÇÃO BÁSICA

Diretriz 1: Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Porto Velho

Objetivos	Metas	Área responsável	Parcerias	Indicadores de referência/meios de verificação
1. Promover a expansão e a consolidação da Estratégia Saúde da Família	Ampliar a cobertura da ESF em 35%;	DAB, DE-MAC, GAB	SEMAD e MS	Nº de equipes implantadas x proporção de equipes implantadas por ano
	Implantar 02 consultórios na rua;			Nº de serviços implantados x 100%
	Implantar 03 núcleos de apoio à saúde da família;			Nº de serviços implantados x 100%



	Implantar 08 academias da saúde;			Nº de serviços implantados x 100%
	Implantar Telessaúde Redes em 60% das Unidades da Atenção Primária à Saúde			Nº de serviços implantados x 100%
2. Reorganizar os processos de trabalho das ESF	Realizar 10 Oficinas de qualificação da Atenção Primária à Saúde	DAB, DEMAC, DRAC, DVEA	NIEM-SUS	Nº de oficinas realizadas/10 (x 100%)
3. Estruturar a rede de Atenção Primária à Saúde	Construir 04 Unidades de Saúde	DAB, Engenharia e DA	Divisão de Convênios	Nº de unidades construídas/4 (x100%)
	Reformar 32 Unidades de Saúde	DAB, Engenharia e DA	Divisão de Convênios	Nº de unidades reformadas/32 (x 100%)
	Manter a estrutura física de 100% das Unidades de Saúde	DAB, Engenharia e DA	Divisão de Convênios	Nº de Unidades mantidas/ Nº de Unidades Existentes (x 100%)
	Implantar o E-SUS em 60% das Unidades de Saúde até 2017.	DAB, Engenharia e DA	SEMAD	Nº de Unidades implantadas x 100%
	Implantar o "Serviço de Acolhimento" do usuário em 60% das unidades de saúde.	DAB	NIEM-SUS	Nº de Unidades com serviço implantado x 100%, % de atendimento de classificação verde e azul nas UPAs
	Implantar núcleos de vigilância em saúde na rede de Atenção Primária à saúde em 100% das UBS	DAB e DVEA	UBS	Nº de núcleos implantados/total de UBS x 100%
	Inserir o agente de combate de endemias em 100% das ESF	DAB e DCZ	SEMAD	Nº de ACE inseridos nas ESF/total de ESF x 100
Implantar 01 equipe de monitoramento e avaliação da Atenção Primária à Saúde	DAB		Equipe implantada X 100	

Diretriz 2: Fortalecer as equipes de Atenção Básica para diagnóstico precoce, acompanhamento e cura das doenças transmissíveis e não-transmissíveis



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

			UBS	Nº de
1. Diagnosticar precocemente os casos de doenças transmissíveis	Diagnosticar precocemente 100% os casos de tuberculose	DVEA, DAB, DPE e DAD		contatos examinados de TB/ Nº de contatos registrados de TB
	Assegurar em 100% os exames de Teste Rápido para HIV nos casos novos de Tuberculose;			Nº de laboratório com capacidade instalada para BAAR/nº de laboratórios existentes
	Capacitar 50% dos enfermeiros em teste tuberculínico (PPD)			Nº profissional capacitados em TB/nº de profissionais existentes na rede (x100)
	Garantir em 100% o diagnóstico precoce dos casos de Hanseníase;			Exames de Raio X Solicitados/Exames de Raio X Realizados X 100
2. Acompanhar os casos diagnosticados com tuberculose	Examinar 100% dos contatos registrados de tuberculose	DAB		Nº de teste rápido realizado nos casos novos de TB/ Nº de casos novos de TB
				Nº de enfermeiros capacitados em TT/2 Dividido pelo Nº de enfermeiros da rede
				Nº de profissionais capacitados/ nº de profissionais contratados x 100
				Nº de casos not. Examinados/nº de casos not. Registrados x 100 Nº de dose disponibilizadas/mês, dividido por nº de casos/mês
				Nº de contatos bacilíferos examinados/nº de contatos bacíferos registrados x 100



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

3. Assegurar o acesso oportuno aos usuários diabéticos e hipertensos na Atenção Primária em Saúde	Acompanhar 100% os casos de tuberculose.	DAB/ DPE		Nº de casos acompanhados/ nº total de casos notificados x 100
	Diagnosticar 35% dos casos de hipertensão arterial e 11% dos casos por <i>Diabetes Mellitus</i> e 100% dos casos cadastrados nas áreas cobertas da ESF;			Proporção de diabéticos cadastrados Proporção de hipertensos cadastrados SHIPERDIA/SIAB
	Implantar Sistema de informação para controle e monitoramento do Hiperdia em 100% das UBS;			Nº de unidades implantadas/Total de UBS x100 RAG
	Garantir aos usuários cadastrados nos programas HIPERDIA e Diabetes nas UBS o acesso a atenção especializada através do Fluxo de Referência regulado;			Nº de pacientes atendidos pela regulação/ Nº pacientes cadastrados encaminhados SIA
4. Garantir o acompanhamento de casos com diagnóstico de Hanseníase	Garantir 100% do tratamento medicamentoso aos usuários diagnosticados;	DAB/FARMÁCIA BÁSICA		Nº de casos MH em tratamento em dia/nº total de casos de MH notificados x 100.
	Avaliar o grau de incapacidade física em 100% no diagnóstico e na alta.	DAB		Nº de casos MH examinados/nº total de casos MH notificados x 2
5. Fortalecer as linhas de cuidado da Saúde da Mulher;	Fortalecer as linhas de cuidados no pré-natal, sendo 70% para gestante de baixo risco e 50% para gestante de alto risco;	DAB, DPE, DEMAC, DAD, DRAC, DAF	MS, SEMAS	nº de gestantes de baixo risco/total de gestantes x 100, nº de gestantes de alto risco/total de gestantes x 100%
	Assegurar o percentual de 0,25% de realização dos exames de prevenção ao câncer de colo de útero a mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos;			nº de exames realizados/ 1/3 da faixa etária de mulheres x 100%



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

	Assegurar o percentual de 0,07% de mamografia de rastreamento às mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos;			$\frac{\text{n}^\circ \text{ de exames realizados}}{1/3 \text{ da faixa etária de mulheres}} \times 100\%$
	Disponibilizar os métodos contraceptivos a 100% das UBS;			$\frac{\text{n}^\circ \text{ de mulheres atendidas}}{\text{total de mulheres}} \times 100$
	Reduzir em 5% a mortalidade materna infantil através da implantação da Rede Cegonha	DAB/DPE	MS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestante no ano}}{\text{n}^\circ \text{ de óbitos maternos}}$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos}}{\text{n}^\circ \text{ de óbitos infantil}}$
6. Expandir a Rede de serviços odontológicos no município	Ampliação em 35 % das Equipes de Saúde Bucal;	GAB/DAB/DSB	SEMAD, SEMFAZ	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de equipes ampliadas}}{\text{total de equipes}} \times 100$
	Aquisição de 100% de novos equipamentos para garantia da expansão da rede			$\frac{\text{N}^\circ \text{ de consultório equipado}}{\text{n}^\circ \text{ de consultório existente}}$
	Ampliação dos Recursos Humanos em Saúde Bucal, com vistas à parametrização 01 ESB para 01 ESF			$\frac{\text{Total de ESF com ESB}}{\text{total de ESF}} \times 100$
7. Prevenir os agravos das doenças imunopreveníveis	Garantir a vacinação e imunização em 95% da população de 0 a 4 anos, 11 meses e 29 dias;	DAB/DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO	MS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de doses na faixa etária de 0 a 4 anos}}{\text{N}^\circ \text{ de crianças na faixa etária de 0 a 4 anos}} \times 100$
	Imunizar 80% de idosos, gestantes e profissionais de saúde;			$\frac{\text{N}^\circ \text{ de doses em idosos}}{\text{n}^\circ \text{ de idosos existentes}}$
	Introduzir no calendário vacinal as novas vacinas disponibilizadas pelo MS;	DAB/DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO	MS	Nº de vacinas introduzida
	Adquirir novos equipamentos para garantia da expansão da rede de imunização	DAB/DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO		$\frac{\text{N}^\circ \text{ de salas de vacinas equipadas}}{\text{N}^\circ \text{ de sala vacinas existente}}$



8. Implantar o sistema de registro do vacinado SI-PNI	Implantar o sistema de informação SI-PNI, em 100% nas salas de vacinas;	DAB/DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO	MS	Nº de salas de vacinas com SI-PNI/Nº de sala vacinas existentes
	Capacitar 100% profissionais que atuam na sala de vacina no sistema de informação de imunobiológicos para atender as salas de vacinas;	DAB/DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO	MS	Nº de profissionais capacitados em sala de vacina/Nº de técnicos em enfermagem da rede municipal
9. Implantação da REDE DE FRIO Municipal	Construir a rede de frio de acordo com normas MS/PNI até 2015;	DAB/DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO	Engenharia/MS	Nº de Rede de Frio Municipal
	Estruturar a rede com equipamentos específicos para a conservação de imunos;			
Diretriz 3: Viabilização do acesso dos usuários aos serviços e benefícios				
Objetivos	Metas	Área responsável	Parcerias	Indicadores de referência
8. Viabilização do acesso aos serviços e benefícios	Garantir o atendimento em 100% das solicitações de acesso aos serviços de saúde	DSS	DAB, DEMAC, DRAC, DAF, DA	Nº de solicitações/total de solicitações atendidas x 100
	Garantir o atendimento em 100% das solicitações por benefícios eventuais vinculados à política de saúde			
9. Fomentar a criação de Conselhos Locais de Saúde	Estimular a criação de 05 Conselhos Locais de Saúde (Zona Leste, Zona Sul, Zona Central, Distritos - terrestre e fluvial);	DSS, DAB e DEMAC	CMS	Nº de Conselhos criados
Diretriz 4: Fortalecimento da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente				
Objetivos	Metas	Área responsável	Parcerias	Indicadores de referência



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

1. Assegurar a suplementação de Vitamina A para menores de 5 anos e puérperas	1. Assegurar a suplementação de vitamina A (carências de micronutrientes) em crianças na faixa etária de 6 meses a 11 meses e 29 dias, sendo 7092 crianças anualmente.	Coord. Alimentação e Nutrição. Saúde da Criança. Saúde da mulher, DPE, DAB	DAB/DP PE/MS	(nº de crianças na faixa etária de 6 a 11 meses suplementadas/crianças na faixa etária de 6 a 11 meses) x 100
	2. Assegurar à suplementação de vitamina A (carências de micronutrientes) de crianças na faixa etária de 12 meses a 59 meses de idade, sendo 1ª dose: 20.607 crianças anualmente e 2ª dose: 11.775 crianças anualmente.		DAB/DP E/MS	(número de crianças na faixa etária de 12 a 59 meses suplementadas/crianças na faixa etária de 12 a 59 meses) x 100
	3. Acompanhamento de suplementação de vitamina A em mulheres no pós-parto imediato.		DAB/DP E/MS	(número de puérperas suplementadas/número de mulheres puérperas) x 100.
	4. Acompanhamento de suplementação de vitamina A em mulheres no pós-parto imediato, sendo 4853 mulheres anualmente.		DAB/DP E/MS	(número de puérperas suplementadas/número de mulheres puérperas) x 100.
2. Assegurar a suplementação de Ferro para crianças de 6 meses a 18 meses, gestantes e puérperas	1. Acompanhamento de crianças com suplementação de Ferro na faixa etária de 6 a 18 meses de idade, sendo 1.136 crianças.	Coord. Alimentação e Nutrição. Saúde da Criança. Saúde da mulher, DPE, DAB	DAB/DP E/MS	(número de crianças na faixa etária suplementadas/número de crianças na faixa etária específica) x 100.
	2. Acompanhamento de gestantes com suplementação de Ferro e ácido fólico, sendo 5.654 gestantes.		DAB/DP E/MS	(número de gestantes suplementadas/número de gestantes cadastradas) x 100.
	3. Acompanhamento de mulheres nutrízes no pós-parto com suplementação de ferro, 5.654 gestantes.		DAB/DP E/MS	(número de puérperas suplementadas/número de mulheres puérperas) x 100.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

3. Implementar a Rede Amamenta e Alimenta Brasil.	1. Assegurar 100% da implantação das Redes	Coord. Alimentação e Nutrição. Saúde da Criança. Saúde do Adolescente. Saúde da Mulher.	DAB/DPE/MS	Nº de Rede Amamenta em funcionamento Nº de Rede Alimenta Brasil em funcionamento
4. Implementar a Rede Cegonha no nível municipal e hospitalar.	a) Garantir que 100% das unidades de saúde e Maternidade Municipal Mãe Esperança façam parte da Rede.		DAB/DP E/MS	Nº da Rede Cegonha em funcionamento
	b) Implantar 01 posto de coleta de leite humano na zona sul de Porto Velho	Coord. Alimentação e Nutrição. Saúde da Criança./Coordenação Saúde da Mulher	DAB/DP E/MS	Número de posto de coleta implantado/números de postos de coletas existentes) x100.
5. Implementar a Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)	100% das Unidades de Saúde com SISVAN implantados	Coord. Alimentação e Nutrição. Saúde da Criança. Saúde do Adolescente. Saúde da Mulher.	DAB (NASF/Saúde da Família) DPE DEMAC	(número da população por ciclo de vida cadastrado no sisvan/número da população residente) x 100
6. Implementar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 2 anos	Garantir 60% do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 2 anos	Coord. Alimentação e Nutrição. Saúde da Criança. Saúde do Adolescente.	DAB/DP E	% de aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses % de crianças com vacina em dia % de crianças com baixo peso % de crianças pesadas
7. Implementar as Cadernetas da Saúde do	Garantir 100% da distribuição das cadernetas;	UNIDADES DE SAÚDE, DAB\DP E, PSE	AGEVISA, SEMED, SEDUC	nº de atendimento Cadernetas distribuídas/total de adolescentes existentes x 100



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

Adolescente para as USF.	Capacitar 100% dos ACS quanto ao uso da Caderneta;			Nº de ACS Capacitados/ total de ACS x 100.
	Garantir que os professores de Ensino Fundamental e Médio tenham conhecimento e habilidade no uso da Caderneta;			Nº professores de nível fundamental e médio do PSE capacitados/ total de professores x 100
8. Implantar o Programa Saúde do Escolar nas Unidades de Saúde da Família	Acompanhar 80% dos escolares cadastrados no Programa Saúde do Escolar	Coord. Alimentação e Nutrição.	DAB/SE-MED	Nº de escolares acompanhados pelo PSE/Nº de escolares cadastrados no PSE

Diretriz 5: Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Porto Velho

Objetivos	Metas	Área responsável	Parcerias	Indicadores de referência
SAÚDE DO HOMEM				
1 – Implantar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em Porto Velho	Garantir 50% de participação dos homens nas ações desenvolvidas nas UBS da cidade;	1-DAB/ DPE-COORDENAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	DAB/ DPE-COORDENAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	1 Nº de homens atendidos/nº de homens cadastrados (X100)
2- Implantar o Pré-Natal do Papai em Porto Velho.	Garantir 50% de participação da população masculina durante o pré-natal de suas parceiras em 03 UBS;	DAB/ DPE-COORDENAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	1-DAB, DPE,	
	Capacitar 100% das equipes de saúde da família sobre a Política Nacional de Saúde do Homem	2-DPE/DAB	2-MATERNIDADE/COORD. HUMANIZAÇÃO	Nº de EqSF capacitadas/ Nº de EqSF existentes x(100)
3- Garantir a população MASCULINA os exames de HIV, Sifi-	Ofertar exames de PSA a toda população masculina de 45 a 69 anos;	COORDENAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	DAB/DPE	Nº de exames realizados em homens de 45 a 69 anos/ 1/3 da população masculina desta faixa etária



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

lis, Hepatites e de PSA nas UBS;	Realizar rastreamento de Câncer de Próstata em 30% da comunidade masculina de Porto Velho	COORDENAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	DAB/DPE	Nº de exames realizados em homens de 45 a 69 anos/1/3 da população masculina desta faixa etária.
	Ofertar testes rápidos a 50 % população masculina por meio de ações integrais em Porto Velho;	COORDENAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	DAB/DPE/DVEA	Nº de homens cadastrados e acompanhados/ número de atendimentos/números de casos de câncer de próstata e de pênis notificados.
4- Implantar o Centro de Referência em Saúde do Homem de Porto Velho.	Atender a demanda masculina e reduzir em 10% os casos de Câncer de Próstata e Pênis, HIV/AIDS, Hepatites, HPV, Condilomatoses, Doenças Coronarianas.	A - DPE-COORDENAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	DAB/DPE DE-MAC/DVEA/EA/	Numero de atendimentos /nº de homens cadastrados (x100) Numero de atendimentos /nº de homens acompanhados (x100) Numero de casos de câncer de próstata notificados Numero de casos de câncer de pênis notificados
5- Garantir a prática do auto-cuidado na população masculina, através da informação, educação e comunicação.	Elaborar material de divulgação da Política para o público em geral, em particular para os homens, com vistas à mobilização, respeitando as especificidades de comunicação.	COORDENAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	DAB/DPE/DVEA/NIEM-SUS	Nº de folders distribuídos/população total de PVH
6-Publicizar a política de SAÚDE do Homem de Porto Velho	Realizar um seminário sobre a política de saúde do homem em Porto Velho.	COORDENAÇÃO SAÚDE DO HOMEM	DAB/DPE/NIEM-SUS	



Eixo II: Média e Alta Complexidade

Os Serviços assistenciais de média complexidade são componentes importantes para o Sistema de Saúde, pois atuam dando suporte as ações de atenção básica, assim como interagem com os níveis de maior complexidade do sistema, selecionando os problemas que requerem uma assistência mais especializada, ao mesmo tempo em que resolve aqueles capazes de resposta no primeiro nível de complexidade.

Em Porto Velho, o momento atual exige da gestão municipal uma reorganização deste nível de atenção, com projetos inovadores que possam dar resultados positivos e respondam ao impacto do crescimento populacional.

A reestruturação visa fortalecer a oferta de serviços especializados, sendo eles, atenção hospitalar obstétrica, clínica especializada, apoio diagnóstico e assistência ambulatorial de urgência/emergência, tornando os serviços municipais resolutos, diminuindo a contratualização de serviços privados. Além da redução dos serviços contratualizados, pretende-se diminuir a demanda ambulatorial dos munícipes de Porto Velho ao Pronto Socorro João Paulo II.



Centro de Especialidades Médicas e dos serviços Diagnóstico, o município de Porto Velho ampliará sua capacidade resolutiva de respostas às demandas.

A SEMUSA também investirá em sua rede diagnóstica laboratorial, construindo o Laboratório Central Municipal.

Neste Eixo foram contempladas as seguintes diretrizes:

1. Implantação da Rede Cegonha com ampliação da oferta dos serviços na Maternidade Municipal Mãe Esperança;
2. Ampliação e Garantia do acesso à população aos serviços laboratoriais de qualidade e em tempo adequado;
3. Fortalecimento da Assistência Pré-hospitalar (Rede de Atenção às Urgências e Emergências);
4. Ampliação dos Serviços de Reabilitação;
5. Expansão dos serviços no Ambulatório Especializado e implantação de novos procedimentos de Média Complexidade;
6. Expansão do serviço de diagnóstico por imagem;
7. Melhorar a qualidade dos serviços na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).



EIXO II - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Diretriz 1: Implantação da Rede Cegonha com ampliação da oferta dos serviços na Maternidade Municipal Mãe Esperança

Objetivos	Metas	Área responsável	Parcerias	Indicadores de referência
1. Ampliar a Maternidade Municipal em sua estrutura física	Construir 01 (uma) UTI Neonatal anexa à Maternidade;	DEMAC, Engenharia, DICON	MS	60% das obras em processo de conclusão no ano de 2015
	Construir 04 (quatro) enfermarias, 01 (um) auditório e 01 (uma) sede do COREME;			80% das obras em processo de conclusão no ano de 2016.
	Construir 01 (uma) Casa da Gestante, puérpera e bebê anexa à Maternidade;			Obra em processo de acabamento e entregue até o mês de maio
2. Reestruturar as notificações da rede cegonha na maternidade	Notificar 100% das violências sexual, sífilis em gestante e outras violências	DMAC/DVE A	MS	Número de notificações encaminhadas aos conselhos de direitos, delegacias e demais órgãos de proteção.
3. Ampliar a oferta dos procedimentos cirúrgicos no ser-	Aumentar em 30% a oferta de procedimentos cirúrgicos eletivos (laqueadura e vasectomia) no planejamento familiar;	DEMAC, MMME, Residência Médica	MS, DAB, SESAU	Número de procedimento cirúrgicos de 2009/2013



viço de ginecologia e no planejamento familiar	Ampliar em 05 leitos destinados às cirurgias ginecológicas;			pelo número de procedimentos cirúrgicos eletivos (laqueadura e vasectomia) no planejamento familiar do período de 2014/2017) Número de leitos atuais destinados às cirurgias ginecológicas de 2009/2013 pelo número de leitos ampliados destinados às cirurgias ginecológicas no período de 2014/2017.
4. Fortalecer a Assistência Materna Infantil na MMME	Implantar as ações de acolhimento em 100% da MMME, conforme a Política Nacional de Humanização - PNH;	DEMAC/MME/Residência Médica	MS, DAB, SESAU	Número de acolhimentos da MMME de 2009/2013 por número de acolhimentos da MMME de 2014/2017.
	Implantar em 100% a "Classificação de Risco em Urgências Obstétricas;	DEMAC, MMME, Residência Médica	MS, DAB, SESAU	Porcentagem atual de classificação em urgência obstétrica por número de unidade implantadas com "Classificação de risco em Urgências Obstétricas" no período de 2014/2017.
Diretriz 2: Ampliação e Garantia do acesso à população aos serviços laboratoriais de qualidade e em tempo adequado				
Objetivos	Metas	Área respon-	Parcerias	Indicadores de



		sável		referên- cia
1. Fortalecer e Expandir os serviços de exames laboratoriais de baixa e média complexidade	Realizar 01 Contrato de Manutenção para Equipamentos da rede de laboratórios nas unidades de saúde;		DAD/DE-MAC	Contrato atual de manutenção para equipamentos da rede de laboratórios por contrato celebrado para o período de 2014/2017.
	Adquirir 03 equipamentos automatizados para as unidades de urgência e emergência;		DAD/DE-MAC	Número de equipamento automatizado para unidade de urgência e emergência por número de equipamento adquirido para o período de 2014/2017.
	Implantar 03 Bases para a Centralização dos exames de baixa complexidade nas regiões: (01)zona sul, (01)zona leste e (01)zona norte no ano de 2014;	DAD / DE-MAC	DAD/DE-MAC	Número de bases para centralização dos exames de baixa complexidade por número de bases para centralização de exames no período de 2014.
	Aumentar em 50% a oferta de exames laboratoriais em cada Base;		DAD/DE-MAC	Número de exames laboratoriais ofertados em cada base por número de exames ofertados no período de 2014/2017.
2. Fortalecer as ações de prevenção do Câncer de Mama	Assegurar em 0,07% a oferta do número de coleta de exames de citologia mamária.	DAD / DMAC/Centro de Referência da Mulher	MS	Número de oferta atual de exame de citologia mamária por número de exame de cito-



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

Objetivos	Metas	Área responsável	Parcerias	Indicadores de referência/meios de verificação
				logia mamária no período de 2014/2017.
3. Assegurar os exames necessários para implantação da Rede Cegonha	Reduzir em 5% a mortalidade materna.	DPE/DAD/ DEMAC/DAB	MS / DVEA / SESAU	Número de óbitos maternos no período de 2009/2013 por número de óbitos 2014/2017
Diretriz 3: Fortalecimento da Assistência Pré-hospitalar (Rede de Atenção às Urgências e Emergências)				
Objetivos	Metas	Área responsável	Parcerias	Indicadores de referência/meios de verificação
1. Reestruturar o Quadro de Recursos Humanos das UPAs 24 Horas e PA	Garantir a contratação dos profissionais de saúde para suprir a necessidade dos serviços;	Gabinete/SE MAD	MS/Gabi- nete/SE- MAD	Número de profissionais nas unidades de saúde por número de atendimentos realizados e na lista de espera.
2. Assegurar a funcionalidade do Pronto Atendimento na Rede de Urgência e Emergência no distrito de Jaci-Paraná	Estruturar 01 (uma) Unidade Avançada de Pronto Atendimento no Distrito de Jaci-Paraná;	DMAC/Enge- nharia/DI- CON	MS/SE- MUSA	Situação da Unidade Avançada de Pronto Atendimento no Distrito de Jaci Paraná no período de 2009/2013 por estrutura adquirida no período de 2014/2017.
	Adquirir 100% de equipamentos mobiliários, materiais e insumos para a Unidade;	DMAC/DAD	MS	Número de equipamentos adquiridos no período de 2009/2013 por número de equipamentos adquiridos no período de 2014/2017.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

3. Assegurar a manutenção das Unidades de Saúde	Contratar serviços de sanitização do ambiente e qualidade do ar, melhorando em 100%;	DEMAC, DA	MS, DAB, SESAU	Contrato atual dos serviços de sanitização e qualidade do ar por contrato celebrado para o período de 2014/2017.
	Garantir em 100% a manutenção do serviço de processamento e lavagem da rouparia das Unidades;		MS, DAB, SESAU	Contrato atual serviço de processamento e lavagem de rouparia das unidades por contrato celebrado para o período de 2014/2017.
	Garantir em 100% a contratação do serviço de recolhimento dos RSSS;		MS, DAB, SESAU	Contrato atual do serviço de recolhimento dos RSSS por contrato celebrado para o período de 2014/2017.
	Garantir em 100% a manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos das Unidades de Saúde;		MS, DAB, SESAU	Contrato atual de manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos das Unidades de Saúde por contrato celebrado para o período de 2014/2017.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

4. Fortalecer as Ações de Acolhimento nas UPAs, conforme o Programa Nacional de Humanização - PNH	Reduzir o tempo médio de espera dos usuários classificados "verdes" nas UPAs para até 3 horas;	DMAC, DAB E DRAC	DMAC, DA B e DRAC	Tempo média de espera atual dos usuários classificados "verdes" nas UPAs por tempo de espera dos usuários classificados "verde" nas UPAs no período de 2014q2017.
	Estabelecer 01 (um) fluxo de referência UPA/Atenção Básica por meio da regulação;		DMAC, DAB	Fluxo de referência UPA/Atenção Básica atual por Fluxo de referência UPA/Atenção Básica por meio da regulação no período de 2014/2017.
5. Fortalecer o serviço de Urgências Odontológicas nas UPAs	Assegurar em 100% a aquisição e manutenção de novos equipamentos;	DMAC DSB	E DMAC e DSB	Número de equipamentos adquiridos no período de 2009q2013 por número de equipamentos adquiridos no período 2014/2017.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

	Manter os insumos destinados às urgências odontológicas;		DMAC e DSB	Número de insumos destinados às urgências odontológicas no período de 2009/2013 por número de insumos destinados às urgências odontológicas 2014/2017
6. Descentralizar o Serviço do SAMU	Implantar 05 (cinco) bases do SAMU, sendo os distritos de: Jaci - Paraná, São Carlos, Rio Pardo, Extrema e União Bandeirante;	DMAC, Engenharia e DICON	Gabinete, DMAC e Engenharia	Número de bases do SAMU implantados nos distritos de: Jaci Paraná, São Carlos, Rio Pardo, Extrema e União Bandeirante.
	Renovar a frota de ambulâncias, sendo 06 ambulâncias e 05 ambulâncias traçadas (4x4) para a área rural;	DMAC e DICON	MS, DMAC e DICON	Número de novas ambulâncias e ambulâncias traçadas para o período de 2014/2017.
	Reformar o atual prédio do SAMU bem como adquirir novos equipamentos, materiais e insumos;	DMAC e DICON	Gabinete, DMAC e DICON	Situação atual e número de equipamentos materiais e insumos no período de 2009/2013 por situação pós-reforma e número de equipamentos materiais e insumos para o período de 2014/2017.
7. Reestruturar o fluxo de notificações na rede de	Notificar 100% de violências contra crianças na UPA da Zona Sul;	DMAC/DVE A/DAB	MS Conselho Tutelar	Número de violência contra criança e ado-



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

urgências	Notificar 100% dos casos de violência doméstica na rede de urgências		Juizado da Infância SEMAS	lescentes notificados no período de 2009/2013 por número de notificações no período de 2014/2017.
-----------	--	--	---------------------------	---

Diretriz 4: Ampliação dos Serviços de Reabilitação

Objetivos	Metas	Área responsável	Parcerias	Indicadores de referência
1. Fortalecer e expandir os serviços de Fisioterapia de Média Complexidade	Implantar 01 (um) Centro de Reabilitação - CER II (físico e intelectual);	DMAC, Engenharia e DICON	MS, Gabinete, DMAC e Engenharia	Centro de Reabilitação-CRE II (físico/intelectual) implantado no período de 2014/2017.
2. Implantar o atendimento de Reabilitação Neurológica	Implantar 100% do serviço de atendimento neurológico;	DMAC	DMAC	Número de atendimentos neurológicos no período de 2009/2013 por número de atendimentos neurológicos no período de 2014/2017.

Diretriz 5: Expansão dos serviços no Ambulatório Especializado e implantação de novos procedimentos de Média Complexidade

Objetivos	Metas	Área responsável	Parcerias	Indicadores de referência
1. Fortalecer os serviços ofertados no Centro de Especialidades Médicas - CEM;	Ampliar em 100% a oferta dos exames de endoscopia;	DMAC	DMAC e SESAU	Número de exames de endoscopia no período de 2009/2013 por número de exames de endoscopia no período de 2014/2017.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

	Implantar o serviço de colonoscopia, com garantia de 100% de acompanhamento do profissional anestesiológico;	DMAC	DMAC e SESAU	Número de serviço de colonoscopia, com acompanhamento do profissional anestesiológico no período de 2009/2013 por número de serviço de colonoscopia, com acompanhamento do profissional anestesiológico no período de 2014/2017.
2. Manter e fortalecer os Centros de Especialidades Odontológicas - CEOs	Fortalecer em 100% a execução dos protocolos e referências para os CEOs;	DMAC	DMAC e SESAU	Execução dos protocolos e referências para os CEOs no período de 2014/2017.
	Reformar 100% das instalações prediais;	DMAC	DMAC e SESAU	Situação atual e número de equipamentos materiais e insumos no período de 2009/2013 por situação pós-reforma e número de equipamentos materiais e insumo para o período de 2014/2017.
	Adquirir novos equipamentos para a melhoria do serviço;	DMAC	DMAC e SESAU	Número de equipamentos de 2009/2013 por número de equipamentos no período de 2014/2017.
Diretriz 6: Expansão do serviço de diagnóstico por imagem				



Objetivos	Metas	Área responsável	Parcerias	Indicadores de referência
1. Ampliar o serviço de diagnóstico por imagem nas especialidades médicas e nos prontos atendimentos	Implantar 03 (três) serviços de radiologia digital para as UPAs e P.A Ana Adelaide;	DMAC	DMAC e DSB	Número de serviços de radiologia digital para as UPAs e PA Ana Adelaide implantados no período de 2014/2017.
	Implantar 02 (dois) serviços de radiologia digital na Policlínica Rafael Vaz e Silva e MMME;	DMAC	DMAC e DSB	Número de serviços de radiologia digital na Policlínica Rafael Vaz e Silva e MMME implantados no período de 2014/2017.
	Ampliar em 50% o serviço de radiologia no P.A José Adelino;	DMAC	DMAC e DSB	Número de serviço de radiologia no P.A José Adelino realizados no período de 2009q2013 por número de serviço de radiologia no PA José Adelino realizados no período de 2014/2017.
	Implantar 01 (um) serviço de ultrassonografia na Zona Sul;	DMAC	DMAC e DSB	Número de equipamentos digital para o serviço de mamografia adquirido de 2009/2013 por número de equipamentos adquiridos no período de 2014/2017.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

	Adquirir 01 (um) equipamento digital para o serviço de mamografia no CEM;	DMAC	DMAC e DSB	Número de equipamentos digital para o serviço de mamografia adquirido de 2009/2013 por número de equipamentos no período de 2014/2017.
--	---	------	------------	--

Diretriz 7: Melhorar a qualidade dos serviços na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Objetivos	Metas	Área responsável	Parcerias	Indicadores de referência
1. Fortalecer e ampliar a rede de Atenção psicossocial	Suprir a rede com 100% das necessidades de profissionais (nível fundamental, Nível; Nível Técnico, Nível Superior, Nível Superior da área de educação, Gerente técnico nos serviços de saúde mental)	DMAC/GABI NETE/ DRH- SEMUSA	SEMAD - PMPV	Número de profissionais contratados
	Reorganizar em 100% o processo de trabalho na rede psicossocial	DMAC/GABI NETE/ DRH- SEMUSA	Gabinete	Pelo SISPACTO a média nacional de cobertura de CAPs é de 0,75 (Nº de serviços x 100 mil/população)



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

<p>3.Construção de 01 Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil (Uaij) – 4.Construção de 01 Centro de Atenção Psicossocial Tipo III – CAPS; 5.Ampliação e Reforma do CAPS ad Tipo II para ser habilitado como CAPS ad Tipo III 6.Construção de 01 Unidade de Acolhimento Adulto (UA) Implantar duas Equipes de Consultório na Rua</p>	DMAC/CONVÊNIOS/AS TEC/GABINETE SEMUSA.	SEMPRE/SEMPLA/SEMUR – PMPV/GP ES-SESAU/Coordenação Estadual de Saúde Mental e Políticas sobre Álcool, Drogas e Tabaco.	Entre-ga das unidades de Acolhimento Infanto-juvenil; CAPS III; CAPSad III; Unidade de Acolhimento Adulto; e equipes de Consultório na Rua conforme acertado em decreto com o Programa Crack é possível vencer.
<p>7.Garantir 100% de qualificação profissional e formação continuada</p>	DMAC/NIEN SUS/ASTECS - SEMUSA	Centro de Educação Técnico Profissional na Área da Saúde – CETAS; Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR; Ministério da Saúde.	Número de profissionais capacitados



Eixo III- Assistência Farmacêutica

Assistência Farmacêutica, definida como: Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2002).

Assistência Farmacêutica no SUS, tendo como finalidades principais:

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

A Assistência Farmacêutica Municipal está organizada dentro do nível da Secretaria Municipal de Saúde/SEMUSA da seguinte forma, uma Divisão de Apoio a Farmácia/DAF, responsável pela *Programação, Aquisição, Armazenamento e Distribuição* de medicamentos as unidades básicas de saúde, unidades de atenção a procedimentos de média e alta complexidade, programas estratégicos e Farmácia Popular.

Com a ampliação dos atendimentos ambulatoriais, de urgência/emergência e de internação obstétrica pelas unidades municipais, torna-se importante suprir os estabelecimentos de saúde com uma estrutura adequada para a assistência farmacêutica, consolidando a atenção realizada ao paciente. Para tal são necessárias algumas medidas no sentido de fortalecer as estruturas atuais para a realização da assistência farmacêutica nas unidades e Divisão de Apoio a Farmácia /SEMUSA.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO



188

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

Todavia, é importante ampliar o acesso aos

medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos portovelhenses, assegurando a existência e ampliação de unidades de Farmácia Popular.

Neste Eixo foram contempladas as seguintes diretrizes:

1. Ampliação da oferta de medicamentos gratuitos, promovendo o uso racional de medicamentos à população de Porto Velho
2. Ofertar a população de Porto Velho medicamentos essenciais gratuitos através dos Programas Federais e outros a baixo custo - Farmácia Popular



EIXO III - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Diretriz 1: Ampliação da oferta de medicamentos gratuitos, promovendo o uso racional de medicamentos à população de Porto Velho

Objetivos	Metas	Área responsável	Parcerias	Indicadores de referência
1. Fortalecer a Assistência Farmacêutica	1.1 Ampliar para 100% a taxa de cobertura das unidades básicas, pronto atendimento, centro de atenção psicossocial atendidas com medicamentos.	DAF, FMS, DA.	DAB, DE-MAC, DVEA	Nº de medicamentos padronizados para cada grupo de atendimento/ total de medicamentos ofertados por grupo.
	1.2 Implantar o atendimento e o gerenciamento farmacêutico em 100% das unidades básicas de saúde visando a orientação ao paciente quanto ao uso racional de medicamento e melhoria no controle de estoque.	DAF	FMS, DA, SEMUSA, SEMAD	Número de unidades de saúde com a presença do profissional farmacêutico divide pelo número de unidades existentes na rede municipal.
	1.3 Implantar em 100% o sistema de informatização (HOSPUB OU HORUS) de controle de estoque nas unidades de saúde e central de abastecimento.	DAF, DRTI/SEMAD	DA, DAB	Nº de unidades de saúde com sistema HORUS/ nº total de unidades de saúde existentes.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

	1.4 Atendimento de 100% dos usuários do SUS, com receituário médico, realizado por profissional habilitado para esta função: farmacêutico e o auxiliar de farmácia.	DAF; RH	DAB; DA; SEMAD	Nº de farmácias das unidades de saúde com auxiliares de farmácia/ nº de unidades existentes.
	1.5 Assegurar 100% dos medicamentos da rede municipal padronizado e constante na REMUME (relação municipal de medicamentos essenciais).	DAF, ASTEC.	DAB, DEMAC, DVEA, DSS, DSB	Existência da relação municipal de medicamentos essenciais.
	1.6 Implantação de 10 Farmácias Públicas em região geograficamente estratégicas em nosso município, viabilizando a construção de 50% destas e a construção da central de abastecimento farmacêutico - CAF em 100%.	DA, DAF, ENGENHARIA	DAB, DEMAC,	Nº de farmácias regionais instaladas e prestando atendimento especializado ao usuário.
	1.7 Garantir a aquisição de 01 caminhão adequado (caminhão baú com isolamento térmico) para o transporte de medicamento e aquisição de 01 transporte fluvial adequado.	DA, TRANSPORTE		Nº de veículos adquiridos e adaptados para o transporte de medicamento/100
	1.8 Implantar em 100% o serviço de recolhimento e descarte de resíduos sólidos em saúde através do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) na rede municipal para recolhimento de medicamentos vencidos.	DAF; SEMUSB e VISA	SEMUSB, DA	Nº de unidades de saúde com o serviço de recolhimento de medicamentos vencidos implantado.

Diretriz 2: Ofertar a população de Porto Velho medicamentos essenciais gratuitos através dos Programas Federais e outros a baixo custo - Farmácia Popular

Objetivos	Metas	Área responsável	Parcerias	Indicadores de referência
-----------	-------	------------------	-----------	---------------------------



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

2. Manter as Unidades já instaladas em bom estado de funcionamento	1 - Ampliação em 35 % dos Recursos Humanos	Gabinete / Departamento Administrativo / Engenharia / Farmácia Popular.	FIO-CRUZ / MS	Condições atuais x Condições ideais
	2 - Reforma das instalações prediais			
	4 - Criar e Implantar a Coordenação/Núcleo do Programa Farmácia no organograma da SEMUSA			
3. Ofertar o Serviço de recolhimento de Resíduos Sólidos (medicamentos, avariados) dos usuários do Programa Farmácia popular	1 - Sistematizar e Implantar Serviço	GAB / DA / FARM. POP	SEMA, FARM. BÁSICA	Oferta atual x Oferta a oferecer
	2 - Aquisição de equipamentos/materiais para oferta do serviço;			
4. Ampliar Programa Farmácia Popular com Instalação de novas unidades na capital e local de abrangência da SEMUSA	1 - Ampliar em 100% o número de Farmácias Populares na área de abrangência da SEMUSA	Gabinete / DA / Engenharia / Farmácia Popular	FIO-CRUZ / MS	Uma unidade implantada para cada 100 mil habitante



Eixo IV- Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde inclui vigilância e controle das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, a vigilância da situação de saúde, a vigilância ambiental em saúde, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

É entendida como a forma de pensar e agir, através da análise permanente da situação de saúde da população, organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes, articulando conhecimentos e técnicas oriundas das vigilâncias.

A. Vigilância Epidemiológica e Ambiental

A Vigilância Epidemiológica compreende um conjunto de ações que proporciona conhecimentos, detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionante da saúde individual ou no coletivo, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de promoção a saúde e as de prevenção e controle das doenças e/ou agravos transmissíveis e não transmissíveis.

- São funções da Vigilância Epidemiológica:
- Coleta de dados;
- Processamento dos dados coletados;
- Análise e interpretação das medidas de controle apropriadas;
- Promoção das ações de controle indicadas;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Divulgação de informações pertinentes.

A pactuação e o monitoramento contínuo por meio de estudo e análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde são de fundamental importância para a execução das medidas de promoção a saúde, prevenção e controle dos agravos com a utilização de ferramentas da inteligência epidemiológica propiciando a tomada de decisão em saúde, possibilitando a priorização de situações de saúde relevantes e desta forma contribuir para um planejamento em saúde mais abrangente e dentro das necessidades de saúde identificados.



Neste Eixo foram contempladas as seguintes diretrizes:

1. Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade
2. Garantia da atenção integral à saúde do idoso e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção
3. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

B. Vigilância Sanitária

A Constituição Federal de 1988 afirma que a saúde é um direito social e que o Sistema Único de Saúde (SUS) é o meio de concretização desse direito. A Lei Orgânica da Saúde, por sua vez, afirma que a vigilância sanitária – de caráter altamente preventivo – é uma das competências do SUS. Isso significa que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), definido pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, é um instrumento privilegiado de que o SUS dispõe para realizar seu objetivo de prevenção e promoção da saúde.

O Sistema engloba unidades nos três níveis de governo – federal estadual e municipal – com responsabilidades compartilhadas. No nível federal, estão a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS/Fiocruz). No nível estadual, estão o órgão de vigilância sanitária e o Laboratório Central (Lacen) de cada uma das 27 Unidades da Federação. No nível municipal, estão os serviços de VISA dos 5561 municípios brasileiros, muitos dos quais ainda em fase de organização.

Neste Eixo está contemplada a seguinte diretriz:

1. Fortalecimento das ações desenvolvidas pelo Departamento de Vigilância e Fiscalização Sanitária, capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde pública.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

C. Controle de Zoonoses e Vetores



194

O Controle de Zoonoses, vetores e roedores são realizados pelo Departamento de Controle de Zoonoses. Este Departamento é um setor da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de Porto Velho, criado pelo Decreto nº. 4216 de 16.01.91.

Neste Eixo foi contemplada a seguinte diretriz:

1. Ampliação das ações de controle vetorial e doenças zoonosômicas a 100% dos municípios de Porto Velho.



EIXO IV – Vigilância em Saúde

Vigilância Epidemiológica e Ambiental

DIRETRIZ 1: Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade

OBJETIVOS	METAS	AREA RESPON SÁVEL	PARCERIAS	INDICADOR DE REFERENCIA
Organizar a rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade	Monitorar a ampliação das notificações de sífilis em gestantes, considerando o ano anterior	DVEA/DS T/AIDS	DAB/Unidades de Saúde/DAD/Maternidade Municipal/Maternidade do Hospital de Base Ary Pinheiro. Ong's, Grupo Técnico de mortalidade materno infantil	Taxa de detecção de sífilis em gestantes/1000 nascidos vivos
	Monitorar a cada quadrimestre a realização de 2 testes de sífilis por gestante	Realizar a gestão das investigações dos óbitos maternos de residentes ocorridos anualmente.	DVEA/GT MIF e óbito materno	DAB/Unidades de Saúde/DMAC/Maternidade Municipal/Maternidade do Hospital de Base Ary Pinheiro. Grupo Técnico de mortalidade materno infantil. Rede de assistência privada, AGEVISA.
				100% dos óbitos maternos investigados.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

Monitorar anualmente a RMM - razão de mortalidade materna de residentes.	a DVEA/GT MIF e óbito materno	DAB/Unidades de Saúde/DMAC/ Maternidade Municipal/Maternidade do Hospital de Base Ary Pinheiro. Grupo Técnico de mortalidade materno infantil. Rede de assistência privada, AGEVISA.	1 monitoramento
Realizar a gestão das investigações dos óbitos infantis de residentes ocorridos anualmente.	DVEA/GT óbito infantil	DAB/Unidades de Saúde/DMAC/ Maternidade Municipal/Maternidade do Hospital de Base Ary Pinheiro. Grupo Técnico de mortalidade materno infantil. Rede privada, AGEVISA	45% de óbitos infantis investigados.
Monitorar a taxa de mortalidade infantil anualmente.	DVEA/GT óbito infantil	DAB/Unidades de Saúde/DMAC/ Maternidade Municipal/Maternidade do Hospital de Base Ary Pinheiro. Grupo Técnico de mortalidade materno infantil. Rede DMAC e DSB,privada, AGEVISA	1 monitoramento



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

Realizar a gestão das investigações dos óbitos de mulheres em idade fértil de residentes ocorridos anualmente.	DVEA/GT MIF e materno	DAB/Unidades de Saúde/DMAC/Maternidade Municipal/Maternidade do Hospital de Base Ary Pinheiro.. Grupo Técnico de mortalidade materno infantil. Rede privada.	78% de óbitos em mulheres de idade fértil/MIF, de causa presumível para materna, investigados
Monitorar a taxa de incidência de sífilis congênita anualmente.	DVEA	/DAB/Unidades de Saúde/DMAC/Maternidade Municipal/Maternidade do Hospital de Base Ary Pinheiro/Hospital Infantil Cosme e Damião. Ong's	Taxa de incidência de sífilis congênita

DIRETRIZ 2: garantia da atenção integral à saúde do idoso e dos portadores de doenças crônicas , com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção

OBJETIVOS	METAS	AREA RESPON SÁVEL	INDICADOR DE REFERENCIA
Melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das	Monitorar anualmente a Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) = 260,00/100.000 hab., pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças	DVEA	DAB/DPE/Unidades de Saúde/DMAC/DVS 1 monitoramento anual da Taxa de mortalidade prematura (<70 anos)



redes de respiratórias crônicas)				
atenção				

DIRETRIZ 3: Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

OBJETIVOS	METAS	AREA RESPONSÁVEL	PARCERIAS	INDICADOR DE REFERENCIA
Fortalecer promoção e vigilância em saúde	Monitorar os casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados, nos anos das coortes.	DVEA/Vigilância Tuberculose	DAB/DPE/Unidades de Saúde/DMAC. Unidades de saúde estaduais e particulares	Monitoramento da proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (Meta: 72%).
	Monitorar a proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	DVEA/Vigilância Tuberculose	DAB/DPE/Unidades de Saúde/DMAC. Unidades de saúde estaduais e particulares	Monitoramento da Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose . (Meta 70%)
	Monitorar o registro de óbitos de residentes com causa básica definido	DVEA/Vigilância de óbitos	DAB/Unidades de Saúde/DMAC. Unidades de saúde estaduais e particulares	Monitoramento da Proporção de registro de óbitos com causa básica definida. (Meta: 90%)
	Monitorar, investigar e encerrar de forma complementar em até 60 dias, casos de doenças de notificação compulsória imediata/DNCI	DVEA/DAB/Unidades de Saúde/DMAC	Lacen, unidades de saúde estaduais e particulares	Monitoramento da Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata/DNCI encerradas em até 60 dias após notificados. (Meta 87%)



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

Monitorar o número de casos aids em menores de 5 anos.	DVEA/DS T/AIDS	DAB/DPE/Unidades de Saúde/DMAC. Unidades de saúde estaduais e particulares	Número de casos de AIDS em menores de 5 anos.
Monitorar o registro de pacientes HIV+ com 1ª CD4 inferior a 200 CEL/MM3	DVEA/DS T/AIDS	DAB/Unidades de Saúde/DMAC/DAD/ LACEN.	Monitoramento da Proporção de pacientes HIV+ com 1ª CD4 inferior a 200 CEL/MM3 (Meta 32%)
Monitorar o registro de testes sorológicos para anti-HCV realizados anualmente.	DVEA/DS T/AIDS	DAB/Unidades de Saúde/DMAC/DAD/ Unidades de saúde estaduais e particulares	Monitoramento do Número de testes sorológicos para anti-HCV realizados.
Monitorar o registro dos casos novos de hanseníase diagnosticados e curados, nos anos das coortes	DVEA/Vigilância da Hanseníase	DAB/DPE/Unidades de Saúde/DMAC/DAD/ Unidades de saúde estaduais e particulares	Monitoramento da Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes (Meta 85%)
Monitorar o registro dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	DVEA/Vigilância da Hanseníase	DAB/DPE/Unidades de Saúde/DMAC/DAD	Monitorar a proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados (Meta: 65%)
Monitorar e examinar de forma complementar a população de 10% de escolares para o tracoma	DVEA/DAB/Unidades de Saúde/DMAC/DAD	AGEVISA/SEDUC/ SEMED	Proporção de escolares examinados para o tracoma



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

Monitorar a Incidência Parasitária Anual/IPA de malária	DVEA/Vigilância da Malária	DAB/Unidades de Saúde/DMAC/DAD/DCZ	Incidência Parasitária Anual/IPA de malária (30,00/1.000 hab).
Monitorar as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências	DVEA/DANT	DAB/DMAC/FA CULDADES	Monitorar o Percentual de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências
Monitorar o registro de óbitos por dengue	DVEA/Vigilância da Dengue	DAB/Unidades de Saúde/DMAC/DAD/DCZ, Lacen, unidades de saúde estaduais e particulares	Número absoluto de óbitos por dengue
Monitorar o registro das amostras clínicas do vírus influenza coletadas na unidade sentinela Jose Adelino	DVEA	Lacen	Monitorar a Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em relação ao preconizado (Meta: 80%)
Monitorar as Notificações de caso/ano de PFA	DVEA	DAB/DAD/LACEN/Unidades de saúde estaduais e particulares	Monitorar a notificação dos casos suspeitos de PFA (Meta: 1 caso/100.000 hab. em menores de 15 anos)
Reduzir a morbimortalidade por acidente de trânsito em 50 %, de 2011 a 2020	DVEA/DANT/DMAC/DPE/DMAC/SAMU/CAPS	Instituições do Comitê Municipal de Segurança Viária	Taxa de morbimortalidade por acidente de transporte



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

Monitorar e Investigar de forma complementar os casos notificados de doenças exantemáticas em até 48 horas após a notificação	DVEA/DAB/DAD/DMAC	LACEN, Unidades de saúde estaduais particulares.	Monitorar a Proporção de doenças exantemáticas investigadas em até 48 horas (Meta: 85%)
Monitorar a Notificação e investigação oportuna dos casos suspeitos de Leishmaniose Tegumentar Americana	DVEA/DAB/DMAC/DAD	Unidades de saúde estaduais particulares	Monitorar a Proporção de casos de LTA encerrados oportunamente. (Meta: 100%)
Monitorar a notificação de doenças ou agravos relacionados ao trabalho	DVEA/Unidades Sentinelas	CEREST	Monitorar a Proporção de notificação de doenças ou agravos relacionados ao trabalho (ano base + 15%)

EIXO IV - VIGILÂNCIA EM SAÚDE

VIGILÂNCIA E FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA

Diretriz 1: Fortalecimento das ações desenvolvidas pelo Departamento de Vigilância e Fiscalização Sanitária, capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde pública.

Objetivos	Metas	Área responsável	Parcerias	Indicadores de referência/meios de verificação
1. Implementar, reestruturar e manter o Departamento de Vigilância e Fiscalização Sanitária	1.1. Ampliação em 100% dos recursos tecnológicos com aquisição de 30 equipamentos (notebook's, impressora portátil) para subsidiar a fiscalização sanitária;	VISA e DA	SEMAD, SEMFAZ, ANVISA E AGEVISA	



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

1.2. Realizar atividades educativas em Vigilância Sanitária em 80% das escolas de ensino básico da rede municipal na sede de Porto Velho.	VIS, NI-EMSUS	SEMED, CME, SEMA, AGEVISA e ANVISA	Nº escolas com atividades realizadas/total de escolas * 100
1.3. Implantar o serviço de inspeção sanitária quanto à saúde do trabalhador;	VISA, GAB/SE-MUSA, Engenharia	CREA, ANVISA, AGEVISA, CEREST	
1.4. Implantar o Conselho da Junta de Recursos Fiscais	VISA, GAB/SE-MUSA	PGM, CGM, SEMFAZ, SEMAD, SEMA, SEMPLA, Câmara Municipal	
1.5. Implantar a classificação de risco sanitário na avaliação de 80% dos estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde;	VISA	Conselhos de Classe	nº de estabelecimentos classificados/ total de estabelecimentos fiscalizados * 100
1.6. Realizar análises técnicas em 100% de todas as documentações pertinentes ao roteiro de inspeção e rol de documentos;	VISA, GAB/SE-MUSA	AGEVISA, ANVISA, CME, MS, CREA, Conselhos de classe, Câmara Municipal	nº de análises realizadas/ total de roteiros de inspeção recebidos * 100
1.8. Executar investigação de surtos sujeitos à vigilância sanitária / monitoramento. (Portarias 2914/2011; RDC 91/2001; 326/1997 e 226/2002)	VISA, GAB/SE-MUSA, DVEA, DCZ	LACEN, AGEVISA	Nº de surtos ocorridos e investigados
1.9 Realizar coleta de água para consumo humano em 580 locais diferentes por ano e enviar para análise dos parâmetros de coliformes fecais, cloro residual e turbidez;	VISA	SEMUSA/LACEN	nº de coletas realizadas/total de locais * 100
1.10 Realizar coleta e enviar para análise de monitoramento em 50% dos produtos alimentícios passíveis de intervenção da ação sanitária;			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

	1.11 Realizar coleta e enviar para análise em 100% dos produtos medicamentos, correlatos e afins passíveis de intervenção da ação sanitária;			
Investir em qualificação dos profissionais lotados no Departamento de Vigilância Sanitária	1.12 Capacitar 100% dos profissionais lotados no Departamento de Vigilância Sanitária;	DEPT. VISA		Nº de profissionais capacitados/Nº de profissionais a serem capacitados* 100
2. Elaborar e executar projeto de instalação de sistema de informação gerencial SYSVISA para o departamento de vigilância	2.1 Adquirir e implantar um sistema de informação em Vigilância Sanitária;	VISA	SEMUSA/SEMAD	Nº de Sistema de Informação adquirido
	2.2. Desenvolver e implementar a ferramenta de cadastramento <i>online</i> para licenciamento de 80% dos segmentos alvo da Vigilância Sanitária;			Percentual de segmento alvo com cadastramento online regulado pela VISA
3. Ampliar a cobertura de inspeção sanitária conforme o Código Sanitário 1562/2003	3.1. Executar cobertura em inspeção sanitária em 3.900 (75%) dos estabelecimentos.	VISA (Equipe fiscal)		nº de inspeções realizadas/total de estabelecimentos * 100
4. Atender as denúncias públicas e demandas dos órgãos de fiscalização externos. CIB/Secretaria de Estado da Saúde nº 77 de 2011.	4.1 Atendimento integral das demandas externas;	VISA (Equipe fiscal)	MPE, PROCON, AGEVISA, MPF, MPT, MTE, DECCON	nº de denúncias/demandas atendidas/total de denúncias/demandas recebidas x 100
	4.2 Atendimento integral das denúncias;			

IV- Vigilância em Saúde**CONTROLE DE ZONÓSES e VETORES****Diretriz 1: Ampliação das ações de controle vetorial e doenças zoonóticas a 100% dos municípios de Porto Velho.**



Objetivos	Metas	Área responsável	Parcerias	Indicadores de referência/meios de verificação
Macro-objetivo: Promover e ampliar ações de vigilância e controle de zoonoses e endemias				
ZOOÑOSE				
1.1 - Ampliar a cobertura vacinal antirrábica em animais de companhia para reduzir a transmissão de raiva humana	1.1.1 - Assegurar 80% de cobertura vacinal	DCZ/DVE A/NIEM- SUS		Mapas de Controle vacinal utilizados nas campanhas antirrábicas e PNCR
1.2 - Intensificar o Programa de Controle de roedores, animais peçonhentos e sinantrópicos	1.2.1. - Assegurar 100% do Programa; 1.2.1 - Capacitar 100% dos médicos veterinários e auxiliares de serviços veterinários em manejo etológicos;			SINAN
1.3 - Ampliar o monitoramento do vírus rábico de cães e gatos, através de diagnóstico laboratorial	1.3.1 - Garantir o monitoramento de 0,2% da população canina do município;	DCZ/DVE A/NIEM- SUS	MS/UNIVERSIDADES E FACULDADES/ONGs/ASSOCIAÇÕES DE BAIROS/IGREJAS/EMPRESAS PRIVADAS/ORGÃOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL E ESTADUAL/COMUNIDADE EM GERAL	Resultados de diagnóstico laboratorial enviado pelo LACEN
1.4 - Implantar o programa permanente de controle reprodutivo de cães e gatos	1.4.1 - Assegurar 01 programa;			Programa implantado
1.5 - Estabelecer protocolo de recolhimento de animais de risco à população	1.5.1 - Garantir a implantação em 100% dos protocolos;			Protocolo implantado
1.6 - Promover ações de Controle Vetorial (Malária e Dengue)	2.1 - Reduzir em 10% a.a a incidência da malária	DCZ/DVE A/NIEM- SUS	SEMUSP/SEMOMB/ASSOCIAÇÕES DE BAIROS/ESCOLAS PÚBLICAS/SESEDEC	SIVEP/MALÁRIA



	3.1- Manutenção de índices de infestação predial por <i>Aedes aegypti</i> inferior a 1%	DCZ/DVE A/NIEM- SUS	SEMUSP/SE- MOB/ASSOCI- AÇÕES DE BAIRROS/ES- COLAS PÚBL- CAS/SESDEC	SIS- FAD/DENGUE
--	---	---------------------------	---	--------------------

Eixo V- Gestão Municipal

Para ampliar a capacidade de gestão da SEMUSA frente às necessidades da população, visto as considerações levantadas na análise de situação, neste eixo, serão introduzidas algumas ferramentas que o sistema municipal buscará implantar para melhor organizar o acesso as ações e serviços especializados, a partir da



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO



206

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

demanda do nível da atenção básica, integrando e articulando com os demais níveis de atenção (atenção hospitalar).

Neste Eixo foram contempladas as seguintes diretrizes:

1. Implementação ao acesso do usuário do SUS no processo de desenvolvimento da rede de cuidado do município de Porto Velho.
2. Fortalecimento da Gestão e Controle Social



EIXO V - GESTÃO MUNICIPAL

Diretriz 1: Implementação ao acesso do usuário do SUS no processo de desenvolvimento da rede de cuidado do município de Porto Velho.

Objetivos	Metas	Área responsável	Parcerias	Indicadores de referência/meios de verificação
1 Reestruturar e ampliar os serviços de controle e avaliação na rede de saúde de Porto Velho	1. Equipar e capacitar a rede de saúde urbana em 100%	ASTE/C/GABINETE/DAB/DRA C/DMAC/TI	SEMAD/MS	PAS/ RAG
	2. Implantar o prontuário eletrônico em 60% da rede de saúde urbana	GABINETE/AS-TEC/DRAC/DMA C/DAB/Engenharia	SEMAD/MS/SE-SAU	PAS/RAG
2 Assegurar a manutenção do Complexo Regulador	1. Garantir em 100% a capacitação continuada dos profissionais;	ASTE/C/NIEM-SUS/DRAC		N de profissionais capacitados/Nº de profissionais a serem capacitados x100
	2. Manter 100% da estrutura lógica e elétrica das Unidades de Saúde	ASTE/C/DRAC/TI /ENGENHARIA		Nº de unidades com estrutura lógica e elétrica
	3. Implantar Protocolos assistenciais e clínicos para os serviços de média complexidade;	ASTE/C/DMAC/D RAC		Nº de Protocolos assistências e clínicos implantados / RAG
	4. Realizar em 100% o mapeamento da rede de oferta de serviços no município	ASTE/C/DRAC/D MAC/DAB		Nº de serviços ofertados mapeados
	5. Manter a Programação Física das ações reguladoras em 100%	ASTE/C/DRAC		RAG



3 Criar e implantar a Divisão de Informática da SEMUSA	1. Criar a Divisão de Informática, com lotação de servidores com suas devidas atribuições;	GABINETE/AS-TEC/TI/SEMAD		Projeto Elaborado e Decreto Lei
	2. Implantar a Internet nos distritos da zona rural em 100%;	ASTE/DRAC		Nº de distritos com serviços de internet implantados/RAG
4 Implantar o Serviço Municipal de Auditoria do SUS - SMA	1. Criar Projeto de Lei com os respectivos cargos.	ASTE/DRAC		Serviço de Auditoria Implantado/RAG

Diretriz 2: Fortalecimento da Gestão e Controle Social

1 Fortalecer a Gestão e o Controle Social	1.1 Elaborar o Projeto de Reestruturação do organograma da SEMUSA e implantá-lo;	GABINETE/AS-TEC/DEPARTAMENTOS SEMUSA		Projeto e Decreto de lei
	1.4 Monitorar e avaliar os instrumentos de gestão;	ASTE/		RAG
	1.7 Participar na implantação do Plano de cargos, carreira e salários para os profissionais da saúde.	GABINETE/AS-TEC		RAG
	1.8 Fortalecer o Sistema de Ouvidoria do SUS	GABINETE/AS-TEC		RAG
	1.10 Fortalecer o sistema de Controle Interno da Secretaria;	GABINETE/FMS/ASTE/		RAG
	1.11 Implantar o Banco de Preços em Saúde municipal;	GABINETE/AS-TEC	MS	Sistema Implantado
	1.12 Realizar a Conferência Municipal de Saúde	CMS/ASTE/DEPARTAMENTOS/FMS/DA		Relatório da Conferência Municipal de Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

	1.13 Adequar à distribuição da GPE de acordo com os diversos setores da SEMUSA e a proposição de melhoria dos valores da mesma.	GABINETE/ASTEC		RAG
2 Assegurar a Educação Permanente em Saúde	2.1 Implantar o núcleo de educação permanente e continuada em saúde	ASTEC/NIEM-SUS		Núcleo implantando e funcionando/RAG



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO



210

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTOVELHO
Juntos por uma nova cidade

6. Previsão anual da receita da Secretaria Municipal de Saúde com variação percentual

Nas planilhas abaixo se encontram, o detalhamento do Plano Plurianual do Município de Porto Velho para o quadriênio / 2014 a 2017, elaborado conforme a **LEI Nº 2.114, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2013.**



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREVISÃO ANUAL DA RECEITA COM A VARIAÇÃO DE % ANO

FUNDO A FUNDO	VALOR MENSAL	RECEBIDO ATE JUNHO	PREVISÃO ANUAL - 2013	PREVISÃO ANUAL - 2014	PREVISÃO ANUAL - 2015	PREVISÃO ANUAL 2016	PREVISÃO ANUAL - 2017
PROGRAMA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA BASICA	162.702,33	976.213,98	1.952.427,96	4 1.971.952,2	1.991.671,76	2.011.588,48	2.031.704,36
PROGRAMA FARMACIA POPULAR DO BRASIL	20.000,00	120.000,00	240.000,00	0 242.400,0	244.824,00	247.272,24	249.744,96
PAB FIXO	762.531,00	4.575.186,00	9.150.372,00	2 9.241.875,7	9.334.294,48	9.427.637,42	9.521.913,80
AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE - ACS	458.850,00	2.753.100,00	5.506.200,00	0 5.561.262,0	5.616.874,62	5.673.043,37	5.729.773,80
INCENTIVO FINANCEIRO DE INCLUSÃO DO MICROCOPISTA NA ATENÇÃO BASICA	19.950,00	119.700,00	239.400,00	0 241.794,0	244.211,94	246.654,06	249.120,60
INCENTIVO PARA ATENÇÃO A SAUDE NO SISTEMA PENITENCIARIO	7.560,00	45.360,00	90.720,00	91.627,20	92.543,47	93.468,91	94.403,60
PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE - PMAQ	343.900,00	2.063.400,00	4.126.800,00	0 4.168.068,0	4.209.748,68	4.251.846,17	4.294.364,63
SAUDE BUCAL	152.755,00	916.530,00	1.833.060,00	0 1.851.390,6	1.869.904,51	1.888.603,55	1.907.489,59
SAUDE DA FAMILIA	559.705,00	3.358.230,00	6.716.460,00	0 6.783.624,6	6.851.460,85	6.919.975,45	6.989.175,21
(TETO MUNICIPAL) REDE CEGONHA RCE - RCEG)	353.258,10	353.258,10	1.059.774,30	4 1.070.372,0	1.081.075,76	1.091.886,52	1.102.805,39
FAEC - CIRURGIAS ELETIVAS - COMPONENTE III	358.091,10	358.091,10	1.074.273,30	3 1.085.016,0	1.095.866,19	1.106.824,86	1.117.893,10
FAEC - SAI - MAMOGRAFIA PARA RASTREAMENTO (RCA - RCAN)	27.945,00	77.605,00	232.815,00	5 235.143,1	237.494,58	239.869,53	242.268,22
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	33.000,00	198.000,00	396.000,00	0 399.960,0	403.959,60	407.999,20	412.079,19
SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MOVEL AS URGENCIAS	305.325,00	1.831.950,00	3.663.900,00	0 3.700.539,0	3.737.544,39	3.774.919,83	3.812.669,03
REDE VIVER SEM LIMITES - RDEF - CEO	6.600,00	39.600,00	79.200,00	79.992,00	80.791,92	81.599,84	82.415,84
TETO MUNICIPAL - REDE PSICOSSOCIAL	34.257,97	205.547,82	411.095,64	0 415.206,6	419.358,66	423.552,25	427.787,77
TETO MUNICIPAL DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	2.154,37 2,34	12.926.234,04	25.852.468,08	6 26.110.992,7	26.372.102,69	26.635.823,72	26.902.181,95
TETO MUNICIPAL REDE DE URGENCIA (RAU - UPA)	705.000,0 0	4.230.000,00	8.460.000,00	0 8.544.600,0	8.630.046,00	8.716.346,46	8.803.509,92
INCENTIVO NO AMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE HIV AIDS E OUTRAS DST	68.265,80	68.265,80	204.797,40	7 206.845,3	208.913,83	211.002,97	213.113,00
INCENTIVO QUALIFICAÇÕES DE IG. E PROMOÇÃO A SAUDE P/ HEPATITES VIRAIIS	18.187,10	18.187,10	54.561,30	55.106,91	55.657,98	56.214,56	56.776,71
INCENTIVO A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DA INFLUENZA	40.000,0 0	40.000,00	120.000,00	0 121.200,0	122.412,00	123.636,12	124.872,48
PISO FIXO DE VIGI-	1.138.659,60	1.138.659,60	3.415.978,80	3.450.138,5	3.484.639,97	3.519.486,37	3.554.681,24



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO



Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LANCIA E PROMOÇÃO DA SAUDE - PFVPS				9				
SUB-TOTAL (MÊS)	7.730.915,34	36.413.118,54	74.880.303,78	2	75.629.106,8	83.192.017,50	91.511.219,25	100.662.341,1
PROGRAMAS ESTRATEGICOS - CONTRA PARTIDA	25.000,00	150.000,00	300.000,00	0	330.000,0	363.000,00	399.300,00	439.230,00
CONTRA PARTIDA DST AIDS	10.000,00	60.000,00	120.000,00	0	132.000,0	145.200,00	159.720,00	175.692,00
FARMACIA BASICA (MUNICIPAL)	54.234,11	325.404,66	650.809,32	5	715.890,2	787.479,28	866.227,20	952.849,93
FARMÁCIA BÁSICA-(ESTADUAL)	54.234,11	325.404,66	650.809,32	5	715.890,2	787.479,28	866.227,20	952.849,93
SUB-TOTAL (MÊS)	143.468,22	860.809,32	1.721.618,64	0	1.893.780,5	2.083.158,55	2.291.474,41	2.520.621,85
TOTAL GERAL.....R\$	7.874.383,56	37.273.927,86	76.601.922,42	2	77.522.887,3	85.275.176,05	93.802.693,66	103.182.963,0

PREVISÃO ANUAL DA RECEITA COM A VARIAÇÃO DE % ANO

FUNDO A FUNDO	VALOR MENSAL	RECEBIDO ATE JUNHO	PREVISÃO ANUAL - 2013	PREVISÃO ANUAL - 2014	PREVISÃO ANUAL - 2015	PREVISÃO ANUAL - 2016	PREVISÃO ANUAL - 2017
PROGRAMA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA BASICA	162.702,33	976.213,98	1.952.427,96	1.971.952,2	1.991.671,76	2.011.588,48	2.031.704,36
PROGRAMA FARMACIA POPULAR DO BRASIL	20.000,00	120.000,00	240.000,00	242.400,0	244.824,00	247.272,24	249.744,96
ATENÇÃO BASICA / DAB							
PAB FIXO	762.531,00	4.575.186,00	9.150.372,00	9.241.875,7	9.334.294,48	9.427.637,42	9.521.913,80
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ACS	458.850,00	2.753.100,00	5.506.200,00	5.561.262,0	5.616.874,62	5.673.043,37	5.729.773,80
INCENTIVO FINANCEIRO DE INCLUSÃO DO MICROCOPISTA NA ATENÇÃO BASICA	19.950,00	119.700,00	239.400,00	241.794,0	244.211,94	246.654,06	249.120,60
INCENTIVO PARA ATENÇÃO A SAUDE NO SISTEMA PENITENCIARIO	7.560,00	45.360,00	90.720,00	91.627,20	92.543,47	93.468,91	94.403,60
PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE - PMAQ	343.900,00	2.063.400,00	4.126.800,00	4.168.068,0	4.209.748,68	4.251.846,17	4.294.364,63
SAUDE DA FAMILIA	559.705,00	3.358.230,00	6.716.460,00	6.783.624,6	6.851.460,85	6.919.975,45	6.989.175,21
SOMA	2.152.496,00	12.914.976,00	25.829.952,00	26.088.251,5	26.349.134,04	26.612.625,38	26.878.751,63
MATERNIDADE							
TETO MUNICIPAL A REDE CEGONHA RCE - RCEG)	353.258,10	353.258,10	1.059.774,30	1.070.372,0	1.081.075,76	1.091.886,52	1.102.805,39
FAEC - CIRURGIAS ELETIVAS - COMPONENTE III	358.091,10	358.091,10	1.074.273,30	1.085.016,0	1.095.866,19	1.106.824,86	1.117.893,10
SOMA	739.294,20	788.954,20	2.366.862,60	2.390.531,2	2.414.436,54	2.438.580,90	2.462.966,71
CEM							
FAEC - SAI - MAMOGRAFIA PARA RASTREAMENTO (RCA - RCAN)	27.945,00	77.605,00	232.815,00	235.143,1	237.494,58	239.869,53	242.268,22
SOMA	27.945,00	77.605,00	232.815,00	235.143,1	237.494,58	239.869,53	242.268,22
SAUDE BUCAL							
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	33.000,00	198.000,00	396.000,00	399.960,0	403.959,60	407.999,20	412.079,19



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

SAUDE BUCAL	152.755,00	916.530,00	1.833.060,00	0	1.851.390,6	1.869.904,51	1.888.603,55	1.907.489,59	
REDE VIVER SEM LIMITES -RDEF - CEO	6.600,00	39.600,00	79.200,00		79.992,00	80.791,92	81.599,84	82.415,84	
SOMA	0	192.355,0	1.154.130,00	2.308.260,00	0	2.331.342,6	2.354.656,03	2.378.202,59	2.401.984,61
SAMU									
SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MOVEL AS URGENCIAS	305.325,00	1.831.950,00	3.663.900,00	0	3.700.539,0	3.737.544,39	3.774.919,83	3.812.669,03	
SOMA	305.325,00	1.831.950,00	3.663.900,00	0	3.700.539,0	3.737.544,39	3.774.919,83	3.812.669,03	
CAPS									
TETO MUNICIPAL - REDE PSICOSSOCIAL	34.257,97	205.547,82	411.095,64	0	415.206,6	419.358,66	423.552,25	427.787,77	
SOMA	34.257,97	205.547,82	411.095,64	0	415.206,6	419.358,66	423.552,25	427.787,77	
DEMAC / LABORATORIO / POLICLINICAS									
TETO MUNICIPAL DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	2,34	2.154,37	12.926.234,04	25.852.468,08	6	26.110.992,7	26.372.102,69	26.635.823,72	26.902.181,95
SOMA	3,34	2.154,37	12.926.240,04	25.852.480,08	8	26.111.004,8	26.372.114,93	26.635.836,08	26.902.194,44
UPAS ZONA SUL E LESTE									
TETO MUNICIPAL REDE DE URGENCIA (RAU - UPA)	0	705.000,0	4.230.000,00	8.460.000,00	0	8.544.600,0	8.630.046,00	8.716.346,46	8.803.509,92
SOMA	0	705.000,0	4.230.000,00	8.460.000,00	0	8.544.600,0	8.630.046,00	8.716.346,46	8.803.509,92
DST AIDS / DVEA / CCZ									
INCENTIVO NO AMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE HIV AIDS E OUTRAS DST	68.265,80	68.265,80	204.797,40		7	206.845,3	208.913,83	211.002,97	213.113,00
INCENTIVO QUALIF.AÇÕES DE IG. E PROMOÇÃO A SAUDE P/ HEPATITES VIRAIS	18.187,10	18.187,10	54.561,30			55.106,91	55.657,98	56.214,56	56.776,71
INCENTIVO A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DA INFLUENZA	0	40.000,0	40.000,00	120.000,00	0	121.200,0	122.412,00	123.636,12	124.872,48
PISO FIXO DE VIGILANCIA E PROMOÇÃO DA SAUDE - PFVPS	1.138.659,60	1.138.659,60	3.415.978,80		9	3.450.138,5	3.484.639,97	3.519.486,37	3.554.681,24
CONTRA PARTIDAS									
PROGRAMAS ESTRATEGICOS - CONTRA PARTIDA	25.000,00	150.000,00	300.000,00	0	330.000,0	363.000,00	399.300,00	439.230,00	
CONTRA PARTIDA DST AIDS	10.000,00	60.000,00	120.000,00	0	132.000,0	145.200,00	159.720,00	175.692,00	
FARMACIA BASICA (MUNICIPAL)	54.234,11	325.404,66	650.809,32	5	715.890,2	787.479,28	866.227,20	952.849,93	
FARMÁCIA BÁSICA-(ESTADUAL)	54.234,11	325.404,66	650.809,32	5	715.890,2	787.479,28	866.227,20	952.849,93	
SUB-TOTAL (MÊS)	143.468,22	860.809,32	1.721.618,64	0	1.893.780,5	2.083.158,55	2.291.474,41	2.520.621,85	
TOTAL GERAL.....R\$		-	-	-	-	-	-	-	

RECURSOS ORDINARIOS	VALOR MENSAL	RECEBIDO ATE JUNHO	PREVISÃO ANUAL - 2013	PREVISÃO ANUAL - 2014	PREVISÃO ANUAL - 2015	PREVISÃO ANUAL - 2016	PREVISÃO ANUAL - 2017
PESSOAL CIVIL	8.726.746,0	52.360.476,04	104.720.952,08	115.193.047,2	126.712.352,0	139.383.587,2	153.321.945,9



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura de
PORTO VELHO
Juntos por uma nova cidade

OUTROS CONTRATOS	0	85.500,0	513.000,00	6.156.000,00	0	6.771.600,0	7.448.760,00	8.193.636,00	9.012.999,60
TELEFONIA FIXA	0	90.000,0	540.000,00	1.080.000,00	0	1.188.000,0	1.306.800,00	1.437.480,00	1.581.228,00
TELEFONIA MOVEL		555,56	3.333,33	20.000,00		22.000,00	24.200,00	26.620,00	29.282,00
SEGURANÇA	5	408.942,1	1.635.768,60	4.907.305,80	8	5.398.036,3	5.937.840,02	6.531.624,02	7.184.786,42
CAERD	0	67.726,8	406.360,80	812.721,60	6	893.993,7	983.393,14	1.081.732,45	1.189.905,69
CERON	0	140.750,0	844.500,00	1.689.000,00	0	1.857.900,0	2.043.690,00	2.248.059,00	2.472.864,90
CARTÃO LEVA EU	5	338.747,0	2.032.482,31	4.064.964,62	8	4.471.461,0	4.918.607,19	5.410.467,91	5.951.514,70
AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO		3.050,00	18.300,00	36.600,00		40.260,00	44.286,00	48.714,60	53.586,06
TOTAL GERAL.....R\$	6	9.862.017,5	58.354.221,0	123.487.544,1	1	135.836.298,5	149.419.928,3	164.361.921,2	180.798.113,3



REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Biblioteca. ibge.gov.br
2. [Http://www.imagemnews.com.br/arquivo](http://www.imagemnews.com.br/arquivo)
3. Plano Diretor do Município de Porto Velho, 2008.
4. Plano Plurianual do Município de Porto Velho, 2014-2017. Disponível em: www.portovelho.ro.gov.br
5. Saúde do idoso - Atenção. 2. Saúde da família - competências I. Título. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p.
6. www.portovelho.ro.gov.br