

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018 a 2021



P R E F E I T U R A
PORTO VELHO

**SEMUSA SECRETARIA
DE SAÚDE**

PORTO VELHO - 2017



GESTÃO 2017 - 2020

HILDON DE LIMA CHAVES
Prefeito do Município de Porto Velho

EDGAR LINO TONIAL
Vice-Prefeito

ORLANDO JOSÉ DE SOUZA RAMIRES
Secretário Municipal de Saúde

MARCUS VINICIUS DE OLIVEIRA COSTA
Secretário Adjunto Municipal de Saúde

RAPHAEL BRAGA MACIEL
Coordenador do Fundo Municipal de Saúde



EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO

Assessoria Técnica

Amanda Diniz del Castillo
Clívia Roberta Barbosa da Silva
Eweline Gomes da Silva
Jane Carvalho Cardoso
Katiane Maia dos Santos
Luciene Carvalho Piedade Almeida

Departamento de Atenção Básica

Elizeth Gomes Pinto
Fabrício Santos da Silva
Isel Pantoja Feros Matos
Ivaneide Neves Silveira
Joely Cristina Gimenes
Marcuce Antônio dos Santos Miranda
Noeli Nunes de Lima
Pedro Augusto Paula do Carmo
Priscila Iraneide da Silva
Rosimari Garcia

Departamento de Média e Alta Complexidade

Flaviane Santana Regis
Francisca Rodrigues Nery
Gilmara Silva de Araújo
Lilian Ferreira de Andrade
Paula Caroline Guimarães
Rosicleide Campos Miranda Almeida
Saimon Cavalcante Araújo



Departamento de Assistência Farmacêutica

Eriane Lemos de Lima

Fabília Glaciane Santos Meneses

Lígia Fernandes Arruda Silveira Pereira

Departamento de Vigilância em Saúde

Clayton César Nakamura

Cleidinéia Amaral

Ednaldo Lira Cavalcante

Ismael Tenório da Costa

Glauciane Ferreira da Silva

Lívia Juliene da Silva Lima

Magzan da Silva Azevedo

Maria de Lourdes da Silva Oliveira

Márcia Maria Mororó Alves

Nilda de Oliveira Barros

Régia de Lourdes F. P. Martins

Ricardo Alves de Melo

Roberto Tetsuro Nakaoka

Ronald Gabriel Passos da Silva

Rudolf Christian Horacek

Sheila Arruda

Valdir Alves do Nascimento

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle

Carlos Daniel do Nascimento

Diogo Silva Ferreira

Valéria de Albuquerque Lima

Departamento Administrativo

Aldenora Viana de Oliveira Cruz

Carla Gabriele Eiguana Canamari

Iza Gurgel da Silva



Elton Aragão Braga

Gilberto Alves

Irineu Eduardo de Souza

Jonatas Rodrigo de Souza

Udermiçom de Moura

Wender Vollmerhausen da Silva

Conselho Municipal de Saúde

Cleson Oliveira de Moura

João Aramayo

(acrescentar o nome de todos os conselheiros)

VERSÃO PRELIMINAR



SUMÁRIO

REVER

APRESENTAÇÃO

1 MODELO DE GESTÃO	6
1.1 MISSÃO	6
1.2 VISÃO	6
1.3 VALORES	7
1.4 MAPA ESTRATÉGICO	8
2 ASPECTOS DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICOS	9
2.1 CLIMA	10
2.2 CRESCIMENTO POPULACIONAL	11
2.3 LONGEVIDADE, MORTALIDADE E FECUNDIDADE	15
2.4 EDUCAÇÃO	16
2.5 RENDA	17
2.6 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA	17
2.7 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO	18
2.8 TRABALHO	20
2.9 HABITAÇÃO	21
3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	22
3.1 MORTALIDADE	22
3.1.1 DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS	24
3.1.1.1 APARELHO CIRCULATÓRIO	24
3.1.1.2 CAUSAS EXTERNAS	27
3.1.1.3 NEOPLASIAS	29
3.1.2 MORTALIDADE INFANTIL E FETAL	30
3.1.3 MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E MATERNA	33
3.2 NATALIDADE	40
3.3 MORBIDADE	43
3.3.1 AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	43
3.3.2 SÍFILIS	43
3.3.3 MALÁRIA	46
3.3.4 DENGUE	48
3.3.5 CHINKUNGUNYA	51
3.3.6 ZIKA VÍRUS	51
3.3.6.1 MICROCEFALIA	52
3.3.7 TUBERCULOSE	53
3.3.8 HANSENÍASE	56
4 REDE DE SERVIÇOS DO MUNICÍPIO	58
4.1 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	58
4.2 ESPECIALIDADES MÉDICAS	59
4.3 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	59
4.3.1 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA	60
4.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE	60
5 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS	61
6 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO PMS	68
6.1 MATRIZ DE INDICADORES DE SAÚDE	69
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	89
ANEXOS	96



APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018 – 2021 do município de Porto Velho é o resultado de um amplo processo de diálogo caracterizado pelo esforço de fortalecer o planejamento integrado de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA).

Dessa forma, o conteúdo deste documento expressa a identificação das necessidades de saúde da população Portovelhense, apresentando as diretrizes, os objetivos e as metas para a gestão da saúde neste período, tendo como base as orientações da Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 e do Decreto 7.508/2011 que estabelecem o sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A caminhada metodológica deste material, utilizou como método prioritário, o Planejamento em Saúde, e as bases legais descritas acima, com o envolvimento dos diretores de departamentos, chefes de divisão e coordenadores de programa utilizando como subsídio para o início da construção, as propostas aprovadas pela VIII Conferência Municipal de Saúde realizada em julho de 2015 e da I Conferência Municipal de Saúde das Mulheres realizada em junho de 2017, contemplando o amplo debate político sobre as prioridades e os desafios no campo da saúde local.

Além disso, foram realizadas audiências públicas com a população no mês de agosto de 2017, para nortear as metas proposta e garantir a participação do controle social no processo de construção deste, por meio de um amplo planejamento participativo.

Outro trabalho desenvolvido na construção do **PMS 2018-2021** foi a elaboração do Mapeamento Organizacional da SEMUSA, identificando a MISSÃO, VISÃO E VALORES, que resultou na construção de um Mapa Estratégico de Saúde norteador do planejamento da gestão para o quadriênio 2018-2021.

Utilizando das diretrizes do Planejamento em Saúde do Ministério da Saúde, este PMS orienta a elaboração do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA) consolidando-se como fundamental instrumento de planejamento na área da saúde do município de Porto Velho.



1 MODELO DE GESTÃO

O modelo de gestão no SUS está descrito na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Tem como princípios: a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde; a hierarquização do sistema e das ações e serviços de saúde; a descentralização da gestão, ações e serviços; a participação da população na definição da política de saúde; o controle social da implementação da política de saúde e a autonomia dos gestores (BRASIL, 1990).

A Gestão da SEMUSA adota nesse momento com base na análise do perfil epidemiológico dos últimos 5 anos, a necessidade de priorizar o **FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA COMO ESTRATÉGIA PRIORITÁRIA DA GESTÃO MUNICIPAL**, com prioridade nas **LINHAS MATERNO-INFANTIL E DOENÇAS CRÔNICAS (com foco na HIPERTENSÃO ARTERIAL e no DIABETES MELLITUS)**, além do **FORTALECIMENTO DA REDE PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA**, por se apresentarem epidemiologicamente, como as principais causas de morbimortalidade no município.

Com base nisso, as diretrizes e os objetivos do **PMS 2018-2021** ficaram definidas da seguinte forma:

VERSÃO PRELIMINAR



DIRETRIZES

• OBJETIVOS

1. Fortalecimento da atenção básica como estratégia prioritária da gestão municipal de saúde

- Assegurar a Estratégia de Saúde da Família como orientadora da Atenção Básica e potencializar a ampliação do Acesso a partir das necessidades das pessoas
- Aperfeiçoar a Rede Materno-infantil, com priorização do pré-natal, parto e puerpério
- Qualificar a atenção às condições crônicas de saúde.

2. Reestruturação e integração da rede de atenção à saúde do Município de Porto Velho

- Qualificar a atenção às condições agudas de saúde.
- Reduzir o impacto de mortalidade por causas externas na situação de saúde da população
- Reestruturar os serviços especializados, urgência e emergência e de apoio ao diagnóstico já existente na rede municipal
- Potencializar o papel da Regulação, do Controle e da Auditoria otimizando a capacidade operacional dos serviços

3. Fortalecimento das Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica

- Manter a Cobertura de medicamentos em todas as unidades da rede municipal promovendo o Uso Racional de Medicamentos – URM.
- Estruturar os serviços da Assistência Farmacêutica.

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

- Manter na área de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária, e saúde do trabalhador, ações de prevenção e controle

5. Fortalecimento da Gestão e Controle Social

- Reestruturar e integrar a rede de atenção à saúde do município, com ênfase na área materno-infantil e crônicas de Porto Velho
- Fortalecer a gestão do trabalho e o controle social



1.1 MISSÃO

Promover ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, com garantia de acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde no município de Porto Velho.

1.2 VISÃO

Ser reconhecida como referência de gestão democrática e participativa na gestão da saúde pública, contribuindo efetivamente para a melhoria da qualidade de vida de seus usuários.

1.3 VALORES

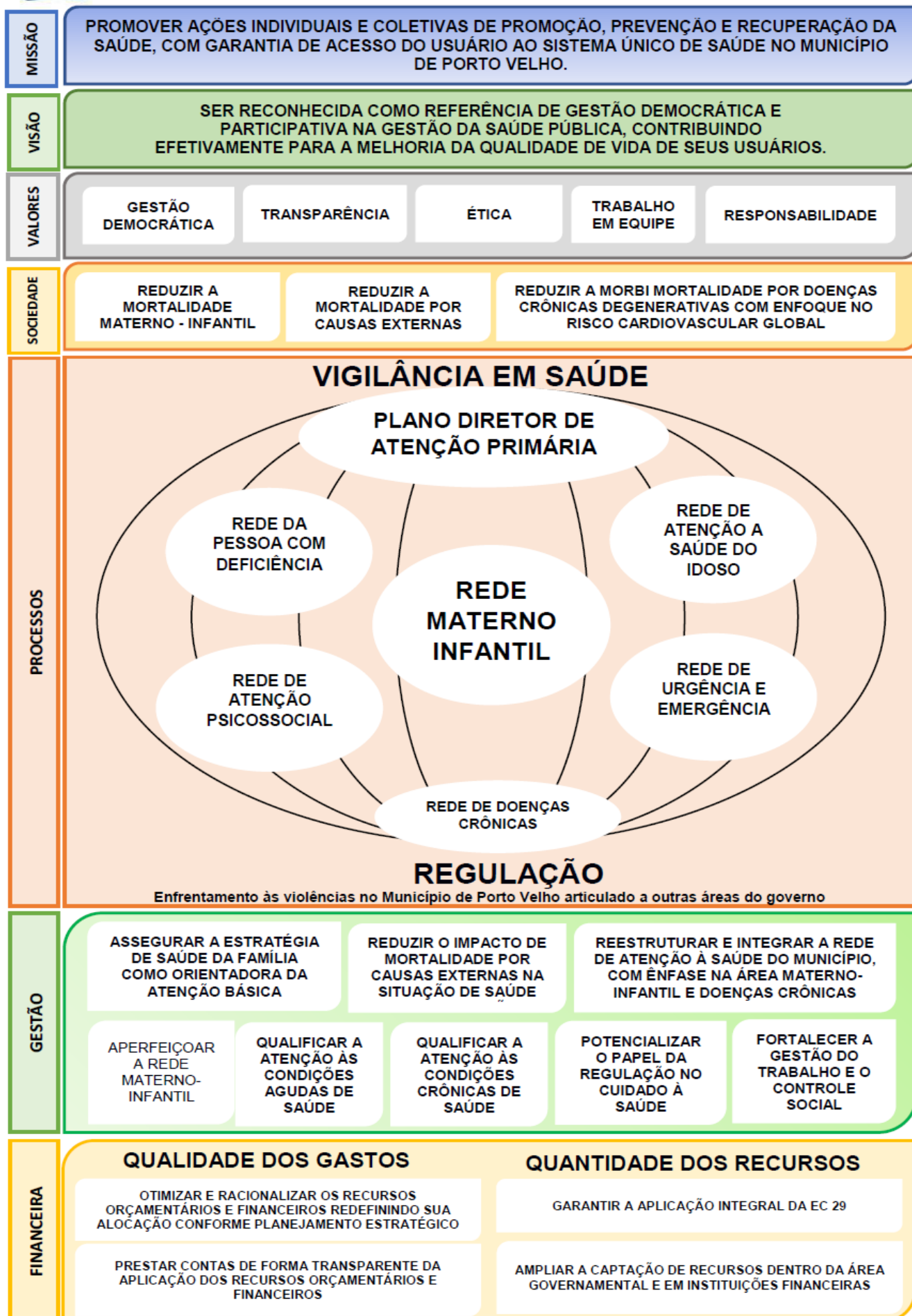
- ✓ Gestão democrática
- ✓ Transparência
- ✓ Ética
- ✓ Trabalho em equipe
- ✓ Responsabilidade

1.4 MAPA ESTRATÉGICO DA SAÚDE

O mapa estratégico da saúde tem como proposta apresentar um resumo dos objetivos da gestão bem como mostrar os resultados esperados para a sociedade do município de Porto Velho, após o cumprimento de metas estabelecidas para os próximos quatro anos: 1. Reduzir a mortalidade materno – infantil; 2. Reduzir a mortalidade por causas externas e 3. Reduzir a morbimortalidade por doenças crônicas degenerativas com enfoque no risco cardiovascular global.



MAPA ESTRATÉGICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO





2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIOECONÔMICOS

Porto Velho é capital do estado de Rondônia, atualmente com uma população de 519.436 habitantes, conforme estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2017). Caracteriza-se como o município mais populoso de Rondônia, e o terceiro da Região Norte, logo após as cidades de Manaus e Belém. Entre todos os municípios brasileiros, é o 45º mais populoso, configurando-se no mesmo ano como a 21ª capital do país com mais habitantes. É a capital brasileira com maior área territorial, com mais de 34 mil km², sendo também o mais populoso município fronteiriço do Brasil. Porto Velho é, ainda, a única capital brasileira que faz fronteira com outro país, sendo este a Bolívia.

Situado na margem à leste do Rio Madeira, na Região Norte do Brasil, Porto Velho foi fundado pela empresa americana Madeira Mamoré Railway Company em 4 de julho de 1907, durante a construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, comandada pelo magnata norte-americano Percival Farquar. Em 2 de outubro de 1914 foi legalmente criado como um município do Amazonas, transformando-se em capital do estado de Rondônia em 1943, quando criou-se o Território Federal do Guaporé.

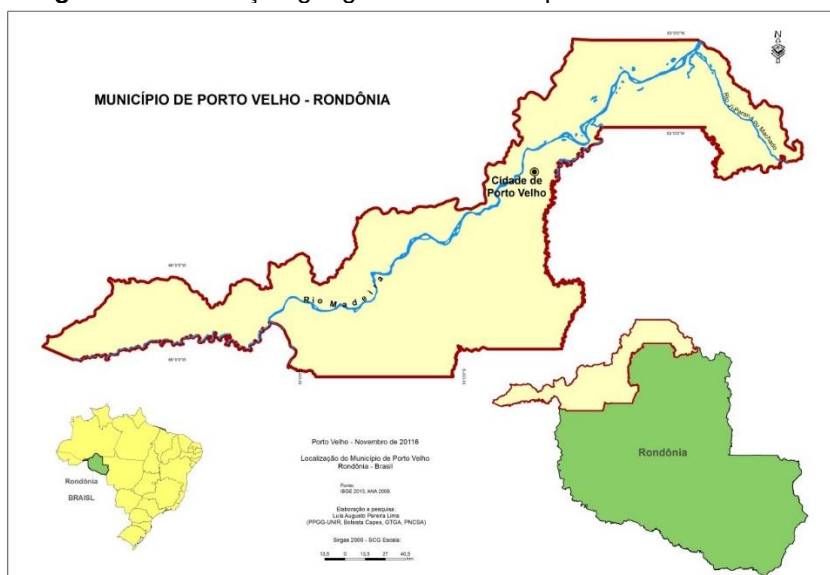
Em termos econômicos, a cidade detém o 4º maior Produto Interno Bruto (PIB) da Região Norte, depois de Manaus, Belém e Parauapebas, além de ter sido a capital que mais cresce economicamente no país, com crescimento do PIB em 30,2% em 2009. Em 2010, o PIB de Porto Velho foi estimado em R\$ 7,5 bilhões, segundo o IBGE, respondendo por cerca de 1/3 do PIB de Rondônia naquele ano.

Em termos de população, é de médio porte e possui propensão para a prestação de serviços, como logística e o comércio. Mas também, tem representatividade na pesca, agricultura e a extração mineral. Há alguns anos, a cidade vem se destacando como a capital com maior crescimento, advento do impulso à atividade econômica consequente da construção das hidrelétricas Jirau e Santo Antônio (SAE, 2014).

A Figura 1 abaixo, aponta a localização geográfica de Porto Velho.



Figura 1. Localização geográfica do Município de Porto Velho/RO.



Fonte: IBGE, 2017.

2.1 CLIMA

Porto Velho possui um clima caracterizado em tropical superúmido, de transição entre clima semiúmido da Região Centro-Oeste e o equatorial predominante na Região Norte. O índice pluviométrico anual é superior a 2.000mm/ano, concentrados entre os meses de verão, sendo janeiro o mês de maior precipitação (321 mm). O período da estação seca dura cinco meses aproximadamente, e ocorre de maio a outubro. As precipitações ocorrem principalmente sob a forma de chuva, e em raras ocasiões de granizo, podendo vir acompanhadas de raios e trovoadas e ainda ser de forte intensidade (PINHEIRO, 2014). Com quase 2.000 horas de sol por ano, a umidade do ar é relativamente elevada durante o ano, com médias mensais acima dos 80%, e a média anual de 86% (INMET, 2017).

A amplitude térmica é baixa, com temperatura média anual de 25 °C. Entre maio e setembro, massas de ar polares que chegam ao sul da Amazônia atingem Porto Velho e derrubam as temperaturas, muitas vezes para abaixo dos 18 °C, causando o fenômeno da friagem. Contudo, dentro dessa mesma época, nos meses de agosto e setembro, também são registradas as maiores temperaturas do ano, chegando próximo ou ultrapassando a marca dos 35 °C, e a umidade do ar também



pode ficar abaixo dos 30% ou até mesmo dos 20%, bem abaixo do ideal estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 60%.

Segundo dados do Instituto Nacional de Meteorologia (INMET), referentes ao período entre 1961 a 2008, a menor temperatura registrada em Porto Velho foi de 7,4 °C em 19 em julho de 1975, e a maior atingiu 40,9 °C em 16 de agosto de 1969. O maior acumulado de precipitação em 24 horas foi de 157,6 mm em 15 de outubro de 1979. O menor índice de umidade relativa do ar foi de 19%, em 3 de julho de 1979 (BDMEP, 2017).

2.2 CRESCIMENTO POPULACIONAL

Entre 2000 e 2010, a população de Porto Velho cresceu a uma taxa média anual de 2,50%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 81,79% para 91,18%. Em 2010 viviam, no município, 428.527 pessoas.

Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 2,35%. Na Unidade da Federação (UF), esta taxa foi de 2,22%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 84,65% para 81,79%.

Tabela 1. População total, por Gênero, Rural/Urbana - Município - Porto Velho – RO.

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	271.441	100,00	334.661	100,00	428.527	100,00
População residente masculina	137.021	50,48	166.737	49,82	217.618	50,78
População residente feminina	134.420	49,52	167.924	50,18	210.909	49,22
População urbana	229.788	84,65	273.709	81,79	390.733	91,18
População rural	41.653	15,35	60.952	18,21	37.794	8,82

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

A análise da razão de dependência, indicador que sinaliza o rejuvenescimento ou envelhecimento populacional, mostra que em 1991 foi de 72,40% em 2000 foi de 59,88% e 2010 passou para 42,97%. Estes dados demonstram que ao longo de quase duas décadas houve redução de 29,43% da razão de dependência. Este dado revela aumento da população potencialmente ativa no município de Porto Velho. Já no



estado de Rondônia, a razão de dependência nos mesmos anos foi de 65,43%, 54,88% e 45,87% respectivamente, havendo uma redução de 19,56%.

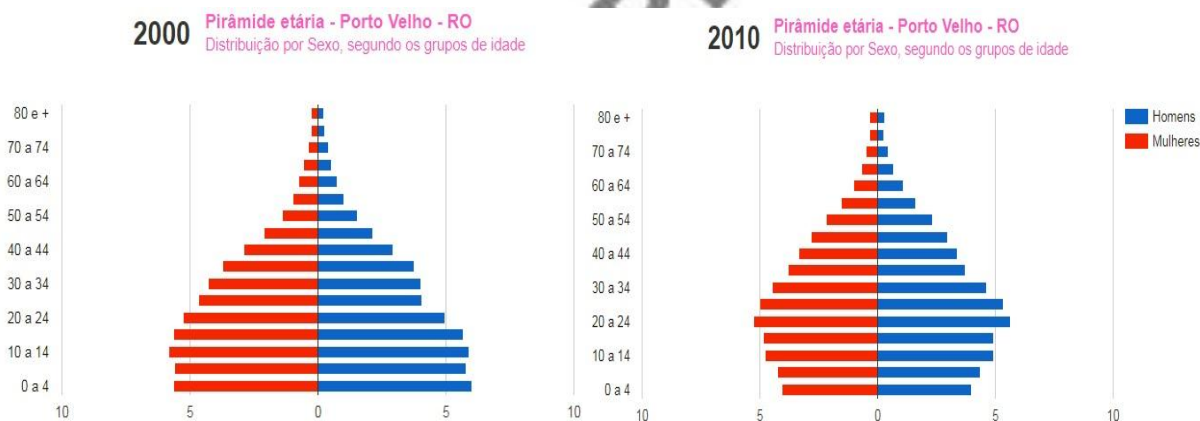
Entre os anos de 1991, 2000 e 2010, a taxa de envelhecimento em Porto Velho foi respectivamente de: 2,10%; 2,85% e 3,52%. Enquanto em Rondônia a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente.

Tabela 2. Estrutura Etária da População. Porto Velho/RO.

Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	108.298	39,90	115.793	34,60	113.689	26,53
15 a 64 anos	157.449	58,00	209.315	62,55	299.739	69,95
População de 65 anos ou mais	5.694	2,10	9.553	2,85	15.099	3,52
Razão de dependência	72,40	-	59,88	-	42,97	-
Taxa de envelhecimento	2,10	-	2,85	-	3,52	-

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Gráfico 1. Pirâmide etária do município de Porto Velho, (2000 – 2010).



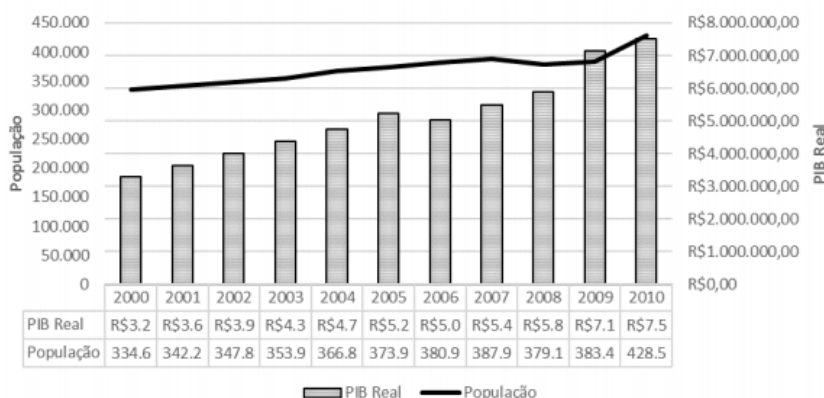
Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010.

De acordo com o censo 2010, o crescimento da população brasileira no período foi de 12,3%, inferior ao observado na década anterior (15,6% entre 1991 e 2000). Mostra também que a população é mais urbanizada que há 10 anos: em 2000, 81% dos brasileiros viviam em áreas urbanas, agora são 84%. Na região Norte aumentou de 7,6% para 8,3% seu percentual populacional. Rondônia tem o terceiro maior contingente populacional da região Norte, ficando atrás do Pará e Amazonas. Sendo Porto Velho o município mais populoso do Estado, contendo 428.527



habitantes em 2010, teve um crescimento populacional de 28,05% entre 2000 e 2010, caracterizando uma cidade de médio porte.

Gráfico 2. Crescimento acumulado da população e do PIB real de Porto Velho: 2000-2010 ano base 2010.



Fonte: Adaptado com dados do Ipeadata e Datasus.

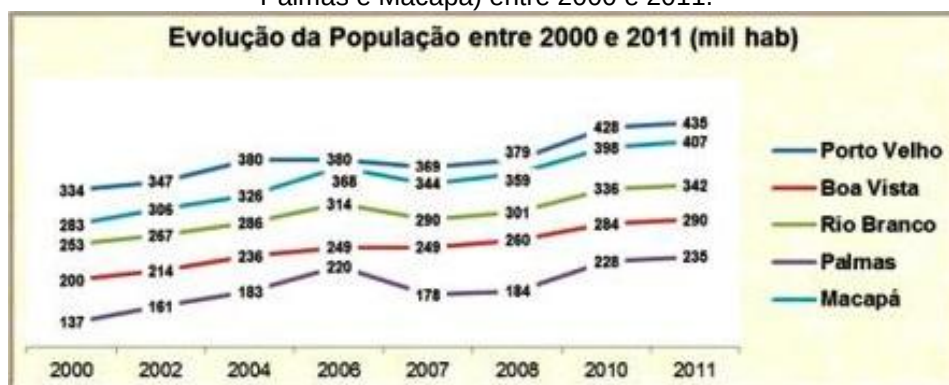
A capital do Estado de Rondônia, Porto Velho, como mostra o Gráfico 2 teve um crescimento populacional de 28,05% cerca de 330 mil habitantes em 2000 para aproximadamente 430 mil habitantes em 2010, ainda demonstrando um crescimento do PIB Real que teve algumas oscilações durante o período, de cerca de 3,2 bilhões em 2000 para aproximadamente 7,5 bilhões no ano de 2010.

O Gráfico 3, aponta uma análise comparativa entre as capitais da região norte (Porto Velho, Boa Vista, Rio Branco, Palmas e Macapá), onde observa-se que todas obtiveram um alto percentual de crescimento (mais do que era esperado para o período) próximo ao ano de 2004, antes e/ou depois. Fenômeno semelhante ocorre entre 2008 e 2010, embora neste caso possa refletir o efeito da correção devido ao censo, pois os dados dos anos intermediários são de estimativas. Entre 2006 e 2008 a população ficou estável ou sofre decréscimo, com exceção de Boa Vista. O gráfico a seguir ilustra o que ocorreu no período.



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO 2018 - 2021

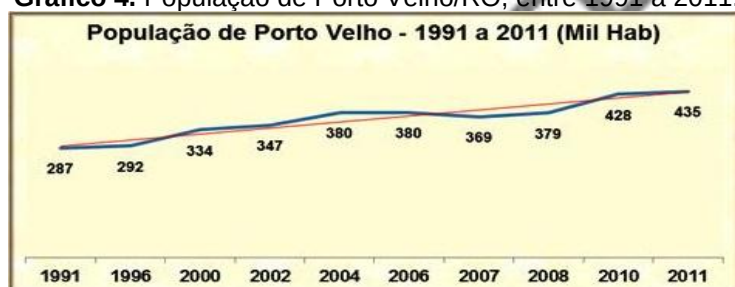
Gráfico 3. Evolução da População das capitais da Região Norte (Porto Velho, Boa Vista, Rio Branco, Palmas e Macapá) entre 2000 e 2011.



Fonte: Elaborado com base em IBGE Censo 1991/2000/2010 e IBGE Estimativa Populacional.

Através do Gráfico 4. Percebe-se um novo salto populacional no ano de 2010, ano do censo, o que pode significar correção de distorções de estimativas, pois este fenômeno também é verificado para outras capitais.

Gráfico 4. População de Porto Velho/RO, entre 1991 a 2011.



Fonte: Elaborado com base em IBGE Censo 1991/2000/2010 e IBGE Estimativa Populacional.

Gráfico 5. Crescimento (%) populacional em 2000 e 2010.



Fonte: Elaborado com base em Transparência Municipal 2011 (www.tmunipal.org.br).



2.3 LONGEVIDADE, MORTALIDADE E FECUNDIDADE

A Mortalidade Infantil (MI) no município passou de 27,5 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 15,5 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa de mortalidade infantil (TMI) era de 43,9. Já na UF, a taxa era de 18,0, em 2010, de 30,4, em 2000 e 42,4, em 1991. Entre 2000 e 2010, a TMI no país caiu de 30,6 óbitos por mil nascidos vivos para 16,7 óbitos por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 óbitos por mil nascidos vivos.

Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpriu uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

Tabela 3. Taxa de Longevidade, Mortalidade e Fecundidade do Município de Porto Velho/RO.

	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer	63,0	67,2	74,1
Mortalidade infantil	43,9	27,5	15,5
Mortalidade até 5 anos de idade	55,9	32,9	16,6
Taxa de fecundidade total	3,2	2,6	2,1

Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 6,9 anos na última década, passando de 67,2 anos, em 2000, para 74,1 anos, em 2010. Em 1991, era de 63,0 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991.

2.4 EDUCAÇÃO

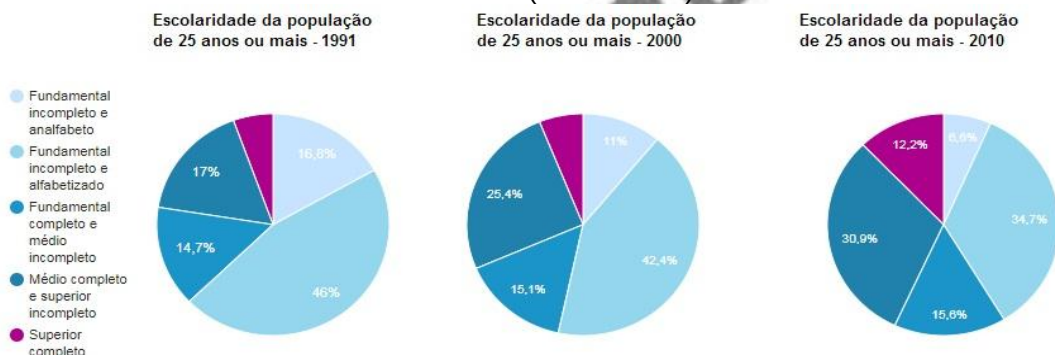
O indicador Expectativa de Anos de Estudo também sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência deverá completar ao atingir a idade de 18 anos. Entre 2000 e 2010, ela passou de 8,65 anos



para 8,99 anos, no município, enquanto na UF passou de 7,85 anos para 9,20 anos. Em 1991, a expectativa de anos de estudo era de 7,87 anos, no município, e de 7,55 anos, na UF.

Também compõe o IDHM Educação um indicador de escolaridade da população adulta, o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 49,11% para 61,88%, no município, e de 39,76% para 54,92%, na UF. Em 1991, os percentuais eram de 38,28%, no município, e 30,09%, na UF. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 6,62% eram analfabetos, 58,70% tinham o ensino fundamental completo, 43,12% possuíam o ensino médio completo e 12,21%, o superior completo. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27%.

Gráfico 6. Escolaridade da população de 25 anos ou mais de Porto Velho (1991 – 2010)



Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

2.5 RENDA

A renda per capita média de Porto Velho cresceu 91,02% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 486,43 (Quatrocentos e oitenta e seis reais e quarenta e três centavos), em 1991, para R\$ 613,61 (Seiscentos e treze reais e sessenta e um centavos), em 2000, e para R\$ 929,19 (Novecentos e vinte e nove reais e dezenove centavos), em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,47%. A taxa média anual de crescimento foi de 2,61%, entre 1991 e



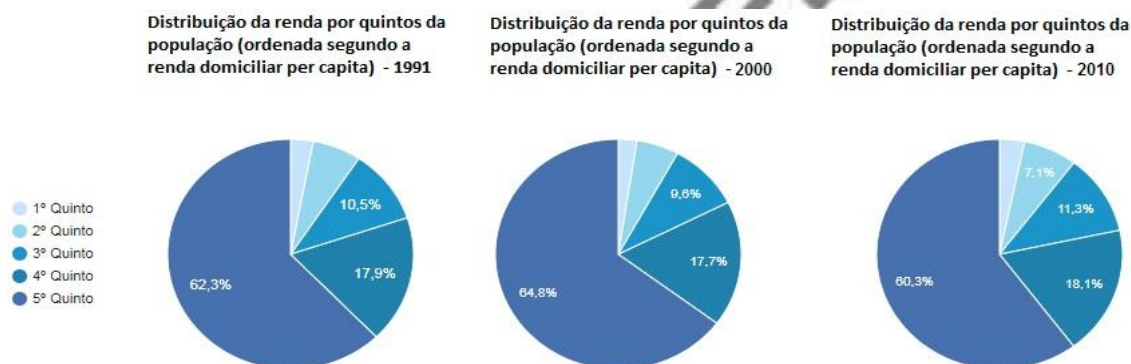
2000, e 4,24%, entre 2000 e 2010. A proporção de renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (Cento e quarenta reais), passou de 26,09%, em 1991, para 23,05%, em 2000, e para 7,95%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,58, em 1991, para 0,61, em 2000, e para 0,56, em 2010.

Tabela 4. Renda, Pobreza e Desigualdade no Município de Porto Velho/RO.

	1991	2000	2010
Renda per capita	486,43	613,61	929,19
% de extremamente pobres	8,40	7,81	2,64
% de pobres	26,09	23,05	7,95
Índice de Gini	0,58	0,61	0,56

Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

Gráfico 7: Distribuição da renda Porto Velho/RO (1991-2010).



Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

2.6 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

A princípio, é fundamental destacar que a dinâmica demográfica é resultado de processos históricos socialmente construídos, característicos de determinado tempo e espaço, o que explica as grandes diferenciações existentes entre países, entre regiões dentro de um mesmo país e entre grupos sociais dentro de uma mesma região.

Um aspecto básico para a compreensão das mudanças demográficas em curso é o entendimento dos componentes da dinâmica demográfica e da relação que se estabelece entre esses componentes. De maneira simplificada, pode-se dizer que a variação bruta do número de indivíduos de determinado grupo populacional,



considerando-se um momento específico no tempo e um certo espaço geográfico, decorre do balanço entre os nascimentos, os óbitos e os movimentos migratórios.

Partindo dessa premissa, a partir da próxima seção, será descrito a transição demográfica no município de Porto Velho.

2.7 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO - IDH

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Porto Velho é 0,736, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,819, seguida de Renda, com índice de 0,764, e de Educação, com índice de 0,638.

Gráfico 8. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM – Porto Velho



Fonte: Atlas Brasil 2013 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

Tabela 5. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Município - Porto Velho/RO.

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,290	0,469	0,638
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	38,28	49,11	61,88
% de 5 a 6 anos na escola	38,69	67,71	81,06
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	33,72	61,44	84,84
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	18,09	33,05	50,79
% de 18 a 20 anos com médio completo	10,45	21,21	42,07
IDHM Longevidade	0,633	0,704	0,819
Esperança de vida ao nascer	62,99	67,22	74,14
IDHM Renda	0,660	0,697	0,764
Renda per capita	486,43	613,61	929,19

Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

O IDHM passou de 0,613 em 2000 para 0,736 em 2010 - uma taxa de crescimento de 20,07%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em

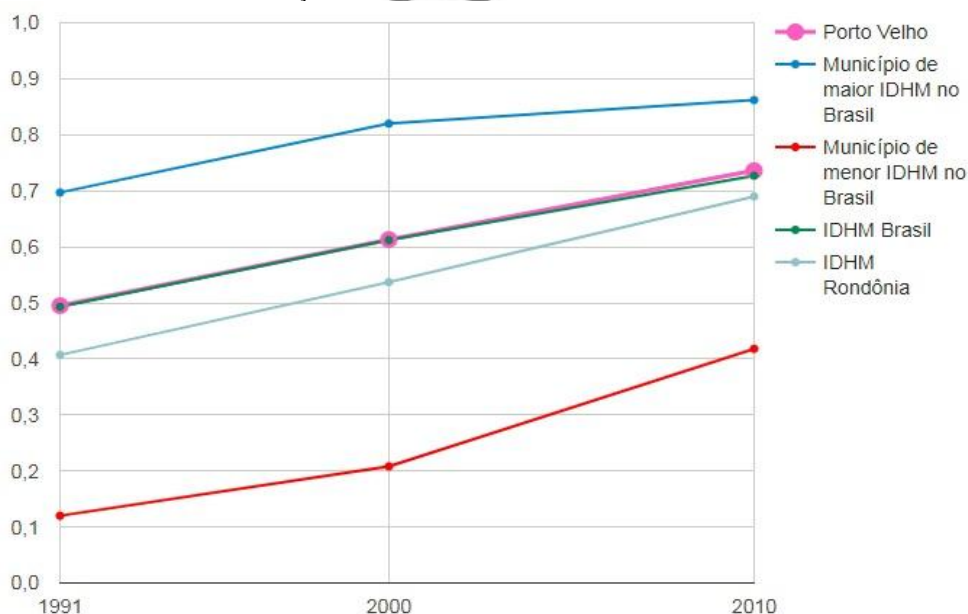


68,22% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,169), seguida por Longevidade e por Renda.

O IDHM passou de 0,495 em 1991 para 0,613 em 2000 - uma taxa de crescimento de 23,84%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 76,63% entre 1991 e 2000. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,179), seguida por Longevidade e por Renda.

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,495, em 1991, para 0,736, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 48,69% para o município e 47% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 52,28% para o município e 53,85% para a UF. No município, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,348), seguida por Longevidade e por Renda. Na UF, por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por Renda.

Gráfico 9. Evolução do IDH, de 1991 a 2010 em Porto Velho/RO.



Fonte: PNUD, Ipea e FJP



Porto Velho ocupa a 876ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço).

2.8 TRABALHO

De acordo com o Gráfico 10, entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 72,32% em 2000 para 70,84% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 15,34% em 2000 para 5,61% em 2010.

Gráfico 10. Composição da população de 18 anos ou mais de idade – 2010



Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

Acerca da ocupação da população de 18 anos ou mais do município de Porto Velho, a Tabela 6 abaixo, descreve que em 2010, 6,27% trabalhavam no setor agropecuário, 0,54% na indústria extrativa, 4,99% na indústria de transformação, 12,82% no setor de construção, 1,84% nos setores de utilidade pública, 15,38% no comércio e 49,35% no setor de serviços.



Tabela 6. Ocupação da população de 18 anos ou mais. Porto Velho/RO.

	2000	2010
Taxa de atividade - 18 anos ou mais	72,32	70,84
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais	15,34	5,61
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	52,40	65,48
Nível educacional dos ocupados		
% dos ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais	55,27	66,77
% dos ocupados com médio completo - 18 anos ou mais	37,70	49,95
Rendimento médio		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m. - 18 anos ou mais	37,22	10,77
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m. - 18 anos ou mais	65,44	58,62
% dos ocupados com rendimento de até 5 s.m. - 18 anos ou mais	87,69	86,65

Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

2.9 HABITAÇÃO

Porto Velho surgiu a partir de pátios ferroviários (Ferrovia Madeira Mamoré), onde um pequeno contingente populacional em torno de 1.000 habitantes tinha uma forma de habitação muito distinta: sistema de esgoto; tratamento de água; energia elétrica; habitações telhadas; cinema e salões de festa. Saindo desse espaço distinto a cidade cresceu de maneira desordenada a partir de acomodações precárias das pessoas que vieram construir a ferrovia. Este crescimento permanece ainda nos dias de hoje conforme dados expressos e analisados da tabela 7.

Tabela 7. Indicadores de Habitação. Porto Velho – RO (1991 – 2010)

	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	58,15	70,24	92,87
% da população em domicílios com energia elétrica	95,44	97,05	98,20
% da população em domicílios com coleta de lixo	68,52	85,94	95,67

Fonte: PNUD, Ipea e FJP.



3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

No Município de Porto Velho nos últimos 5 anos (2012-2016), observou-se que as Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT se destacam enquanto causa importante de morbidade e mortalidade.

Observa-se que no último ano de 2016, conforme o diagrama da Figura 2, a principal causa de mortalidade são as doenças do aparelho circulatório, seguidas das causas externas e em terceiro lugar as neoplasias.

Figura 2: Ranking de Mortalidade por DANT. Porto Velho/RO (2016).



Fonte: SEMUSA/PV, 2017.

3.1 MORTALIDADE

O perfil das causas de morte no Brasil tem mudado de forma relevante, assim como também o de Porto Velho. A transição epidemiológica, demográfica e nutricional vem ocorrendo muito rapidamente, com redução das mortes por doenças infecciosas e parasitárias e aumento por doenças crônicas. Esta análise vai representar também a mudança no perfil da mortalidade do município de Porto Velho. A Tabela 8 apresenta o número de óbitos segundo grande grupo de causas de mortalidade.

A Tabela 8 mostra que as causas externas ocuparam o primeiro lugar no número de óbitos nos anos de 2012, 2013 e 2015 e que no ano de 2016 o ranking de mortalidade é ocupado pelas doenças do aparelho circulatório. No Brasil, em 2012, as doenças do aparelho circulatório foram as mais frequentes, com percentual de 30% do total dos registros de óbitos por todas as causas, seguida das neoplasias e das causas externas. Observamos uma inversão entre a segunda e terceira causa de morte, comparando os dados do Brasil no ano de 2012, com os do município de Porto Velho, no ano de 2016.



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO 2018 - 2021

Tabela 8. Óbitos segundo grande grupo de causas e ano de ocorrência em residentes. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

GRANDES CAUSAS (CAPÍTULO CID-10)	2012	2013	2014	2015	2016
Causas externas	484	428	404	438	427
Doenças do aparelho circulatório	460	412	429	419	436
Neoplasias (tumores)	266	318	327	378	409
Doenças do aparelho respiratório	252	229	268	244	231
Algumas afecções originadas no período perinatal	150	106	135	154	141
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	132	112	88	66	85
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	125	130	135	148	175
Mal definidas	115	100	138	122	155
Outras causas	262	267	262	306	339
Total	2246	2102	2186	2275	2398

Fonte: SIM/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 10/08/2017.

A Tabela 9 apresenta a mortalidade proporcional, segundo CID-10, de residentes de Porto Velho/RO, 2016.

Em 2016, a mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório foi de 18,18% e por causas externas, 17,81%, demonstrando o quanto estas doenças e agravos não transmissíveis são importantes problemas no tocante à acesso aos serviços de referência especializados, principalmente para o atendimento das intercorrências neurológicas e traumato-ortopédicas e cardiovasculares.

Tabela 9. Mortalidade proporcional, segundo CID 10, residentes em Porto Velho/RO, 2016

Causa (Cap CID10)	Nº	%
Doenças do aparelho circulatório	436	18.18
Causas externas	427	17.81
Neoplasias (tumores)	409	17.06
Doenças do aparelho respiratório	231	09.63
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	175	07.30
Mal definidas	155	06.46
Algumas afecções originadas no período perinatal	141	05.88
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	85	03.54
Outras causas	339	14.14
Total	2398	100,00

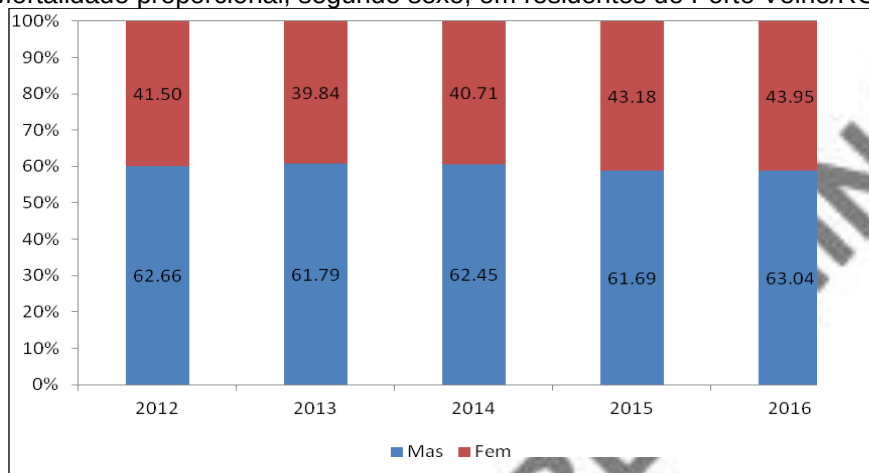
Fonte: SIM/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 10/08/2017.

O Gráfico 11 mostra a mortalidade proporcional, segundo sexo, em residentes de Porto Velho, 2012 a 2016. Observa-se que mais de 60% dos óbitos ocorridos no período, foram no sexo masculino. Já nos anos de 2015 e 2016, obteve-se um percentual maior de óbitos femininos, 43,18% e 43,95%, respectivamente.



Analisando os óbitos segundo o sexo e as causas em 2012, temos os homicídios (1º lugar) e acidente de transporte (2º lugar) liderado as causas de morte no sexo masculino e acidente de transporte (1º lugar) e homicídios (2º lugar) para o sexo feminino. Comparando essa informação com o ano de 2016, observa-se o homicídio continua sendo a maior causa de morte em ambos os sexos.

Gráfico 11. Mortalidade proporcional, segundo sexo, em residentes de Porto Velho/RO, 2012 a 2016.



Fonte: SIM/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 10/08/2017.

3.1.1 DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se destacam enquanto causa importante de morbidade e mortalidade. As DCNT constituem-se por doenças de longo curso, levando a diferentes graus de incapacidade ou a morte.

Abaixo, seguem as análises epidemiológicas da mortalidade dos principais agravos que compõem as DCNT.

3.1.1.1 APARELHO CIRCULATÓRIO

As Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), são conhecidas como doenças cardiovasculares, geralmente acometem a população acima de 50 anos de idade e levam a incapacidades laborais.

As DAC constituem a principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo, destacando-se os acidentes vasculares encefálicos, as doenças coronarianas e a hipertensão arterial sistêmica.



Corroborando com essa realidade, os dados do Sistema de Informações de Mortalidade da SEMUSA de Porto Velho (SIM/DVS/SEMUSA/PVH), os Infartos Agudos do Miocárdio, as Insuficiências Cardíacas e os Acidentes Vasculares encefálicos, foram os principais agravos registrados nos anos de 2012 e 2016.

Analisando a mortalidade proporcional, dos grupos de causas mais frequentes, a Tabela 10 aponta que as DAC apresentavam no ano de 2012 como a segunda maior causa de óbitos no município. Já no ano de 2016, as DAC se apresentaram como a primeira causa de óbito em Porto Velho, mantendo-se ao longo do tempo com percentuais praticamente estáveis.

Podemos inferir que as políticas estabelecidas, tanto para a redução de morbimortalidade por DCNT em adultos de 30 a menores de 70 anos, e para a redução de acidentes de trânsito, possam ter interferido nestes indicadores.

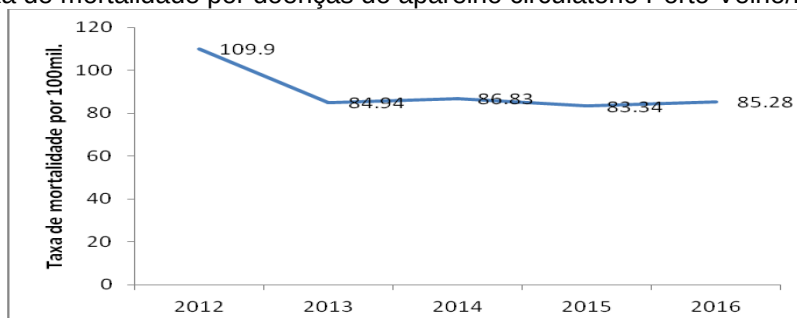
Tabela 10. Mortalidade proporcional por Grande Grupos de Causas, em ordem decrescente de classificação. Porto Velho/RO, 2012 e 2016.

ÓBITOS POR GRANDE GRUPOS DE CAUSAS	2012		2016	
	%	Ordem	%	Ordem
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	21,56	1	17,81	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	20,58	2	18,18	1
II. Neoplasias (tumores)	11,82	3	17,06	3
X. Doenças do aparelho respiratório	11,20	4	09,63	4
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	06,67	5	05,88	7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	05,87	6	03,54	8
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	05,56	7	07,30	5
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais ex. clínicos e laboratório	05,11	8	06,46	6

Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 10/08/2017.

O gráfico 12 mostra o risco de morrer pelas DAC em Porto Velho, o qual observamos risco decrescente para o referido grupo.

Gráfico 12. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório Porto Velho/RO, 2012 a 2016.



Fonte: SIM/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 10/08/2017.



A Tabela 12 aponta os dados relativos as Taxa de Mortalidade por Principais grupos de causa, e número de óbitos, segundo faixa etária.

Especificamente sobre as DAC, observamos que elas se destacam entre as quatro principais causas, em todas as faixas etárias, exceto de 1 a 14 anos de idade.

Essa relação evidencia a relevância das DAC na população adulta e de idosos, fortalecendo a necessidade de potencializar as ações preventivas e de promoção, em todos os níveis de atenção à saúde, neste grupo, para redução deste indicador.

Isso nos remete ao grande desafio para a saúde pública de Porto Velho em reorganizar a Rede de Atenção à Saúde local, com vistas a garantir o acesso à serviços que ofertem ações de prevenção dos principais fatores de risco, promoção de hábitos saudáveis e recuperação da saúde.

Tabela 12. Taxa de Mortalidade por Principais grupos de causa, e número de óbitos, segundo faixa etária. Porto Velho/RO, 2012 e 2016

FAIXA ETÁRIA	2012			2016		
	CAUSA	Nº	Taxa	CAUSA	Nº	Taxa
1 a 14 anos	XX. Causas externas de morbilidade e mortalidade	24	22	XX. Causas externas de morbilidade e mortalidade	19	15
	X. Doenças do aparelho respiratório	10	09	X. Doenças do aparelho respiratório	05	04
	II. Neoplasias (tumores)	06	05	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	04	03
	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	04	04	II. Neoplasias	04	03
15 a 29 anos	XX. Causas externas de morbilidade e mortalidade	183	133	XX. Causas externas de morbilidade e mortalidade	135	85
	IX. Doenças do aparelho circulatório	10	07	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	15	09
	X. Doenças do aparelho respiratório	09	07	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	14	09
	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	07	05	XV. Gravidez, parto e puerpério	06	04
30 a 69 anos	IX. Doenças do aparelho circulatório	234	131	II. Neoplasias (tumores)	251	123
	XX. Causas externas de morbilidade e mortalidade	231	129	XX. Causas externas de morbilidade e mortalidade	230	112
	II. Neoplasias (tumores)	164	92	IX. Doenças do aparelho circulatório	196	96
	X. Doenças do aparelho respiratório	81	45	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	103	50
70 anos ou +	IX. Doenças do aparelho circulatório	212	2216	IX. Doenças do aparelho circulatório	234	2118
	X. Doenças do aparelho respiratório	145	1516	II. Neoplasias (tumores)	149	1349
	II. Neoplasias (tumores)	89	930	X. Doenças do aparelho respiratório	136	1231
	IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	48	502	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	53	479

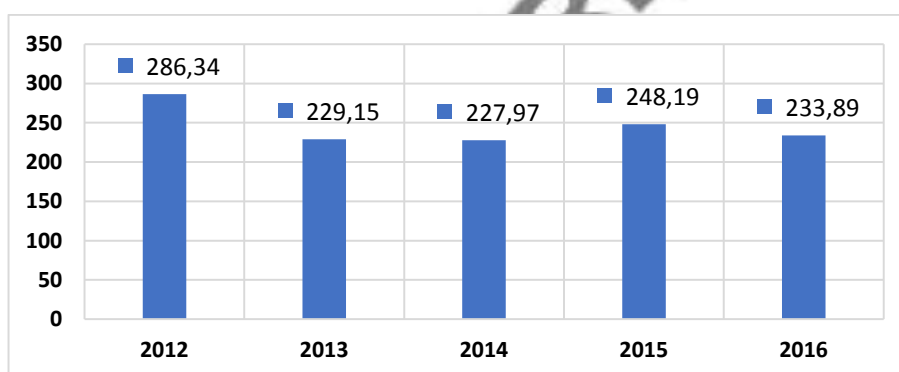
Fonte: SIM/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 10/08/2017.



No Gráfico 13 observa-se a taxa de mortalidade prematura (>30 a <70a), pelo conjunto das quatro principais DCNT (DAC, neoplasias, diabetes e doença respiratória crônica -DRC), no período de 2012 a 2016.

As DCNT como causas de óbitos na população de 30 a 69 anos, localmente e a nível nacional, reafirma a importância em manter programas de prevenção destes agravos, focando no controle dos fatores de risco. Portanto temos como objetivo reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável, na população menor de 70 anos. Essa redução em Porto Velho foi de 5,76% em 2016 ao compararmos com 2015, quando o parâmetro nacional é de redução de 2% em relação ao ano anterior.

Gráfico 13. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos), pelo conjunto das quatro principais DCNT (DAC, neoplasias, diabetes e DRC). Porto Velho/RO, 2012 a 2016.



Fonte: SIM/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

3.1.1.2 CAUSAS EXTERNAS

As DANT constituem um grande e heterogêneo grupo de doenças e agravos, cuja prevenção e controle é de grande importância para a saúde pública. Neste grupo de causas estão os acidentes (de transporte, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes) e a causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas) (OPAS & OMS, 2000).

Na Tabela 13 encontramos a mortalidade proporcional por causas externas, em Porto Velho, de 2012 a 2016.



Observa-se que em 2016, os óbitos por causas externas, representaram uma mortalidade proporcional de 17,81% (427). Os homicídios ocuparam o primeiro lugar, com 51,88% (221) e os acidentes de transportes, o segundo lugar, com 22,30% (95), segundo registro do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A partir de 2013, após a implantação do Projeto Vida no Trânsito em Porto Velho tivemos uma redução na mortalidade proporcional causada por acidentes de trânsito, demonstrando assim a boa implantação do projeto.

Tabela 13. Mortalidade proporcional por causas externas, Porto Velho/RO, 2012 a 2016

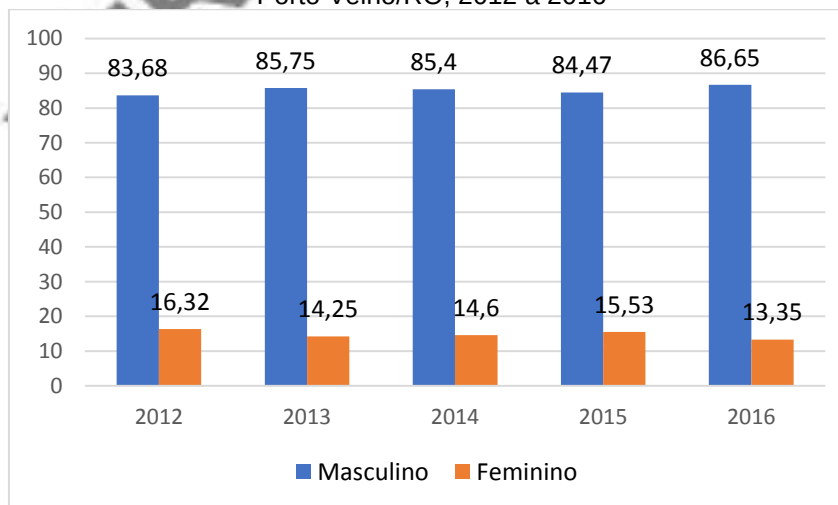
Causas Externas	2012	2013	2014	2015	2016
Acidentes de transito transporte	40.25	30.42	32.84	25.29	22.30
Homicídios	38.14	41.75	43.53	45.75	51.88
Outros acidentes	10.38	13.21	7.71	13.56	10,09
Quedas	6.57	7.31	7.71	6.21	8.92
Suicídios	4.66	7.31	8.21	9.20	6.81
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: SIM/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

No Gráfico 14 observamos a mortalidade proporcional, por causas externas, segundo sexo e ano, em residentes de Porto Velho/RO, de 2012 a 2016.

A mortalidade proporcional por causas externas, segundo sexo, observada no Gráfico 14 demonstra que mais de 83% dos óbitos ocorridos no período analisado, por ano, foram no sexo masculino, corroborando ser o mais atingido, por essas causas, em Porto Velho.

Gráfico 14. Mortalidade proporcional por causas externas, segundo sexo. Porto Velho/RO, 2012 a 2016



Fonte: SIM/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 10/08/2017.

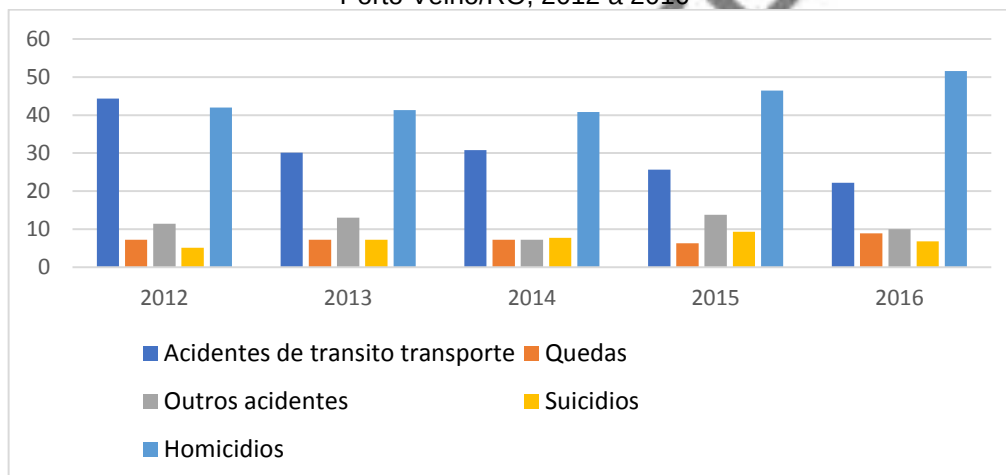


No Gráfico 15 observa-se as taxas de mortalidade (por 100.000 habitantes) por causas externas, em residentes de Porto Velho/RO, de 2012 a 2016.

As taxas de mortalidade por causas externas, apresentadas no Gráfico 15, demonstram que no período analisado, a taxa de mortalidade por acidentes de transportes foi mais elevada do que a de homicídios somente até o ano de 2012.

Estes dados podem ter uma relação direta com o aumento da frota de veículos, a inadequada engenharia de tráfegos, o aumento populacional e as questões socioeconômicas, como a melhoria do poder aquisitivo da população local, dentre outras. Porém, a partir de 2013, a taxa de mortalidade por Acidente de Trânsito tem diminuído, possivelmente devido à implementação de medidas públicas de saúde, segurança, educação, gestão, fiscalização e infraestrutura, os quais constituem ações e metas estabelecidas a partir da formação do Comitê Municipal de Segurança Viária.

Gráfico 15. Taxas de mortalidade (100.000 habitantes) por causas externas. Porto Velho/RO, 2012 a 2016



Fonte: SIM/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

3.1.1.3 NEOPLASIAS

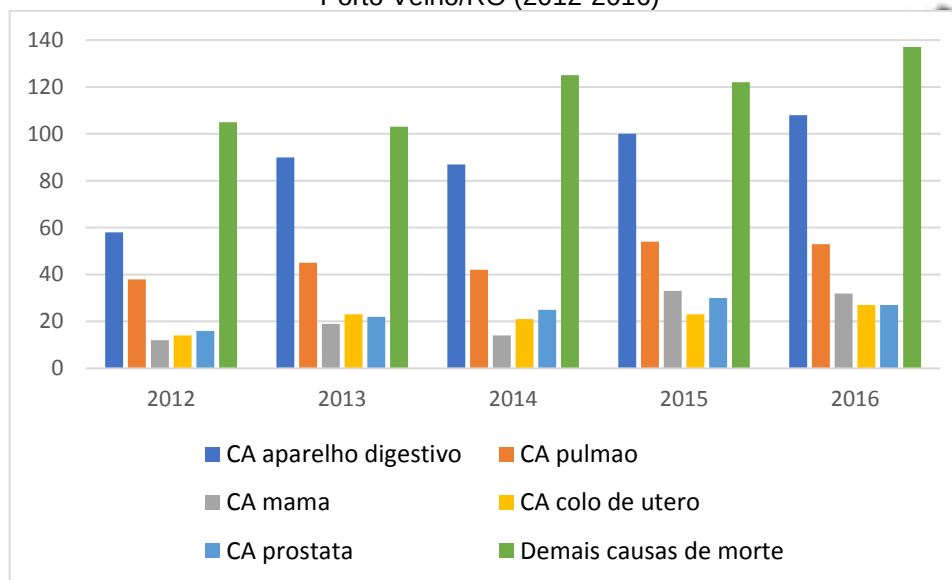
Atualmente, o câncer é um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. Ressalta-se que pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorre anualmente no mundo poderiam ser prevenidos.

No Gráfico 16 observa-se a mortalidade por neoplasias em residentes de Porto Velho/RO, de 2012 a 2016.



Entre os anos 2012 a 2016 foram registrados um total de 1.698 casos de óbitos do grupo de neoplasias (tumores). Neste período, destacou-se em 1º lugar no ranking com 34,86% (592) casos, as neoplasias sem definição da origem do CA; em 2º lugar com 26,08% (443) as do aparelho digestivo; em 3º lugar com 13,66% (232) as de pulmão; em 4º lugar com 7,06% (120) as de próstata; em 5º lugar 6,47% (110) as de mama e em 6º lugar com 6,36% (108) as neoplasias de colo de útero.

Gráfico 16. Óbitos por Neoplasia (tumores) em Residentes de Porto Velho/RO (2012-2016)



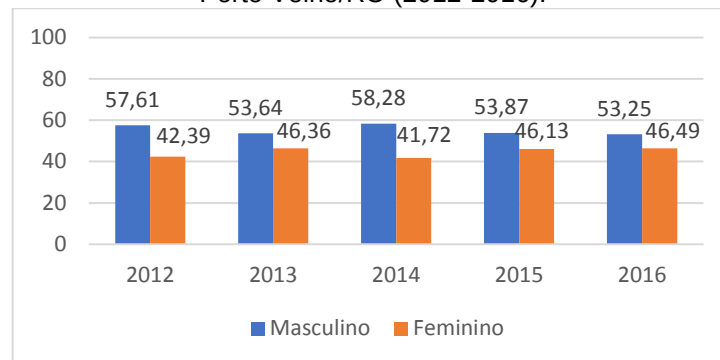
Fonte: SIM/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

No Gráfico 17 observa-se a mortalidade proporcional por neoplasias, segundo sexo, de 2012 a 2016.

Observa-se que mais de 53% dos óbitos ocorridos no período de 2012 a 2016, foram do sexo masculino. Isso reforça a necessidade de organização de uma oferta de serviços ao público masculino, principalmente do que tange as ações de prevenção e promoção à saúde, visando adoção de hábitos saudáveis para evitar a ocorrência de doenças que podem ser prevenidas, além de da necessidade de se ofertar atendimentos em horários alternativos (noturno, final de semana) tendo em vista o elevado número de homens que estão no trabalho em horário comercial.



Gráfico 17. Mortalidade proporcional por Neoplasia (tumores), segundo sexo, em Residentes de Porto Velho/RO (2012-2016).



Fonte: SIM/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

3.1.2 MORTALIDADE INFANTIL FETAL

A redução da mortalidade infantil e fetal ainda é um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo e permanece como uma grande preocupação em saúde pública. Faz parte das metas de desenvolvimento do milênio, um compromisso que foi assumido pelos países integrantes das Organizações das Nações Unidas (ONU), do qual o Brasil é signatário.

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 de 1 ano. Classicamente é dividida em mortalidade infantil neonatal precoce (de 0 a 6 dias) neonatal tardia (de 7 a 27 dias) e pós neonatal (de 28 a 364 dias). A mortalidade neonatal precoce está vinculada às causas preveníveis, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde, além da qualidade de assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Por sua vez, a mortalidade fetal partilha com a mortalidade neonatal precoce as mesmas circunstâncias e etiologia que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas mesmas horas de vida. Os óbitos fetais são também, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis.

Já, a mortalidade neonatal tardia e pós-neonatal está intrinsecamente relacionada às condições de gestação, do parto e da própria integridade física da criança e também associada às condições socioeconômicas e do meio ambiente, com predomínio das causas infecciosas.

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) representa um dos indicadores mais



comumente empregados para análise da situação de saúde de um país. Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno aos serviços qualificados de saúde. É preciso ampliar a atuação das Equipes da Estratégia de Saúde da Família e as mesmas estarem atentas para protagonizar estes eventos como sentinelas em suas áreas de atuação, promovendo educação em saúde e ofertando um pré-natal de qualidade.

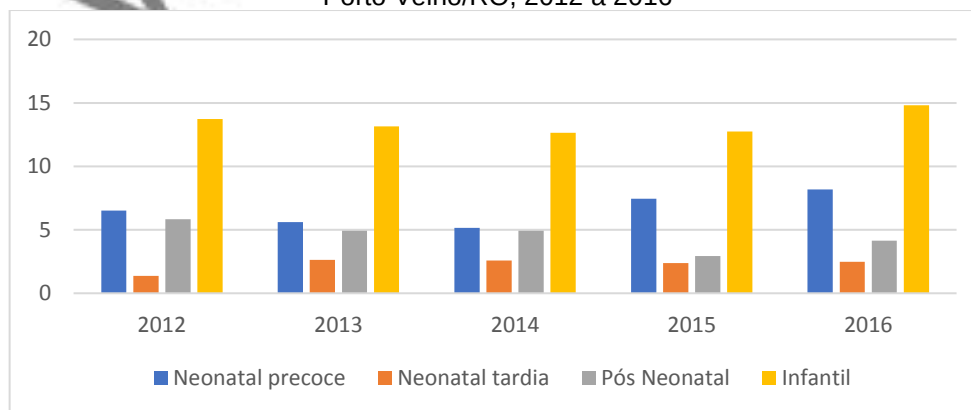
O Gráfico 18 mostra a evolução da TMI e seus componentes, no município de Porto Velho, no período de 2012 a 2016.

A TMI apresentou queda no ano de 2014, mas nos anos de 2015 e 2016 teve um importante aumento. A taxa de mortalidade neonatal precoce manteve os valores elevados nos anos de análise quando comparadas às taxas de mortalidade neonatal tardia e pós-neonatal.

No período de 2012 a 2016, os dados sobre a mortalidade infantil sugerem haver um aumento nas taxas de todos os seus componentes. Os dados do município corroboram com os dados nacionais para o ano de 2012, com a tendência de maior ocorrência da mortalidade infantil nos primeiros momentos da vida, e confirmam a complexidade da redução no componente neonatal.

Sabemos da importância de estabelecermos ações para redução da TMI. Esses dados sugerem ainda, uma necessidade premente de melhoria na qualidade dos serviços de saúde envoltos na assistência gestacional, neonatal e pediátrica, com ênfase na implementação da Rede Cegonha. As análises das TMI e seus componentes devem ser utilizados na compreensão do processo saúde-doença, subsidiando o planejamento, análise e avaliação das ações de saúde.

Gráfico 18. Taxa de Mortalidade Infantil - TMI, segundo componentes, Porto Velho/RO, 2012 a 2016



Fonte: SIM/SINASC/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.



O Gráfico 19 mostra os dados referentes à investigação dos óbitos infantis e fetais, em residentes no município de Porto Velho, no período de 2012 a 2016.

De uma forma geral, as investigações dos óbitos infantis e fetal obteve um baixo percentual no período analisado, sendo que no ano 2016, o percentual de investigações foi igual aqueles não investigados, ou seja, dos 209 óbitos ocorridos no ano, 104 foram investigados pela Vigilância em Saúde do município.

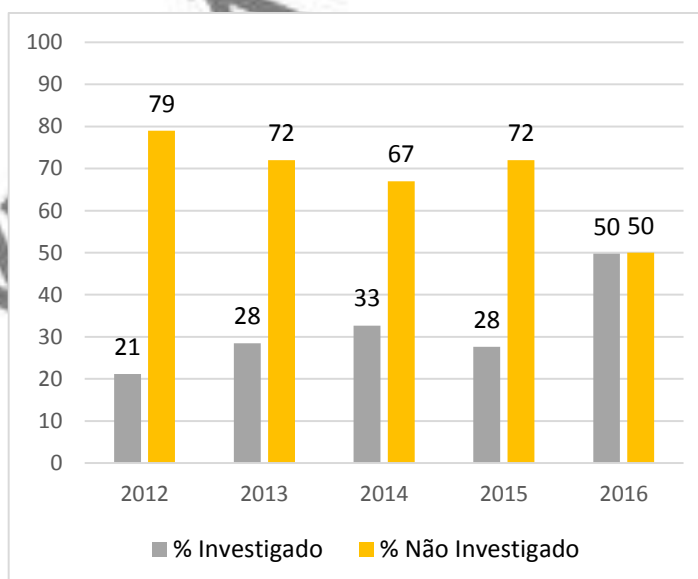
Considerando as prioridades para a redução da mortalidade infantil e os óbitos com maior potencial de prevenção, recomenda-se através da Portaria n.º 72/2010 e n.º 1.271/2014 a vigilância dos óbitos infantis através da investigação dos mesmos.

A investigação do óbito procura obter informações referentes à assistência em todos os níveis de atenção como também informações colhidas pela família.

A análise e conclusão dos óbitos investigados são discutidas em todos os níveis de atenção e com a participação dos atores envolvidos no processo da assistência.

Dessa maneira, avaliam-se os possíveis problemas ocorridos e contribui para a construção de um olhar crítico e avaliativo com o objetivo de aperfeiçoar os processos de trabalho e a organização dos serviços de saúde a fim de prevenir novas ocorrências.

Gráfico 19. Proporção de Óbitos infantis e fetais, investigados. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.



Fonte: SIM/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.



3.1.3 MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E 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. Os índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento são alarmantes. Um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos (BRASIL, 2007).

A investigação dos óbitos maternos contribui para a identificação do número real de óbitos, 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 SIM. Proporciona o resgate de informações sobre os problemas que contribuíram para essas ocorrências, permite a correção dos dados pessoais da falecida, a avaliação da atenção prestada à 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.

O MS contempla a redução da mortalidade materna no SISPACTO, cuja meta é investigar 100% dos óbitos registrados no SIM. 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 ou Grupos de Trabalho de Mortalidade Materna e Infantil e tomada de decisão por parte da gestão municipal, para organização das ações e serviços de saúde envolvida no evento. É um indicador de saúde importante para a mensuração da qualidade da gestão em saúde nos municípios.

O município de Porto Velho, desde o ano de 2009 pactua a investigação dos óbitos maternos em 100% dos registros no SIM.

A mortalidade materna está intimamente relacionada à qualidade da assistência durante o pré-natal, parto e puerpério.

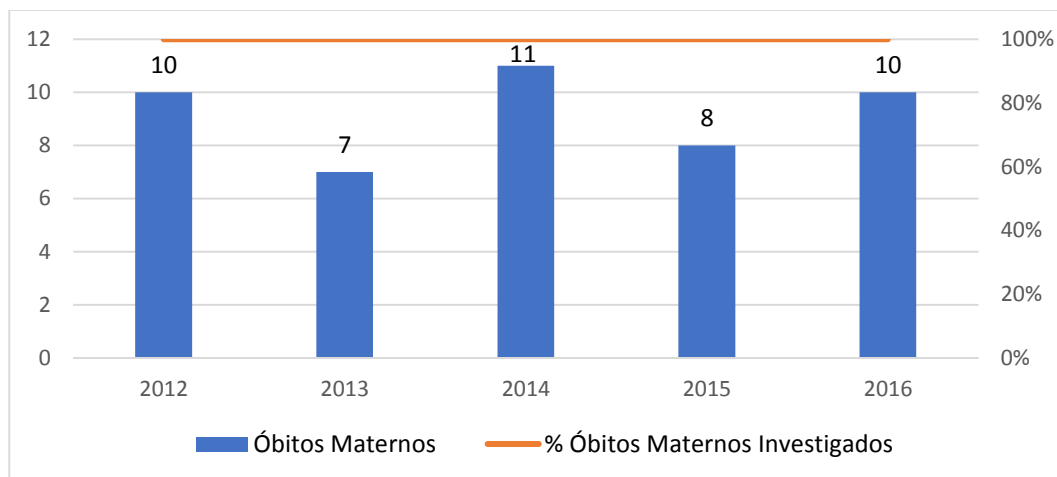
O Gráfico 20 mostra o número de óbitos maternos e o percentual de óbitos investigados, em residentes de Porto Velho, no período de 2012 a 2016.

Nos anos da análise, foram notificados 46 óbitos maternos, com alcance da



meta de 100% de investigação em todos os anos analisados.

Gráfico 20. Óbitos maternos e o percentual de óbitos maternos investigados, em residentes de Porto Velho/RO, 2012 a 2016



Fonte: SIM/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 10/08/2017.

O Quadro 1 mostra os óbitos maternos, segundo causa básica do capítulo XV CID-10, residentes de Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

Conforme observamos, foram notificados 46 óbitos maternos, no período de 2012 a 2016, destes, 15,21% (07) foram por mortes maternas tardias.

A investigação dos óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) tem contribuído para a melhoria da identificação de óbitos maternos subnotificados, e desse modo, observamos a melhoria do banco de dados dos óbitos maternos no município.

Quadro 1. Óbitos maternos segundo causa básica, Capítulo XV CID 10. Porto Velho/RO, 2012 a 2016

Cap. XV CID 10	Causa do Óbito	Número
O02	Outros produtos anormais da concepção	01
O03	Aborto espontâneo	01
O07	Falha de tentativa de aborto	02
O10	Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, parto puerpério	01
O14	Hipertensão gestacional com proteinúria significativa	04
O15	Eclampsia	03
O23	Infecção do trato geniturinário na gravidez	03
O36	Assistência prestada a mãe por outros problemas fetais	01
O45	Descolamento prematuro da placenta	02
O62	Anormalidades de contração uterina	01
O72	Hemorragia pós-parto	01
O85	Infecção puerperal	02
O88	Embolia de origem obstétrica	04
O96	Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas	07



	menos de 1 ano, após o parto	
O98	Doenças infecciosas e parasitárias maternas complicando na gravidez, parto e puerpério	7
O99	Outras doenças maternas complicando na gravidez, parto e puerpério	03
XX	Morte materna por causas externa	03
TOTAL	TODAS AS CAUSAS	46

Fonte: SIM/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

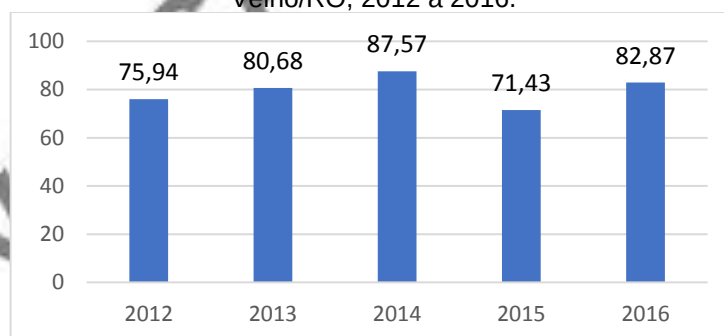
O Gráfico 21 mostra a proporção de óbitos de MIF, segundo o percentual de investigação, em residentes de Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

As investigações de MIF têm alcançado a meta proposta nos últimos anos. No período analisado, os percentuais alcançados são considerados positivos.

Observa-se que o percentual de investigação de óbitos em MIF foi maior em 2014 (87,57%) e de maior registro de óbitos maternos (10). Destacamos que a melhoria neste indicador, está diretamente relacionada à redução da subnotificação dos óbitos maternos.

Nas investigações 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.

Gráfico 21. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, em residentes de Porto Velho/RO, 2012 a 2016.



Fonte: SIM/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

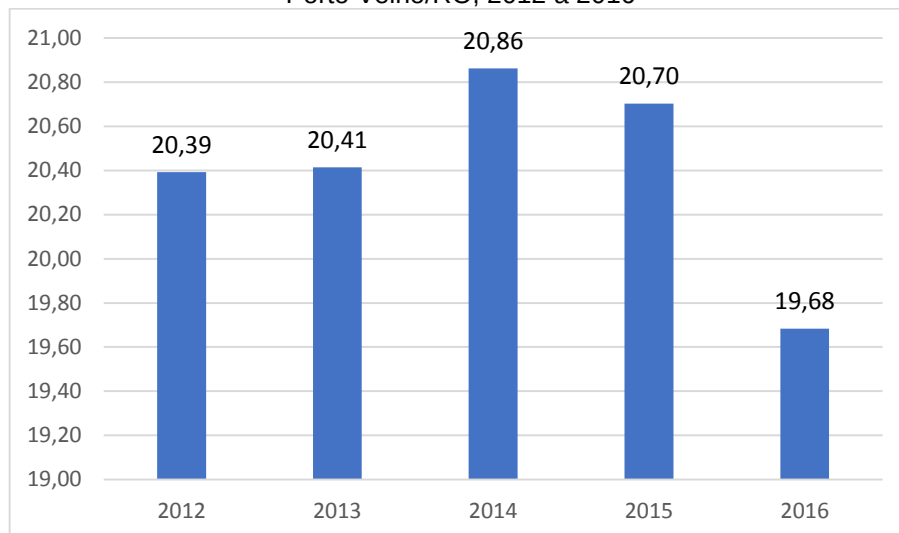
3.2 NATALIDADE

O Brasil apresentou queda nas taxas de natalidade nos últimos anos, mas com crescimento vegetativo positivo. Já a taxa de natalidade em Porto Velho, mantém-se



estável, com pequenas variações, conforme mostra o Gráfico 22.

Gráfico 22. Taxa de natalidade por mil nascidos vivos.
Porto Velho/RO, 2012 a 2016



Fonte: SINASC/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

O governo brasileiro adotou diversos programas que trabalham para a sensibilização do controle da natalidade, através de ações de educação em saúde, distribuição gratuita de métodos contraceptivos com o principal objetivo de promover o planejamento reprodutivo para diminuir o número de gravidez indesejada, aborto e a mortalidade materna e infantil.

O nascimento é um dos eventos vitais de grande importância para o conhecimento da situação de saúde de uma população. O SINASC é uma importante fonte para dados demográficos, epidemiológicos, permite o monitoramento e vigilância da gestação, o parto e a saúde dos nascidos vivos. O SINASC é alimentado com os dados contidos na Declaração de Nascido Vivo (DNV).

O número de consultas realizadas no pré-natal influencia diretamente a saúde materno-infantil. O MS preconiza como adequada a realização de seis ou mais consultas de pré-natal.

Observamos na Tabela 14, que no período de 2012 a 2016, a proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas pré-natal, apresenta-se com percentuais aproximados, sem grandes elevações por período.



Tabela 14. Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal.
Porto Velho/RO, 2012 a 2016

Ano	7 ou +
2012	54,89
2013	55,47
2014	52,39
2015	61,42
2016	63,21

Fonte: SINASC/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 10/08/2017.

Estudos tem evidenciado que a escolaridade materna está diretamente relacionada ao acesso ao pré-natal, quanto maior escolaridade maior o número de consultas pré-natal, sendo uma tendência que se repete no Brasil e em todas as suas regiões, assim como em Porto Velho, como demonstra a Tabela 15.

Tabela 15. Percentual de consultas pré-natal segundo escolaridade materna.
Porto Velho/RO, 2016

Escolaridade	Nenhuma	1-3 vezes	4-6 vezes	7 e +
Não Informada	51,96	2,94	14,22	30,39
Sem Escolaridade	13,51	21,62	35,14	29,73
Fundamental I (1 a 4 Serie)	7,14	18,23	38,67	35,22
Médio (Antigo 2 Grau)	7,87	8,79	33,34	49,47
Superior Incompleto	17,95	5,19	23,74	52,97
Superior Completo	27,51	2,23	13,48	56,23

Fonte: SINASC/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 10/08/2017.

O percentual de partos cesáreos no Brasil segue em elevação, e em 2014 alcança o patamar de 57% do total de nascidos vivos captados pelo SINASC (BRASIL, 2015). Rondônia no mesmo ano esse percentual foi de 66,25% e Porto Velho, de 52,02%. O maior índice de partos cesarianos registrado no município foi em 2012, com 56,09%.

A OMS preconiza como aceitável o percentual de 10% a 15% de partos cesarianos, sendo assim, estamos com percentuais acima do que é preconizado.



Tabela 16. Percentual de partos, segundo tipo e ano de nascimento.
Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

Ano	Não Informado	Vaginal	Cesário
2012	0,08	43,83	56,09
2013	0,02	46,66	53,32
2014	0,16	47,81	52,02
2015	0,30	45,94	53,75
2016	0,21	48,72	51,07

Fonte: SINASC/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 10/08/2017.

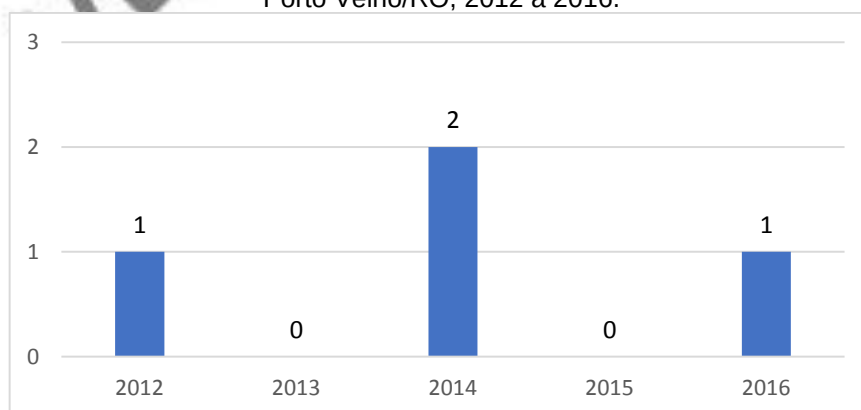
3.3 MORBIDADE

3.3.1 AIDS EM MENORES DE 05 ANOS

As estatísticas mostram o quanto vem crescendo o número de crianças contaminada pelo HIV. A transmissão, neste caso, pode ser: vertical, da mãe para o filho, que pode ocorrer durante a gestação (via transplacentária), no parto ou na amamentação e através dos mecanismos clássicos de transmissão: via sexual, transfusão sanguínea ou hemoderivados contaminado, além da utilização indevida de agulhas, principalmente usuários de drogas injetáveis, em crianças e adolescentes.

No período de 2012 a 2016, tivemos quatro casos registrados de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em menores de 05 anos, conforme ilustrado no Gráfico 23.

Gráfico 23. Número de casos de AIDS em menores de 5 anos.
Porto Velho/RO, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.



A ocorrência de AIDS em menores de 5 anos, observada no Gráfico 23, demonstra a importância para a qualificação da assistência Pré-natal, como ação prioritária do município, pois este é o momento oportuno para a instituição precoce do protocolo de prevenção para o binômio mãe e filho.

3.3.2 SÍFILIS

Doença sistêmica, infectocontagiosa, transmitida pelo *Treponema pallidum*, pode ser transmitida via sexual e da mãe infectada para o bebê, durante a gestação. Anualmente, 3 milhões de mulheres dão à luz no Brasil, considerando-se uma taxa de transmissão de 25%, de acordo com a estimativa da OMS, e prevalência de sífilis em 1,6% das mulheres, estima-se que aproximadamente 49 mil gestantes e 12 mil nascidos vivos estão infectados.

A sífilis durante a gravidez pode causar aborto e natimorto, além de cegueira, surdez, deficiência mental e malformações no feto. A incidência da doença em parturientes é quatro vezes maior que a da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). É considerada infectada toda gestante que durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

O diagnóstico bem como o tratamento apropriado e antecipado previnem a transmissão e desenvolvimento de complicações severas. Um teste sorológico rápido pode aumentar consideravelmente os esforços da saúde pública em diminuir a disseminação desta infecção. A detecção sorológica de anticorpos específicos para *T. pallidum* é importante para o diagnóstico da sífilis. Vários testes sorológicos estão disponíveis atualmente, como o Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)

A triagem pré-natal rotineira para sífilis, continua a ser o fator mais importante na identificação dos lactentes sob risco de sífilis congênita e é preconizado pelo MS que seja realizado início da assistência pré-natal, preferencialmente antes das 16 semanas de gestação. Em mulheres grávidas sem assistência pré-natal ideal, deve-se realizar a triagem sorológica da sífilis no momento em que a gravidez é diagnosticada. Toda mulher que sofrer um aborto espontâneo deve ser testada para sífilis. Nenhum recém-nascido deve deixar o hospital sem o estado sorológico materno determinado pelo menos uma vez durante a gestação.

Para que o município de Porto Velho, assim como o Brasil, consiga eliminar a



transmissão vertical da sífilis, é importante a concentração de esforços em dois pontos fundamentais: ampliação da cobertura do diagnóstico e tratamento adequado 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 as gestantes diagnosticadas no pré-natal.

Na Tabela 17 estão os casos confirmados de sífilis em gestantes, referente ao período 2012 a 2016.

Observa-se o aumento do número de casos de sífilis em gestantes ano a ano, corroborando com as informações de todo o país, que enfrenta uma epidemia de sífilis. Entre os esforços para melhorar o cenário da sífilis em gestante e sífilis congênita no município, está a Educação Permanente de profissionais da Rede de Atenção Primária e Média e Alta Complexidade para a realização do Teste Rápido da Sífilis.

Tabela 17. Casos confirmados de sífilis em gestantes, por ano.
Porto Velho/RO, 2012 a 2016

ANO	Casos confirmados
2012	54
2013	75
2014	131
2015	124
2016	142

Fonte: SINAN/DVEA/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

Na Tabela 18 estão os casos de sífilis congênita e incidência por 1.000 nascidos vivos, referente ao período 2012 a 2016.

Percebe-se que em 2016, foram notificados 63 casos de sífilis congênita, o que corresponde a uma taxa de incidência de 7,47 a cada mil nascidos vivos, em Porto Velho, portanto a meta não foi alcançada, que era de 0,5/1.000 NV.

Tabela 18. Casos de sífilis congênita e incidência por 1.000 nascidos vivos,
Porto Velho/RO, 2012 a 2016

ANO	Casos de sífilis congênita	Número de nascidos vivos	Incidência/1000nv
2012	26	8739	2,97
2013	44	8748	5,03
2014	55	8940	6,15
2015	71	8872	8,00
2016	63	8435	7,47

Fonte: SINAN/DVEA/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.



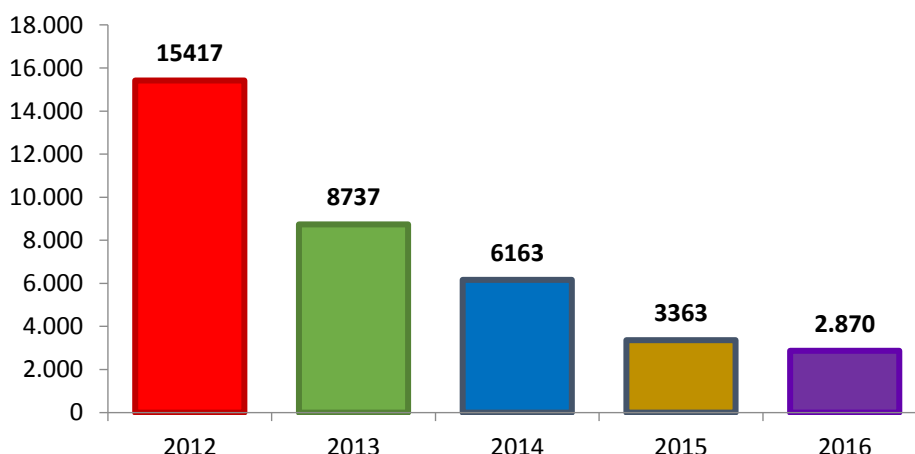
3.3.3 MALÁRIA

A malária é uma doença infecciosa febril aguda, causada por protozoários, transmitidos pela fêmea infectada do mosquito *Anopheles*. Apresenta cura se for tratada em tempo oportuno e adequadamente. A maioria dos casos de malária se concentra na região Amazônica (Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins), área endêmica para a doença. O seu tratamento é simples, eficaz e gratuito.

É um importante problema de saúde pública, para o município de Porto Velho, colocando-o até 2010 em situação de alto risco de transmissão. Dados de 2016 mostram que foram registrados 2.870 casos da doença, com local provável de infecção o município de Porto Velho.

No Gráfico 24 estão os casos de malária autóctones em Porto Velho, de 2012 a 2016. Observa-se que o município vem apresentando redução no número de casos autóctones de malária anualmente, sendo a redução em 2016 de 14,65% em relação ao ano anterior.

Gráfico 24. Casos autóctones de malária. Porto Velho/RO, de 2012 a 2016.



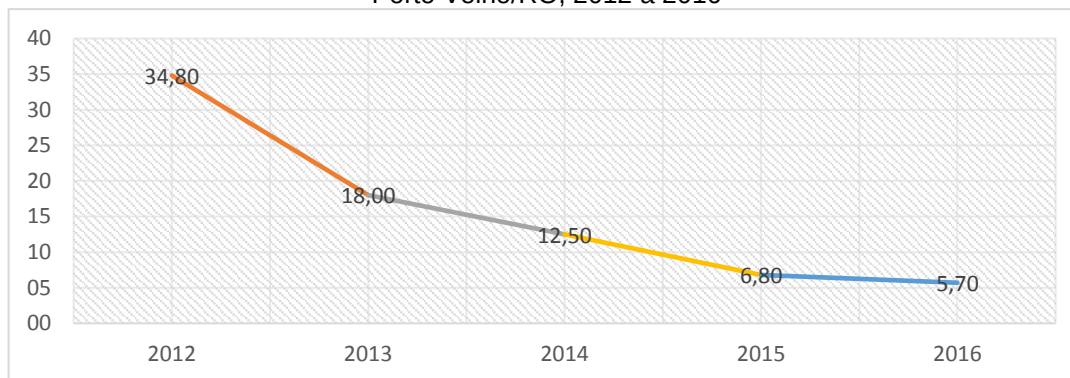
Fonte: SIVP Malária/DVS/SEMUSA. Dados sujeito a alteração, acessados em 19/02/2018.

O Índice Parasitário Anual (IPA), indicador que mede o risco de transmissão da doença, variou de 34,8 (médio risco) em 2012, para 5,7 (baixo risco) em 2016, conforme Gráfico 25.



Conforme mostra o Gráfico, observamos importante redução da incidência no período analisado, inclusive com a mudança na classificação do município de médio risco para baixo risco.

Gráfico 25. Índice Parasitário Anual de Malária, segundo ano de notificação. Porto Velho/RO, 2012 a 2016

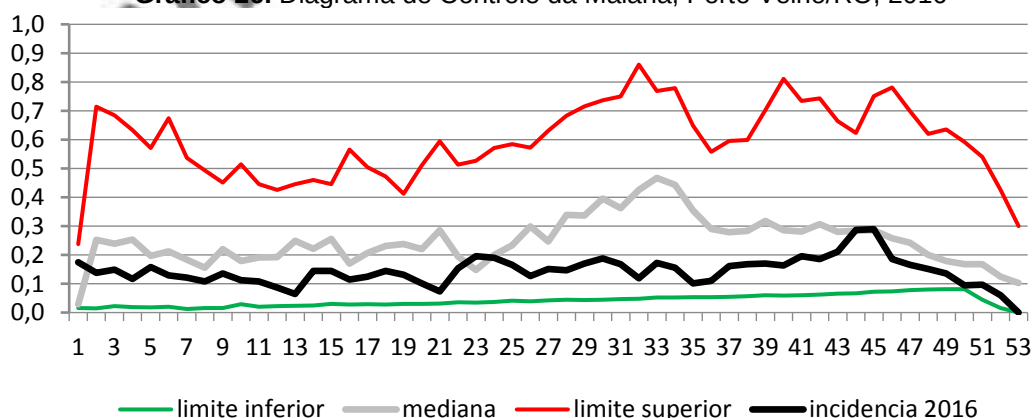


Fonte: SIVEP_malária/DVS/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

O Gráfico 26 representa o diagrama de controle que possibilita detectar precocemente mudanças na incidência esperada de uma doença em um determinado local e período. Para o uso dessa técnica, calcula-se o nível endêmico de malária para determinado município, utilizando como referência uma série histórica da incidência dos casos do município, definindo um limite superior e um limite inferior para cada período.

Essa representação gráfica demonstra claramente a posição que Porto Velho encontrava-se, em 2016, numa situação geral satisfatória, permeando o limite mediano inferior do canal endêmico.

Gráfico 26. Diagrama de Controle da Malária, Porto Velho/RO, 2016



Fonte: SIVEP_malária/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.



3.3.4 DENGUE

O Município de Porto Velho segue as Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, para evitar a ocorrência de óbitos e reduzir o impacto das epidemias, por meio de uma organização de atividades, baseado nos seguintes componentes: assistência, vigilância epidemiológica, controle vetorial, comunicação e mobilização social.

O LIRAa é uma metodologia estabelecida pelo MS, que consiste no levantamento amostral de um percentual de imóveis do município, que determina o Índice de Infestação Predial (IIP), pelo mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, zika vírus e febre chikungunya. Com base nos resultados do LIRAa, as atividades são direcionadas aqueles bairros de maior índice.

No ano de 2016, foram realizados 02 Levantamentos de Índices Rápido do *Aedes aegypti* (LIRAa), cujo os resultados estão apresentados na Figura 3 e 4.

Nos LIRAa realizados, o município foi classificado de **Médio Risco**, para infestação pelo mosquito. Porém, no último levantamento, obtivemos nove bairros de alto risco, possivelmente por ter sido realizado no período das chuvas. Quanto aos casos de dengue, no Gráfico 27 estão os casos notificados no município de Porto Velho, no período de 2012 a 2016.

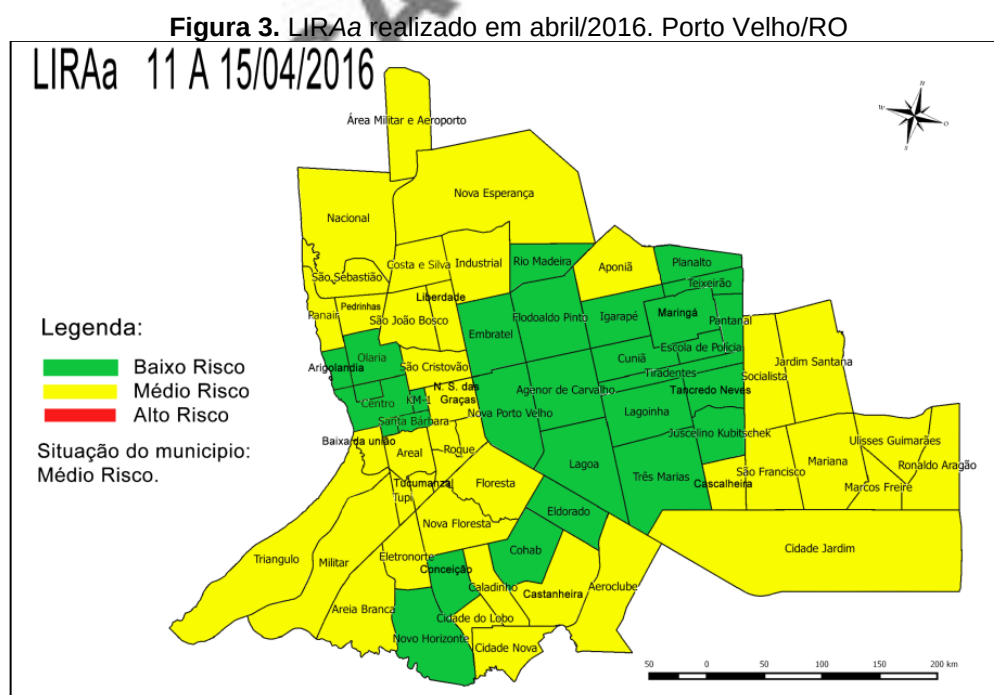
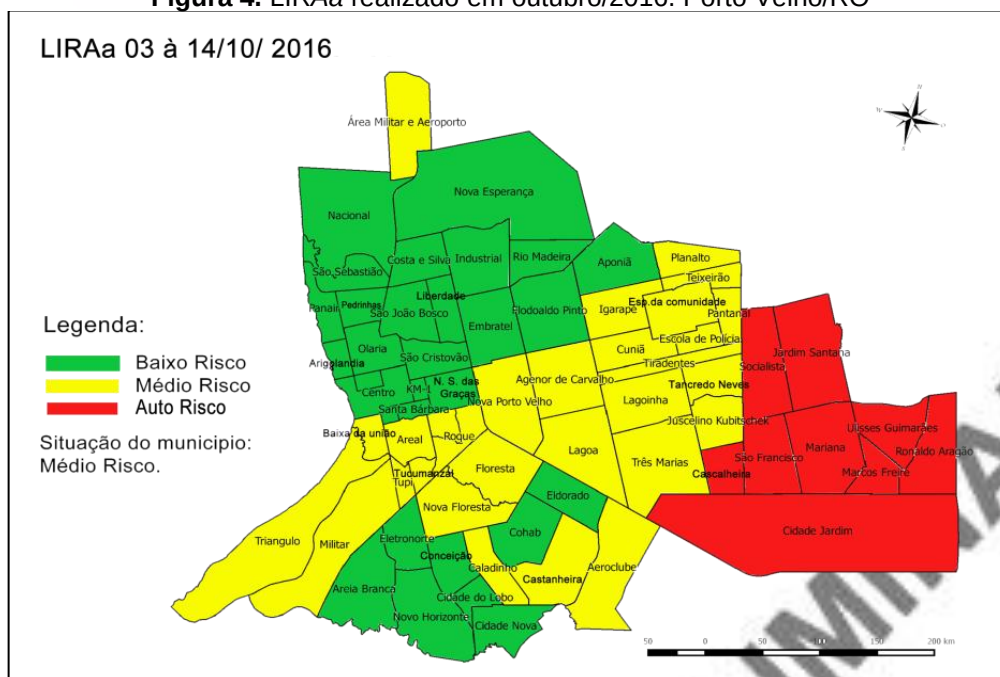




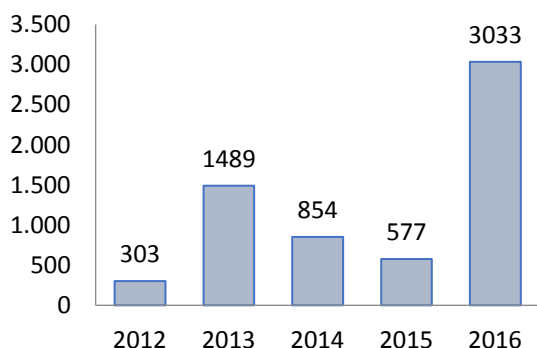
Figura 4. LIRAA realizado em outubro/2016. Porto Velho/RO



Fonte: LIRAA/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração.

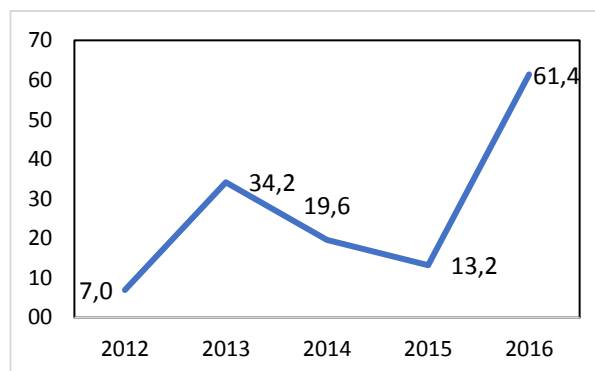
Sobre a Dengue no município, os Gráficos 27 e 28, apontam para um perfil de aumento de sua incidência, alcançando índices elevando em 2013 (1.489) e em 2016 (3.033). Verifica-se ainda um comportamento cíclico do agravo, com epidemias nos anos de 2013 e 2016, podendo ser observado pelas taxas de 34,2 e 61,4, respectivamente.

Gráfico 27. Número de casos notificados de dengue. Porto Velho/RO, 2012 a 2016



Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 15/02/2018

Gráfico 28. Taxa de Incidência de dengue, segundo ano de notificação. Porto Velho/RO, 2012 a 2016



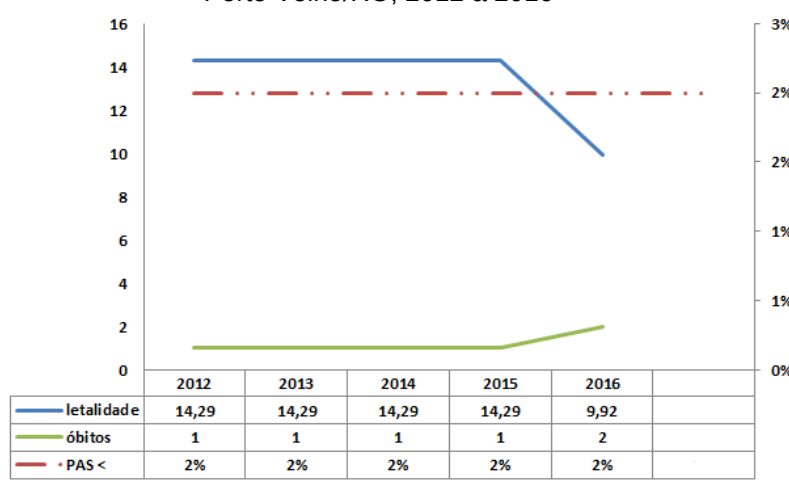
Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 15/02/2018



No Gráfico 29 observa-se os óbitos e letalidade por dengue, de 2012 a 2016.

Nesta série histórica, observamos que se mantém um óbito anualmente até 2015, tanto em período endêmico quanto em epidemia. Já a taxa de letalidade aparentemente apresenta uma disparidade em relação aos óbitos, mas dá-se devido ao baixo número de notificações de casos graves no município.

Gráfico 29. Letalidade e número de óbitos por dengue.
Porto Velho/RO, 2012 a 2016



Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

3.3.5 CHIKUNGUNYA

O município de Porto Velho não apresentou em 2015 casos autóctones de Febre Chikungunya. Foram notificados 15 casos, sendo dois reagentes importados. Na Tabela 20, estão registrados os casos de Chikungunya, por classificação final, em 2016.

Dentre os descartados, um percentual pequeno de descarte foi por critério laboratorial e 80% descartados por critério clínico epidemiológico, ressaltando que por ser um agravo novo, pelas informações contidas nas fichas de notificação não apresentam sintomatologia bem definida, pode assim ocorrer casos falsos negativos dentre os descartados.



Tabela 20. Casos de Chikungunya, segundo classificação final.
Porto Velho/RO, 2016

Classificação final	Nº de casos
Confirmado	40
Descartado	265
Em investigação	23
Total	328

Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

3.3.6 ZIKA VÍRUS

Em Porto Velho, os casos de Zika Vírus (ZikaV) começaram a ser identificados a partir de janeiro de 2016, conforme a Tabela 21. O critério de confirmação dá-se por laboratório e clínico epidemiológico, com exceção de gestantes, onde o encerramento é somente permitido por critério laboratorial.

Dentre os casos notificados, considerando que as gestantes são o grupo mais vulnerável em razão das consequências entre a infecção pelo ZikaV e a ocorrência de microcefalia nos recém-nascidos, foram estabelecidos protocolos de atenção a gestante no município.

Tabela 21. Casos de ZIKAV, segundo classificação final. Porto Velho/RO, 2016

Classificação final	2016
Confirmado	195
Descartado	575
Em investigação	16
Total	786

Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

3.3.6.1 MICROCEFALIA

Com a emergência de casos autóctones da arbovirose causada pelo ZikaV, inicialmente nos estados do Nordeste brasileiro com posterior dispersão por todos os estados da federação, e com o reconhecimento, a partir do acúmulo de evidências clínicas e epidemiológicas, do potencial desta infecção em gestantes causar microcefalia e malformações no Sistema Nervoso Central (SNC) nos recém-nascidos, este agravo deve ser investigado e notificado pelos profissionais de saúde e instituições, públicas ou privadas.

Todos os casos suspeitos de microcefalia relacionada ao ZikaV devem ser registrados no sistema de Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP – Microcefalias), online, disponível no endereço eletrônico www.resp.saude.gov.br. Na



Tabela 22, encontra-se os casos notificados de microcefalia e/ou alterações do SNC, sugestivos de infecção congênita em fetos, abortamentos, natimortos ou recém-nascidos, de Porto Velho.

Observa-se a situação da ocorrência de microcefalia/malformações no SNC, compatível com a definição de caso vigente, no município de Porto Velho (28 casos correspondendo a 0,25% dos casos notificados no Brasil) e sua comparação com Rondônia (46 casos correspondendo a 0,42% dos casos). Os dados foram levantados desde outubro de 2015, época das primeiras notificações pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

É pertinente salientar que o monitoramento dos casos de microcefalia e alterações do SNC relacionadas às infecções congênitas pode se traduzir em medidas para melhorar a assistência pré-natal, parto e puericultura, assim como ações preventivas, que tem o potencial de impactar positivamente a ocorrência de outras arboviroses, como a Dengue e a Febre de Chikungunya, além do próprio ZikaV.

Tabela 22. Casos notificados de microcefalia e/ou alterações do SNC (sugestivos de infecção congênita em fetos, abortamentos, natimortos ou recém-nascidos). Porto Velho/RO, out/2015 a dez/2016

País/Estado Município	Total de casos notificados de	Permanecem em investigação		Investigados e confirmados		Investigados e descartados	
	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Brasil	10.867	3232	29,7	2366	21,8	5269	48,5
Rondônia	46	17	37,0	12	26,1	17	37,0
Porto Velho	28	02	7,1	07	25,0	19	67,9

Fonte: Informe epidemiológico nº 56 – semana epidemiológica SE 52/2016 (25/12/2016 a 31/12/2016) monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil em <http://portalsaude.saude.gov.br> e www.resp.saude.gov.br

3.3.7 TUBERCULOSE

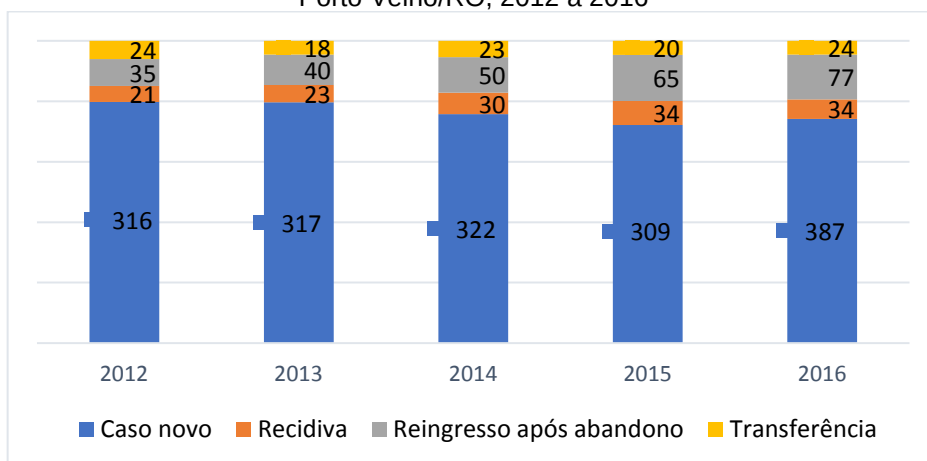
A Tuberculose (TB) configura-se como uma das principais doenças a serem enfrentadas no Brasil e no mundo no século XXI. A proposta da ONU é conseguir erradicar a tuberculose nas Américas até 2035. O Brasil possui 181 municípios prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Em Rondônia, Porto Velho é um dos municípios prioritários.

O Gráfico 30 mostra os casos de TB, em Porto Velho, de 2012 a 2016, segundo tipo de entrada. Conforme se observa os casos novos de TB teve um



aumento significativo no ano de 2016, no entanto mantém elevado e ainda com muitos reingressos após abandono.

Gráfico 30. Casos de TB, segundo tipo de entrada.
Porto Velho/RO, 2012 a 2016



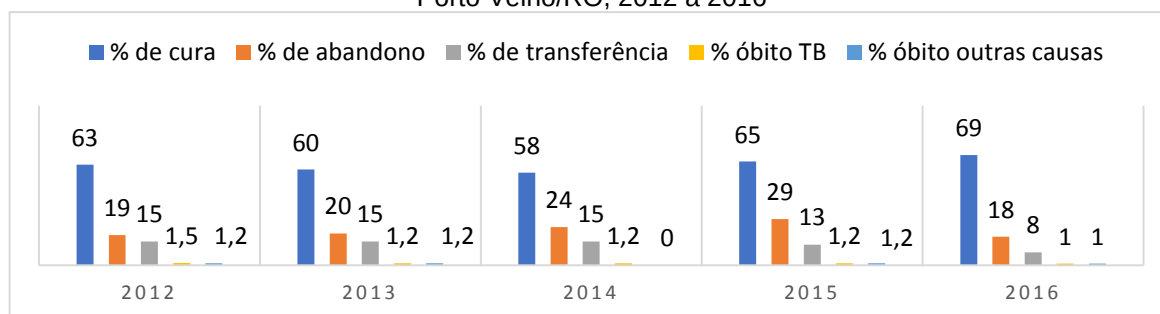
Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeitos a revisão, acessados em 28/12/2017.

No Gráfico 31 estão os casos de TB, com comprovação laboratorial e o ano de diagnóstico, segundo saída, em Porto Velho no período de 2012 a 2016.

Conforme se observa, os casos novos de TB pulmonar, com comprovação laboratorial que realizaram o exame de baciloscopia em escarro, cultura e teste rápido molecular da tuberculose, mostra o percentual de cura e abandono dentre os outros desfechos dos casos novos no município de Porto Velho, no período de 2012 a 2016.

Devemos levar em conta o percentual de abandono ressaltando que este agravo não conseguirá ser controlado sem uma interrupção na cadeia de transmissão. A estratégia mais indicada para mudar esse cenário seria a implementação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Gráfico 31. Casos de TB com comprovação laboratorial e ano de diagnóstico, segundo saída.
Porto Velho/RO, 2012 a 2016



Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

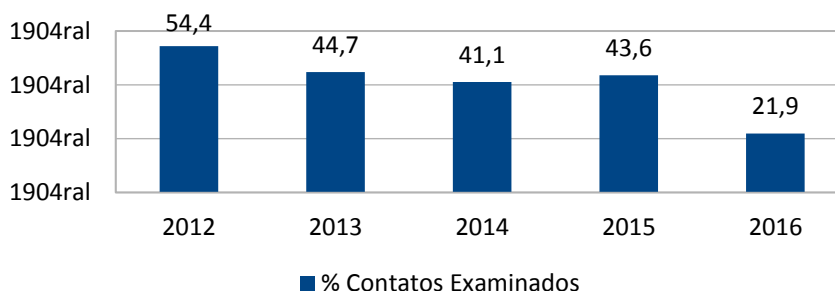


No Gráfico 32 observa-se o percentual dos contatos examinados dos casos novos de TB pulmonar.

Conforme os dados, o percentual de examinados está aquém da meta do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), que é examinar 70% dos contatos dos casos novos de TB pulmonar positivo.

Para o controle da doença, é necessária a realização dos exames dos contatos dos casos novos de TB. O MS preconiza examinar no mínimo 70% dos contatos. Em Porto Velho no ano de 2016, apenas 21,9% dos contatos registrados foram examinados.

Gráfico 32. Percentual dos contatos examinados dos casos novos de TB pulmonar. Porto Velho/RO, de 2012 a 2016

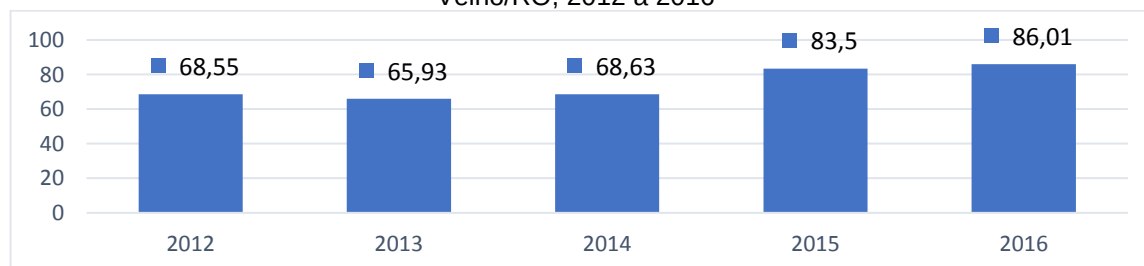


Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

No Gráfico 33, encontra-se o percentual de exame de HIV realizado, dentre os casos novos de TB, de 2012 a 2016.

Todos os casos de TB devem realizar o exame de HIV, pois esse agravo é a 1ª causa de morte dos pacientes com AIDS, mas no ano de 2016, 86,01% dos casos novos de tuberculose realizaram o exame. Isso se caracteriza em uma melhora no indicador de grande importância.

Gráfico 33. Percentual de exame de HIV realizado, dentre os casos novos de tuberculose. Porto Velho/RO, 2012 a 2016



Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.



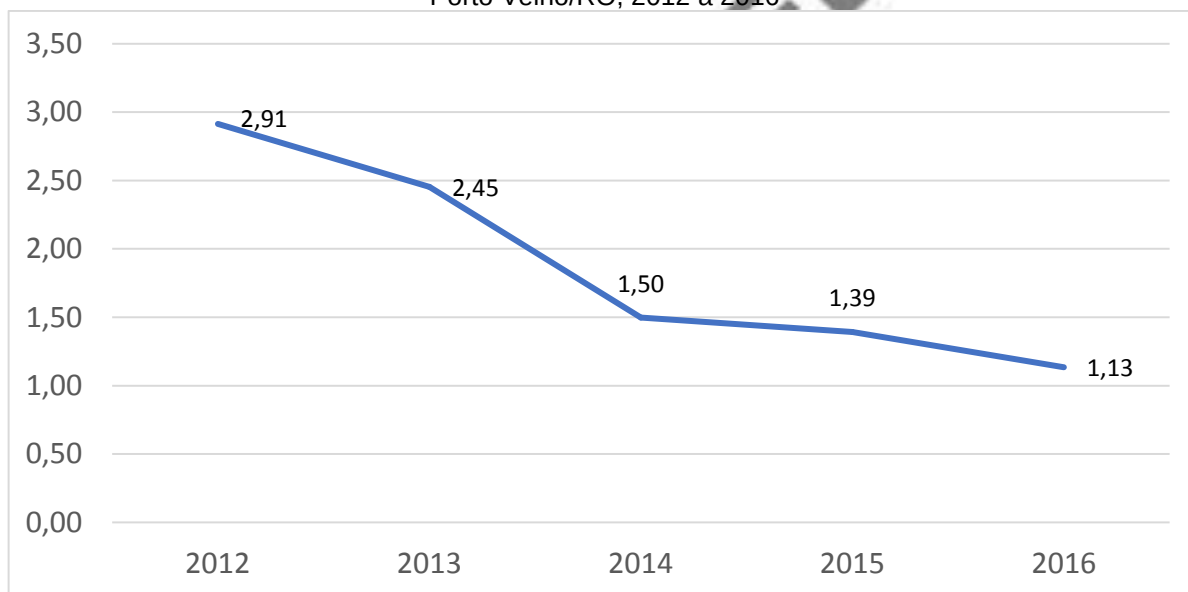
3.3.8 HANSENÍASE

A taxa de detecção da Hanseníase avalia a carga de morbidade e de magnitude da doença, numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença. Estima o risco de ocorrência de casos novos de hanseníase, indicando exposição ao bacilo *Mycobacterium leprae*.

No Brasil, adota-se a seguinte classificação das taxas de detecção de casos por 10 mil habitantes: baixa (menor que 0,2), média (0,2 a 0,9), alta (1,0 a 1,9), muito alta (2,0 a 3,9) e situação hiperendêmica (maior ou igual a 4,0). No Gráfico 34 observa-se a taxa de detecção de hanseníase, de Porto Velho, de 2012 a 2016.

Conforme observa-se no Gráfico 34, apesar do decréscimo, a taxa de detecção da hanseníase foi muito alta nos últimos 5 anos.

Gráfico 34. Taxa de detecção da hanseníase (por 10 mil habitantes).
Porto Velho/RO, 2012 a 2016



Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 19/02/2018.

Na Tabela 23 estão os casos de Hanseníase, segundo o modo de entrada e o ano de diagnóstico, em Porto Velho, de 2012 a 2016. Foram registradas 73 notificações do agravo, entre todos os modos de entrada, no município de Porto Velho/RO durante o período de 2016.



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO 2018 - 2021

Tabela 23. Casos de Hanseníase, segundo o modo de entrada e o ano de diagnóstico, Porto Velho/RO, de 2012 a 2016.

Modo Entrada	2012	2013	2014	2015	2016
Caso novo	129	119	74	70	58
Transferência do mesmo município	07	04	02	04	02
Transferência de outro município (mesma UF)	03	05	02	03	0
Transferência de outro estado	08	03	01	01	02
Transferência de outro país	0	0	01	0	0
Recidiva	02	04	11	07	07
Outros ingressos	17	09	07	04	04
Total	166	144	98	89	73

Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 19/02/2018.

Na Tabela 24 estão os casos de Hanseníase, quanto ao tipo de saída por cura. Observa-se que o percentual de cura dos casos de hanseníase no ano de 2016 foi de 98,63, o que demonstra o alcance da meta proposta no Sispacto, que era 80,70%.

Tabela 24. Casos de Hanseníase, segundo o ano de diagnóstico e tipo de saída por cura, Porto Velho/RO, 2012 a 2016

Casos de hanseníase	2012	2013	2014	2015	2016
Total	166	144	98	89	73
Cura	139	112	72	66	72
% de cura	83,73	77,77	73,46	74,15	98,63

Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 19/02/2018.

Na tabela 25 estão os contatos registrados e examinados dos casos de Hanseníase, de 2012 a 2016.

Para o controle da doença, é necessária a realização dos exames dos contatos dos casos novos. O MS preconiza examinar no mínimo 73% dos contatos. Em Porto Velho, no ano de 2016, apenas 57,00% dos contatos registrados foram examinados.

Tabela 25. Contatos registrados e percentual de examinados, dos casos de Hanseníase. Porto Velho/RO, de 2012 a 2016

ANO	Contatos registrados	Contatos examinados	% de examinados
2012	502	313	62.35
2013	429	163	38.00
2014	343	241	70.26
2015	271	147	54.24
2016	207	118	57,00

Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 15/02/2018.



4 REDE DE SERVIÇOS DO MUNÍCIPIO

A rede de Saúde de Porto Velho está dividida em Atenção Básica, Assistência de Média e Alta complexidade de e Vigilância à Saúde. São mais de 102 tipos de estabelecimentos distribuídos em toda a rede física distribuídas por toda a cidade.

4.1 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e dever cumprir um papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade (PNAB, 2017).

A Atenção Básica de Saúde/Unidade Básica de Porto Velho, conta atualmente com 38 Unidades de Saúde, sendo deste 19 na zona Urbana e 19 na zona Rural, distribuídas nas seguintes zonas geográficas Sanitárias: Zona Central, Zona Sul, Zona Leste e Zona Norte Zona Rural (Fluvial e Terrestre). Além desta estrutura temos 01 Unidade Móvel Fluvial (Unidade de Saúde Dr. Floriano Riva Filho) para dar apoio as ações de promoção e prevenção à saúde na área ribeirinha.

As unidades básicas de saúde são responsáveis pelas ações voltadas para a população da área de abrangência, funcionam de segunda a sexta-feira, e devem ser a porta de entrada prioritária no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde.

O modelo de atenção das Unidades de Saúde tem na Estratégia Saúde da Família, que consiste na estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.



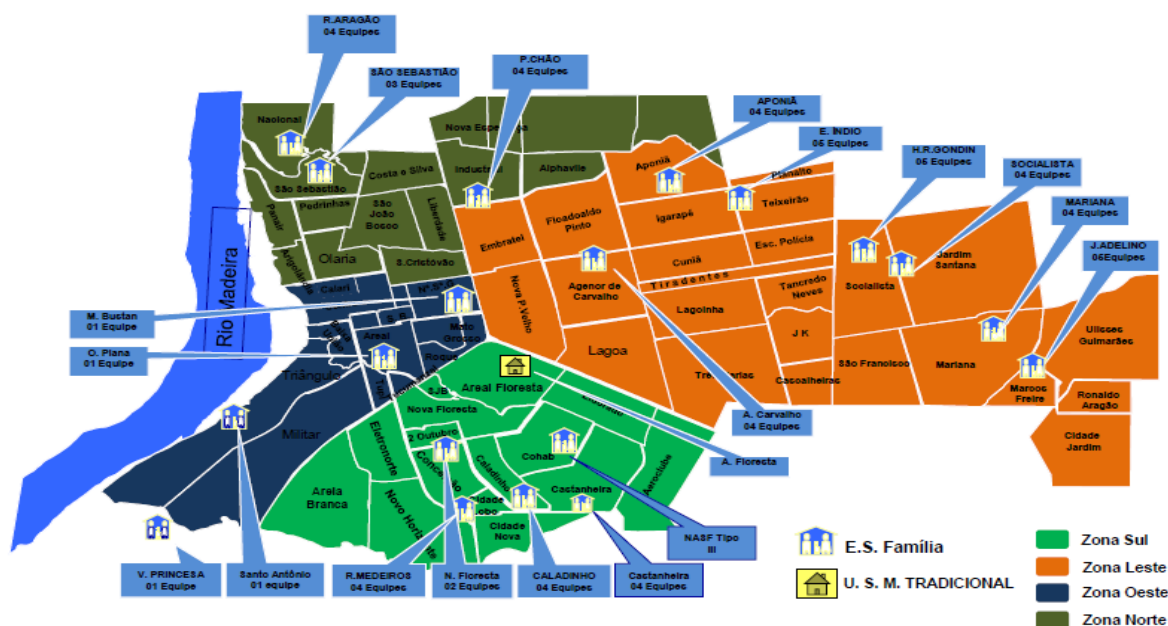
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO 2018 - 2021

Quadro 2 – Situação da Estratégia Saúde da Família em Porto Velho, no período de 2012 a 2016.

Ano	População	Agentes Comunitários de Saúde			Equipe de Saúde da Família		
		Cadastrados no Sistema	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Cadastradas no Sistema	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2012	435.732	478	274.850	63,08	78	269.100	73,86
2013	442.701	466	267.950	60,53	77	265.650	71,36
2014	484.992	438	251.850	51,93	77	265.650	71,73
2015	494.013	440	252.425	51,21	82	282.900	67,03
2016	502.748	461	265.075	52,73	81	279.450	63,12

Fonte: MS/DAB, 2017.

Figura 5. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde e das Equipes de Saúde da Família na área urbana de Porto Velho. Porto Velho, 2016.

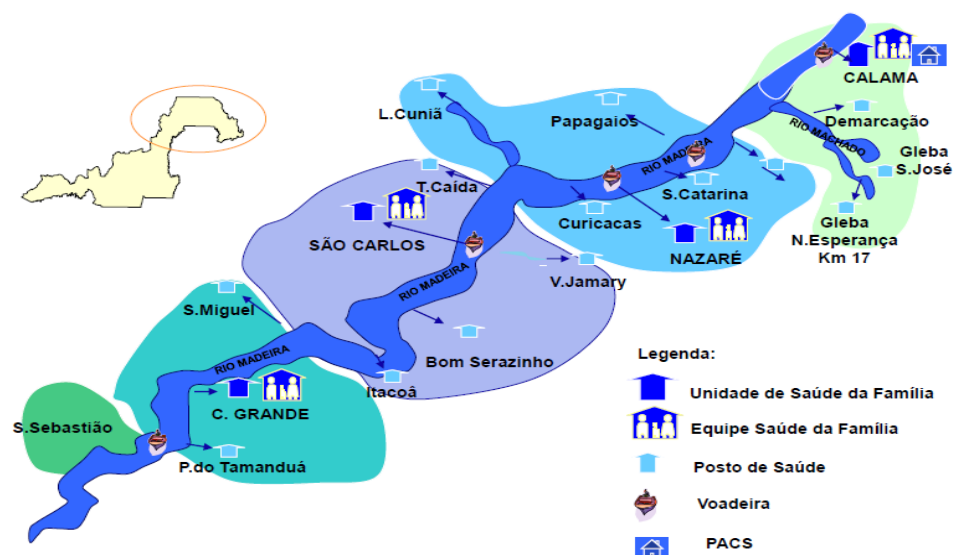


Fonte: DAB-SEMUSA, 2016.



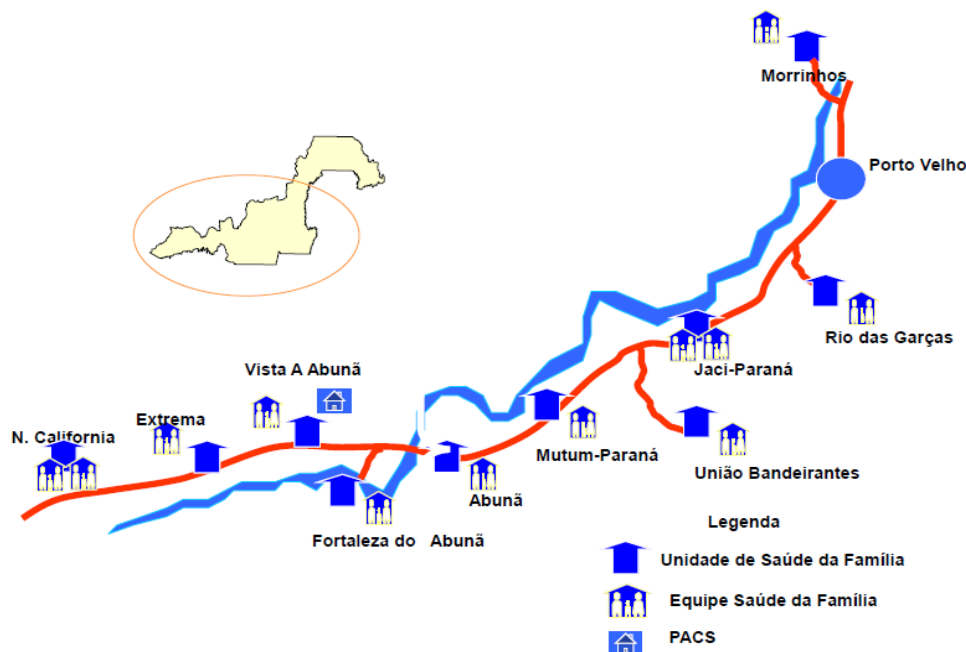
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO 2018 - 2021

Figura 6. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde e das Equipes de Saúde da Família na área rural ribeirinha de Porto Velho. Porto Velho, 2016.



Fonte: DAB-SEMUSA, 2016.

Figura 7: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde e das Equipes de Saúde da Família na área rural terrestre de Porto Velho. Porto Velho, 2016.



Fonte: DAB-SEMUSA, 2016.



O município conta ainda com 01 Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família, 01 Equipe de Consultório na Rua e 01 Posto de Coleta de Banco de Leite Humano.

Nas unidades, o usuário pode se consultar e, com encaminhamento médico, agendar consultas especializadas, fazer pré-natal, acompanhamento de doenças crônicas, vacinar-se, retirar medicamentos com receita médica, fazer tratamento odontológico, realizar exames laboratoriais, receber orientações sobre saúde em geral, além de outros serviços.

4.2 ESPECIALIDADES MÉDICAS

O acesso às consultas e exames especializados é feito por meio de um pedido médico das Unidades de Saúde. Após a marcação da consulta, a unidade comunica ao usuário o dia, horário e local marcado para o atendimento através da Central de Regulação Municipal. Na Rede Especializada temos: 01 Centro de Especialidades Médicas (CEM), com cerca de 20 especialidades, como ginecologia, pneumologia, reumatologia, ortopedia, vascular, endocrinologia entre outras; 01 Centro de Referência de Saúde da Mulher; 01 Centro de Referência de Saúde da Criança; 03 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Centros de Fisioterapia; 01 Hospital Especializado (Maternidade Municipal Mãe Esperança), 01 Serviço de Assistência Especializada (SAE).

Na Rede Psicossocial são 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-AD) e 01 Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi).

O serviço de apoio ao diagnóstico possui, um laboratório central e 06 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT).

4.3 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Na área de urgência e emergência, Porto Velho conta com 05 Unidades públicas de Saúde para esse tipo de atendimento. São 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 03 Policlínicas, dessas 02 funcionam como Pronto Atendimento (PA) 24 horas.



As UPAS estão localizadas nas zonas Leste e Zona Sul. Essas unidades funcionam todos os dias 24 horas.

4.3.1 SERVIÇO MÓVEL DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS

O Serviço Móvel de Atendimento às Urgências (SAMU) possui 07 ambulâncias (06 Unidades Básicas e 01 Unidade de Suporte Avançado) que atendem pelo telefone 192 casos que necessitam de atendimento imediato e transporte do paciente para uma Unidade de Emergência, como traumas, urgências clínicas, obstétricas e psiquiátricas.

4.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

As ações das equipes que atuam em Vigilância em Saúde (epidemiológica, ambiental e sanitária) são pautadas pelos indicadores de saúde pactuados pelo gestor local, nos diversos instrumentos de pactuação de âmbito nacional, estadual e municipal entre os quais destacam-se o SISPACTO e o PQA-VS do MS.

VERSÃO PRELIMINAR



5 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

Após a análise do perfil epidemiológico do município de Porto Velho nos anos de 2012 a 2016 a gestão municipal estabeleceu as Diretrizes, Objetivos e Metas para serem executadas no quadriênio 2018 - 2021.

Além disso, foi levado em consideração a Pactuação Interfederativa 2017-2021 (SISPACTO) conforme decisão tomada na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite em 24 de novembro de 2016 e publicado no Diário Oficial da União, em 12 de dezembro de 2016, por meio da Resolução nº 8. Os indicadores, relacionados a diretrizes nacionais, são compostos por 20 indicadores universais, ou seja, de pactuação comum e obrigatória e 3 indicadores específicos, de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território, conforme orientações nas fichas.

O PMS apresenta o compromisso municipal no ordenamento dos serviços e ações de saúde do SUS para que a população tenha acesso integral a ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde e para a promoção da qualidade de vida, sendo orientado por 5 diretrizes a seguir explicitadas e pelo conjunto de metas estabelecida:

1ª DIRETRIZ: Fortalecimento da atenção básica como estratégia prioritária da gestão municipal de saúde.

Orçamento Quadrienal: R\$ 67.899.589,00

Na implementação desta diretriz a estratégia prioritária é o fortalecimento da atenção básica como estratégia prioritária.

Segundo Eugênio Vilaça uma atenção primária à saúde, na perspectiva das redes de atenção à saúde deve cumprir três funções essenciais que lhe imprimem a característica de uma estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde: a função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes, e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, nas redes de atenção à saúde, às equipes de cuidados primários. As Metas



estarão voltadas para o fortalecimento e aprimoramento da Atenção Básica

1º OBJETIVO: Assegurar a Estratégia de Saúde da Família como orientadora da Atenção Básica e potencializar a ampliação do Acesso a partir das necessidades das pessoas.

Meta 1: Manter 100% das Equipes de Saúde da Família existentes com composição mínima (01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem, 01 cirurgião-dentista, 01 auxiliar/técnico de saúde bucal, 06 agentes comunitários de saúde).

Meta 2: Manter em 63% a cobertura da ESF.

Meta 3: Ampliar o horário de funcionamento estendido (até as 00 horas) em 04 Unidades de Saúde da Família (Castanheira, Maurício Bustani, Hamilton Gondim, Ronaldo Aragão).

Meta 4: Ampliar de 55% para 63% a cobertura das equipes de saúde bucal na Atenção Básica.

2º OBJETIVO: Aperfeiçoar a Rede Materno-infantil, com priorização do pré-natal, parto e puerpério

Meta 5: Reduzir o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade em 10% em relação ao ano anterior. (n. 63 casos – 2016).

Meta 6: Reduzir a taxa de mortalidade infantil de 14,8 para 11,8 /1.000 NV.

Meta 7: Aumentar a proporção de Nascidos Vivos de mães com 07 ou + consultas de pré-natal de 63,21, (n.5.332 - ano 2016) para 70%.

Meta 8: Reduzir em 25% ao ano, o número de óbito materno (n. 10 – ano 2016).

Meta 9: Reduzir de 20% para 15% o percentual de gravidez na adolescência (n. 1.687 – ano 2016).

Meta 10: Implantar o “Pré-natal do Papai” (pré-natal integrado) em 100% das Unidades de Saúde da Família.

Meta 11: Acompanhar 100% dos casos de infecção congênita por STORCH positivo (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus ou Herpes simplex.) e por infecção congênita pelo vírus Zika na Rede de Atenção à Saúde.

Meta 12: Realizar, no mínimo, 2 testes de sorologia (para sífilis, HIV e hepatites virais) por gestante durante o pré-natal.

Meta 13: Aumentar a proporção de parto normal no Sistema único de Saúde e na



Saúde Suplementar de 48,72% para 60%.

3º OBJETIVO: Qualificar a atenção às condições crônicas de saúde.

Meta 14: Aumentar a razão de realização do citopatológico do colo uterino de 0,40 para 0,50 em mulheres de 25 a 64 anos.

Meta 15: Aumentar a razão da realização de mamografia de 0,29 para 0,40 em mulheres de 50 a 69 anos.

Meta 16: Reduzir em 2%, ao ano, a taxa de óbitos precoces (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (expectativa de vida 74,68 anos em 2015).

2ª DIRETRIZ: Reestruturação e integração da rede de atenção à saúde do Município de Porto Velho.

Orçamento Quadrienal: R\$ 126.893.006,00

A operacionalização dessa diretriz será organizada de modo a ampliar o acesso humanizado, integral, e oportuno aos usuários em toda a rede de atenção à saúde aqui estarão as estratégias para qualificar o atendimento à demanda espontânea, melhorar o acesso tendo como porta de entrada prioritária a atenção básica como ordenadora do cuidado.

Além disso, essa diretriz visa a qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada a rede de urgência e emergência e de apoio diagnóstico já existente na rede de municipal.

1º OBJETIVO: Qualificar a atenção às condições agudas de saúde.

Meta 17: Diminuir de 75% para 40%, o número de pacientes classificados como verdes e azuis nos PAs e UPAs, durante o horário de funcionamento das UBS.

Meta 18: Implantar o acolhimento de 100% da demanda espontânea em todos os turnos de funcionamento das Unidades de Atenção Básica.

2º OBJETIVO: Reduzir o impacto de mortalidade por causas externas na situação de saúde da população.

Meta 19: Reduzir de 51,57 para 50,02/100 mil habitantes a taxa de mortalidade por



homicídios.

Meta 20: Reduzir de 18,58 para 17,28/100 mil a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito (Reduzir em 7% nos próximos 4 anos, para atingir a meta de redução de 50% até 2020).

3º OBJETIVO: Reestruturar os serviços especializados, urgência e emergência e de apoio ao diagnóstico já existente na rede municipal

Meta 21: Reduzir de 56,3% para 36,3% o absenteísmo do paciente no SISREG na oferta de exame de mamografia de rastreamento.

Meta 22: Implantar o exame de ecocardiograma com oferta de 2.200 exames/ano.

Meta 23: Implantar o exame de Holter com oferta de 1.320 exames/ano.

Meta 24: Implantar o exame de MAPA com oferta de 2.640 exames/ano.

Meta 25: Implantar 01 SADI (serviço de apoio diagnóstico) na Zona Sul de Porto Velho.

Meta 26: Habilitar 01 Centro Especializado em Reabilitação junto ao MS.

Meta 27: Implantar 01 serviço de Laboratório Central Municipal (LACEMU).

Meta 28: Implantar 01 serviço de Anatomia Patológica Municipal para atender a rede de atenção à saúde.

Meta 29: Implantar o apoio matricial integrando a rede de saúde mental com a atenção básica em 100% das Unidades com Estratégia Saúde da Família da zona urbana.

Meta 30: Implantar 01 Unidade de Acolhimento Infante Juvenil para tratamento de crianças e adolescentes com dependência química no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

Meta 31: Assegurar o funcionamento de 100% (n.07) ambulâncias do serviço móvel de urgência com cadastro no CNES no município de Porto Velho.

Meta 32: Descentralizar o Samu para 02 distritos (União Bandeirantes e Jaci Paraná)

Meta 33: Implantar o Sistema de Regulação do Serviço Móvel de Urgência, através de protocolos em 100% dos estabelecimentos municipais de saúde.

Meta 34: Implantar 01 serviço de segurança do paciente.

4º OBJETIVO: Potencializar o papel da Regulação, do Controle e da Auditoria otimizando a capacidade operacional dos serviços

Meta 35: Implantar 01 protocolo de Regulação dos serviços oferecidos na rede de



atenção à saúde.

Meta 36: Garantir indicadores e parâmetros assistenciais definidos e implantados em 70% dos serviços de saúde priorizado (linha materno-infantil e doenças crônicas – Hipertensão e Diabetes - Centro de Referência Saúde da Mulher, Policlínica Rafael Vaz e Silva e Centro de Especialidade Médica).

3ª DIRETRIZ – Fortalecimento das Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica.

Orçamento Quadrienal: R\$ 23.721.952,00

Essa Diretriz promove o acesso aos medicamentos considerados essenciais, por meio da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, concentrando esforços na integração da Política de Assistência Farmacêutica, com vistas a assegurar a articulação necessária do acesso aos medicamentos, a fim de suprir as necessidades no atendimento primário e especializado no SUS, bem como aqueles demandados pelos programas estratégicos, como de tuberculose, hanseníase, DST/Aids, entre outros, no contexto da garantia da integralidade da atenção.

1º OBJETIVO: Manter a Cobertura de medicamentos em todas as unidades da rede municipal promovendo o Uso Racional de Medicamentos – URM.

Meta 37: Garantir 100% de todos os medicamentos elencados na REMUME vigentes.

Meta 38: Abastecer 100% das Unidades de Saúde com os medicamentos elencados na REMUME vigentes.

2º OBJETIVO: Estruturar os serviços da Assistência Farmacêutica.

Meta 39: Descentralizar e implementar 3 (no total de 11) Unidades de Referência para dispensação de medicamentos na área ribeirinha.

Meta 40: Descentralizar e Implementar 15 (no total de 21) Unidades de Referência para a dispensação de medicamentos na área rural terrestre.

Meta 41: Estruturar 29 (no total de 29) Unidades de Saúde da área Urbana como referência para dispensação de medicamentos.



4º DIRETRIZ – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Orçamento Quadrienal: R\$ 34.871.788,00

Será objeto de atenção à vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis (redução do número de óbitos por dengue, ampliação da taxa de cura da tuberculose, redução da incidência da malária e da AIDS, eliminação da hanseníase; e estar atento à vigilância das demais enfermidades, sejam aquelas negligenciadas e/ou endêmicas, emergentes e reemergentes. No tocante às doenças não transmissíveis, a estratégia central consistirá na redução dos casos de sífilis adquirida e sífilis congênita.

Além disso, um dos focos dessa diretriz é o monitoramento das causas de mortalidade materna para projeção da tomada de decisão frente ao diagnóstico que essa investigação pode proporcionar melhorando a assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

1º OBJETIVO: Manter na área de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária, e saúde do trabalhador, ações de prevenção e controle.

Meta 42: Manter a cobertura mínima de 75% das vacinas preconizadas no calendário nacional de vacinação em menores de um ano;

Meta 43: Reduzir a zero o número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos;

Meta 44: Alcançar cobertura vacinal em 85% dos cães anualmente;

Meta 45: Manter a proporção de 100% de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez;

Meta 46: Encerrar 80% das doenças de notificação compulsória imediata (Portaria nº 204/2016) registrada no SINAN em até 60 dias a partir da data da notificação;

Meta 47: Implantar serviço de vigilância em saúde do trabalhador em 50% das unidades básicas de saúde;

Meta 48: Implementar a notificação de violência doméstica, sexual e outras violências em 80% unidades de saúde do município;

Meta 49: Aumentar a proporção de cura nos casos novos de tuberculose bacilífera



com confirmação laboratorial passando de 65,30% para 75%;

Meta 50: Aumentar de 21,9% para 70% a avaliação dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados.

Meta 51: Investigar e encerrar 100% dos surtos notificados com doenças transmitidas por alimentos;

Meta 52: Aumentar a proporção de cura nos casos de Hanseníase na coorte de avaliação passando de 80,7% para 85%;

Meta 53: Aumentar 57% para 80% a avaliação dos contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados.

Meta 54: Reduzir em 10% (n. 2.416 – ano 2016), a cada ano, os casos autóctones de malária;

Meta 55: Redução do índice de infestação predial do *Aedes* para menos de 1%.

Meta 56: Atingir a cobertura de imóveis visitados em 80% em 4 ciclos durante o ano, para o controle vetorial do *Aedes Aegypti*.

Meta 57: Reduzir em 10%, ao ano, a incidência das doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti*.

Meta 58: Monitorar a execução da Vigilância Sanitária em 100% de no mínimo dos 6 grupos de ações:

- 1) Cadastro de estabelecimentos sujeitos à Visa;
- 2) Inspeção em estabelecimentos sujeitos à Visa;
- 3) Atividades educativas para população;
- 4) Atividades educativas para o setor regulado;
- 5) Recebimento de denúncias;
- 6) Atendimento de denúncias; e
- 7) Instauração de processo administrativo sanitário.

Meta 59: Aumentar a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) de 82,87% para 90%.

Meta 60: Aumentar a investigação de óbitos infantis e fetais de 50% para 70%.

Meta 61: Manter em 100% a investigação de óbitos maternos.

Meta 62: Aumentar o registro de óbitos com causa básica definida de 93,10% para 95%.

Meta 63: Ampliar a oferta em 15% (n. 30.831 – ano 2016) o número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior.



Meta 64: Aumentar cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) de 36,30% para 45%.

5ª DIRETRIZ – Fortalecimento da Gestão e Controle Social.

Orçamento Quadrienal: 877.228.186,00

A Diretriz de Fortalecimento da Gestão e Controle Social visa estabelecer prioridades para a gestão municipal com foco na reestruturação da rede de atenção à saúde com foco na linha materno-infantil e crônica.

Como forma de implantar a Educação Permanente para fortalecer a gestão do trabalho as metas também estão focadas a qualificação dos trabalhadores do SUS por meios de residências e cursos de qualificação que tenham a essência da Política de Educação Permanente.

E como forma de fortalecer a participação social com vistas ao aprimoramento do SUS, o fortalecimento do Conselho de Saúde, por meio da formação de Conselhos Locais de Saúde – com ênfase na participação de lideranças dos movimentos sociais – e à melhoria de suas estruturas e funcionamento. Igualmente, as conferências de saúde serão foco de atenção, como a mobilização de todas as esferas em torno do compromisso para com estes espaços de participação.

1º OBJETIVO: Reestruturar e integrar a rede de atenção à saúde do município, com ênfase na área materno-infantil e crônicas de Porto Velho.

Meta 65: Redefinir e cadastrar 100% do território de atuação das equipes de saúde da família;

Meta 66: Estratificar risco familiar de 100% da área de cobertura das equipes de saúde da família;

Meta 67: Estratificar risco de 100% das gestantes da área de cobertura das equipes de saúde da família e da atenção especializada;

Meta 68: Estratificar risco de 100% dos hipertensos e diabéticos da área de cobertura das equipes de saúde da família e da atenção especializada;

Meta 69: Estratificar risco de 100% das crianças de até 1 ano de idade da área de cobertura das equipes de saúde da família e da atenção especializada;



2º OBJETIVO: Fortalecer a gestão do trabalho e o controle social.

Meta 70: Implantar 04 Conselhos Locais de Saúde/CLS;

Meta 71: Implantar 01 serviço de Ouvidoria;

Meta 72: Apoiar a organização de 100% das Conferências Municipais de Saúde;

Meta 73: Certificar 100% dos Núcleos de Educação Permanente Descentralizados - NEP, pactuados na Comissão Permanente de Ensino e Serviço;

Meta 74: Implantar 01 Contrato Organizativos de Ação Pública de Ensino-Saúde – COAPES;

Meta 75: Pactuar a oferta de 08 cursos (2 cursos/ano) destinados aos servidores da SEMUSA, oriundos de Instituições de Ensino Superior e Técnico que estabelecem parcerias com o Ministério da Saúde mediante pactuação em Termo de Cooperação.

Meta 76: Implantar 01 Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Meta 77: Ofertar 02 cursos de Pós-Graduação na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Meta 78: Implementar 100% das ações de educação permanente descritas no Plano Regional para qualificação das redes de Atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.

Meta 79: Implantar 20 Pontos de Telessaúde nas Unidades de Atenção Básica.

VERSÃO PRELIMINAR



6 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

O sistema de planejamento tem sua expressão concreta no processo de formulação, monitoramento e avaliação dos instrumentos básicos do SUS :PMS, Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG). A construção desse Sistema na esfera federal está baseada nos processos de formulação dos instrumentos do Planejamento (PS, PAS e RAG) e de governo (PPA, LDO e LOA).

Este PMS será operacionalizado por intermédio das PAS, que estabelecerão o conjunto de ações necessárias ao alcance dos objetivos e metas aqui definidos, delineados pelas diretrizes estabelecidas.

O RAG imprime um caráter dinâmico ao PMS e realimenta, desta forma, o processo de planejamento. deve indicar os eventuais ajustes que se fizerem necessários no Plano e, ao mesmo tempo, orientar a elaboração da PAS subsequente. Para monitoramento e avaliação do PMS serão utilizados os indicadores constantes da Matriz de Indicadores descritos a seguir.

VERSÃO PRELIMINAR

6.1 MATRIZ DE INDICADORES DE SAÚDE

1ª DIRETRIZ: Fortalecimento da atenção básica como estratégia prioritária da gestão municipal de saúde.

1º OBJETIVO: Assegurar a Estratégia de Saúde da Família como orientadora da Atenção Básica e potencializar a ampliação do Acesso a partir das necessidades das pessoas.

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
1. Percentual de Equipes de Saúde da Família com composição mínima (META1)	Equipe de Saúde da Família com composição mínima de 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 odontólogo, 1 aux/tec. de higiene dental, 06 agentes comunitário	$\frac{\text{Nº de Equipes de SF com composição mínima}}{\text{Nº de Equipes de SF existentes}} \times 100$	Em fase de diagnóstico	e-SUS CNES	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual.
2. Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica (META 2)	Percentual de equipe de atenção básica em determinado espaço geográfico no espaço considerado	$\frac{(\text{Nº de eSF} \times 3.450 + (\text{Nº eAB} + \text{Nº eSF equivalente}) \text{ em determinado local e período} \times 3.000)}{\text{Estimativa da populacional do ano anterior}} \times 100$	63%	Ministério da Saúde	Monitoramento: mensal. Avaliação: Anual.
3. Percentual de Unidades de Saúde com horário ampliado (META 3)	Percentual de Unidades de Saúde com horário ampliado em determinado espaço geográfico no ano considerado	$\frac{\text{Nº de UBS com horário ampliado}}{\text{Nº total de UBS programado para o período}} \times 100$	0%	Semusa/DAB	Monitoramento: anual Avaliação: Anual
4. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica (META 4)	Percentual de cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal em determinado espaço geográfico no ano considerado	$\frac{((\text{nº eSB} \times 3.450) + (\text{nº eSB equivalentes} \times 3.000)) \text{ em determinado local e período}}{\text{Estimativa populacional}} \times 100$	55%	Ministério da Saúde	Monitoramento: mensal. Avaliação: Anual.

2º OBJETIVO: Melhorar a Saúde Materno-infantil, com priorização do pré-natal e enfrentamento da sífilis.

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
5. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (META 5)	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano residente, em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.	63 casos	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.	Monitoramento: trimestral. Avaliação: Anual.
6. Taxa de mortalidade infantil (META 6)	Número de óbitos em menores de 1 ano de idade, por 1000 nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado	$\frac{\text{Nº de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade}}{\text{nº de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$	14,8 óbitos/1000 nascidos vivos	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)	Monitoramento: anual Avaliação: Anual
7. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal (META 7)	Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal residentes em determinado espaço geográfico no ano considerado	$\frac{\text{Nº de NV de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal}}{\text{Nº total de NV}} \times 100$ Parâmetro nacional 90%	63,21%	Ministério da Saúde/SVS/ SINASC	Monitoramento: anual Avaliação: Anual
8. Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência (META 8)	Número de óbitos maternos (ocorrido após término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e gravidez), em determinado espaço geográfico no ano considerado	Nº de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) em determinado período e local de residência	10 óbitos	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
9. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos (META 9)	Número de adolescentes grávidas de 10 a 19 anos em determinado espaço geográfico no ano considerado	$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período}} \times 100$	20% de adolescentes grávidas na faixa etária de 10 a 19 anos	SINASC	Monitoramento: anual Avaliação: Anual
10. Percentual de Unidades Básicas de Saúde da Família com “pré-natal do papai” implantado (META 10)	Percentual de Unidades Básicas de Saúde da Família com “pré-natal papai” implantado em determinado espaço geográfico no ano considerado	$\frac{\text{Número de USF com “pré-natal do papai” implantado}}{\text{Nº total de USF}} \times 100$	0%	Semusa/DAB	Monitoramento: anual Avaliação: Anual
11. Proporção de crianças STORCH acompanhadas. (META 11)	Proporção de crianças com STORCH + acompanhadas em determinado espaço geográfico no ano considerado	$\frac{\text{Total de crianças com STORCH + acompanhadas}}{\text{Total de crianças com STORCH + diagnósticas}} \times 100$	100%	DVS/DAB	Monitoramento: mensal Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
12. Número de testes de sorologia* em gestante (META 12)	Número de testes de sorologia realizado em r gestante por município de residência *Sorologia: VDRL, HIV, e hepatites virais (neste item, cada sorologia deve ser calculada separadamente)	Número de testes sorologia em gestantes, por ano e município de residência da gestante Número de partos hospitalares do SUS, por ano e município de residência da gestante. Observações: 1. Para o numerador considerar a quantidade aprovada, por município de residência, dos seguintes procedimentos ambulatoriais: 0202031179 VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE; 0214010082 TESTE RAPIDO PARA SIFILIS EM GESTANTE. 0214010040 TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO 0214010058 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV 0214010090 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C 0214010104 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HBV 0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) 0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) 0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) 2. Para o denominador considerar o total de AIH aprovadas de gestantes, por município de residência, nos seguintes procedimentos: 0310010039 PARTO NORMAL; 0310010047 PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO; 0310010055 PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN); 0411010026 PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO; 0411010034 PARTO CESARIANO; e, 0411010042 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA.		Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Denominador: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).	Monitoramento: mensal Avaliação: Anual

3º OBJETIVO: Qualificar a atenção às condições crônicas de saúde.

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
13. Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar (META 13)	Porcentagem do número de partos normais realizado no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	$\frac{\text{Número de nascido vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano}}{\text{Número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano.}} \times 100$	48,72	SINASC	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
14. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos (META 14)	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	$\frac{\text{Soma da frequência do número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervicovaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento}}{\text{População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano}} \times 100$	0,40	Sistema Nacional Informatizado: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
15. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos (META 15)	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos a população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	$\frac{\text{Soma da frequência do número de mamografias (procedimento 0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento}}{\text{População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano/2}}$	0,29	Sistema nacional informatizado: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); (IBGE)	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
16. Taxa de óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônica) (META 16)	Número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônica) por 100 mil habitantes em determinado local e período	$\frac{\text{Nº de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID- 10: I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10 – E14}}{\text{população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.}} \times 100.000$	233,89 óbitos de DCNT por 100.000 habitantes	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)	Monitoramento: Anual Avaliação: Anual

VERSÃO PRELIMINAR

2ª DIRETRIZ: Reestruturação e integração da rede de atenção à saúde do Município de Porto Velho.

1º OBJETIVO: Qualificar a atenção às condições agudas de saúde.

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
17. Percentual pacientes classificados como verdes e azuis nos Prontos Atendimentos (PA) e Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) (META 17)	Percentual pacientes classificados como verdes e azuis nos Prontos Atendimentos (PA) e Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) em determinado espaço geográfico no ano considerado	$\frac{\text{Nº de pacientes classificados como verdes e azuis nos Prontos Atendimentos e Unidades de Pronto Atendimentos}}{\text{Nº de pacientes atendidos nos Prontos Atendimentos e Unidades de Pronto Atendimentos}} \times 100$	75%	Semusa/DMAC	Monitoramento: mensal Avaliação: Anual
18. Percentual de atendimentos por demanda espontânea nas Unidades Básicas de Saúde de Saúde (META 18)	Nº de atendimentos por demanda espontânea nas Unidades Básicas de Saúde em determinado espaço geográfico no ano considerado	$\frac{\text{Nº de atendimentos por demanda espontânea nas Unidades Básicas de Saúde}}{\text{Nº de atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde}} \times 100$	Em fase de diagnóstico	Semusa/DAB	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual

2º OBJETIVO: Reduzir o impacto de mortalidade por causas externas na situação de saúde da população

19. Taxa de óbitos por homicídios (META 19)	Número de óbitos por homicídios por 100 mil habitantes em determinado espaço geográfico no ano considerado	$\frac{\text{Nº de óbitos por homicídios no ano considerado}}{\text{População residente no ano considerado}} \times 100.000$	51,57/100 mil óbitos por homicídio	SEMUSA/DVS SIM IBGE	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
20. Taxa de óbitos por acidente de trânsito (META 20)	Número de óbitos por acidente de trânsito por 100mil habitantes em determinado espaço geográfico no ano considerado	$\frac{\text{Nº de óbitos por acidente de trânsito no ano considerado}}{\text{População residente no ano considerado}} \times 100.000$	18,58/100 mil óbitos por acidente de trânsito	SEMUSA/DVS SIM IBGE	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual

3º OBJETIVO: Reestruturar e qualificar os serviços especializados, urgência e emergência e de apoio ao diagnóstico já existente na rede municipal

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
21. Proporção de absenteísmo para o exame de mamografia de rastreamento. (META 21)	Proporção de absenteísmo para exame de mamografia de rastreamento.	$\frac{\text{Número de usuária agendadas que realizaram mamografia de rastreamento}}{\text{Número de usuária agendadas para o exame de mamografia de rastreamento}} \times 100$	56,3%	SISREG/ SEMUSA	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
22. Número de exame de ecocardiograma (META 22)	Número de exame de Ecocardiograma ofertado em determinado espaço geográfico no ano considerado	$\frac{\text{Número de exame de ecocardiograma realizado}}{2.200 \text{ exames /ano}} \times 100$	Zero	SISREG/ SEMUSA	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
23. Número de exame de Holter (META 23)	Número de exame de Holter ofertado em determinado espaço geográfico no ano considerado	$\frac{\text{Número de exame de Holter realizado}}{1.300 \text{ exames /ano}} \times 100$	Zero	SISREG/ SEMUSA	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
24. Número de exame de MAPA (monitorização ambulatorial de pressão arterial) (META 24)	Número de exame de MAPA (monitorização ambulatorial de pressão arterial) ofertado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de exame de MAPA realizado $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ 2.640 exames /ano	Zero	SISREG/SEMUSA	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
25. Número de Serviço de Apoio Diagnóstico - SADI implantado (META 25)	Número de Serviço de Apoio Diagnóstico - SADI implantado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de Serviço de apoio diagnóstico implantado	01	DMAC	Avaliação: Anual
26. Número de centro especializado em reabilitação implantado (META 26)	Número de centro especializado em reabilitação implantado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de centro especializado em reabilitação implantado	Zero	DMAC	Avaliação: Anual
27. Número de Laboratório Central Municipal habilitado (META 27)	Número de Laboratório Central Municipal habilitado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de Laboratório Central Municipal habilitado	Zero	CNES	Avaliação: Anual
28. Número de serviço de Anatomia Patológica Municipal habilitado (META 28)	Número de serviço de Anatomia Patológica Municipal habilitado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de serviço de Anatomia Patológica Municipal habilitado	zero	CNES	Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
29. Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica (META 29)	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da Atenção Básica no ano $\frac{\text{total de CAPS habilitados}}{100} \times 100$ (Média mínima esperada: 12 registros por ano) Unidade de Medida: percentual (%)	Zero	Código do procedimento: 03.01.08.030-5 Matriciamento de Equipes da Atenção Básica registrado no BPAC do Sistema de Informação Ambulatorial – S.I.A-SUS<	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual
30. Número de unidade de acolhimento infantil juvenil habilitado (META 30)	Número unidade de acolhimento infantil juvenil para tratamento de crianças e adolescentes com dependência química no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial	Número de unidade de acolhimento infantil juvenil habilitado	zero	CNES	Avaliação: Anual
31. Percentual de funcionamento das ambulâncias do serviço móvel de urgência (META 31)	Percentual de funcionamento das ambulâncias do serviço móvel de urgência em determinado espaço geográfico no ano considerado	$\frac{\text{Número de ambulância em funcionamento}}{\text{Número de ambulâncias cadastradas no CNES}} \times 100$	30%	CNES SAMU/SEMUSA	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual
32. Percentual de SAMU descentralizado (META 32)	Percentual de serviço descentralizado do SAMU em determinado espaço geográfico no ano considerado	$\frac{\text{Número de SAMU descentralizado}}{2} \times 100$	zero	CNES SAMU/SEMUSA	Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
33. Percentual de estabelecimentos de saúde municipais com Sistema de Regulação do Serviço Móvel de Urgência (META 33)	Percentual de estabelecimentos de saúde municipais com Sistema de Regulação do Serviço Móvel de Urgência em determinado espaço geográfico no ano considerado	$\frac{\text{Número de estabelecimentos de saúde municipais com Sistema de Regulação do Serviço Móvel de Urgência}}{\text{Número de estabelecimentos de saúde municipais}} \times 100$	zero	DMAC/SEMUSA	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual
34. Número de serviço de segurança do paciente implantado (META 34)	Número de serviço de segurança do paciente implantado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de serviço de segurança do paciente implantado	zero	SEMUSA	Avaliação: Anual

VERSÃO PRELIMINAR

4º OBJETIVO: Potencializar o papel da Regulação, do Controle e da Auditoria otimizando a capacidade operacional dos serviços

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
35. Número de protocolo de regulação implantado (META 35)	Número de protocolo de regulação na Rede de Atenção à Saúde	Número de protocolo de regulação implantado	zero	DRAC/SEMUSA	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: anual
36. Proporção de indicadores e parâmetros assistenciais implantado (META 36)	Percentual de indicadores e parâmetros assistenciais definidos nos serviços de saúde priorizados	$\frac{\text{Número de indicadores e parâmetros assistenciais definidos nos serviços de saúde implantados}}{\text{Número de indicadores e parâmetros assistenciais definidos nos serviços de saúde programados}} \times 100$	zero	DRAC/SEMUSA	Monitoramento: mensal Avaliação: anual

3ª DIRETRIZ – Fortalecimento das Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica.

1º OBJETIVO: Manter a Cobertura de medicamentos em todas as unidades da rede municipal promovendo o Uso Racional de Medicamentos – URM.

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
37. Percentual de medicamentos elencados na REMUME adquiridos na rede municipal de saúde. (META 37)	Percentual de medicamentos elencados na REMUME adquiridos na rede municipal de saúde conforme parâmetro municipal.	$\frac{\text{Nº de medicamentos adquiridos}}{\text{Nº de medicamentos elencados na REMUME (parâmetro)}} \times 100$	Em fase de diagnóstico	Sisfarma	Monitoramento: Mensal e trimestral Avaliação: anual
38. Percentual de abastecimento das Unidades de Saúde com os medicamentos elencados na REMUME vigentes. (META 38)	Percentual de abastecimento das Unidades de Saúde com os medicamentos elencados na REMUME vigentes em determinado espaço geográfico no ano considerado	$\frac{\text{Nº de medicamentos distribuídos}}{\text{Nº de medicamentos adquiridos}} \times 100$	Em fase de diagnóstico	Sisfarma	Monitoramento: Mensal e trimestral Avaliação: anual

2º OBJETIVO: Estruturar os serviços da Assistência Farmacêutica

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
39. Número de Unidades de Saúde ribeirinhas descentralizadas (META 39)	Número de Unidades de Saúde ribeirinhas descentralizadas como referência para dispensação de medicamentos na área ribeirinha.	$\frac{\text{Nº de Unidades de Saúde ribeirinhas descentralizadas}}{\text{(Nº de Unidades de Saúde ribeirinhas programadas para serem estruturadas)}} \times 100$	Zero	DAF	Monitoramento: trimestral Avaliação: anual
40. Número de Unidades de Saúde rurais terrestre descentralizada (META 40)	Número de Unidades de Saúde rurais terrestre como referência para dispensação de medicamentos na área ribeirinha.	$\frac{\text{Nº de Unidades de Saúde rurais terrestre}}{\text{(Nº de Unidades de Saúde rurais terrestre programadas para serem descentralizadas)}} \times 100$	Zero	DAF	Monitoramento: trimestral Avaliação: anual
41. Número de Unidades de Saúde urbana estruturadas (META 42)	Número de Unidades de Saúde urbana estruturadas como referência para dispensação de medicamentos na área ribeirinha.	$\frac{\text{Nº de Unidades de Saúde urbana estruturadas}}{\text{(Nº de Unidades de Saúde Urbanas programadas para serem estruturadas)}} \times 100$	Zero	DAF	Monitoramento: trimestral Avaliação: anual

4º DIRETRIZ – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

1º OBJETIVO: Manter na área de vigilância epidemiológica, ambulatorial, sanitária, zoonose e saúde do trabalhador, ações de prevenção e controle.

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
42. Proporção de vacinas selecionadas para crianças menores de dois anos de idade: Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10 valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose)- com cobertura vacinal preconizada. (META 42)	Proporção de crianças menores de 2 anos de idades com registro em cartão de vacina de 3 doses da vacina Pentavalente, 2 doses da vacina Pneumocócica -10 valente, 3 doses da vacina contra a Poliomielite e 1 dose de vacina Tríplice viral.	$\frac{\text{Número total das vacinas selecionadas que alcançaram cobertura}}{\text{4 vacinas selecionadas: Pentavalente, Pneumocócica – 10 valente, Poliomielite, Tríplice viral}} \times 100$	75%	Numerador: SIPNI Denominador: SNASC	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
43. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos (META 43)	Crianças menores de 5 anos com diagnóstico de AIDS	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	1	Número absoluto de casos novos	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
44. Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina (META 44)	Proporção de cães vacinados em campanha em relação à população geral canina.	$\frac{\text{Número de cães vacinados em campanha}}{\text{Estimativa da população canina}} \times 100$	54%	Estimativa do censo populacional - IBGE	Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
45. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. (META 45)	Proporção de amostras de água para consumo humano analisadas quanto à coliformes fecais, cloro residual e turbidez.	Passo 1 – Número de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais, realizadas pela vigilância $\frac{\text{Número de amostras examinadas}}{\text{Total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliformes totais}} \times 100$ PCT Passo 2 - Número de amostras de água examinadas para o parâmetro turbidez, realizadas pela vigilância $\frac{\text{Número de amostras examinadas}}{\text{Total de amostras obrigatórias para o parâmetro turbidez.}} \times 100$ PT Passo 3 - Número de amostras de água examinadas para o parâmetro cloro residual livre, realizadas pela vigilância $\frac{\text{Número de amostras examinadas}}{\text{Total de amostras obrigatórias para o parâmetro de cloro residual livre}} \times 100$ PCRL Passo 4 – somatório dos resultados anteriores com seus respectivos pesos 1,2 X PCT + 1,0 X PT + 1,0 X PCRL	128%	SISAGUA	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
46. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação. (META 46)	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação em relação ao número total de notificações	Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação. $\frac{\text{Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação}}{\text{Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação.}} \times 100$	66,7%	SINAN	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual
47. Proporção de unidades básicas de saúde com serviço de vigilância em saúde do trabalhador (META 47)	Proporção de unidades básicas de saúde com serviço de vigilância em saúde do trabalhador relacionado ao número total de unidades de saúde	Número de unidades básicas de saúde com serviço implantado $\frac{\text{Número de unidades básicas de saúde com serviço implantado}}{\text{Total de unidades básicas de saúde}} \times 100$	zero	DAB/DVS	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual
48. Proporção de unidades de saúde com notificação de violências (violência doméstica, sexual e outras violências). (META 48)	Proporção de unidades de saúde com notificação de violências (violência doméstica, sexual e outras violências) em relação ao número de unidade de saúde	Número de unidades de saúde com serviço de notificação implantado $\frac{\text{Número de unidades de saúde com serviço de notificação implantado}}{\text{Total de unidades de saúde}} \times 100$	12,42%	DAB/DMAC/DVS	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual
49. Proporção de cura nos casos novos de tuberculose bacilífera com confirmação laboratorial (META 49)	Proporção de cura nos casos novos de tuberculose bacilífera com confirmação laboratorial em relação ao total de casos diagnosticados	Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados $\frac{\text{Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados}}{\text{Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados}} \times 100$	65,30%	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual
50. Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial. (META 50)	Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial em determinado espaço geográfico no ano considerado	Numerador: Número de contatos examinados dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial, no período e local de residência avaliados.	21,90%	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
51. Proporção de surtos Investigados com doenças transmitidas por alimentos (META 51)	Proporção de surtos Investigados com doenças transmitidas por alimentos relacionado ao total de surtos notificados	$\frac{\text{Total de surtos investigados}}{\text{Total de surtos notificados}} \times 100$	100,00%	SINAN/DVS	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
52. Proporção de cura dos casos de Hanseníase na coorte de avaliação (META 52)	Proporção de cura dos casos de Hanseníase na coorte de avaliação em relação aos diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local.	$\frac{\text{Número de casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados, nos anos das coortes (Paucibacilares – PB – diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e Multibacilares – MB – diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação) e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação}}{\text{Total de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local.}} \times 100$	80,70%	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)	Avaliação: Anual
53. Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase. (MET 53)	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes - Paucibacilar e Multibacilar.	$\frac{\text{Número de contatos dos casos novos de hanseníase examinados, por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes - Paucibacilar e Multibacilar.}}{\text{Total de contatos dos casos novos de hanseníase registrados, por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes - Paucibacilar e Multibacilar.}} \times 100$	57,00%	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)	Avaliação: Anual
54. Número de casos autóctones de malária. (META 54)	Número de casos de malária que se origina na região onde se manifesta	Somatório do número de exames positivos de malária (códigos B50 a B54 da CID – 10) por local provável de infecção, excluídas LVC.	2.416 casos	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica Malária (SIVEPMalária)	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
55. Índice de infestação predial (rever) (META 55)	Percentual de imóveis positivos em relação aos imóveis pesquisados feito por meio de pesquisa larvária, para conhecer o grau de infestação, dispersão e densidade por <i>Aedes aegypti</i> nas localidades	$\frac{\text{Número de Imóveis positivos}}{\text{Número de Imóveis pesquisados}} \times 100$	1,2 (médio risco)	DVS	Monitoramento: trimestral Avaliação: anual
56. Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial (META 56)	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial	1º passo – Cobertura por ciclo. Numerador: Número de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle da dengue. Denominador: Número de imóveis da base do Reconhecimento Geográfico (RG) atualizado. Fator de multiplicação: 100. 2º passo – Soma do número de ciclos com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados.	zero	Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (SISFAD). Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCDD). Sistema próprio do estado ou município	Monitoramento: bimestral Avaliação: Anual
57. Incidência das doenças veiculadas pelo <i>Aedes aegypti</i> (rever) (META 57)	A incidência das arboviroses é feita pela soma dos casos notificados de dengue, chikungunya e zika em uma determinada população	$\frac{\text{Número de casos notificados de dengue, chikungunya e zika}}{\text{População residente em determinado local e ano}} \times 100.000 \text{ hab}$	Dengue: 61,40 casos/100.000 hab Chikungunya: 8,09 casos/100.00 ZikaV: 39,47/100.00	SIM/SINAN NET	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
58. Percentual de grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (META 58)	Percentual de grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano Grupos de ações: 1) Cadastro de estabelecimentos sujeitos à Visa; 2) Inspeção em estabelecimentos sujeitos à Visa; 3) Atividades educativas para população; 4) Atividades educativas para o setor regulado; 5) Recebimento de denúncias; 6) Atendimento de denúncias; e (7) Instauração de processo administrativo sanitário.	- Se foram realizados até 6 grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias, aplicar o cálculo abaixo: (Número de grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias realizadas pelo município) / (6) X 100 - Se foram realizados os 7 grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias, a meta atingida será 100%.	100,00%	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIASUS/DATASUS	Monitoramento: semestral Avaliação: Anual
59. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados. (META 59)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados em determinado espaço geográfico no ano considerado	Total de óbitos de MIF investigados, no módulo de investigação do SIM $\frac{\text{Total de óbitos de MIF investigados, no módulo de investigação do SIM}}{\text{Total de óbitos de MIF no módulo de investigação do SIM}} \times 100$	82,87%	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação.	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
60. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados (META 60)	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados em determinado espaço geográfico no ano considerado.	Total de óbitos infantis e fetais investigados $\frac{\text{Total de óbitos infantis e fetais investigados}}{\text{Total de óbitos infantis e fetais notificados}} \times 100$	50%	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação.	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
61. Proporção de óbitos maternos investigados (META 61)	Proporção de óbitos maternos investigados em determinado espaço geográfico no ano considerado	$\frac{\text{Total de óbitos maternos investigados}}{\text{Total de óbitos maternos notificados}} \times 100$	100,00%	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação.	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
62. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida. (META 62)	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	$\frac{\text{Total de óbitos não fetais com causa básica definida}^*}{\text{Total de óbitos não fetais}} \times 100$	93,10%	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
63. Número de testes de HIV realizado. (META 63)	Número de testes de HIV realizado por ano e município de residência.	Número de testes realizados para o diagnóstico de HIV, por ano e município de residência. Observação: Considerar a "quantidade aprovada" dos seguintes procedimentos ambulatoriais: 0202030296 pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 (western blot); 0202030300 pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 + HIV-2 (elisa); 0202031020 pesquisa de HIV-1 por imunofluorescência; 0214010040 teste rápido para detecção de HIV em gestante; e, 0214010058 teste rápido para detecção de infecção pelo HIV.	30.831 exames	Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
64. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) (META 64)	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) na última vigência do ano	$\frac{\text{Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano}}{\text{Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano}} \times 100$	36.30%	Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF – DATASUS/MS. Link: http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp	Monitoramento: semestral Avaliação: anual

5ª DIRETRIZ – Fortalecimento da Gestão e Controle Social.

1º OBJETIVO: Reestruturar e integrar a rede de atenção à saúde do município, com ênfase na área materno-infantil e crônicas de Porto Velho.

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
65. Proporção de equipes de saúde da família com território de atuação definido (META 65)	Proporção de equipes de saúde da família com território redefinido	$\frac{\text{Número de equipes de saúde da família com território redefinido}}{\text{Número de equipes de saúde da família}} \times 100$	Território definido em 2002	Esus/DAB	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual
66. Proporção de equipes de saúde da família com 100% do território cadastrado (META 65)	Proporção de equipes de saúde da família com 100% do território cadastrado	$\frac{\text{Número de equipes de saúde da família com toda população cadastrada}}{\text{Número total de equipes de saúde da família}} \times 100$	Zero	Esus/DAB	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual
67. Proporção de famílias com estratificação de risco cobertas pela equipe saúde da família (META 66)	Proporção de famílias com estratificação de risco cobertas pela estratégia saúde da família em determinado espaço geográfico no período	$\frac{\text{Número de famílias com risco estratificado}}{\text{Número de famílias cadastradas pelas equipes de saúde da família}} \times 100$	Zero	DAB	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual
68. Proporção de gestantes com estratificação de risco cobertas pela equipe saúde da família (META 67)	Proporção de gestantes com estratificação de risco cobertas pela equipe saúde da família em determinado espaço geográfico no período	$\frac{\text{Número de gestantes com risco estratificado}}{\text{Número de gestantes cadastradas pelas equipes de saúde da família}} \times 100$	Zero	DAB	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual

2º OBJETIVO: Fortalecer a gestão do trabalho e o controle social

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
69. Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cobertas pela equipe saúde da família (META 68)	Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cobertas pela equipe saúde da família em determinado espaço geográfico no período	$\frac{\text{Número de hipertensos e diabéticos com risco estratificado}}{\text{Número de hipertensos e diabéticos cadastrados pelas equipes de saúde da família}} \times 100$	zero	DAB	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual
70. Proporção de criança de até 1 ano com estratificação de risco cobertas pela equipe saúde da família (META 69)	Proporção de crianças de até 1 ano com estratificação de risco cobertas pela equipe saúde da família em determinado espaço geográfico no período	$\frac{\text{Número de crianças de até 1 ano com risco estratificado}}{\text{Número de crianças de até 1 ano cadastradas pelas equipes de saúde da família}} \times 100$	zero	DAB	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual
71. Número de conselhos locais de saúde implantados (META 70)	Número de conselhos locais de saúde implantados	$\frac{\text{Número de CLS implantado}}{\text{Número de CLS programado para implantar}}$	Zero	DAB/CMSPV	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual
72. Serviço de ouvidoria implantado (META 71)	Serviço de ouvidoria implantado	Número de serviço de ouvidoria implantado	Zero	ASTEC	Avaliação: Anual
73. Percentual de Conferência Municipais realizadas (META 72)	Percentual de realização de Conferência Municipais propostas pelo Conselho Nacional de Saúde	$\frac{\text{Número de CMS realizadas}}{\text{Número de CMS programada}} \times 100$	100%	CMSPV/ASTEC/DEPARTAMENTO DA ÁREA AFIM	Avaliação: Anual
74. Percentual de Núcleos de Educação Permanente Descentralizados certificado (META 73)	Percentual de Núcleos de Educação Permanente Descentralizados certificados	$\frac{\text{Número de NEP descentralizados certificados}}{\text{Número de NEP descentralizados}} \times 100$	Zero	NUGEP	Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
75. Percentual de COAPES implantado (META 74)	Percentual de COAPES implantado com as Instituições de Ensino Superior e Técnico	$\frac{\text{Número de IES com COAPES}}{\text{Número de IES existentes}} \times 100$	Zero	NUGEP	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual
76. Número de cursos oferecidos pelo MS (META 75)	Número de cursos oferecidos pelo MS	Número de cursos oferecidos pelo MS	2	NUGEP/DAB/DMAC/DVS	Monitoramento: semestral Avaliação: Anual
77. Número de Comissão de Residência em Saúde da Família implantada (META 76)	Número de Comissão de Residência em Saúde da Família implantada	Número de Comissão de Residência em Saúde da Família implantada	Zero	NUGEP/DAB	Avaliação: Anual
78. Número de Pós-Graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família. (META 77)	Número de Pós-Graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família.	Número de Pós-Graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família.	Zero	NUGEP/DAB	Avaliação: Anual
79. Percentual de ações de educação permanente (META 78)	Percentual de ações de educação permanente pactuadas no Plano Regional	$\frac{\text{Número de ações de educação permanente realizada}}{\text{Número de ações de educação permanente pactuadas no Plano Regional}} \times 100$	Zero	NUGEP	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual
80. Percentual de pontos de telessaúde instalados (META 79)	Percentual de pontos de telessaúde instalados.	$\frac{\text{Número de pontos de telessaúde}}{20} \times 100$	Zero	DAB	Monitoramento: trimestral Avaliação: Anual



BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Cidades Disponível em URL: < <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 15 de agosto 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 28 de dezembro 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto Federal 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

_____. Planalto. **Lei Complementar 141 03 de janeiro 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2135 de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

SEMUSA. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. Divisão epidemiológica. Porto Velho, 2017.



ANEXOS

VERSÃO PRELIMINAR



ANEXO A – PROJETO OFICINA FERRAMENTA DE GESTÃO

PROJETO: OFICINA FERRAMENTAS DE GESTÃO

ORIGEM: ASPLAN

NUGEP – NÚCLEO GESTOR DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

EIXO - 3 TREINAMENTO EM SERVIÇO

CARACTERIZAÇÃO: OFICINA

TÍTULO: CONHECENDO E ELABORANDO UM PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

NATUREZA DA AÇÃO

	Palestra		Exposição
	Seminário		Visita Técnica
X	Oficina		Evento Comemorativo
	Conferência		Feira Técnica
	Minicurso		Consultoria
	Curso		Assessoria
	Simpósio		Prestação de Serviço
Outro (Qual?)			

EQUIPE TÉCNICA

Coordenadores do Evento	Amanda Diniz Del Castillo Jane Carvalho Cardoso Marcuce Antônio Miranda Renata Pimentel
Instrutores Responsáveis (Tutores)	Alexandre Porto Cleson Oliveira de Moura Kuelle Socorro Medeiros Garcia Cardoso Salustiano Freitas Ferreira Neto Marcuce Antônio Miranda Jane Carvalho Cardoso Katiane Maia dos Santos Renata Pimentel



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO 2018 - 2021

Clientela	Técnicos administrativos, diretores e gerentes dos departamentos e suas divisões e unidades de saúde.
------------------	---

INSTITUIÇÃO
Nome: SEMUSA
Endereço: Avenida Governador Jorge Teixeira - Br 319
Telefone/e-mail: (69) 3901-3176
(X) Patrocinadora Principal () Patrocinadora Secundária () Apoio

DEPARTAMENTO
Nome: ASTEC / ASPLAN
Endereço: Sede da SEMUSA
Telefone/e-mail: (69) 3901-3176
(X) Patrocinadora Principal () Patrocinadora Secundária () Apoio

INFORMAÇÕES GERAIS DO EVENTO	
Local: Auditório do espaço SEMUSA, Refeitório e Salas de reunião	
Período de Realização: 19,20 e 21 de Julho de 2017	
Início: 08h00min	Término: 18h00min
INTRODUÇÃO	
O planejamento no setor de saúde se apresenta como um relevante mecanismo de gestão para orientar o processo de consolidação dos serviços oferecidos pelo SUS. Compete assim aos gestores o ato de imprimir esforços para planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde, de modo que se possa aplicar e usufruir de toda a potencialidade do processo de planejamento. Todas as secretarias municipais de saúde precisam planejar as suas ações em conformidade às recomendações do Ministério da Saúde-MS, para tanto se faz necessário a utilização de ferramentas já preconizadas para instrumentalizar a gestão sendo: Plano Municipal de Saúde – PMS, Plano Plurianual – PPA, Relatório Anual de Gestão – RAG, Programação Anual de Saúde – PAS, Lei Orçamentária Anual – LOA e Lei de Diretrizes Orçamentária – LDO. Tais ferramentas precisam ser de inteiro domínio dos profissionais diretamente inseridos no processo de	



planejamento de forma que todos esses atores estejam aptos a operar cada ferramenta de forma adequada e responsável. Esta capacitação é continuada, pois a mesma segue o rito do PlanejaSUS, logo, a mesma irá acompanhar os períodos das ferramentas de Gestão.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Instrumentalizar todos os profissionais da SEMUSA que estejam diretamente envolvidos no processo de gestão, na elaboração e manejo das ferramentas de gestão.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar as ferramentas de gestão do PlanejaSUS;
- Discutir as metodologias usadas na elaboração de um Plano Municipal de Saúde;
- Elaborar as diretrizes, objetivos e metas do PMS, que sistematizará o processo de planejamento dentro da SEMUSA de Porto Velho.

METODOLOGIA

DESENVOLVIMENTO

O Projeto será desenvolvido no formato de oficina com 24 horas, teórico/ prática e 6 horas para readequação e conclusão da oficina e Plano.

Os participantes serão convidados a construir o PMS, a partir do perfil epidemiológico do município de Porto Velho compartilhando suas experiências em rodas de conversa e problematização.

Após o término da oficina serão eleitos Tutores para coordenar a conclusão do PMS, com prazo de até 7 dias para elaboração do produto final do Plano Municipal de Saúde.



ATIVIDADES DA OFICINA:		
Oficina Instrumentos de Gestão PMS x PPA		
Dia 19/07/2017		
Horário	Tema	Apresentação
08h30min	Abertura.	Gabinete/Astec/Asplan
09h30min	Planejamento Estratégico na gestão pública	Alexandre Porto
10h00min	Café com prosa	
10h15min	Passo a passo do PPA X PMS	Márcio Nascimento
12h00min	Intervalo para almoço	
14h00min	Uso do Planejamento na Gestão do SUS.	Dr. Cleson de Moura
15h30min	Estrutura das Ferramentas de Gestão da SEMUSA: PMS, PAS, RGQ, RAG, SARGSUS.	Kuelle Socorro e Dr. Cleson de Moura
16h30min	Café com prosa	
16h45min	Estrutura das Ferramentas de Gestão da SEMUSA: PMS, PAS, RGQ, RAG, SARGSUS.	Kuelle Socorro e Dr. Cleson de Moura
18h00min	Encerramento	
Dia 20/07/2017		
Horário	Tema	Apresentação
08h00min	Análise Situacional em Saúde.	Daniele Silva Souza
10h00min	Café com prosa	
10h15min	Identificação e Priorização dos Problemas. Formulação das Diretrizes e Objetivos do PMS. Definição de Metas do PMS.	Tutores
12h00min	Intervalo para almoço	
14h00min	Momento de Dispersão	Tutores
16h30min	Café com prosa	
16h45min	Apresentação dos trabalhos na plenária geral	Tutores e Participantes
18h00min	Encerramento	
Dia 21/07/2017		
Horário	Tema	Apresentação
08h00min	Noções básicas de orçamento	Carla Canamari
10h00min	Café com prosa	
10h15min	Estruturação de indicadores do SUS	Ms. Marcuce Antônio
12h00min	Intervalo para almoço	



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO 2018 - 2021

14h00min	Definição dos indicadores de acompanhamento e avaliação	Tutores
16h30min	Café com prosa	
16h45min	Definição dos indicadores de acompanhamento e avaliação	Tutores
18h00min	Encerramento	
Dia 26/07/2017		
Horário	Tema	Apresentação
08h00min	Formatação final do PMS	Tutores
10h00min	Café com prosa	
10h15min	Formatação final do PMS	Tutores
12h00min	Café com prosa	
12h15min	Formatação final do PMS	Tutores
14h00min	Encerramento	

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO		
ANO: 2017	Junho	Julho
Planejamento	X	X
Execução		X
Avaliação		X
Relatório		X

RECURSOS				
MATERIAIS DE DIVULGAÇÃO				
Especificações dos Materiais	Qtd.	Custos (R\$)	Fonte Pagadora	
		Unitário	Total	Órgão
Memorando circular de convocação		1		SEMUSA
Total Geral (R\$)				

MATERIAIS DE CONSUMO			
Especificações dos Materiais	Qtd.	Custos (R\$)	Fonte Pagadora



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO 2018 - 2021

		Unitário	Total	Órgão
Fita Adesiva				SEMUSA
Pasta com Elástico		2,50		SEMUSA
Bloco de Anotações		3,00		SEMUSA
Caneta		1,00		SEMUSA
Lápis		1,00		SEMUSA
Pincel de quadro branco	05	2,00	10,00	SEMUSA
Papel Madeira				SEMUSA
Pincel Atômico				SEMUSA
Lanches				SEMUSA
Água				SEMUSA
Copos Descartáveis				SEMUSA
Total Geral (R\$)	10,50 R\$			

MATERIAIS PERMANENTES DISPONÍVEIS

Materiais	Quantidade
Projeto Multimídia	1
Tela de Projeção	1
Caixa Amplificadora	1

SERVIÇO TÉCNICO ADMINISTRATIVO NECESSÁRIO

Transporte dos Palestrantes	
Transporte de Materiais	
Coffe Black	X
Auditório	X
Mesas e Cadeiras	
Outros	

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A avaliação da Atividade será realizada levando em consideração a assiduidade e participação do servidor durante todas as atividades realizadas.



Adicionalmente, também será avaliada a participação de cada profissional por meio de um questionário, no qual constarão perguntas pertinentes com o tema abordado no evento, bem como, será elaborado um questionário para os participantes preencherem, no sentido de pontuarem criticamente o impacto do evento sobre sua formação profissional, principalmente, a forma como foi planejado o evento, descrevendo os pontos positivos e negativos observados.

CERTIFICADOS

Aos participantes serão emitidos certificados expedidos pelo SEMUSA com um total de 30 horas de atividades.

Aos Facilitadores/Palestrantes serão emitidos certificado e declaração de participação no evento como ministrante e com carga horária compatível a execução da atividade.

LUCIENE CARVALHO PIEDADE
Coordenação do NUGEP/Eixo 3

Porto Velho, 29 de junho de 2017.



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO 2018 - 2021

ANEXO B - INSTRUMENTO DE CONSTRUÇÃO DO MAPA ORGANIZACIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
OFICINA DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E INSTRUMENTOS DE GESTÃO

INSTRUMENTO DE CONSTRUÇÃO

NOME: _____
Setor: _____ Função: _____

Missão (É o propósito de a SEMUSA existir; é sua razão de ser; Descrição dos objetivos da SEMUSA; Normalmente se associa ao atendimento das demandas dos clientes ou da sociedade; Visa orientar as pessoas na instituição)

SUGESTÃO:

Visão (Representa aquilo que a SEMUSA pretende ser em um período definido de tempo. A partir da visão que são elaborados planos para se atingir o que foi idealizado)

SUGESTÃO:

Valores (São os ideais de atitude, comportamento e resultados que devem estar presentes nos colaboradores e nas relações da SEMUSA com seus clientes, fornecedores e parceiros; É preferível que sejam valores já identificados na SEMUSA que permeiam ao longo de sua história.)

SUGESTÃO:

Obrigado pela contribuição. Sua participação é de extrema importância para nós.

Av. Jorge Teixeira, 1146 – Nova Porto Velho – Fone: 3901-3632 – Porto Velho/RO
nugep.semusa.ro@gmail.com

ANEXO C - PLANILHA DE CONSTRUÇÃO DE PROBLEMAS E OBJETIVOS PRIORITÁRIOS

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021 (Resultado da Oficina)	
MACRO - PROBLEMA	CAUSA
Fragilidade na gestão de medicamentos.	Dificuldades de acesso a medicamento e prevalência da população de baixa renda; vulnerabilidade no atendimento; não cumprimento de normas e protocolos.
Acesso restrito da população aos serviços de Atenção Básica oferecidos no Sistema Único de Saúde.	Necessidade de reorganização do território da Atenção Básica e falta de estratégias para o atendimento de áreas descobertas.
Vulnerabilidade na integração da rede de Atenção Básica ,Urgência e Emergência e Serviços Especializados, acrescido a baixa cobertura da Atenção Básica que sobrecarrega e compromete os serviços, em consequência do subfinanciamento da tabela SUS.	Fragilidade no sistema de regulação, ausência de contra-referência da atenção especializada para atenção básica.
Fragilidade na Gestão de Informações da Vigilância em Saúde.	Vulnerabilidade na integração entre a Atenção Básica, Atenção Especializada e Vigilância em Saúde.
Incompatibilidade dos recursos com a necessidade real e fragilidade no processo de gestão de pessoas.	Estagnação da Tabela SUS, inconsistência da gestão de informação, ausência de desenvolvimento e crescimento profissional dos servidores.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021 (Resultado da Oficina)	
1ª DIRETRIZ: Fortalecimento da atenção básica como estratégia prioritária da gestão municipal de saúde.	
Recurso Orçamentário programado para quadriênio:	R\$ 67.899.589,00
PROBLEMAS PRIORITÁRIOS	OBJETIVOS
Acesso restrito da população aos serviços de Atenção Básica oferecidos no Sistema Único de Saúde. Horário de funcionamento que dificulta acesso dos usuários trabalhadores.	1º OBJETIVO: Assegurar a Estratégia de Saúde da Família como orientadora da Atenção Básica e potencializar a ampliação do Acesso a partir das necessidades das pessoas.
Número alto de casos de sífilis congênita Mortalidade materna Dificuldade para atrair a população masculina para atendimento na AB Número elevado de gestantes adolescentes	2º OBJETIVO: Aperfeiçoar a Rede Materno-infantil, com priorização do pré-natal, parto e puerpério.
Dificuldade da população feminina alvo (25-64 anos) para PCCU. Melhorar acesso das mulheres para realização da mamografia. Muitas faltas no agendamento da mamografia. Acompanhamento e manejo dos usuários com DM, HAS, DPOC e problemas circulatórios.	3º OBJETIVO: Qualificar a atenção às condições crônicas de saúde.

2ª DIRETRIZ: Reestruturação e integração da rede de atenção à saúde do Município de Porto Velho.

Recurso Orçamentário programado para quadriênio:	R\$ 126.893.006,00
PROBLEMAS PRIORITÁRIOS	OBJETIVOS
Vulnerabilidade na integração da rede de Atenção Básica , Urgência e Emergência e Serviços Especializados, acrescido a baixa cobertura da Atenção Básica que sobrecarrega e compromete os serviços, em consequência do subfinanciamento da tabela SUS. Falta de organização da demanda reprimida da AB.	1º OBJETIVO: Qualificar a atenção às condições agudas de saúde.
Número elevado de óbitos por homicídios. Número elevado de mortes por acidente de trânsito.	2º OBJETIVO: Reduzir o impacto de mortalidade por causas externas na situação de saúde da população.
Acompanhamento precário dos usuários com HAS e DM. Serviço de diagnóstico por imagem centralizado – acesso dificultado. CER sem financiamento do MS. Dificuldade de seguimento para usuários com necessidade de exames anatomopatológico. Acompanhamento deficiente de usuários de saúde mental na AB. Tempo de resgate aumentado por falta de mais viaturas em situações de urgências e emergências. Dificuldade de acesso a tratamento oportuno em situações de urgências e emergências nos distritos. Falta de ambiente adequado para atendimento prolongado <12h, para crianças com dependência química.	3º OBJETIVO: Reestruturar os serviços especializados, urgência e emergência e de apoio ao diagnóstico já existente na rede municipal.
Falta de fluxos definidos para as especialidades ofertadas em PVH. Falta de mensuração da eficiência da rede de serviços de PVH.	4º OBJETIVO: Potencializar o papel da Regulação, do Controle e da Auditoria otimizando a capacidade operacional dos serviços.

3ª DIRETRIZ: Fortalecimento das Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica.	
Recurso Orçamentário programado para quadriênio:	R\$ 23.721.952,00
PROBLEMAS PRIORITÁRIOS	OBJETIVOS
Fragilidade na gestão de medicamentos. Dificuldades para aquisição de medicamentos.	1º OBJETIVO: Manter a Cobertura de medicamentos em todas as unidades da rede municipal promovendo o Uso Racional de Medicamentos – URM.
Dificuldade nos fluxos de distribuição de medicamentos em todo o território de PVH: urbano, rural terrestre e ribeirinho.	2º OBJETIVO: Estruturar os serviços da Assistência Farmacêutica.
4ª DIRETRIZ: Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.	
Recurso Orçamentário programado para quadriênio:	R\$ 34.871.788,00
PROBLEMAS PRIORITÁRIOS	OBJETIVOS
Fragilidade na Gestão de Informações da Vigilância em Saúde. Salas de vacina com dificuldade de funcionamento – RH, equipamentos, horário. Atestar qualidade da água para consumo humano. Dificuldade de relacionar agravo e o trabalho exercido pelo usuário. Aumentar a número de usuários que concluem o tratamento de TB. Aumentar a número de usuários que concluem o tratamento de hanseníase. Dificuldade para examinar contatos de casos de tuberculose e hanseníase. malária, dengue, chikungunya, zika como doenças endêmicas em PVH Falta de acompanhamento das condicionalidades – bolsa família. Baixa oferta de testes de HIV	1º OBJETIVO: Manter na área de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária, e saúde do trabalhador, ações de prevenção e controle.

5ª DIRETRIZ – Fortalecimento da Gestão e Controle Social.**Recurso Orçamentário programado para quadriênio:****R\$ 877.228.186,00****PROBLEMAS PRIORITÁRIOS****OBJETIVOS**

Incompatibilidade dos recursos com a necessidade real e fragilidade no processo de gestão de pessoas.
Dificuldade de acesso da população ao atendimento na AB.
Falta de estratificação de risco dos usuários dos grupos prioritários: HAS, DM, crianças.

1º OBJETIVO: Reestruturar e integrar a rede de atenção à saúde do município, com ênfase na área materno-infantil e crônicas de Porto Velho.

Inexistência de conselhos locais de saúde.
Inexistência de ouvidoria instituída na SEMUSA.
NEP sem certificação.
Falta de COAPES entre SEMUSA e instituições de ensino superior,
Falta de ações de educação permanente.
Necessidade de organizar residência multiprofissional em saúde da família.
Ampliar rede de apoio para AB.

2º OBJETIVO: Fortalecer a gestão do trabalho e o controle social.



ANEXO D – AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

FINALIDADE: DE INCLUSÃO DE PROPOSTAS NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021

Área: Zona Norte e Central de Porto Velho

I - Identificação

Data: 01/08/2017

Horário das 8h às 12h

Local: Auditório da UBS Ronaldo Aragão – Estrada do Belmonte s/n – Nacional)

Público Participante: Gestores e profissionais de saúde das Unidades Ronaldo Aragão, São Sebastião, Pedacinho de Chão, Maurício Bustane, usuários do serviço de saúde, e representantes dos moradores dos bairros locais, técnicos da SEPOG, e técnicos da ASPLAN/SEMUSA, como coordenadores.

II – Metodologia

1º Momento: Roda de Conversa sobre a situação da Saúde do município.

2º Momento: Trabalho em grupos - Levantamento de propostas de melhorias ao setor saúde.

3º Momento: Apresentação dos produtos dos grupos.

III - PROPOSTAS:

GRUPO 1

1. Abrangência e inclusão do painel de transparência dos recursos básicos de saúde
2. Implantação de 100% de água tratada no município de Porto Velho;
3. Blindagem dos recursos direcionados a atenção primária através de leis específicas ou decreto;
4. Implantação de fossas sépticas (sustentáveis);
5. Ampliação das unidades de saúde, (reestruturação das unidades)



6. Qualificação de RH e mais contratação de profissionais;
7. Aquisição de veículos (principalmente nas unidades que tem territórios em zona rural);
8. Organização e divulgação de encaminhamento dentro da rede de saúde
9. Criação de parceria com a Secretaria de Educação no intuito de facilitar o acesso das equipes de saúde;
10. Criação de parcerias com as faculdades e cursos técnicos
11. Aquisição de recursos tecnológicos tais como tablets com a finalidade agilizar informação dos ACS;
12. Aquisição de EPIs, e material de trabalho tais como balanças, ferramentas de triagem e puericultura, fardamentos, etc;
13. Estratégias de parceria entre o público e privado para especialidades médicas e exames específicos, por meios de incentivos fiscais para redução de custos.

GRUPO 2

1. Criar grupo de divulgação de serviços e informação para conscientizar os usuários dos serviços ofertados no sistema;
2. Estruturar as UNIDADES com RH necessários para atender a demanda;
3. Promover a construção de protocolo que vise estabelecer padrão de atendimento da UBS;
4. Implantar a políticas de práticas integrativas (terapias alternativas);
5. Incentivo ao colaborador trabalhador;
6. Parceria entre o Estado e o Município no encaminhamento e utilização dos serviços
7. Apoiar as atividades.



AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

FINALIDADE: DE INCLUSÃO DE PROPOSTAS NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021

Área: Zona Sul de Porto Velho

I – Identificação

Data: 02/08/2017

Horário das 8h às 12h

Local: Auditório da UBS Areal da Floresta – Rua da Lua, Bairro Areal da Floresta

Publico Alvo: Gestores e profissionais de saúde das Unidades Areal da Floresta, Manoel Amorim de Matos, Renato Medeiros, Vila Princesa, Nova Floresta, Santo Antônio, Caladinho, e representantes dos moradores dos bairros locais, técnicos da ASPLAN/SEMUSA, como coordenadores e Secretário Municipal de Saúde.

II – Metodologia

1º Momento: Roda de Conversa sobre a situação da Saúde do município.

2º Momento: Trabalho em grupos - Levantamento de propostas de melhorias ao setor saúde.

3º Momento: Apresentação dos produtos dos grupos.

PROPOSTAS:

Grupo 1

1. Reestruturar o território das USF, facilitando o acesso para os moradores dos bairros da zona sul;
2. Melhorar a qualidade do sinal de internet nas USF;



3. Reestruturação do Sistema E-SUS;
4. Tablets para os ACS facilitarem o agendamento;
5. Adaptar algumas unidades de saúde da zona sul, como pólo ambulatorial (com profissionais médicos, enfermeiros e técnicos) manhã e tarde; sugestão da antiga unidade Nova Floresta;
6. Garantir os EPIs para os ACS;
7. Aquisição de veículos nas USFs, tendo em vista a cobrança do Ministério Público - MP quanto as visitas domiciliares de acompanhamentos das eSF.

GRUPO 2

1. Ampliação e reforma das unidades USF); conforme RDC 50, item 1;
2. Implantação serviços laboratoriais na UBS Areal da Floresta;
3. Redimensionamento e/ou realimento das equipes de saúde da Zona Sul;
4. Colocar profissionais para atender demanda espontânea de área descoberta;
5. Implantar unidades que não ofertam serviços e melhorar as já existentes;
6. Melhorar a acessibilidade de exames de baixa, média e alta complexidade;
7. Ampliar parcerias públicos privados para demandas específicas (idosos, hipertensos, etc) com faculdades;
8. Garantir a aquisição de equipamentos (tecnológicos, mídia audiovisuais) e materiais gráficos para as equipes de saúde da família, como garantia de educação em saúde e divulgação das ações nas comunidades;
9. Organizar grupo de trabalho com outras secretarias para limpeza interna e externa das unidades de saúde (SEMUSB, SEMOB);
10. Criar conselho local da Zona Sul.



AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

FINALIDADE: DE INCLUSÃO DE PROPOSTAS NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021

Área: Zona Leste de Porto Velho

I – Identificação

Data: 03/08/2017

Horário das 8h às 12h

Local: Auditório da USF Hamilton Raulino Gondin – Rua José Amador dos Reis, S/N, Bairro Tancredo Neves

Público Alvo: Gestores e profissionais de saúde das Unidades Hamilton R. Gondim, Pol. José Adelino, USF Mariana, Ernandes Índio, Agenor de Carvalho, representante do Centro de Convivência do Idoso, representante da associação dos moradores do bairro São Francisco, do bairro Lagoinha, usuários do serviço de saúde, e técnicos da ASPLAN/SEMUSA, como coordenadores.

II – Metodologia

1º Momento: Roda de Conversa sobre a situação da Saúde do município.

2º Momento: Trabalho em grupos - Levantamento de propostas de melhorias ao setor saúde.

3º Momento: Apresentação dos produtos dos grupos.

PROPOSTAS:

GRUPO 1

1. Garantir técnicos especializados para manutenção de equipamentos e evitando o desperdício do material;



2. Retorno dos mutirões com agenda fixa anual para do PSF, para facilitar os atendimentos aos usuários do SUS;
3. Garantir os componentes completos das equipes de PSF e implantação de equipes de suporte coordenadas pelas IES;
4. Garantir parcerias com instituições privadas em termo de profissionais, quanto em ajuda com materiais fixos;
5. Maior comprometimento e transparência com recursos de políticas públicas e licitações porque sabemos que o portal de transparência do município é vago;
6. Melhorar as condições de trabalho aos profissionais da área pois sabemos que a secretaria deixa desejar em apoio com todas as unidades e comunidade.

GRUPO 2

1. Criar centros de atendimentos básicos em prédios inutilizados e das associações, com o gerenciamento pelo município e a operacionalização pelas faculdades e tornar os mesmos em centros de educação para a comunidade e a produção de relatórios para a secretaria com retorno para população;
2. Aparelhamentos dos ACS, como tablets, interligando junto a secretaria e as UBS de lotação.

VERSÃO PRELIMINAR