

PLANO MUNICIPAL DE

SAÚDE **2022** **2025**



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SEMUSA





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SEMUSA

PLANO MUNICIPAL DE
SAÚDE **2022**
2025

Porto Velho – RO



Equipe de Gestores Municipais

Hildon Lima Chaves

Prefeito do Município de Porto Velho

Eliana Pasini

Secretária Municipal de Saúde

Marilene Penatti

Secretária Adjunta Municipal de Saúde

Conselho Municipal de Saúde Biênio 2020/2022

Mesa Diretora

Rosana Nascimento da Silva – Presidente

Raimundo Nonato Soares – Vice Presidente

Raimunda Denise Limeira Souza – Primeira Secretária

Adriane do Nascimento Doares – Segunda Secretária

Membros Titulares e Suplentes

Louise Nascimento Salvador – Titular (Suplente: Magali Loeblein David)

Eliana Pasini – Titular (Suplente: Marilene Aparecida da Cruz Penatti)

Eliete Barbosa Sodre – Titular (Suplente: Quele Vasconcelos Silva de Oliveira)

André Nobre do Nascimento (Suplente: Marcelo de Lima Arouca)

Flávia da Costa Cardoso – Titular (Suplente: Rodrigo Jacon Jacob)

Lucas Levi Gonçalves Sobral – Titular (Suplente: Ana Ellen de Queiroz Santiago)

Thais de Almeida Souza – Titular (Suplente: Inêz Suzane de Sousa Olavo)

Carlos Alberto Ferreira da Silva – Titular (Suplente: Antônio Carlos Berssane)

Nathalia Halax Órfão – Titular (Suplente: José Juliano Cedaro)

Ellen Larissa Rodrigues da Silva – Titular (Suplente: Sem indicação)

Thiago Luiz Attié – Titular (Suplente: Alexandre Paiva Calil)

Catarina Raquel Sousa Souto – Titular (Suplente: Fabrícia da Silva Lopes)

Márcio Felisberto da Silva – Titular (Suplente: Celma Viana de Aquino)

Cleide Marculino Medeiros – Titular (Suplente: Luzimar Barbosa Chaves)

Tadeu Augusto Itajuba – Titular (Suplente: Sem indicação)

Eutália Costa Pinheiro – Titular (Suplente: Wagner Gonçalves Teixeira)

Alexandra Lamarão Brasil Rodrigues – Titular (Suplente: Valdelis Felipe de Souza)

Sirlei Nobre Santos – Titular (Suplente: Gabriela Ortiz Camargo)

Francisco José do Nascimento – Titular (Suplente: Jonas Cavalcante Ferreira)

Equipe Gestão

Risoneide Ferreira de Souza

Coordenadora Municipal do Fundo Municipal de Saúde

Ângela Maria Zocal

Assessoria Técnica

Fabíola Barros Ribeiro

Departamento de Atenção Básica

Francisca Rodrigues Neri

Departamento de Médica e Alta Complexidade

Hévelin de Souza Holanda

Departamento de Assistência Farmacêutica

Geisa Brasil Ribeiro

Departamento de Vigilância em Saúde

Helison Aparecido Ribeiro

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle

Antônio Fabrício Pinto da Costa

Departamento Administrativo

Equipe Técnica de Revisão

Ângela Ribeiro de Souza

Assessoria Técnica

Rosimar Viana

Assessoria Técnica

Amanda Diniz del Castillo

Assessoria Técnica

Regia de Lourdes Ferreira Pacheco Martins

Assessoria Técnica

Kuele Socorro Medeiros Garcia Cardoso

Fundo Municipal de Saúde

Carlos Alberto de Oliveira Souza

Fundo Municipal de Saúde

Artes e Diagramação

Cléris Muniz

Gráfica Rondoforms

Fotos

Cléris Muniz

Acervo da Prefeitura de Porto Velho

Sumário

1.1. PREMISSAS (ESTRUTURA) DO PLANO	20
1.1. Base legal	20
1.2. Relação com o PPA.....	21
1.3. Elaboração.....	23
2. ORIENTADORES ESTRATÉGICOS	24
2.1. Missão, Visão e Valores.....	24
2.2. Mapa estratégico organizacional da Secretaria Municipal de Saúde	24
3. ANÁLISE SITUACIONAL DO PMS 2022-2025	26
3.1. Perfil epidemiológico	26
3.1.1. Panorama demográfico	26
3.1.2.1. Taxas de fecundidade total.....	26
3.1.2.2. Estrutura de distribuição etária da população	27
3.1.2.3. Expectativa de vida	29
3.1.2. Morbidade e mortalidade	30
3.1.2.1. Morbidade.....	30
3.1.2.1.1. Doenças transmissíveis	30
3.1.2.1.2. Doenças crônicas não transmissíveis	56
3.1.2.1.3. Causas externas	59
3.1.2.1.4. Doenças e agravos relacionados ao trabalho	61
3.1.2.1.5. Acidentes por animais peçonhentos.....	64
3.1.2.2. Mortalidade	66
3.1.2.2.1. Taxa de mortalidade geral	66
3.1.2.2.2. Taxa de mortalidade por grupos de causas	67
3.1.2.2.3. Taxa de mortalidade por acidentes de transportes terrestre.....	68
3.1.2.2.4. Taxa de mortalidade por homicídios.....	69
3.1.2.2.5. Taxa de mortalidade por suicídios	70
3.1.2.2.6. Razão de mortalidade materna	72
3.1.2.2.7. Taxa de mortalidade infantil.....	72
3.1.3. Determinantes e condicionantes de saúde	76
3.1.3.1. Condições de vida, trabalho e saúde	76
3.1.3.2. Hábitos e estilos de vida.....	78

3.2. Acesso as ações e serviços de saúde	80
3.3. Porto Velho e as regiões de saúde	81
3.4. Atenção primária	82
3.4.1. Estratégia saúde da família	83
3.4.2. Número de agentes comunitários de saúde.....	87
3.4.3. Programa Saúde na Hora.....	87
3.4.4. Núcleo ampliado de saúde família	89
3.4.5. Consultório na rua	89
3.4.6. Infraestrutura na atenção primária	90
3.4.7. Estratégia e-SUS atenção básica	95
3.4.8. Unidade móvel fluvial	96
3.4.9 Saúde bucal	97
3.4.9.1 Centro de especialidade Odontológica	99
3.4.10 Saúde prisional	100
3.4.11 Alimentação e Nutrição.....	101
3.4.11.1 Programa nacional de suplementação de ferro.....	102
3.4.11.2 Programa nacional de suplementação de vitamina A.....	103
3.4.11.3 Estratégia de fortificação alimentar na merenda escolar	104
3.4.12 Atenção à saúde as condições crônicas.....	107
3.4.12.1 Hipertensão arterial	108
3.4.12.2. Diabetes Mellitus	108
3.4.12.3. Obesidade.....	109
3.4.12.4. Renais crônicos	109
3.4.12.5. Tabagismo.....	110
3.4.12.5.1. Programa de controle do tabagismo em Porto Velho	110
3.4.13. Ações intersetoriais do Programa Saúde na Escola	112
3.4.14. Acompanhamento das famílias inseridas no Programa Bolsa Família	114
3.5. Atenção às urgências	116
3.5.1. Organização e descrição do fluxo de acesso	117
3.5.2. Unidades de Pronto Atendimento – UPAS	120
3.5.3. Pronto atendimento no modelo tradicional	123
3.5.3.1. Pronto atendimento Dr. Ana Adelaide	123
3.5.3.2. Pronto atendimento Dr. José Adelino	123

3.5.4. Identificação de problemas nesse tipo de unidade – UPAS	124
3.5.5. Serviço de atendimento móvel de urgência e emergência- SAMU	124
3.5.5.1. Identificação de problemas no serviço do SAMU	126
3.6. Atenção especializada.....	127
3.6.1. Ordenamento da rede de atenção psicossocial.....	128
3.6.1.1. Identificação dos problemas na formação da rede psicossocial	130
3.6.2. Ordenamento da Rede de Atenção à Pessoa Com Deficiência.....	131
3.6.3. Outros serviços ambulatoriais especializados ofertados na rede municipal	135
3.6.3.1. Policlínica Rafael Vaz e Silva	135
3.6.3.2. Serviço de Assistência Especializada.....	135
3.6.3.3. Centro de Especialidades Médicas.....	136
3.6.3.4. Centro de Referência em Saúde da Mulher.....	136
3.6.3.5. Centro Integrado Materno Infantil	137
3.7. Atenção hospitalar.....	138
3.7.1. Maternidade Municipal Mãe Esperança	141
3.8. Sistemas logístico e de apoio da rede de atenção à saúde	146
3.8.1. Sistema de avaliação, controle, regulação e auditoria do SUS.....	146
3.8.2. Sistema de apoio diagnóstico por imagem	147
3.8.2.1. Identificação dos problemas da rede diagnóstica por imagem.....	151
3.8.3. Sistema de apoio diagnóstico laboratorial.....	152
3.8.4. Assistência farmacêutica.....	155
3.9. Saúde nos ciclos da vida.....	158
3.9.1. Saúde da criança.....	158
3.9.2. Saúde do adolescente	163
3.9.3. Saúde do idoso	165
3.9.4. Saúde da mulher.....	167
3.9.5. Saúde do homem.....	171
3.10. Vigilância em saúde	173
3.10.1. Emergências em saúde pública.....	173
3.10.2. Vigilância Sanitária.....	176
3.10.2.1. Cadastro de estabelecimentos.....	176
3.10.2.2. Inspeção em estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária	178
3.10.2.3. Atividades de recebimento e apuração de denúncias	179

3.10.2.4. Atividades de monitoramento.....	180
3.10.3. Vigilância ambiental.....	182
3.10.3.1. Vetores	183
3.10.3.2. Zoonoses.....	190
3.11. Gestão em saúde	195
3.11.1. Recursos Financeiros.....	195
3.11.1.1. O planejamento orçamentário do FMS.....	195
3.11.1.2. Repasses financeiros oriundo do MS/FNS.....	196
3.11.1.3. Receitas anuais 2020 por bloco de financiamento e grupo de Financiamento	198
3.11.2. Despesas por fonte de recurso	198
3.11.3. Iniciativas para aprimorar a gestão da saúde.....	201
3.11.3.1. Ouvidoria do SUS	201
3.11.3.2. Comunicação	202
3.12. Gestão de pessoas	203
3.12.1. Gestão do Trabalho	203
3.12.2. Gestão de educação permanente em saúde	207
4. DIRETRIZES E OBJETIVOS PARA O QUADRIÊNIO 2022-2025.....	209
5. PLANILHA DE METAS PARA O QUADRIÊNIO.....	215
6. DISPONIBILIDADE ORÇAMENTÁRIA PARA O PMS 2022-2025.....	259
7. MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE SAÚDE.....	262
8. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	298
9. ANEXOS	299

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Premissas para o planejamento em saúde.

Figura 2. Mapa Estratégico para o quadriênio 2022-2025 da Secretaria Municipal de Saúde.

Figura 3. Pirâmide populacional, distribuição por sexo e idade.

Figura 4. Pirâmide populacional, distribuição por sexo e idade.

Figura 5. Distribuição proporcional da população, segundo faixa etária

Figura 6. Esperança de vida ao nascer, segundo sexo.

Figura 7. Série histórica de casos prováveis de dengue, zika e chikungunya, número de óbitos por dengue e sorotipos de vírus.

Figura 8. Casos de Malária autóctones e IPA.

Figura 9. Casos de malária, segundo espécie parasitária

Figura 10. Óbitos e taxa de letalidade por malária

Figura 11. Números de casos notificados e confirmados de Doença de Chagas.

Figura 12. Taxa de incidência e de letalidade por leishmaniose tegumentar americana.

Figura 13. Casos confirmados, taxa de incidência e de letalidade por leptospirose.

Figura 14. Casos de Doença Diarreica Aguda.

Figura 15. Casos de DDA, segundo faixa etária.

Figura 16. Prevalência do HIV em populações chaves

Figura 17. Casos e taxa de detecção de Aids.

Figura 18. Taxa de detecção de Aids (por 100 mil habitantes), em adultos.

Figura 19. Distribuição dos casos de Aids, em menores de 1 no e de 1 a 5 anos.

Figura 20. Taxa de incidência/detecção de hepatites virais, segundo agente etiológico e ano de notificação.

Figura 21. Casos confirmados de Sífilis em gestante, Sífilis congênita e Sífilis adquirida.

Figura 22. Taxa de detecção de sífilis em gestante (por 1.000 nascidos vivos), taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos Vivos) e taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), segundo ano de diagnóstico.

Figura 23. Casos e prevalência da toxoplasmose congênita.

Figura 24. Coeficiente de incidência de tuberculose, por 100 mil habitantes.

Figura 25. Percentual de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar.

Figura 26. Percentual de casos novos de tuberculose que realizaram teste para HIV.

Figura 27. Taxa de detecção de hanseníase na população geral e em menores de 15 anos.

Figura 28. Contatos Registrados, examinados e proporção de examinados de casos novos de hanseníase.

Figura 29. Proporção de casos novos e curados nas coortes de casos novos de hanseníase.

Figura 30. Taxa de casos novos de hanseníase, com grau 2 de incapacidade física, no momento do diagnóstico (por 1 milhão de hab.).

Figura 31. Distribuição das amostras coletada, processadas e positivas para vírus respiratórios, na Unidade Sentinela José Adelino.

Figura 32. Distribuição das amostras coletada, processadas e positivas para vírus respiratórios, na Unidade Sentinela Pronto Atendimento Ana Adelaide.

Figura 33. Linha do tempo da infecção humana pelo novo coronavírus, estratégias e serviços implantados.

Figura 34. Número e média móvel de casos confirmados por COVID-19, segundo data de notificação dos casos.

Figura 35. Distribuição e média móvel semanal dos óbitos por infecção humana do novo coronavírus, segundo dia e mês de ocorrência do óbito.

Figura 36. Distribuição dos casos confirmados de meningites, segundo classificação etiológica.

Figura 37. Distribuição dos casos confirmados de meningites, segundo faixa etária.

Figura 38. Coeficiente de mortalidade prematura por DCNT, geral e segundo grupos de causas.

Figura 39. Tendência da prevalência de hipertensão arterial sistêmica.

Figura 40. Tendência da prevalência de diabetes.

Figura 41. Tendência da prevalência de obesidade.

Figura 42. atendimentos por acidentes e violências em serviços sentinela de urgência e emergência entre mulheres, entre homens e total geral; segundo tipo de ocorrência.

Figura 43. Notificações de violência interpessoal e autoprovocada, segundo sexo.

Figura 44. Coeficiente de incidência (/100mil PEAO) e número absoluto dos acidentes de trabalho com material biológico (AT-BIO), acidente de trabalho (AT) e com animais peçonhentos (AT-animais).

Figura 45. Coeficiente de incidência (/100mil PEAO) e número absoluto das doenças relacionadas ao trabalho (dermatoses ocupacionais, PAIR, LER/Dort, transtornos mentais e intoxicações exógenas).

Figura 46. Frequência de acidentes por animais peçonhentos, distribuídos segundo ano de ocorrência.

Figura 47. Frequência dos acidentes por animais peçonhentos distribuído por meses em dez anos.

Figura 48. Frequência dos acidentes por animais peçonhentos distribuídos segundo tipo de acidente.

Figura 49. Frequência dos acidentes por animais peçonhentos, segundo sexo.

Figura 50. Taxa de mortalidade geral (por 1.000 habitantes), segundo sexo.

Figura 51. Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes, segundo grandes grupos da CID 10.

Figura 52. Taxa de mortalidade por 100.000 homens, segundo grandes grupos da CID 10 e sexo masculino.

Figura 53. Taxa de mortalidade por 100.000 mulheres, segundo grandes grupos da CID 10 e sexo feminino, em residentes de Porto Velho-RO, 2010 a 2020.

Figura 54. Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por ATT.

Figura 55. Frequência de óbitos por ATT, segundo tipo de vítima no momento do acidente.

Figura 56. Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por homicídios, segundo sexo.

Figura 57. Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por homicídios, segundo tipo de arma.

Figura 58. Taxa de mortalidade por suicídio (por segundo sexo, acima dos 10 anos de idade).

Figura 59. Óbitos por suicídio, segundo sexo e faixa etária, acima dos 10 anos de idade.

Figura 60. Razão de Mortalidade Materna (100.000 Nascidos Vivos).

Figura 61. Taxa de mortalidade infantil.

Figura 62. Mortalidade infantil por idade do óbito.

Figura 63. Proporção de mortalidade por grupos do CID-10 para crianças com menos de 1 ano de idade.

Figura 64. Proporção de mortalidade por grupos do CID-10 para crianças de 1 a 4 anos de idade.

Figura 65. Proporção de mortalidade por grupos do CID-10 para crianças de 5 a 9 anos de idade.

Figura 66. Coeficiente de mortalidade por água insegura, ausência de saneamento e falta de água (WASH).

Figura 67. Índice de atendimento em esgotamento sanitário.

Figura 68. Tendência da prevalência de adultos que consomem abusivamente bebida alcoólica.

Figura 69. Tendência da prevalência de fumantes.

Figura 70. Tendência da prevalência de adultos que consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana.

Figura 71. Tendência da prevalência de adultos que fazem atividade física no lazer.

Figura 72. Mapa da macrorregião de saúde 1.

Figura 73. Série histórica do número de Equipes de Saúde da Família.

Figura 74 - Percentual de Cobertura de Equipes Saúde da Família.

Figura 75. Distribuição geográfica das unidades de saúde da família e unidades básica de saúde zona urbana.

Figura 76. Distribuição geográfica de unidades saúde da família e unidades básicas de saúde na zona rural.

Figura 77. Distribuição geográfica de unidades saúde da família e equipes saúde da família na região ribeirinha.

Figura 78. Evolução de cadastros individuais no e-SUS AB.

Figura 79. Número de Equipe de Saúde Bucal.

Figura 80. Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica.

Figura 81. Calendário anual do NutriSus em creches.

Figura 82. Desenho esquemático da Rede de Urgência e Emergência, Macroregião 1.

Figura 83. Fluxograma de regulação de urgência/emergência.

Figura 84. Número de Atendimento médico clínico geral, na Unidades de Pronto Atendimento.

Figura 85. Número de atendimento na Unidades de Pronto Atendimento, por classificação de risco.

Figura 86. Número de pacientes atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento, com observação de 24 horas.

Figura 87. Número de Atendimento médico clínico geral, nos Pronto Atendimentos Tradicionais.

- Figura 88.** Número de atendimentos por tipo de acidente realizados pelo SAMU.
- Figura 89.** Desenho da Rede Municipal de Atenção Psicossocial.
- Figura 90.** Fluxo Externo para o Centro Especializado em Reabilitação.
- Fluxograma 91.** Fluxo Interno do Centro Especializado em Reabilitação.
- Figura 92.** Percentual de internações frente ao número de habitantes.
- Figura 93.** Produção Ambulatorial de Serviço de Apoio Diagnóstico de Imagem de Radiologia em Urgência e Emergência, por unidade executante.
- Figura 94.** Produção de ambulatorial de serviço de radiologia eletivos, por unidade executante.
- Figura 95.** Produção ambulatorial do serviço de mamografia por unidade executante.
- Figura 96.** Produção ambulatorial do serviço de ultrassonografia por unidade executante.
- Figura 97.** Fluxograma de atendimento para Raio-X de urgência e emergência.
- Figura 98.** Fluxograma de ambulatorial para Raio-X, mamografia e ultrassonografia.
- Figura 99.** Proporção de internações pelos seis principais grupos de causas.
- Figura 100.** Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária sob o total de internações pediátricas.
- Figura 101.** Proporção de internações nos seis principais grupos de causas, na faixa etária de 10 a 19 anos.
- Figura 102.** Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária nos seis principais grupos de causas, na faixa etária de 10 a 19 anos.
- Figura 103.** Percentual de recém-nascidos, filho de mãe na faixa etária de 10 a 19 anos.
- Figura 104.** Proporção de internações pelos seis principais grupos de causas, na população de 60 anos e mais.
- Figura 105.** Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária, na população de 60 anos e mais.
- Figura 106.** Número de gestantes que fizeram a 1ª consulta pré-natal até a 12ª semana de gestação.
- Figura 106.** Proporção de internações pelos seis principais grupos de causas, para a população feminina de 10 a 59 anos e mais.
- Figura 107.** Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária sob o total de internações.
- Figura 108.** Principais causas de internação em homens de 10 a 49 anos, por capítulo CID 10.
- Figura 109.** Principais causas de internações em homens de 50 anos e mais, por capítulo CID 10.
- Figura 110.** Frequência do serviço de cadastramento de estabelecimento sujeitos à Vigilância Sanitária.
- Figura 111.** Frequência do cadastramento dos estabelecimentos de interesse em vigilância sanitária, segundo atividades.
- Figura 112.** Frequência do serviço de inspeção de estabelecimento realizados, sujeitos à Vigilância Sanitária.
- Figura 113.** Frequência de recebimento e atendimento das denúncias formuladas junto a Vigilância Sanitária.

Figura 114. Frequência das coletas de amostras de água do VIGIÁGUA.

Figura 115. Regiões de monitoramento para o controle de vetores.

Figura 116. Frequência das Borrifações Residuais Intradomiciliar realizadas.

Figura 117. Índice de Infestação Predial, segundo bairro, no 1º LIRAα 2020.

Figura 118. Índice de Infestação Predial, segundo bairro, no 2º LIRAα 2020.

Figura 119. Distribuição espacial dos triatomíneos capturados e dos positivos para *Trypanosoma cruzi*.

Figura 120. Frequência de observação clínica de animais suspeitos de raiva.

Figura 121. Frequência de amostras laboratoriais, para diagnóstico de zoonoses, segundo espécie.

Figura 122. Frequência das inspeções zoossanitária realizadas.

Figura 123. Frequência e meta da vacinação antirrábica animal.

Figura 124. Número de animais vacinados, segundo espécie, em campanhas de vacinação antirrábica animal.

Figura 125. Empenhos pagos.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Quadro comparativo da compatibilidade do PPA com o PMS.

Quadro 2. Unidades homologadas pelo Ministério da Saúde no Programa Saúde a Hora.

Quadro 3. Demonstrativo das unidades de saúde com processo de reforma ou ampliação.

Quadro 4. Distribuição de Unidades de Internação Socioeducativa conforme capacidade média.

Quadro 5. Distribuição de Suplemento de ferro conforme ciclo de vida e público.

Quadro 6. Distribuição de Suplemento de vitamina A conforme ciclo de vida e público.

Quadro 7. Percentual do estado nutricional de pessoas acompanhadas pelo Programa Bolsa Família, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e E-Gestor.

Quadro 8. Escolas contempladas com o Programa NUTRISUS/ PSE.

Quadro 9. Evolução da adesão aos ciclos do Programa Saúde na Escola.

Quadro 10. Ações e metas pactuadas no PSE no ciclo biênio 2021 a 2022, Porto Velho, 2021.

Quadro 11. Check List de exames necessários para transferência de pacientes com Covid-19.

Quadro 12. Totais de pacientes COVID-19 Positivos e Suspeitos regulados mensalmente pela CRUE para leitos de internação.

Quadro 13. Totais de pacientes COVID-19 Positivos e Suspeitos regulados mensalmente pela CRUE para leitos de internação.

Quadro 14. Totais de pacientes COVID-19 Positivos regulados mensalmente pela CRUE por solicitação da gestão estadual, para leitos de internação.

Quadro 15. Quadro demonstrativo das Unidades de Pronto Atendimento, de acordo com a cobertura populacional e número de profissionais médicos.

Quadro 16. Estrutura do SAMU.

Quadro 17. Matriz Programática da Rede de Atenção Psiquiátrica.

Quadro 18: Número de pessoas investigadas quanto a possuir alguma forma de deficiência.

Quadro 19. Matriz da linha de cuidado a Pessoa com Deficiência.

Quadro 20. Situação dos Projetos de Construção, Reforma e Ampliação de Unidades de Saúde.

Quadro 21. Capacidade instalada de serviço de apoio diagnóstico por imagem, Urgência e Emergência, nas Unidades de Pronto Atendimento.

Quadro 22. Capacidade instalada de serviço de apoio diagnóstico por imagem, Serviços eletivos, por unidade de saúde especializada.

Quadro 23. Quadro de recursos humanos da Rede Municipal de Laboratório.

Quadro 24. Necessidade de contratação de recursos humanos da Rede Municipal de Laboratório

Quadro 25. Valores gastos para a aquisição de medicamento por ano, estoque atual em itens e em valor.

Quadro 26. Valores gastos em distribuição para as Unidades/outros.

Quadro 27. Matriz da linha de cuidados a criança.

Quadro 28. Número de procedimentos relacionados a criança na faixa etária de 0 a 9 anos.

Quadro 29. Distribuição e atendimentos à adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos na APS.

Quadro 30. Matriz da linha de cuidados à saúde da mulher.

Quadro 31. Série Histórica do orçamento da LOA.

Quadro 32. Blocos de Financiamento e repasses financeiros do Ministério da Saúde/FNS.

Quadro 33. Repasses financeiros do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

Quadro 34. Repasses financeiros do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, por bloco.

Quadro 35. Demonstrativo das receitas por bloco e grupo de financiamento e ação detalhada.

Quadro 36. Empenhos pagos por fonte de recursos.

Quadro 36. Empenhos pagos por fonte de recursos exercício 2018.

Quadro 37. Empenhos pagos por fonte de recurso, exercício 2019 e 2020.

Quadro 38. Despesas por fonte de recursos com COVID 19.

Quadro 39. Demonstrativo do chamamento de recursos humanos do concurso público.

Quadro 40. Planilha de metas para o Quadriênio 2022-2025, Porto Velho-RO.

Quadro 41. Disponibilidade orçamentária para o quadriênio 2022-2025.

Quadro 42. Planilhas de Indicadores para o monitoramento e avaliação das diretrizes, objetivos e metas do PMS (2022-2025).

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Casos notificados, confirmados e descartados de síndrome congênita.

Tabela 2. Resumo epidemiológico de casos notificados de Febre Amarela.

Tabela 3. Resumo epidemiológico de casos notificados de Febre Amarela em PNH.

Tabela 4. Casos de hepatites, segundo classificação etiológica e ano de notificação.

Tabela 5. Proporção de vírus detectados nos serviços sentinelas municipais e estaduais, segundo faixa etária.

Tabela 6. Proporção de vírus detectados, segundo tipo, nos serviços sentinelas municipal e estaduais.

Tabela 7. Casos confirmados, óbitos, letalidade e mortalidade por infecção humana pelo novo coronavírus.

Tabela 8. Distribuição de casos notificados agravos relacionados ao trabalho, segundo sexo.

Tabela 9. Distribuição de casos notificados agravos relacionados ao trabalho, segundo faixa etária.

Tabela 10. Distribuição de casos notificados de doenças relacionadas ao trabalho, segundo sexo.

Tabela 11. Número de óbitos e coeficiente de mortalidade infantil/CMI (por 1.000 nascidos vivos).

Tabela 12. Produção ambulatorial dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Tabela 13. Produção ambulatorial dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Tabela 14. Evolução dos programas de prevenção às carências nutricionais.

Tabela 15. Número de consultas ofertadas para usuários com doenças crônicas na rede básica de saúde.

Tabela 16. Usuários cadastrados para acompanhamento na atenção primária à saúde, com Hipertensão, Diabetes e Obesidade.

Tabela 17. Percentual de atendimento referente ao tabagismo na Atenção Primária, segundo sexo.

Tabela 18. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do fumo avaliadas na Atenção Básica.

Tabela 19. Total de atividades de saúde coletiva realizadas nas escolas pactuadas do PSE.

Tabela 20. Acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família na Saúde.

Tabela 21. Acompanhamento do público prioritário do Programa Bolsa Família na Saúde.

Tabela 22. Número de atendimento pré-hospitalar móvel por tipo de atuação, SAMU.

Tabela 23. Quantidade de consultas médicas eletivas realizadas nas Unidades Especializadas por Estabelecimento.

Tabela 24. Número de atendimentos ambulatoriais eletivos de Unidades Especializadas por grupo de procedimentos.

Tabela 25. Número de internações hospitalares realizadas em unidades do SUS por local de residência.

Tabela 26. Morbidade hospitalar de residentes, segundo capítulo CID-10.

Tabela 27. Internação hospitalar por estabelecimento de saúde de residentes de Porto Velho-RO.

Tabela 28. Número de exames diagnósticos de imagem realizados nas Unidades de Saúde, por grupo

de procedimento.

Tabela 29. Número de exames diagnósticos laboratorial realizados por grupo de procedimento.

Tabela 30. atendimentos individuais realizados por tipo de profissional das Equipes de Atenção Básica, atendimentos totais.

Tabela 31. Número e percentual de atendimentos realizados na população masculina por faixa etária nas Unidades Básicas de Saúde.

Tabela 32. Monitoramento do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade de Água/VIGIÁGUA, para consumo humano.

Tabela 33. Distribuição de mosquiteiros impregnados de inseticida de longa duração, segundo tipo.

Tabela 34. Índice de infestação predial e classificação de risco para o *Aedes sp*.

Tabela 35. Imóveis existentes e visitados, depósitos tratados, para o controle do *Aedes sp*.

Tabela 36. PE existentes e visitados para o controle do *Aedes sp*

Tabela 37. Número de animais vacinados, segundo espécie, em rotina com a vacina antirrábica animal, na UMVZ (trailers).

Tabela 38. Relação entre a despesa com pessoal na despesa total com saúde.

Tabela 39. Recursos humanos segundo ocupações por nível CBO-2002.

Tabela 40. Recursos humanos do grupo saúde segundo ocupações de nível superior CBO-2002.

Tabela 41. Recursos Humanos do Grupo Saúde segundo ocupações de nível técnico auxiliar CBO-2002.

Tabela 42. Recursos humanos do grupo saúde segundo ocupações de nível elementar CBO-2002.

ANEXO

Anexo I. Proposta oriundas das Conferências Municipais de Saúde e do Plano de Governo do município.

Anexo II. Situação diagnóstica da capacidade instalada de odontologia nas Unidades Básica de Saúde e sugestões para a qualificação do atendimento.

Anexo III. Demandas de novos projetos de engenharia para o Fortalecimento da Rede de Atenção a Saúde Municipal.

Anexo IV. Lista de Projetos Remanescentes com Projeto de Engenharia Arquitetônicos em andamento.



INTRODUÇÃO

1. PREMISSAS DO PLANO

1.1 Base Legal

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025 é um instrumento de gestão orientador do processo de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo como base a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 que em sua instituição já apontava a necessidade de organização do planejamento governamental determinando em seu Artigo 165 que o Estado Brasileiro teria que estabelecer por meio da Lei do Plano Plurianual, as diretrizes, objetivos e metas, de forma regionalizada, para as despesas de capital e para os programas continuados.

Esse documento traz os compromissos de gestão para o setor da saúde a partir da análise situacional de saúde e das necessidades de saúde da população por meio da IX Conferência Municipal de Saúde realizada nos dias 27, 28 e 29 de março do ano de 2019, da Audiência Pública realizada em 30 de julho de 2021, pesquisa pública através de questionário elaborado e ainda a análise dos resultados do PMS 2018 a 2021.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) configura-se como base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão dos sistemas de saúde em conformidade com o Artigo 96 da Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990, que normatiza o processo de planejamento e orçamento do SUS e estabelece o que precisa ser elaborado de forma ascendente, do nível local até o nível federal, levando em consideração as deliberações de órgãos de controle social. Os planos de saúde devem ser a base das programações de cada nível do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu financiamento precisa estar previsto na proposta orçamentária do nível correspondente.

Ainda como reforço da institucionalização do plano de saúde como instrumento de gestão, o Artigo 4º, Inciso III da Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990 estabeleceu que para fins de recebimento de recursos financeiros os municípios deverão contar com Plano de Saúde e Relatórios de Gestão como instrumentos de gestão que permitam o controle dos gastos públicos.

Como forma de regulamentar a Lei n. 8080, em 28 de junho de 2011, o Decreto n. 7.508 trouxe as ferramentas de organização do SUS: o planejamento da saúde, a assistência saúde e a articulação interfederativa.

Com base no artigo 94 e 96 da Portaria de Consolidação MS nº 1/2017 o Plano de Saúde é um instrumento central de planejamento para a definição e complementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde em cada esfera da gestão do SUS para o período de 4 (quatro) anos. Sendo assim, os elementos que devem compor o plano de saúde são: a análise situacional de saúde, os objetivos, metas e indicadores e o processo de monitoramento.

Esse instrumento deixa claro o compromisso de governo para o setor saúde a partir da análise situacional e as necessidades de saúde da população garantindo a integralidade da atenção à saúde, considerando os seguintes temas: estrutura do sistema de saúde; redes de atenção à saúde (RAS); vigilância em saúde; fluxos de acesso; recursos financeiros; gestão do trabalho e da educação na saúde; tecnologia, produção e inovação em saúde.



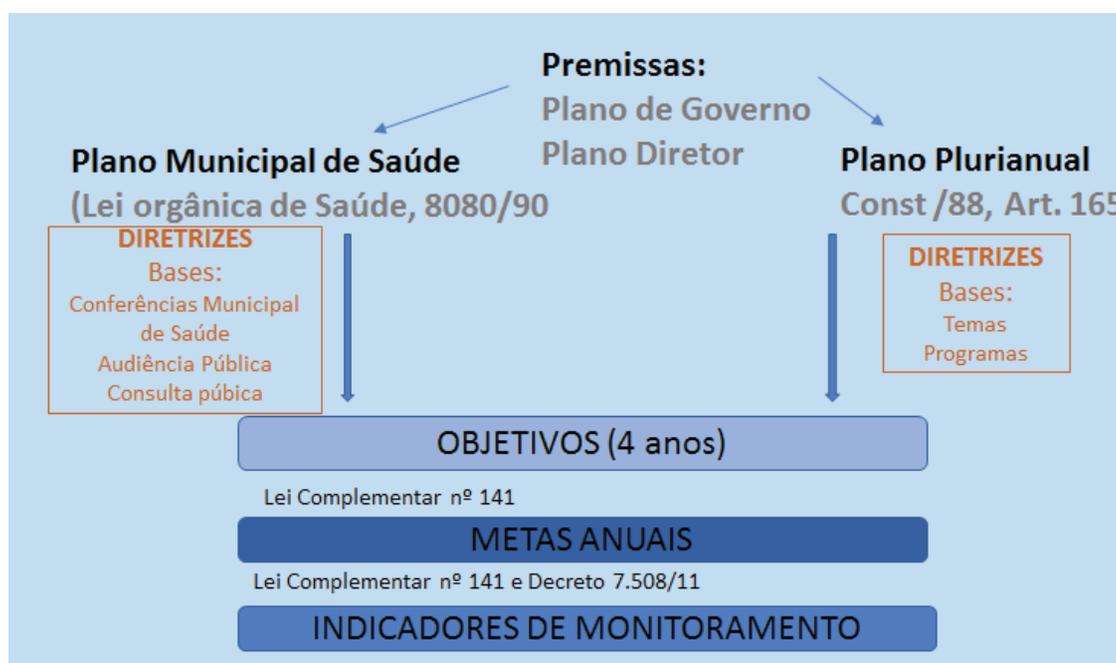
1.2. Relação com o Plano Plurianual

Conforme designado na Constituição Federal de 1988, os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos nesta, serão elaborados em consonância com o Plano Plurianual (PPA). O Plano Municipal de Saúde (PMS) tem sua base legal na Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90, e está em consonância com o Plano Plurianual (PPA), tanto em período de vigência, quanto nos objetivos e metas a atingir.

O Plano Plurianual (PPA) como atinge a toda esfera de gestão pública da Prefeitura, e, portanto, tem um nível de consolidação das metas e objetivos para o setor saúde maior que o do Plano Municipal de Saúde (PMS), resumindo em cinco Programas, e pelos quais destinam o orçamento voltado aos temas que diferenciam o tipo de ação realizada e objetos de financiamento, sendo estes: Medicamento Consciente, Atenção Básica Mais Perto de Você, Integração das Rede de atenção à Saúde, Vigilância a Saúde e Gestão e Desenvolvimento, com indicadores que monitoram os resultados a serem entregues a sociedade.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) está construído de forma a detalhar as metas e indicadores a serem perseguidos por todos os setores da atenção à saúde, respeitando as prioridades estabelecidas pelo Plano Diretor e Plano de Governo da Prefeitura. Também se alicerça, nas propostas apresentadas nos espaços de atuação do controle social da saúde, esquematizado na Figura 1.

Figura 1. Premissas para o planejamento em saúde, Porto Velho-RO, 2021.



Fonte: SEMUSA/PV/RO/2021.

Os objetivos do Plano Plurianual (PPA) e do Plano Municipal de Saúde (PMS) convergem, embora nem todos os indicadores de monitoramento de metas do PMS estejam presentes no PPA, sendo escolhidos alguns de maior representatividade para monitoramento dos resultados dos Programas, conforme descrito no Quadro 1.



Quadro 1. Quadro comparativo da compatibilidade do PPA com o PMS, Porto Velho-RO, 2021.

DIRETRIZ	OBJETIVO	Vinculação no
PMS	(comum entre PMS e PPA)	PPA
Diretriz 1 - Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização das RAS	1.1- Assegurar a estratégia de saúde da família como fortalecedora da atenção básica e orientadora da RAS	PROGRAMA: Atenção Básica mais perto de você
	1.2 - Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde	
	1.3 - Organizar a atenção a saúde nos ciclos de vida promovendo e fortalecimento das linhas de cuidados nas RAS	
Diretriz 2 - Ampliar a resolutividade, integração e qualificação das RAS.	2.1 - Promover a oferta de serviços de atenção especializada com vistas a qualificação da atenção integral à saúde dos usuários do SUS.	PROGRAMA: Integração das Redes de Atenção a Saúde
	2.2 - Promover a oferta dos serviços de urgência e emergência, reduzindo os impactos da morbimortalidade por causas externas e problemas de condições agudas na rede de saúde	
Diretriz 3 - Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS.	3.1 - Manter a cobertura de medicamentos em todas as unidades da rede municipal promovendo o Uso Racional de medicamentos-URM.	PROGRAMA: Medicamento consciente
	3.2- Fortalecer os serviços da assistência farmacêutica em todas as etapas do ciclo assistencial.	PROGRAMA: Integração das Redes de Atenção à Saúde
	3.3 - Fortalecer o gerenciamento da rede de laboratórios de análise clínicas otimizando a capacidade instalada e ampliando o acesso dos usuários aos serviços.	
	3.4 - Modernizar e ampliar a capacidade operacional do apoio diagnóstico de imagem	PROGRAMA: Integração das Redes de Atenção à Saúde
	3.5 - Aprimorar o sistema logístico de aquisição, armazenagem, monitoramento de estoques e distribuição de materiais.	PROGRAMA: Integração das Redes de Atenção à Saúde
	3.6 - Implementar e fortalecer a Política Municipal de Avaliação, Controle e Regulação.	PROGRAMA: Gestão em Desenvolvimento
Diretriz 4 - Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.	4.1 - Promover a prevenção, redução, eliminação dos riscos à saúde, e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens, e da prestação de serviços de interesse da saúde.	PROGRAMA: Vigilância em Saúde
	4.2 - Promover a detecção, prevenção e monitoramento de doenças e agravos transmissíveis, não transmissíveis e doenças negligenciadas, bem como os fatores que as condicionam	
	4.3 - Detectar e intervir nos fatores de riscos ambientais que interferem na saúde humana transmitida por vetores e zoonoses de relevância	
	4.4.- Garantir a capacidade de alerta e resposta rápida frente as emergências de saúde pública	
Diretriz 5 - Fortalecimento do controle social, da comunicação e informação em saúde junto à população.	5.1 - Promover e modernizar os sistemas de informação e comunicação das RAS	PROGRAMA: Gestão em Desenvolvimento
	5.2 - Ampliar a participação da população no controle social	
	5.3 - Fortalecer e modernizar os serviços de ouvidoria do SUS.	



Diretriz 6 - Fortalecimento da gestão de pessoas e dos processos de trabalho no SUS.	6.1 - Desenvolver estratégias para o fortalecimento da Política Nacional e Municipal de Educação Permanente.	PROGRAMA: Gestão em Desenvolvimento
	6.2 - Promover a formação e qualificação de recursos humanos em saúde, a partir das necessidades em saúde e do SUS.	
	6.3 - Promover a valorização dos trabalhadores, desprecarização e a democratização das relações de trabalho.	
	6.4 - Desenvolver a vocação formadora da Rede Municipal de Saúde, alinhada às necessidades do SUS	
	6.5 - Reorganizar e fortalecer o modelo administrativo e estrutural da SEMUSA para as ações de planejamento do SUS	

Fonte: SEMUSA/PV/RO/2021.

1.3. Elaboração

A elaboração do Plano partiu da análise de situação e para tal foram considerados os resultados obtidos em relação ao que foi planejado no período de 2018 a 2021, séries históricas de indicadores de saúde relevantes e ainda as deliberações das conferências, audiência pública e pesquisa pública.

As deliberações das conferências foram separadas por área técnica e estratégica da secretaria, feito análise de problemas já superados, e as demais deliberações balizaram as diretrizes, objetivos, indicadores e metas do Plano Municipal de Saúde - PMS e, em muitas vezes, compõem a programação anual de saúde (Anexo I).

A audiência pública realizada no dia 30.06.2021, teve como objetivo realizar a atualização das demandas de saúde, bem como propiciar a participação da população e entidades na identificação de problemas e as necessidades da população, além de colher subsídios e informações para a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS). Todas as contribuições e sugestões foram analisadas pelas áreas técnicas e fortaleceram o direcionamento da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) em busca do resultado a entregar para a sociedade. A audiência foi realizada via internet com transmissão ao vivo.

O Questionário de Saúde foi elaborado pelo grupo técnico da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), com o objetivo de propiciar mais espaços de participação da população e de conhecer as expectativas e os problemas apontados nos serviços de saúde na Rede de Atenção à Saúde (RAS) em Porto Velho e áreas estratégicas da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA). O cidadão pôde acessar através do site da Secretaria, no portal da Prefeitura, e responder as questões sobre satisfação de cada serviço e registrar os problemas e propostas para a melhoria da assistência.

Na análise, demonstram-se dados atualizados, avanços alcançados, e ainda os desafios a perseguirem, que totalizam 04 grandes desafios, pelos quais estabeleceram-se as macros dimensões que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) irá seguir para cumprir sua responsabilidade social no município, objetivando as melhorias na condição de saúde da população.

Todo esse processo iniciou em abril de 2021, com as oficinas com o grupo técnico (GT) da Secretaria de Saúde, as quais desencadearam várias atividades para realização de diagnóstico de saúde e levantamento de problemas a serem enfrentados. Partindo dessas primícias, e com a definição da missão, visão e valores, foram delineadas as diretrizes, objetivos, metas e indicadores. Cada etapa programada, contou com a participação efetiva do Conselho Municipal de Saúde (CMS), através dos conselheiros indicados para tal. Os objetivos finalísticos do Plano Municipal de Saúde (PMS), compõem o Plano Plurianual (PPA).

O Grupo Técnico (GT) que teve sua composição por técnicos responsáveis pelo planejamento



e monitoramento e das demais áreas estratégicas da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), se reuniu semanalmente, utilizando metodologia participativa para sua elaboração, permitindo a compreensão de todos do que pretende realizar, como, quando, além da necessidade da integração das áreas para o cumprimento do planejado. Compete advertir que o Plano Municipal de Saúde (PMS) possui resultados a serem entregues à sociedade, os quais dependem de um esforço conjunto que muitas vezes extrapola a atuação da esfera municipal bem como a gestão da saúde. Nesse propósito a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) envereda esforços para aperfeiçoar os processos de trabalho e a integração das Redes de Atenção à Saúde (RAS), de modo a aprimorar a gestão e gerência entre os atores envolvidos no Sistema Único de Saúde (SUS) de Porto Velho (PV).

2. ORIENTADORES ESTRATÉGICOS

2.1. Missão, Visão e Valores

Para que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) desenvolvesse um planejamento estabelecendo programações que a serem executadas pelo período de quatro anos, tornou-se necessário estabelecer orientadores que conduzissem os processos internos e que ajudassem a instituição a cumprir com os compromissos regimentais. Desta forma, promover a atualização das definições de **Missão, Visão e Valores** da instituição foram partes integrantes da estruturação do novo Plano Municipal de Saúde (PMS). A revisão desses conceitos foi realizada, em momento de oficinas de planejamento estratégico, com a participação de diretores e coordenadores de todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA).

2.2. Mapa Estratégico organizacional da Secretaria Municipal de Saúde

O segundo passo dentro do mesmo propósito, foi a revisão do Mapa Estratégico, que tem como objetivo auxiliar a instituição a colocar a sua estratégia de ação em prática. Por meio deste Mapa são definidos objetivos estratégicos, distribuídos em quatro perspectivas de negócio e que são conectados entre si por meio de relações causa e efeito. Esse passo foi desenvolvido, utilizando o mesmo método, de encontros com a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), com a participação de representante do Conselho Municipal de Saúde (CMS), onde foram discutidos e definidos os compromissos para o próximo período, representados no novo Mapa Estratégico, apresentado através da Figura 2.



Figura 2. Mapa Estratégico para o quadriênio 2022-2025 da Secretaria Municipal de Saúde, Porto Velho-RO, 2021.

REFERENCIAL ESTRATÉGICO	MISSÃO	Promover ações e serviços com qualidade à saúde da população por meio de uma rede de atenção à saúde integrada e resolutive						
	VISÃO	Ser referência na região norte em gestão de serviços de saúde por meio da modernização e automação, com otimização de recursos humanos, financeiros, infraestrutura e desenvolvimento de estratégias voltadas à construção do sistema de saúde resolutive e com ampliação de acesso						
	VALORES	Ética	Eficiência	Compromisso	Transparência	Humanização	Inovação Tecnológica	Sustentabilidade
RESULTADOS PARA A SOCIEDADE	Reduzir a mortalidade materno-infantil							
	Reduzir a mortalidade por causas externas							
	Reduzir a morbimortalidade por problemas de condições crônicas físicas e mentais							
	Reduzir a morbimortalidade por doenças infecto parasitárias baseadas em perfil epidemiológico							
PROCESSOS INTERNOS	Redes de Atenção à Saúde estruturadas, integradas e fortalecidas							
	Vigilância em Saúde com atuação contínua, articulada e integrada as Redes de Atenção							
	Gestão de apoio logístico oportuna, eficiente e adequada							
	Sistemas e tecnologias inovadores e integrados com foco na informação, comunicação e gestão em saúde							
	Gestão estratégica permanente dos recursos humanos em saúde							
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE GESTÃO	Assegurar a estratégia de saúde da família como fortalecedora da atenção básica e orientadora da RAS				Reduzir o impacto de morbimortalidade por causas externas e doenças infecto-parasitárias			
	Fortalecer a efetividade da vigilância em saúde integrando com as RAS				Reestruturar e integrar a rede de atenção à saúde do município, com ênfase na área materno-infantil e crônicas			
	Assegurar gestão de apoio logística oportuna, eficiente e adequada aos processos e prazos dos serviços				Promover e modernizar os sistemas de informação e comunicação das RAS			
	Desenvolver gestão estratégica de recursos humanos em saúde							
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS FINANCEIROS	QUALIDADE DE GASTOS				QUALIDADE DOS RECURSOS			
	Otimizar e racionalizar os recursos orçamentários e financeiros redefinindo sua alocação conforme planejamento estratégico				Garantir o cumprimento da aplicação integral da Lei Complementar nº 141/12 e Portaria nº 3.992/17			
	Prestar contas de forma transparente da aplicação de recursos orçamentários e financeiros				Ampliar a captação de recursos dentro da área governamental e outras instituições financeiras			

Fonte: SEMUSA/PV/RO.



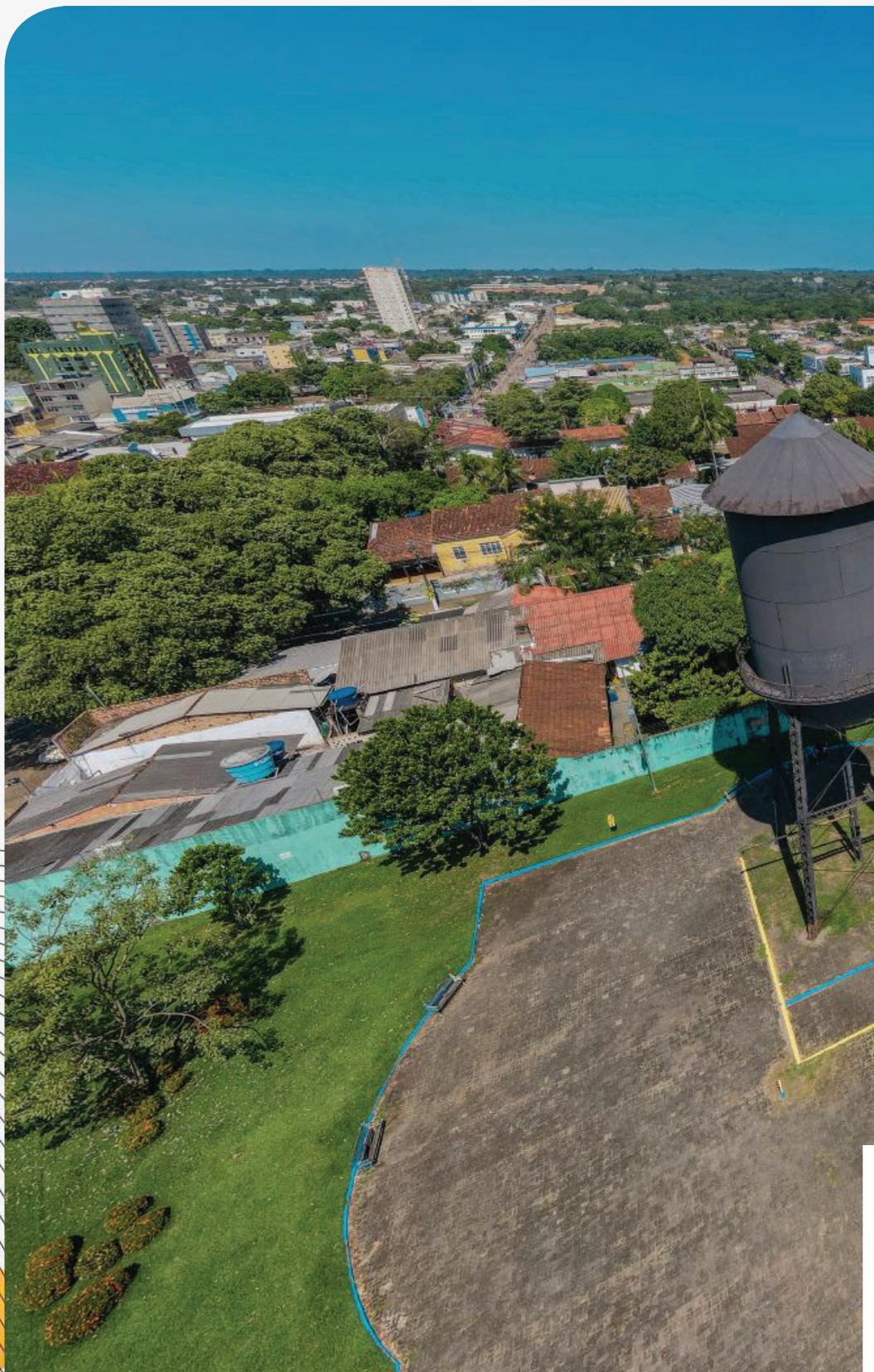
3. Análise Situacional do Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025

3.1. Perfil epidemiológico

3.1.1 Panorama demográfico

3.1.2.1. Taxas de Fecundidade Total (TFT)

A Taxa de Fecundidade Total (TFT) é uma estimativa da quantidade de filhos que uma mulher teria ao longo de sua vida reprodutiva, sendo este o principal indicador da dinâmica demográfica. Estes dados são úteis para o planejamento de políticas públicas de educação, saúde e previdência, dentre outros. Taxas inferiores a 2,1 indicam fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional. (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqa05.htm>). Em Porto Velho a taxa de fecundidade total em 2000, foi de 2,6 e em 2010, 2,1 <https://sempog.portovelho.ro.gov.br/artigo/19598/210-indicadores-demograficos>.

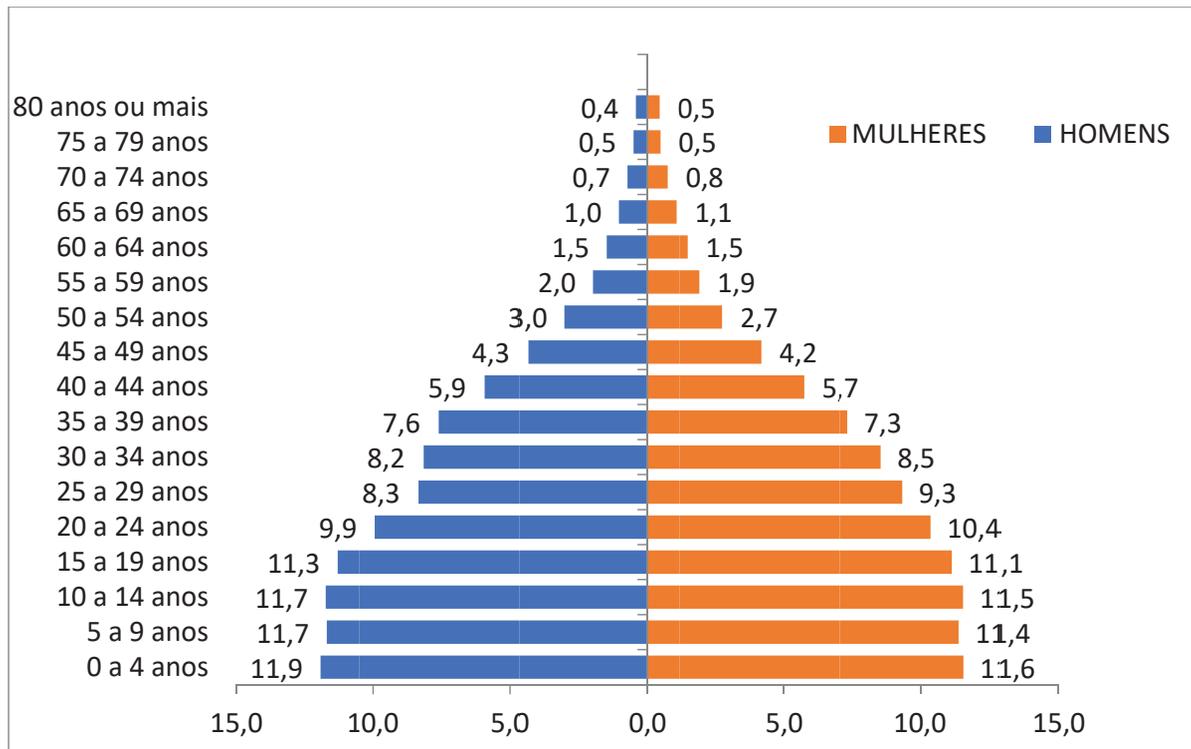




3.1.2.2. Estrutura de distribuição etária da população

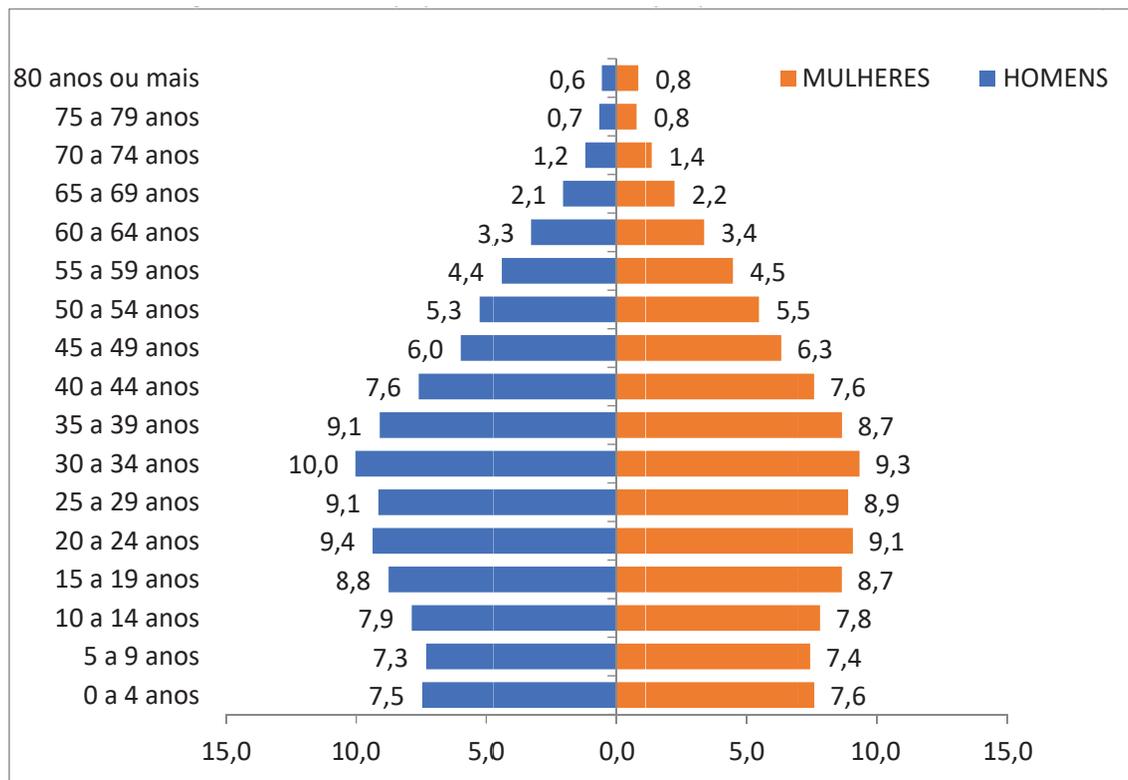
Em 2020, a pirâmide de Porto Velho apresentou uma redução da base e um encorpamento do meio da estrutura etária. A população em 2020 foi estimada em 539.354 hab., sendo 260.821 mulheres e 278.533 homens, sendo 17.712 homens a mais (Figura 3 e 4).

Figura 3. Pirâmide populacional, distribuição por sexo e idade, Porto Velho-RO, 2000.



Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>.

Figura 4. Pirâmide populacional, distribuição por sexo e idade, Porto Velho-RO, 2020.

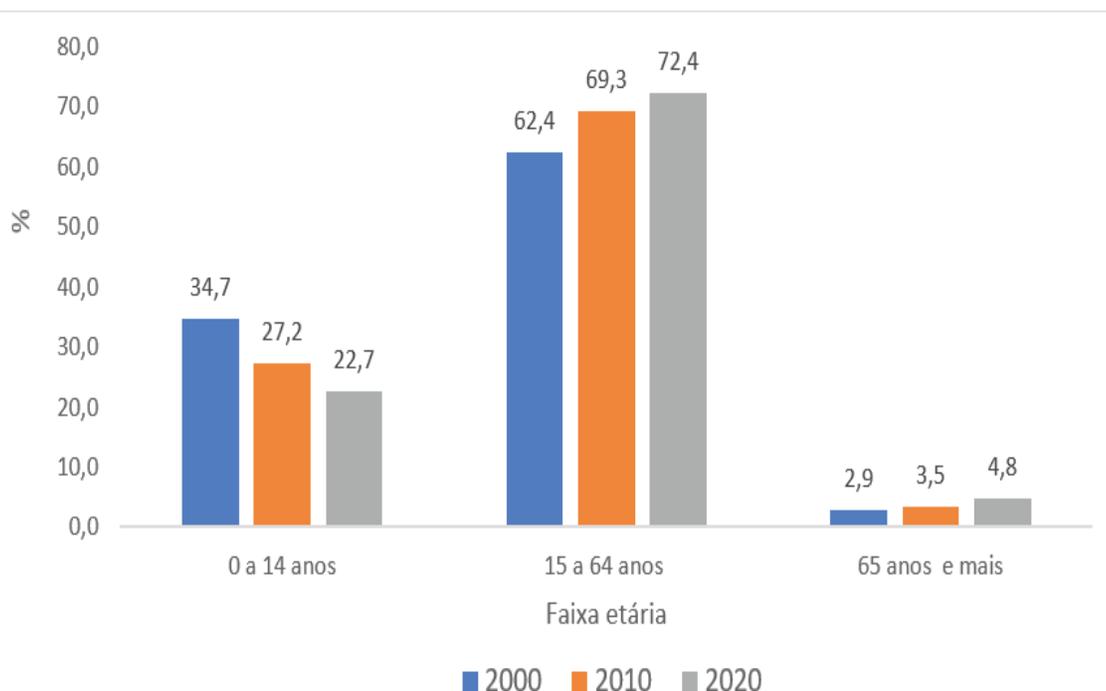


Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>.

Na Figura 5 percebe-se o envelhecimento da população de Porto Velho, tal qual a do Brasil. Embora em 2020, a população do município tenha sido de 539.354 hab, sendo 23% a mais, ao compararmos com a de 2010 (438.458 hab.), houve redução da população com menos de 15 anos e aumento nas faixas etárias de 15 a 64 anos e mais de 65 anos.



Figura 5. Distribuição proporcional da população, segundo faixa etária, Porto Velho-RO, 2000, 2010 e 2020.



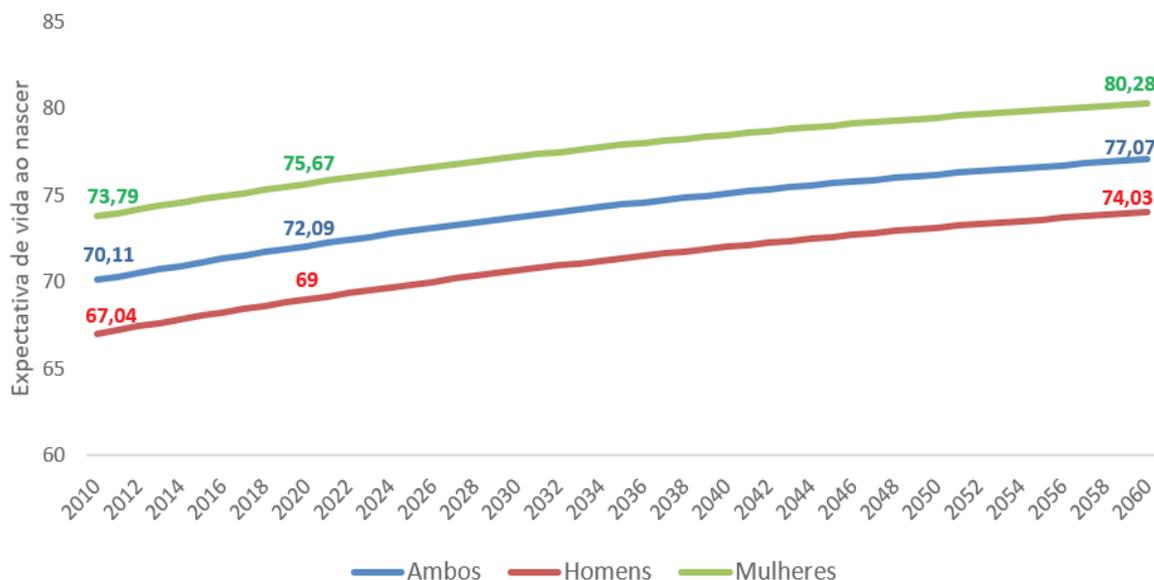
Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>.

3.1.2.3. Expectativa de vida

A expectativa de vida do Brasil, conforme projeção populacional realizada pelo IBGE, de uma pessoa nascida em 2010 era em média de até 74 anos, sendo 70 anos para homens e 78 anos para as mulheres. Já em 2019, foi observado um aumento médio de 2,5 anos na expectativa de vida, atingindo os 76,5 anos, 73 anos para os homens e 80 anos para as mulheres.

Em Rondônia, a expectativa de vida de pessoas nascidas em 2010, era em média 70 anos, sendo 67 anos para os homens e 74 anos para as mulheres. Em 2020, teve um aumento de 2 anos, passando para 72 anos, 69 para os homens e 75 anos para as mulheres. Percebemos que a expectativa de vida vem aumentando ao longo dos anos, tanto em Rondônia quanto no Brasil (Figura 6).

Figura 6. Esperança de vida ao nascer, segundo sexo, Porto Velho-RO, 2000 a 2060.



Fonte: IBGE - Projeção da População (ano de edição da projeção - 2018).



3.1.2. Morbidade e mortalidade

3.1.2.1. Morbidade

3.1.2.1.1. Doenças transmissíveis

A – Arboviroses

Doenças causadas pelos arbovírus, compreendem um conjunto de doenças causadas por vírus que podem ser transmitidos aos seres humanos e outros animais pela picada desses artrópodes. No município de Porto Velho, destacam-se os vírus das seguintes doenças veiculadas pelo *Aedes aegypti*, que são objeto de vigilância e controle: Dengue, Febre da Chikungunya, Doença Aguda pelo Zika Vírus e Febre Amarela.

São doenças de notificação compulsória, e estão presentes na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, PORTARIA Nº 1.061, DE 18 DE MAIO DE 2020, que revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica,

Dengue

A dengue é uma arbovirose urbana de maior relevância nas Américas, incluindo o Brasil. Sua ocorrência é ampla, atingindo principalmente os países tropicais e subtropicais, onde as condições climáticas e ambientais favorecem o desenvolvimento e a proliferação dos vetores *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, que após picar uma pessoa infectada com um dos quatro sorotipos do vírus, a fêmea pode transmitir o vírus para outras pessoas.

É uma doença febril aguda, sistêmica e dinâmica, que pode apresentar um amplo espectro clínico, variando de casos assintomáticos a graves, podendo evoluir para óbitos. Em populações vulneráveis, como crianças e idosos com mais de 65 anos, o vírus da dengue pode interagir com doenças pré-existentes e levar ao quadro grave ou gerar maiores complicações nas condições clínicas de saúde da pessoa.

Para a entrada dos casos de dengue o SINAN disponibiliza exclusivamente a versão on line. Em Porto Velho, em que pese os esforços para controle da doença, apresenta-se endêmica, com ciclos epidêmicos, configurando sua sazonalidade.

O monitoramento viral na capital, identificou em 2006 a circulação do DENV2 e 3; em 2010 o DENV1 e 2; em 2014 além do D1 e 2 o DENV4 e a partir de 2016 DENV1 e 2.

Chikungunya

É uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV). A viremia persiste por até dez dias após o surgimento das manifestações clínicas. Todas as faixas etárias são igualmente suscetíveis ao vírus Chikungunya, porém as pessoas mais velhas têm maior risco de desenvolver a dor articular (nas juntas) crônica e outras complicações que podem levar à morte. O risco de gravidade e morte aumenta quando a pessoa tem alguma doença crônica, como diabetes e hipertensão, mesmo tratada.

Zika vírus

A febre por vírus Zika é descrita como uma doença febril aguda, autolimitada, com duração de três a sete dias, geralmente sem complicações graves. Porém há registro de mortes e manifestações neurológicas, além de causar síndrome congênita, como a microcefalia.

Microcefalias

Em virtude do aumento incomum de casos de microcefalia pós infecciosa, e com o acúmulo de evidências de que as alterações do Sistema Nervoso Central (SNC) encontradas em fetos e recém



nascidos, que estariam relacionadas com a infecção congênita pelo vírus Zika, o Ministério da Saúde decretou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) no dia 11 de novembro de 2015.

- Para registro dos casos suspeitos foi disponibilizada a plataforma RESP – Microcefalias (Registro de Eventos de Saúde Pública). A Tabela 1 abaixo mostra o quantitativo de casos notificados no município de Porto Velho, suspeitos de síndrome congênita por ano desde a obrigatoriedade da notificação em 2015.

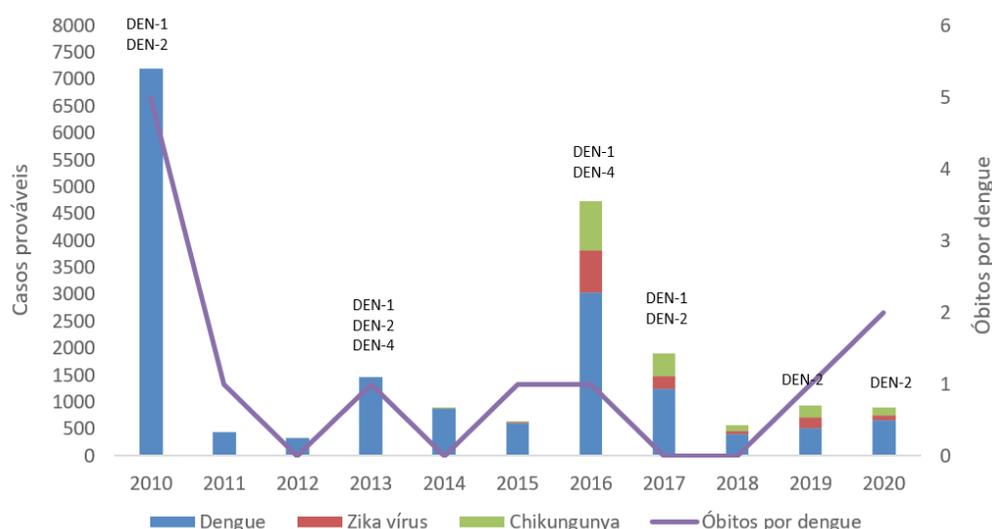
Tabela 1. Casos notificados, confirmados e descartados de síndrome congênita, Porto Velho-RO, 2015 a 2020.

ANO/CASOS	Notificados	Confirmados	Descartados
2015	07	05	02
2016	23	04	19
2017	19	11	08
2018	05	01	04
2019	08	01	07
2020	01	01	-

Fonte: www.resp.saude.gov.br, junho 2021.

Na Figura 7 mostra a série histórica dos casos prováveis das três arboviroses, 2010 a 2020, incluindo o número de óbitos por dengue. Essa figura representa informações conjunta das três doenças transmitidas pelo *Aedes* (Dengue, Chikungunya e Zika). Fazendo um comparativo de casos dos anos de 2010 a 2020, é possível observar que os casos de Chikungunya e Zika Vírus foram confirmados em Porto Velho, a partir de 2015. Em 2016, houve um aumento expressivo de casos prováveis, evidenciando uma epidemia, onde foram notificados pacientes para os três agravos com encerramento baseado em diagnóstico laboratorial e outros por clínico epidemiológico, seguindo nos anos posteriores um padrão baixo de notificações. Em relação à dengue, em 2010 tivemos epidemia com mais de 7.000 casos notificados, com incidência de 164,3/100mil hab., elevando novamente em 2016, com mais de 3.000 casos notificados, com incidência de 60,8/1000 mil hab. e reduzindo também nos anos seguintes, mostrando um padrão cíclico não muito uniforme. Por ser uma doença com tratamento sintomático, muitos não procuram uma unidade de saúde, fazendo uso de analgésicos/antipiréticos, também há a questão da sub notificação no estabelecimento de saúde, o que agravou em 2020, com a chegada da pandemia de COVID-19, onde outros serviços foram priorizados. Em relação aos óbitos por dengue, em 2010 tivemos 5 óbitos e nos anos seguintes de zero a um óbito, porém em 2020, tivemos dois óbitos.

Figura 7. Série histórica de casos prováveis de dengue, zika e chikungunya, número de óbitos por dengue e sorotipos de vírus, Porto Velho-RO, 2010 a 2020.



Fonte: Sinan-net/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 08/05/2021.

Febre amarela

A febre amarela é uma doença infecciosa febril aguda, onde cerca de 20% a 50% das pessoas que desenvolvem febre amarela grave podem morrer. Causada por um vírus transmitido por mosquitos vetores, e possui dois ciclos de transmissão: silvestre (quando há transmissão em área rural ou de floresta) e urbano.

O último caso de febre amarela urbana no Brasil foi registrado no Acre, em 1942. Atualmente, a febre amarela silvestre (FA) é uma doença endêmica no Brasil (região amazônica). Na região extra-amazônica, períodos epizooticos/epidêmicos são registrados ocasionalmente, caracterizando a reemergência do vírus no País. O último caso de FA Silvestre em Porto Velho foi registrado em 2001.

O ano de 2018, foi o que apresentou o maior número de notificações de casos suspeitos de febre amarela, seguido do exercício de 2017. Todos foram descartados por critério laboratorial (Tabela 2).

Tabela 2. Resumo epidemiológico de casos notificados de Febre Amarela, Porto Velho-RO, de 2010 a 2020.

Classificação Final	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Descartado	2	0	2	0	5	1	0	8	9	7	6
Inconclusivo	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Total	2	0	2	0	6	2	0	8	9	7	6

Fonte: Sinan /DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 09/06/2021.

Epizootias em primatas não humanos

A vigilância de epizootias em primatas não humanos (PNH) consiste em captar informações sobre o adoecimento ou morte de PNH e investigar oportunamente, a fim de detectar precocemente a circulação do vírus amarílico e subsidiar a tomada de decisão para a adoção das medidas de prevenção e controle, de modo a reduzir a morbimortalidade da doença na população humana. Foi implantada de forma gradativa, em todo o país, a notificação e investigação de epizootias em primatas, visando à detecção oportuna da circulação do vírus. A Portaria nº 782, de 15 de março de 2017, define a relação das epizootias de notificação compulsória e suas diretrizes para notificação



em todo o território nacional.

Os macacos não transmitem a febre amarela. Eles são importantes sentinelas para alerta em regiões, onde o vírus da Febre Amarela está circulando. Macacos mortos são analisados em exames específicos para detectar se a causa morte foi Febre Amarela, o que aciona o alerta de cuidado com as pessoas.

De 2018 a 2020, foram notificados 42 (quarenta e dois) casos prováveis de febre Amarela em PNH, sendo confirmados por diagnóstico laboratorial 02 (dois) casos positivos em 2018, provenientes da zona urbana de Porto Velho; 27 (vinte e sete) foram descartados, 02 (dois) ficaram inconclusivos laboratorialmente e 11 (onze) não houve possibilidade de exame devido material estar inviável (Tabela 3).

Tabela 3. Resumo epidemiológico de casos notificados de Febre Amarela em PNH, Porto Velho-RO, de 2018 a 2020.

ANO	Confirmados	Inconclusivos	Descartados	Não realizado*	Total
2018	02	-	15	02	19
2019	-	01	03	06	10
2020	-	01	09	03	13

Fonte: Sinan /DVE/DVS/SEMUSA e GAL/Lacen/PV/RO, dados acessados em 09/06/2021.

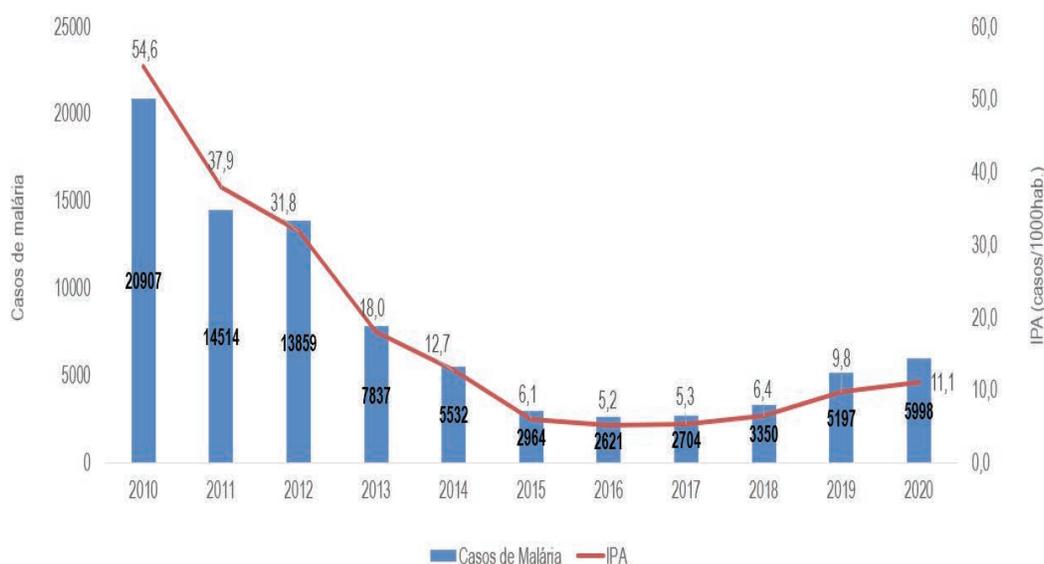
*Não realizado: Devido material biológico estar inviável para exame.

Malária

No Brasil, os graus de risco para adoecer de malária são classificados de acordo com a Incidência Parasitária Anual (IPA), que expressa o número de exames positivos de malária por mil habitantes em determinado lugar e período. As áreas são classificadas como de alto risco (IPA ≥50/1.000 habitantes.), médio risco (IPA entre 10 e 49/1.000 hab.) e baixo risco (IPA <10/1000 habitantes).

Em 2020, o estado de Rondônia apresenta-se com o IPA de 6,4 casos por mil habitantes, tendo registrado 11.358 casos até 30/12/2020. Na Figura 8 abaixo, observamos a redução no número de casos em Porto Velho, igual a 248,5%, quando comparado ao ano de 2010. No período analisado tem diminuído o número de casos da doença e a partir de 2015 passamos a baixo risco. Desde 2017, temos tido aumento no número de casos. Já em 2020 atingimos médio risco pela doença.

Figura 8. Casos de Malária autóctones e IPA, Porto Velho-RO, 2010 a 2020.

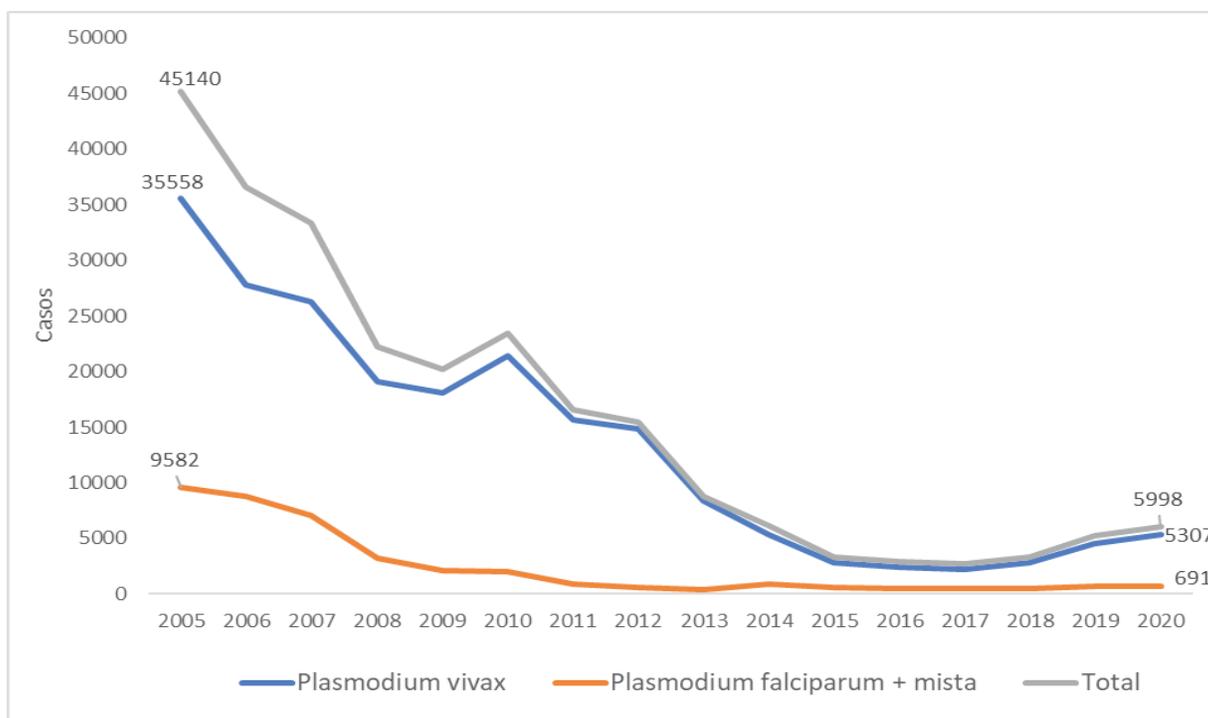


Fonte: Sivep_malaria/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 08/05/2021.

O período do ano de maior transmissão da malária ocorre, comumente, no pós chuvas, quando as condições propícias à proliferação do vetor aumentam. O comportamento sazonal da Malária no município de Porto Velho é determinado pelo ciclo de chuvas que afeta diretamente os criadouros e conseqüentemente cria um ambiente propício para o mosquito transmissor.

A Figura 9 mostra os casos positivos de malária segundo espécie parasitária, por *Plasmodium vivax* e *Plasmodium falciparum* mais os casos mistos (*P. vivax* + *P. falciparum*) notificados em Porto Velho, no período de 2005 a 2020. O número de casos de malária por *P. vivax* é maior que por *P. falciparum* em nossa região. Embora os casos de malária tenham aumentado nos últimos anos, os casos por *P. falciparum* apresentam uma proporção abaixo de 20%, em todos os anos, sendo que nos últimos, esta proporção tem diminuído, passando de 18,0% em 2016, para 11,5% em 2020. Este indicador estima a contribuição da malária por *Plasmodium falciparum* (responsável pelas formas mais graves e letais da doença) em relação ao total de casos de malária. Este tende a ser mais elevado em áreas com pouco acesso aos serviços de saúde e com medidas de controle e prevenção de malária deficientes.

Figura 9. Casos de malária, segundo espécie parasitária, Porto Velho-RO, 2005 a 2020.



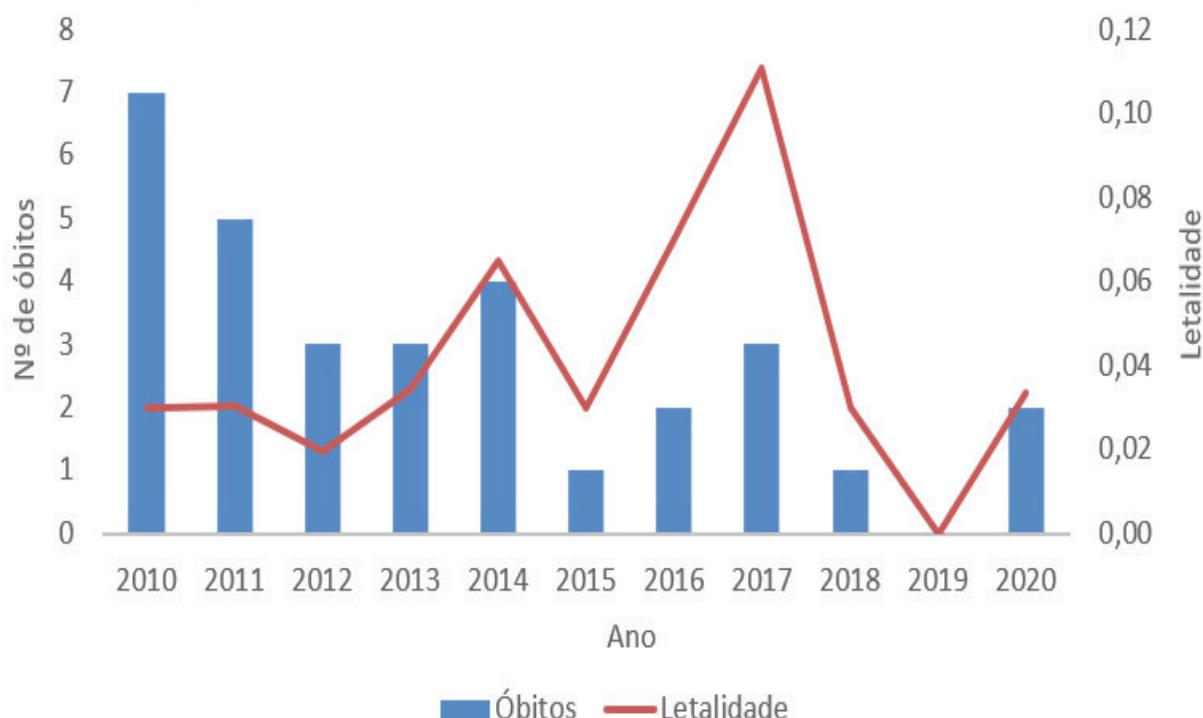
Fonte: Sivep malaria/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 08/05/2021.

Em Porto Velho ocorre a transmissão de duas espécies do protozoário *Plasmodium* que causam malária nos seres humanos: *Plasmodium vivax* e *Plasmodium falciparum*, sendo este último o responsável pelos episódios mais graves da doença. As infecções causadas por *P. vivax* predominam com 21.392 em 2010, contra 5.307 em 2020. A taxa de redução dos casos está relacionada à manutenção do diagnóstico e tratamento em tempo hábil para malária; realização de trabalho de BRI (Borrifação Residual Intradomiciliar); trabalho de controle químico espacial, com termonebulizadores costal e/ou veicular; Busca ativa em áreas delimitadas previamente e que seja de difícil acesso e/ou distante de unidade de saúde; monitoramentos dos possíveis criadouros, entre outros.

Na Figura 10, observamos o número de óbitos e a letalidade por malária, de 2010 a 2020. Verificamos que devido a ocorrência de alto número de casos a letalidade é baixa. O ano de maior número de óbitos foi 2010, com 7 (sete) óbitos e a mais alta taxa de letalidade foi em 2017, com 0,11%.



Figura 10. Óbitos e taxa de letalidade por malária, Porto Velho-RO, 2010 a 2020.

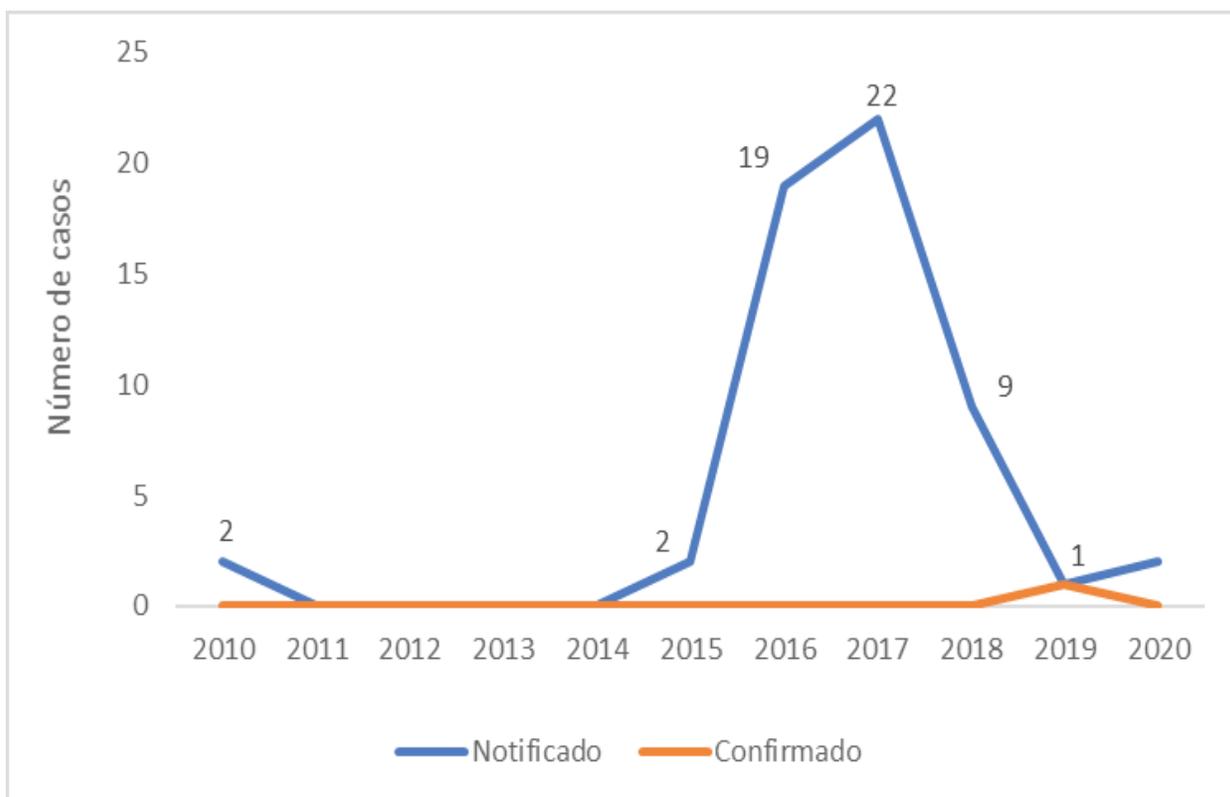


Fonte: SIM/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 08/05/2021.

Doença de Chagas

No Brasil e nas Américas, a doença de Chagas ainda persiste como um problema de saúde pública, onde cerca de 65 milhões de pessoas vivem sob risco de infecção pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi*, onde 6 a 8 milhões de pessoas são afetadas pela doença de Chagas causando uma média de 12 mil óbitos por ano. No Brasil, estima-se que existam mais de um milhão de pessoas vivendo com a infecção por *T. cruzi*. Devido às experiências exitosas no controle vetorial e transfusional favoreceram a mudança no seu perfil epidemiológico e a transmissão por via oral passou a ser predominante. Em 2018, foram notificados 380 casos de Doença de Chagas Aguda (DCA), com incidência de 0,18/100.000 habitantes. Em 2017, a taxa de mortalidade foi de 2,16/100.000 habitantes. O cenário atual reflete a necessidade de aprimoramento da vigilância em saúde, para detecção e acompanhamento oportunos, de forma integrada à atenção primária e com linhas de cuidado instituídas.

Em Porto Velho no período de 2010 a 2020 foram realizadas 57 notificações, 1 caso não autóctone confirmado em 2019, por infecção pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi*, conforme observamos na Figura 11.

Figura 11. Números de casos notificados e confirmados de Doença de Chagas, Porto Velho-RO no período de 2016 a 2020.

Fonte: SinanNet/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 08/05/2021.

Conforme observamos na Figura 11, acima, não temos transmissão comprovada da doença de Chagas em Porto Velho, com base nos casos notificados nos últimos 11 anos.

Leishmaniose Tegumentar Americana

Com relação à leishmaniose tegumentar americana, nos anos de 2012, 2016 e 2017 foram registrados os maiores números de casos, quando comparado aos demais anos. Considerando que a Leishmaniose é doença que apresenta grande diversidade e constantes mudanças nos padrões epidemiológicos de transmissão, em virtude das diferentes espécies de vetores, reservatórios e agentes etiológicos, associados à ação do homem sobre o meio ambiente, dificultando assim, as ações de controle da mesma. As estratégias para o controle da LTA devem ser específicas, conforme a situação epidemiológica de cada local e região, destacando que é fundamental o conhecimento do maior número de casos suspeitos; diagnóstico, tratamento precoce dos casos confirmados; identificação do agente etiológico circulante na área; conhecimento das áreas de transmissão e redução do contato homem vetor por meio de medidas específicas.

No período analisado, tivemos 887 (oitocentos e oitenta e sete) casos de LTA autóctones e confirmados, sendo que em 2016 tivemos o maior número de casos confirmados ($n = 121$), com uma incidência de $24,2/100.000$ hab., seguido de 2012, com 116 (cento e dezesseis) casos e incidência de $25,3/100.000$ hab. Nos dois anos que tivemos óbitos foram 2011 e 2012, com um óbito em cada ano. Na Figura 12 observamos as Taxa de incidência e de letalidade por LTA, de 2010 a 2020.



Figura 12. Taxa de incidência e de letalidade por leishmaniose tegumentar americana, Porto Velho-RO, de 2010 a 2020.



Fonte: SINAN e SIM/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 08/05/2021.

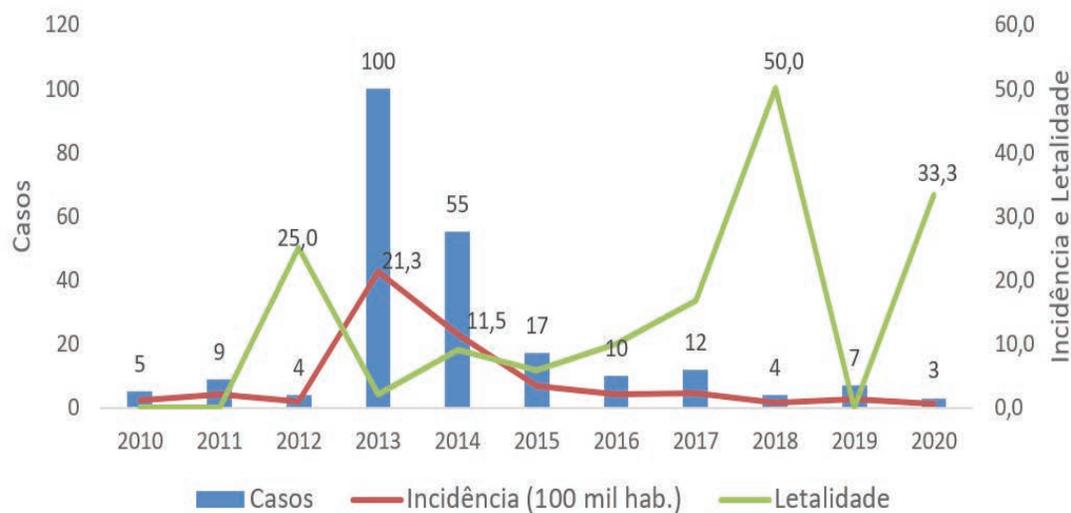
Leptospirose

No período entre 2010 a 2020, foram confirmados 226 casos de leptospirose. A maior incidência ocorreu em 2013, onde foi constatado o local provável de infecção o Distrito de Rio Pardo, em ambiente rural onde ocorreu um surto, quando foram confirmados 84 casos, totalizando 100 casos naquele ano.

Na área rural, os alimentos tanto de humanos como para animais não são acondicionados de forma adequada, e os terrenos baldios propiciam a infestação de roedores. Outro agravante são as moradias precárias, bem como várias condições ambientais e situações de risco que contribuem para a ocorrência de casos graves de leptospirose.

Em 2014, com a enchente do rio Madeira, que alcançou níveis recordes de cheia, sendo atribuída as chuvas torrenciais sobre o Centro - Norte da Bolívia e no Sudeste do Peru, onde encontravam-se os principais afluentes que atingiu diversas áreas centrais de Porto Velho, bairros adjacentes e comunidades ribeirinhas sem saneamento básico, que favoreceram a proliferação de diversos vetores e agentes patogênicos, entre os quais a *Leptospira*. E assim foram confirmados 55 casos de leptospirose.

Na Figura 13 estão os casos, incidência e letalidade por leptospirose, de 2010 a 2020, onde percebemos os anos de maior incidência foram 2013 e 2014, assim como a maior letalidade foi em 2018 e 2020.

Figura 13. Casos confirmados, taxa de incidência e de letalidade por leptospirose, Porto Velho-RO, de 2010 a 2020.

Fonte: SINAN e SIM/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 08/05/2021.

Doenças Diarreicas Agudas

As doenças diarreicas agudas (DDA) correspondem a um grupo de doenças infecciosas gastrointestinais. São caracterizadas por uma síndrome em que há ocorrência de no mínimo três episódios de diarreia aguda em 24 horas, ou seja, diminuição da consistência das fezes e aumento do número de evacuações, quadro que pode ser acompanhado de náusea, vômito, febre e dor abdominal. Em geral, são doenças autolimitadas com duração de até 14 dias. Em alguns casos, há presença de muco e sangue, quadro conhecido como disenteria. A depender do agente causador da doença e de características individuais dos pacientes, as doenças diarreicas agudas (DDA) podem evoluir clinicamente para quadros de desidratação que variam de leve a grave. A diarreia pode ser de origem não infecciosa podendo ser causada por medicamentos, como antibióticos, laxantes e quimioterápicos utilizados para tratamento de câncer, ingestão de grandes quantidades de adoçantes, gorduras não absorvidas, e até uso de bebidas alcoólicas, por exemplo. Além disso, algumas doenças não infecciosas também podem desencadear diarreia, como a doença de Chron, as colites ulcerosas, a doença celíaca, a síndrome do intestino irritável e intolerâncias alimentares como à lactose e ao glúten.

As doenças diarreicas agudas (DDA) podem ser causadas por diferentes microrganismos infecciosos (bactérias, vírus e outros parasitas, como os protozoários) que geram a gastroenterite – inflamação do trato gastrointestinal – que afeta o estômago e o intestino. A infecção é causada por consumo de água e alimentos contaminados, contato com objetos contaminados e também pode ocorrer pelo contato com outras pessoas, por meio de mãos contaminadas, e contato de pessoas com animais.

Os casos individuais de doenças diarreicas agudas (DDA) são de notificação compulsória em unidades sentinelas para monitorização. O principal objetivo da Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarreicas Agudas (VE-DDA) é monitorar o perfil epidemiológico dos casos, visando detectar precocemente surtos, especialmente os relacionados a: acometimento entre menores de cinco anos; agentes etiológicos virulentos e epidêmicos, como é o caso da cólera; situações de vulnerabilidade social; seca, inundações e desastres. Esses casos são notificados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica das doenças diarreicas agudas (SIVEPDDA) - SIVEP_DDA e o monitoramento é realizado pelo acompanhamento contínuo dos níveis endêmicos para verificar alteração do padrão

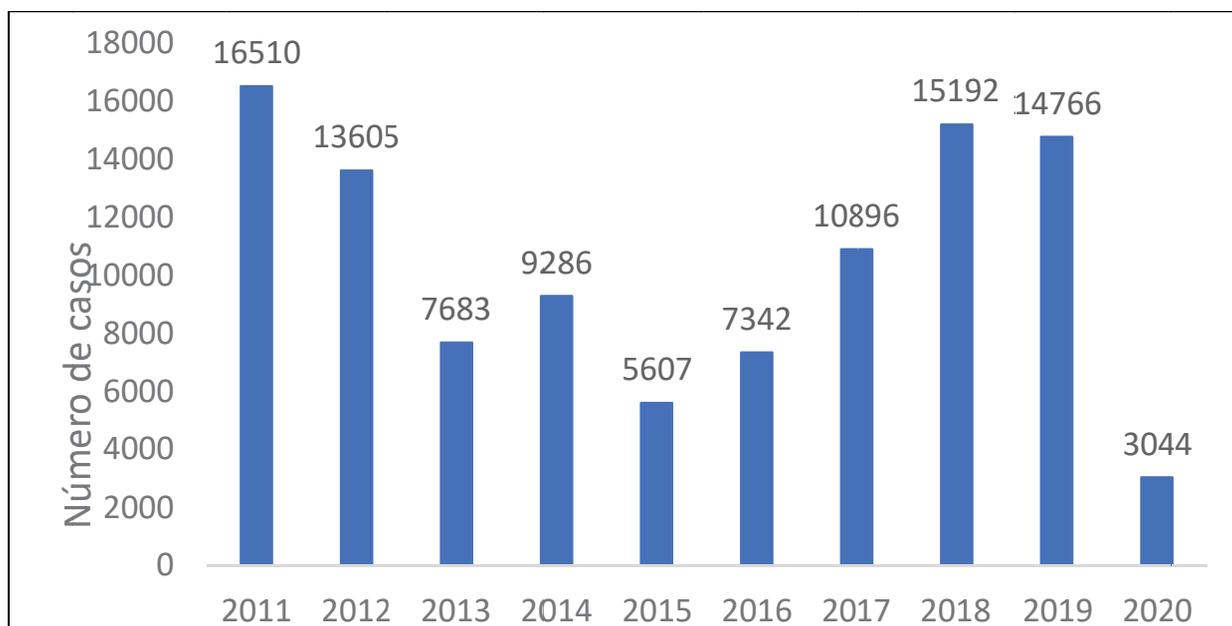


da doença em localidades e períodos de tempo determinados. Diante da identificação de alterações no comportamento da doença, deve ser realizada investigação e avaliação de risco para subsidiar as ações necessárias.

Uma preocupação é a ocorrência de inundações e secas induzidas por mudanças climáticas, que podem afetar as condições de acesso de muitas famílias aos serviços de abastecimento de água e saneamento, expondo populações a riscos relacionados à saúde. Além disso, as inundações podem dispersar diversos contaminantes fecais, aumentando os riscos de surtos de doenças transmitidas pela água. No caso da escassez de água devido à seca, a utilização de fontes alternativas de água sem tratamento adequado, incluindo água de caminhão pipa, também aumenta os riscos de adoecimento por doenças diarreicas.

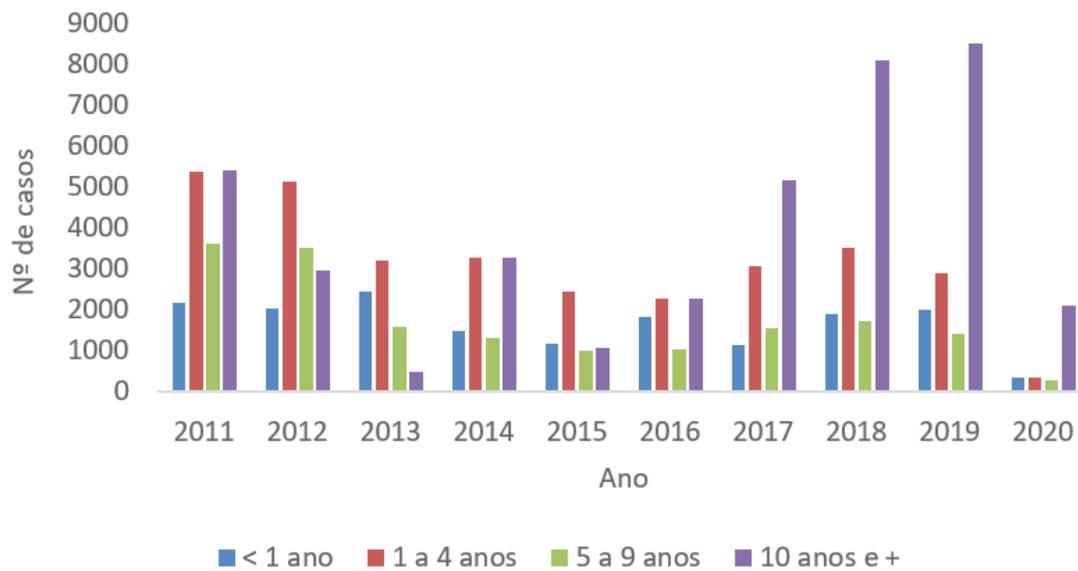
Em Porto Velho atualmente são acompanhadas 06 unidades de saúde que informam o quantitativo dos atendimentos de pacientes com doenças diarreicas agudas (DDA). Essas unidades foram escolhidas devido a pontos estratégicos para poder analisar várias zonas da cidade e são: UPA Sul, UPA Leste, PA Ana Adelaide, USF Santo Antônio, USF Areal da Floresta e Hospital Infantil Cosme e Damião. Durante a pandemia, ocorreu um decréscimo na notificação das doenças diarreicas agudas (DDA), pelas unidades de saúde, no qual saímos de um valor de 14.766 casos em 2019 para 3.044 em 2020 (Figura 14).

Figura 14. Casos de Doença Diarreica Aguda, Porto Velho-RO, de 2011 a 2020.



Fonte: MDDA/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados sujeitos a alterações em 06/05/2021.

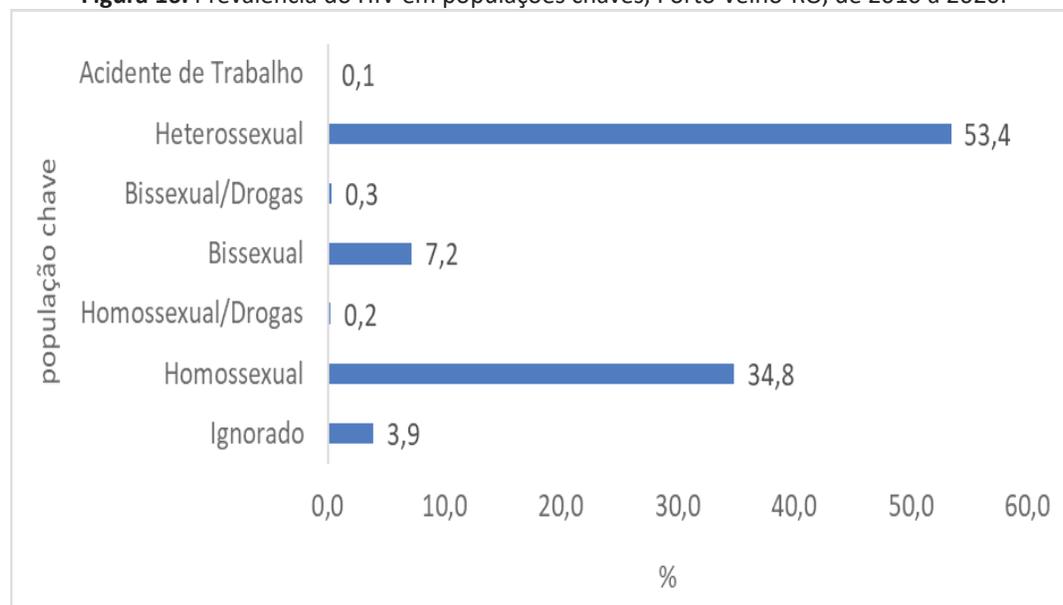
Em relação a faixa etária dos pacientes acometidos por doenças diarreicas agudas (DDA), teve um aumento no número de casos dos indivíduos com idade superior a 10 anos, durante o período de 2017 a 2019 (Figura 15) e, mesmo com a queda dos quantitativos de 2020, ainda permaneceu alta em relação as demais idades (tabela 2).

Figura 15. Casos de DDA, segundo faixa etária, Porto Velho-RO, de 2011 a 2020.

Fonte: MDDA/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados sujeitos a alterações em 06/05/2021.

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida/Aids

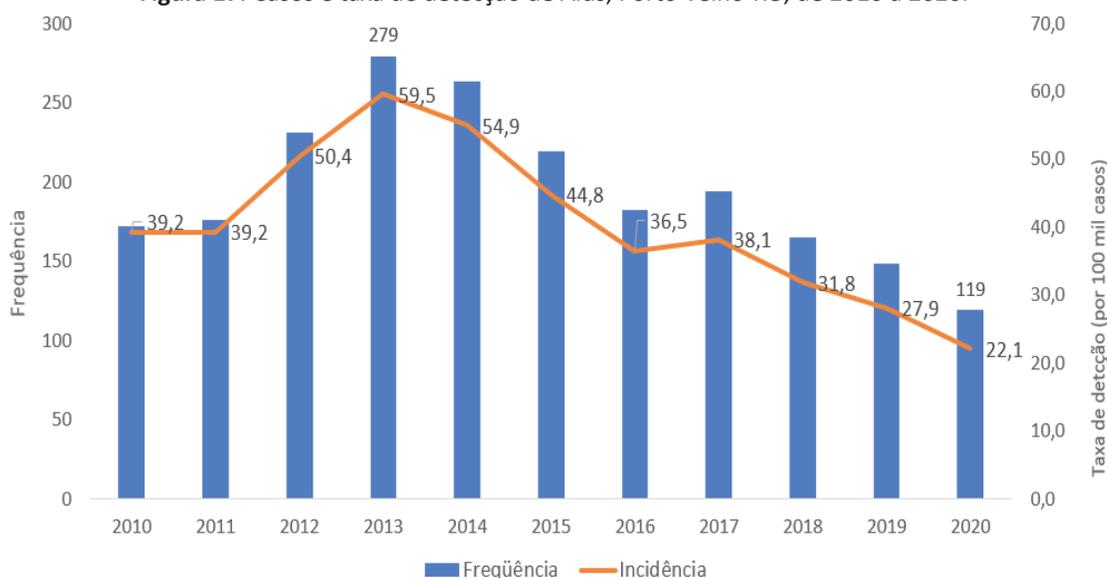
A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/HIV e sua manifestação clínica em fase avançada, ou síndrome da imunodeficiência adquirida/Aids, ainda representam um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua transcendência. No Brasil, a prevalência estimada do HIV na população total é de 0,4%, enquanto em Porto Belho é de 0,2%. A maior incidência de casos de Aids está em pessoas do sexo masculino. Na Figura 16 está a prevalência pelo HIV, em populações chaves e na Figura 17 está o número de casos e a incidência de Aids, de 2010 a 2020.

Figura 16. Prevalência do HIV em populações chaves, Porto Velho-RO, de 2010 a 2020.

Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados sujeitos a alterações em 06/05/2021.



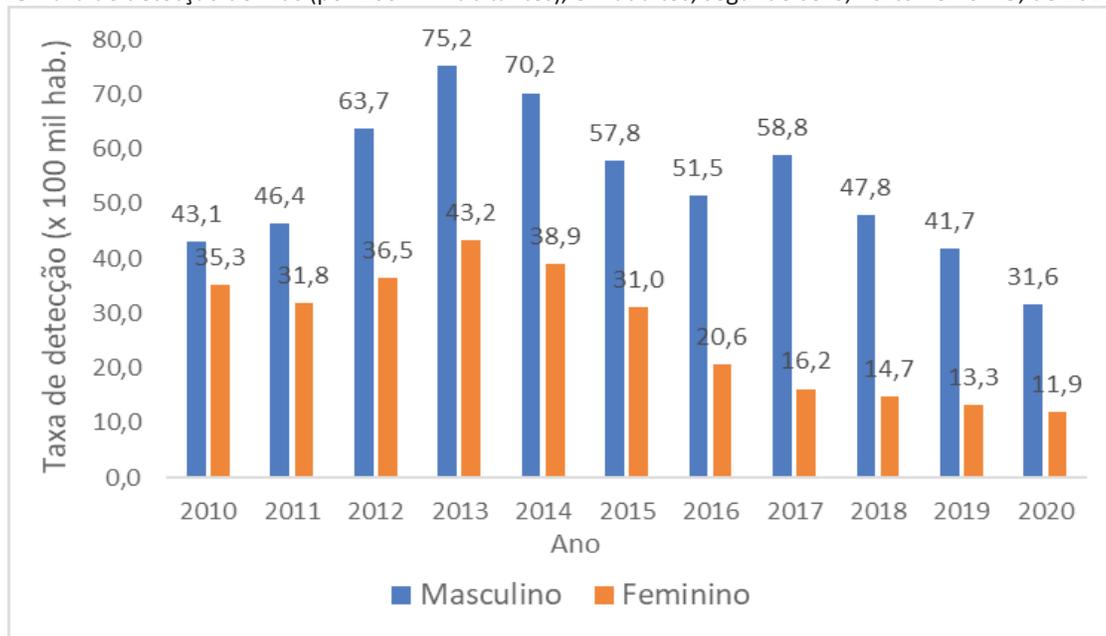
Figura 17. Casos e taxa de detecção de Aids, Porto Velho-RO, de 2010 a 2020.



Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados sujeitos a alterações em 06/05/2021.

A taxa de detecção de Aids é maior entre os homens quando comparado a das mulheres. E essa diferença continua elevada mesmo com o aumento da taxa de detecção em mulheres, durante determinados anos do período analisado. Com relação ao sexo masculino, em 2012 a 2014 e 2017 houve na detecção de casos. Esse aumento, possivelmente tenha acontecido, devido ao aumento na busca ativa de casos, principalmente com a realização do teste rápido, ofertado a população, ocasionando assim um aumento na procura pelo serviço e conseqüentemente a detecção de mais casos. Na Figura 18 está a taxa de detecção dos casos, em adultos, segundo sexo.

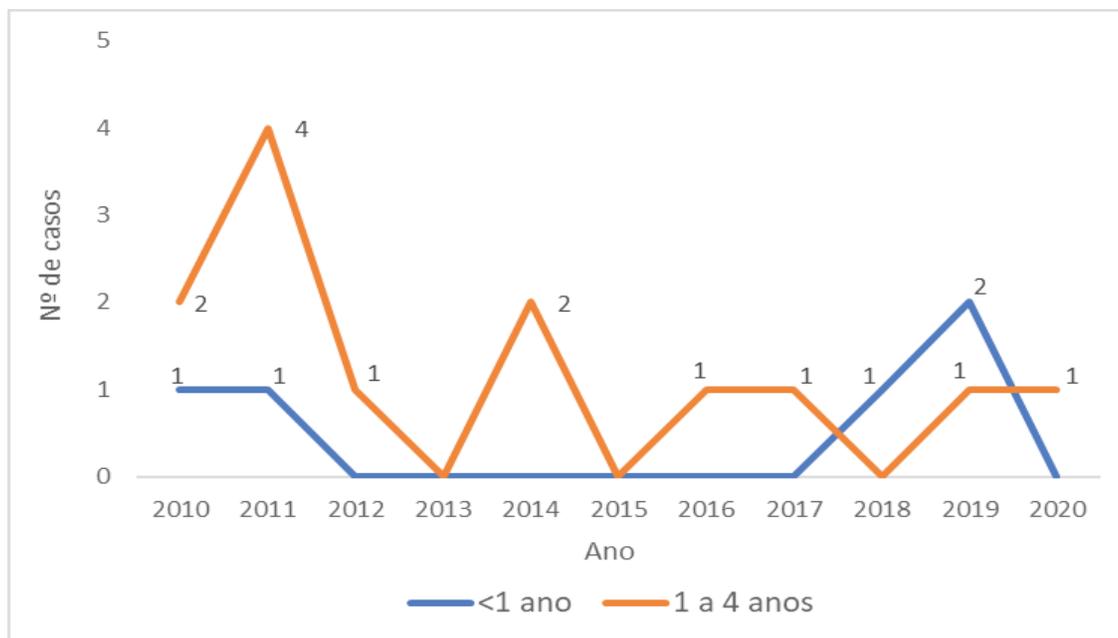
Figura 18. Taxa de detecção de Aids (por 100 mil habitantes), em adultos, segundo sexo, Porto Velho-RO, de 2010 a 2020.



Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados sujeitos a alterações em 06/05/2021.

Entre 2010 e 2020, foram registrados 28 casos de AIDS em menores de 13 anos, sendo 13 em menores de 5 anos. E em 2020, foi registrado um caso em menores de 5 anos. Na Figura 19, temos os casos em menores de 5 anos, no período analisado.

Figura 19. Distribuição dos casos de Aids, em menores de 1 ano e de 1 a 5 anos, Porto Velho-RO, de 2010 a 2020.



Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados sujeitos a alterações em 06/05/2021.

Hepatites virais

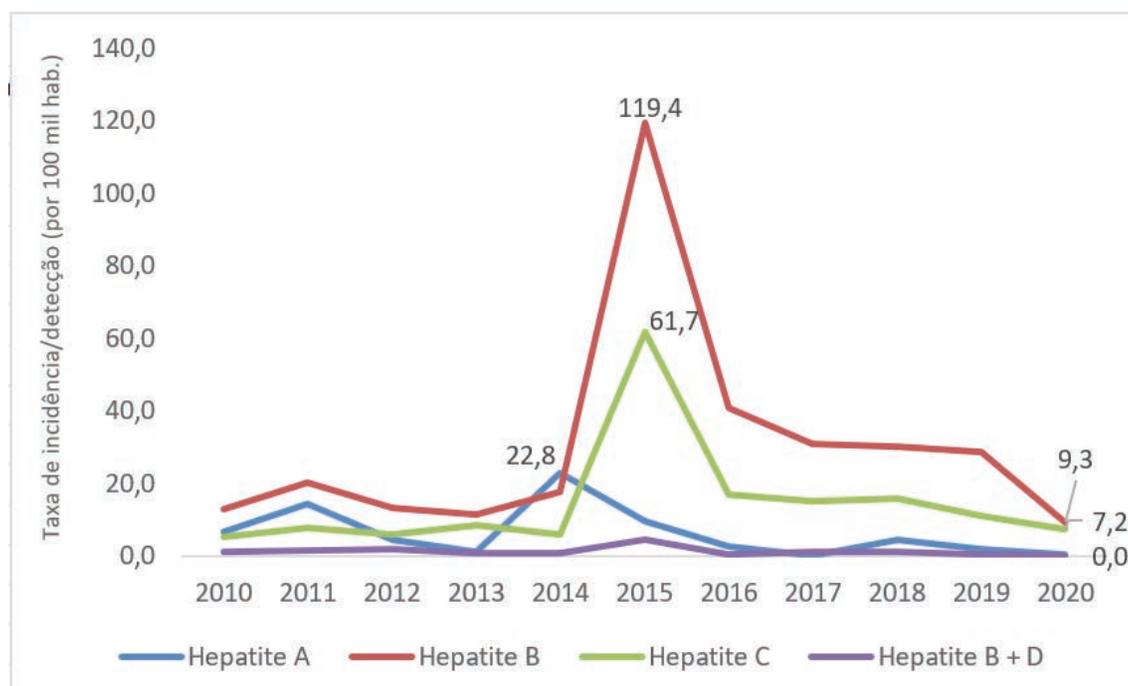
As hepatites virais são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, assim como em Porto Velho. No Brasil, as hepatites virais mais comuns são causadas pelos vírus A, B e C. Existem ainda, com menor frequência, o vírus da hepatite D (mais comum na região Norte do país) e o vírus da hepatite E, que é menos frequente no Brasil, sendo encontrado com maior facilidade na África e na Ásia.

As infecções causadas pelos vírus das hepatites B ou C com frequência são as que se tornam crônicas. E por nem sempre apresentarem sintomas, muitas das pessoas desconhecem ter a infecção. Devido a isso, os casos podem evoluir por décadas sem o devido diagnóstico (www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hepatite).

Em 2018, a taxa de incidência das hepatites virais, no Brasil foi para a do tipo A de 1,0/100 mil hab., tipo B de 6,7/100 mil hab., tipo C de 12,6/100 mil hab. e tipo D de 0,1/100 mil hab. Em 2020, em Porto Velho, as dos tipos A e B+D foram 0,0/100 mil hab., a do tipo B foi de 9,3/100 mil hab. e a do tipo C foi de 7,2/100 mil hab, conforme observamos na Figura 20.



Figura 20. Taxa de incidência/detecção de hepatites virais, segundo agente etiológico e ano de notificação, em residentes de Porto Velho-RO, 2010 a 2020.



Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados sujeitos a alterações em 06/05/2021.

Na Tabela 4 percebemos alta incidência de casos de hepatites virais, em 2015, tal fato ocorreu devido a busca ativa de casos em uma unidade de saúde hospitalar, de Porto Velho.

Segundo classificação etiológica e ano de notificação, de residentes em Porto Velho, de 2010 a 2020, pode-se observar que há uma variação no número de casos notificados ano a ano com um maior número de casos por vírus B, em relação aos demais vírus de transmissão parenteral, C e D, o que enfatiza seu maior potencial de infectividade, estabilização no meio ambiente e, sobretudo a via de transmissão sexual. Sozinho, o vírus B é responsável por aproximadamente 57,1% do total de casos de Hepatites Virais, somente o vírus C por 27,5% e as demais somadas são responsáveis por 14,6% dos casos.

Tabela 4. Casos de hepatites, segundo classificação etiológica e ano de notificação, em residentes de Porto Velho-RO, 2010 a 2020.

Ano da Notificação	Vírus A	Vírus B	Vírus C	Vírus B + D	Vírus B + C	Total
2010	29	57	22	5	1	114
2011	64	90	35	6	5	201
2012	20	60	26	8	1	116
2013	5	53	40	3	2	104
2014	109	84	28	3	4	229
2015	46	584	302	21	11	968
2016	12	203	85	1	5	312
2017	1	157	76	6	8	250
2018	22	157	82	6	6	276
2019	9	151	58	1	0	220
2020	2	50	39	0	0	92
Total	319	1646	793	60	43	2882
%	11,1	57,1	27,5	2,1	1,5	100,0

Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados sujeitos a alterações em 06/05/2021.

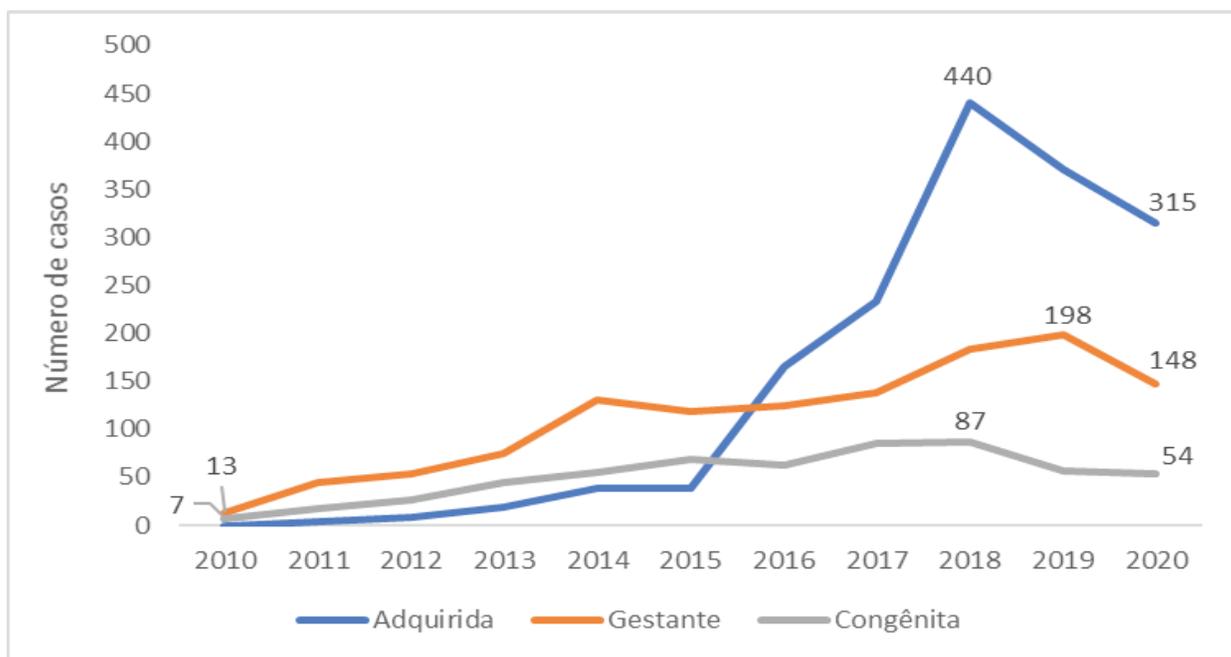
Sífilis

Porto Velho está entre algumas Capitais do Brasil, onde a Sífilis em gestante ficou menor do que a média Nacional, segundo Boletim Epidemiológico do MS, (2020). Entre os anos de 2010 a 2020 foram inseridos no Sinan, um mil duzentos e vinte e sete (1.227) casos de sífilis em gestantes. Observamos conforme a Figura 21, um aumento gradual das notificações, exceto em 2020, onde o decréscimo pode estar relacionado a pandemia por COVID-19 e alterações nos atendimentos nas Unidades de Estratégias Saúde da Família (ESF).

A Sífilis adquirida, agravo de notificação compulsória desde 2010, teve um aumento nas notificações a partir de 2016, com pico em 2018. Totalizando um mil seiscentos e trinta e quatro (1.634), casos notificados em Porto Velho. Sabemos que há uma subnotificação nos casos diagnosticados em consultórios particulares e Unidades de Saúde privadas, podemos confirmar tal informação quando solicitamos dados de Unidades notificadoras. O que nos faz acreditar que esses números poderiam ser maiores se houvesse mais notificações por parte dos profissionais.

O Município de Porto Velho evolui no diagnóstico e tratamento das gestantes, observamos uma redução nos casos de Sífilis congênita diagnóstico final, a melhora pode ser atribuída a melhora na captação precoce e tratamento adequado das gestantes através da oferta de teste rápido e a mudança no critério de definição dos casos de sífilis em gestante a partir de outubro de 2017 (Figura 22).

Figura 21. Casos confirmados de Sífilis em gestante, Sífilis congênita e Sífilis adquirida, segundo ano de diagnóstico, em residentes de Porto Velho-RO, de 2010 a 2020.

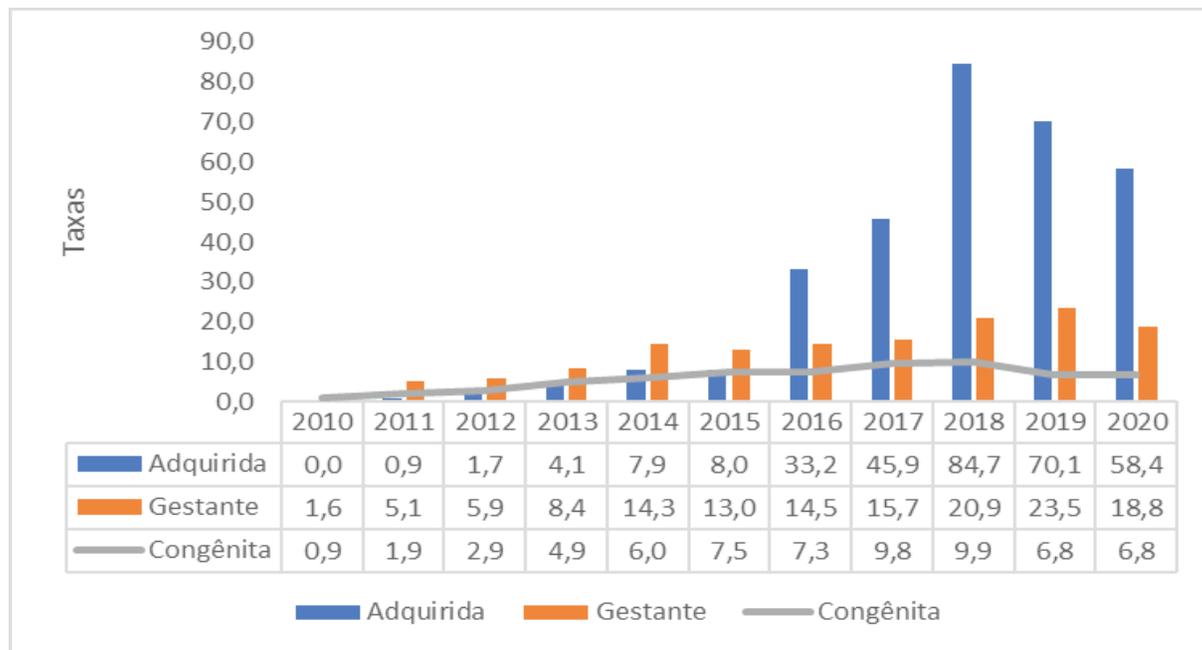


Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 06/05/2021.

Foram notificados no Sinan entre 2010 a 2020 quinhentos e sessenta e quatro (564) casos sífilis congênita em menores de 1 ano. Conforme Figura 22, o número de casos de sífilis congênita recente vem decrescendo, saímos de uma incidência de 9,9 casos por mil nascidos vivos (1.000 NV) em 2018, para uma incidência de 6,8/1.000 NV em 2020. Aumentando os casos de descartados, observamos um número maior de gestantes diagnosticadas e adequadamente tratada antes do parto. A taxa de incidência de gestantes notificadas a partir de 2018 aumentou em relação a anos anteriores. Para alcançar a meta da Organização Mundial da Saúde OMS, de 0,5/1.000 NV, é necessário continuar fortalecendo as ações de testagem para diagnóstico da sífilis e início do tratamento adequado da gestante junto a parceria sexual.



Figura 22. Taxa de detecção de sífilis em gestante (por 1.000 nascidos vivos), taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos Vivos) e taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), segundo ano de diagnóstico, em residentes de Porto Velho-RO, 2010 a 2020.

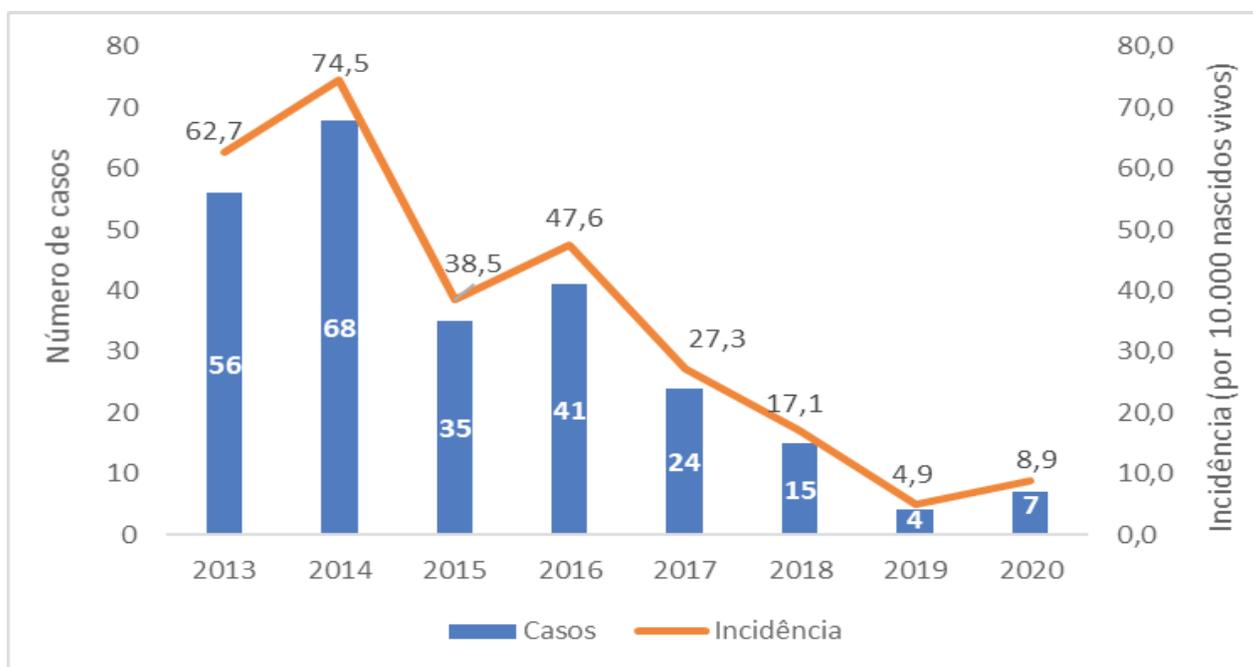


Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA, acessado em 06/05/2021.

Toxoplasmose Congênita

Segundo Wilson & Jungner, 2002, a toxoplasmose congênita é um importante problema de saúde. No Brasil, sua prevalência é de 5-23 crianças infectadas a cada 10.000 nascidos vivos e em 80% das crianças afetadas, está associada frequentemente a grave comprometimento visual, o que determina que medidas de controle da doença devem ser implantadas. Em Porto Velho, em 2014, tínhamos uma prevalência de toxoplasmose congênita de 74,5/10.000nv e em 2020 e em 2020 foi de 8,9/10.000nv, conforme Figura 23.

Figura 23. Casos e prevalência da toxoplasmose congênita, Porto Velho-RO, 2013 a 2020.



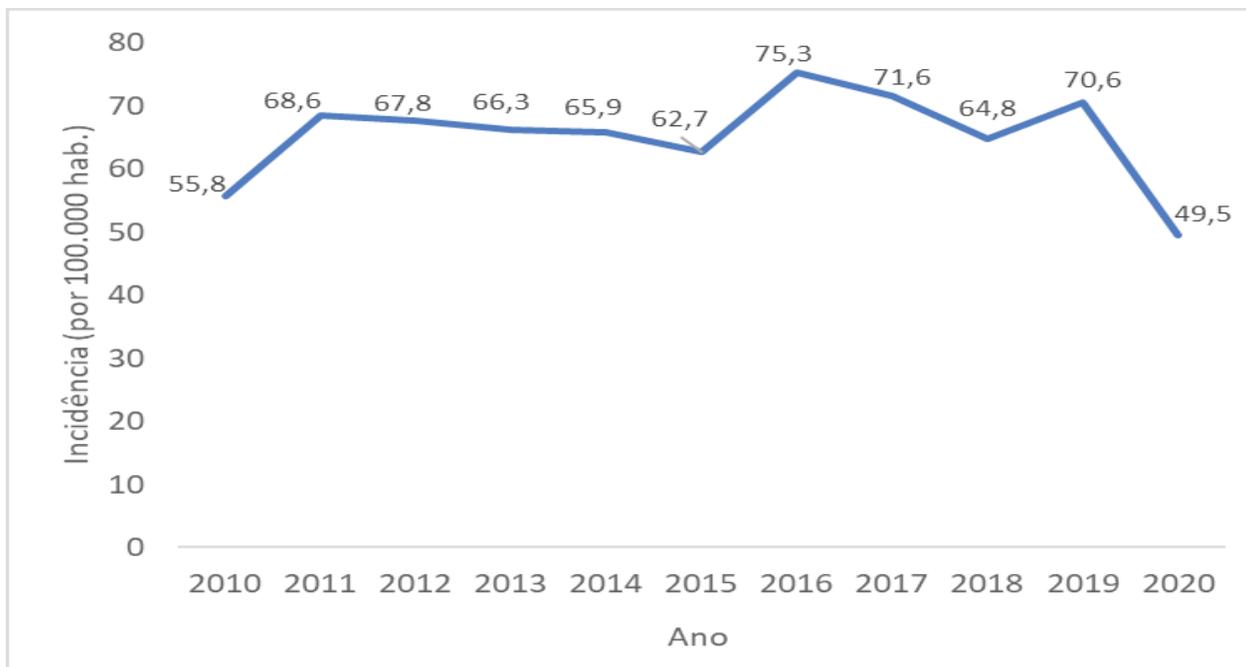
Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 06/05/2021.

Tuberculose

A tuberculose (TB) é um grave problema de saúde pública mundial e milhares de pessoas ainda adoecem e morrem devido à doença e suas complicações. No Brasil, embora seja uma doença com diagnóstico e tratamento realizados de forma universal e gratuita, ocorrem ainda anualmente aproximadamente 75 mil casos novos e 4.600 óbitos. Como parte do esforço global para redução do coeficiente de incidência e mortalidade, o Ministério da Saúde elaborou o Plano Nacional que tem como meta acabar com a tuberculose como problema de saúde pública no Brasil, atingindo o coeficiente de incidência de 10 casos por 100 mil habitantes até 2035.

Em Porto Velho, embora tenha ocorrido uma diminuição do coeficiente de incidência no ano de 2020 (49,5 casos por 100 mil habitantes), é importante refletir sobre o impacto da pandemia da COVID-19, principalmente na subnotificação dos casos, incluindo as ações de vigilância em saúde, no que concerne desde o rastreamento dos sintomáticos respiratórios, diagnóstico, tratamento e monitoramento, diante da reorganização dos serviços de saúde e rotatividade dos profissionais, cujo foco e prioridade era essencialmente o controle do coronavírus. Ressalta-se ainda que o município permanece com o maior coeficiente de incidência do estado de Rondônia (Figura 24).

Figura 24. Coeficiente de incidência de tuberculose, por 100 mil habitantes, Porto Velho-RO, 2010 a 2020.

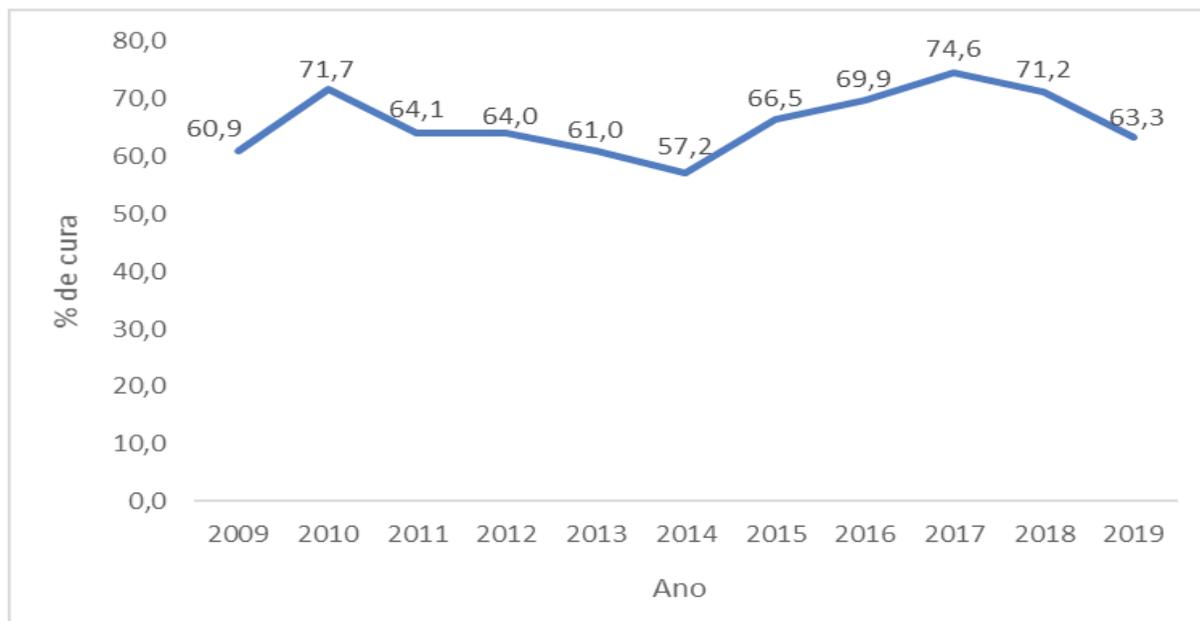


Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 06/04/2021.

De acordo com os dados sobre a situação de encerramento, no período entre 2009 a 2019, ano de diagnóstico, o percentual de cura em Porto Velho permanece abaixo das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), de no mínimo de 85%, sendo que o maior percentual ocorreu em 2017 (74,6%), caracterizando-se como um desafio, principalmente pela não implementação do Tratamento Diretamente Observado (TDO), monitoramento dos casos e busca de faltosos nas Unidades de Saúde da Família (USF). De modo complementar, o município possui um dos maiores percentuais de abandono do país, ocupando o primeiro lugar dentre as capitais em 2019, o que implica diretamente nas ações de controle, abrangendo a interrupção na cadeia de transmissão e, consequentemente, a diminuição do número de casos (Figura 25).



Figura 25. Percentual de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar, com confirmação laboratorial. Porto Velho-RO, 2009 a 2019.

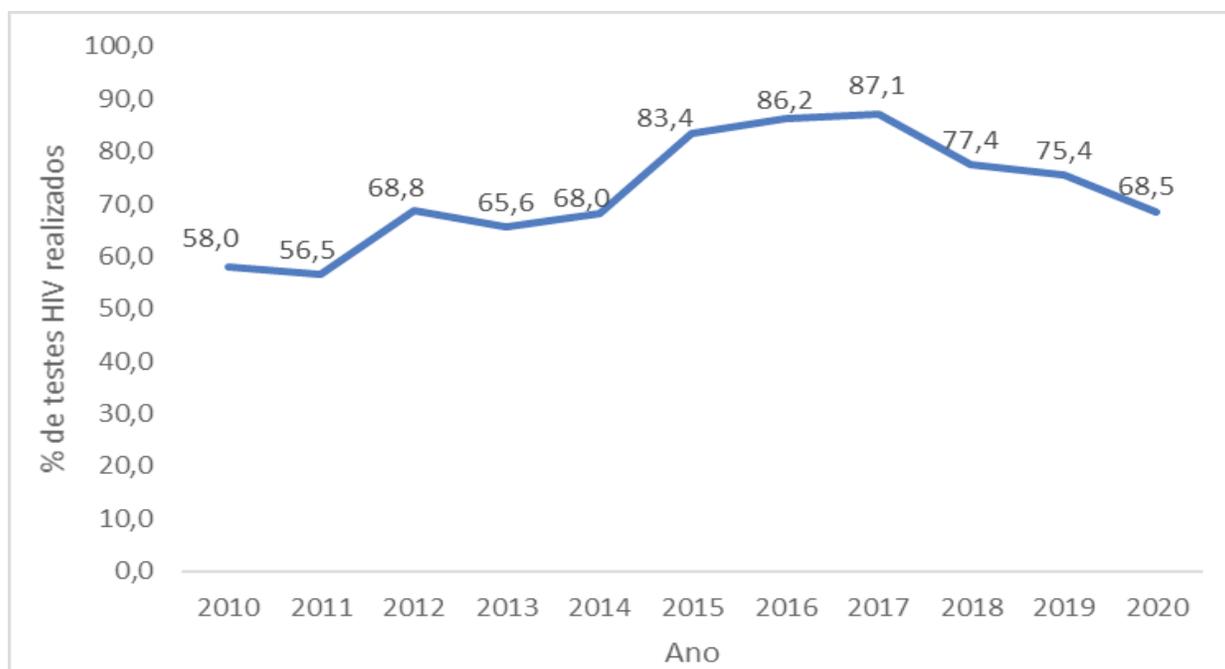


Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 06/04/2021.

A tuberculose é a doença (com agente conhecido) que mais mata pessoas infectadas pelo vírus do HIV. Por esse motivo, o diagnóstico precoce da tuberculose associada ao HIV se faz necessário nos serviços de saúde do país, incluindo a oferta e realização do exame para todos os casos de tuberculose.

Verificou-se que, em 2017, houve um maior percentual para a testagem do HIV (87,1%), o que pode estar associado com o indicador no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) e Sistema de Pactuação de Indicadores (SISPACTO) e, conseqüentemente, repasse financeiro diante da meta pactuada, o qual posteriormente foi retirado do rol dos indicadores SISPACTO, e observado uma queda acentuada nos anos seguintes (Figura 26).

Figura 26. Percentual de casos novos de tuberculose que realizaram teste para HIV, Porto Velho-RO, 2010 a 2020.



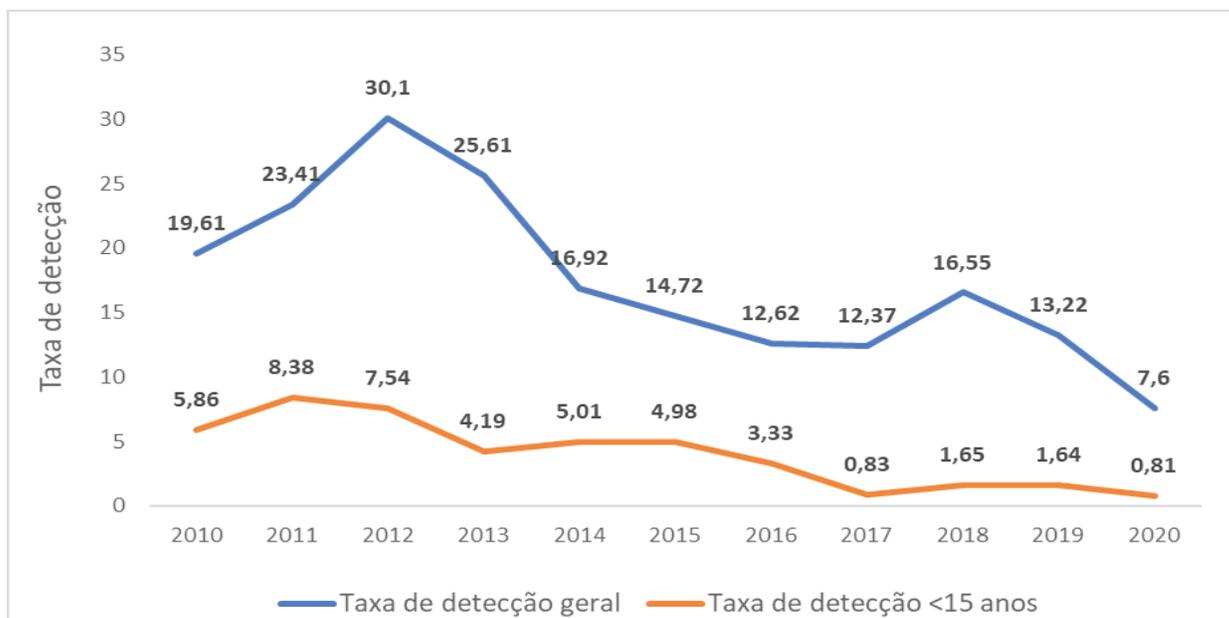
Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 06/04/2021.

Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica, transmissível e com alto poder incapacitante. A população de maior acometimento é do sexo masculino adultos. O Brasil vem ocupando o segundo lugar na relação de países com maior número de casos no mundo, ficando atrás somente da Índia.

Em Porto Velho é de importância em saúde pública. Entre os anos 2010 a 2020, foram diagnosticados em nosso município 792 novos casos de hanseníase. A taxa de detecção geral de casos novos, nesse período, apresentou uma redução passando de 19,61 em 2010 para 7,6 por 100 mil habitantes em 2020, caindo do parâmetro de endemicidade alta para média, segundo parâmetros do Ministério da Saúde (Figura 27).

Figura 27. Taxa de detecção de hanseníase na população geral e em menores de 15 anos, Porto Velho-RO, coortes de casos novos 2010 a 2020.



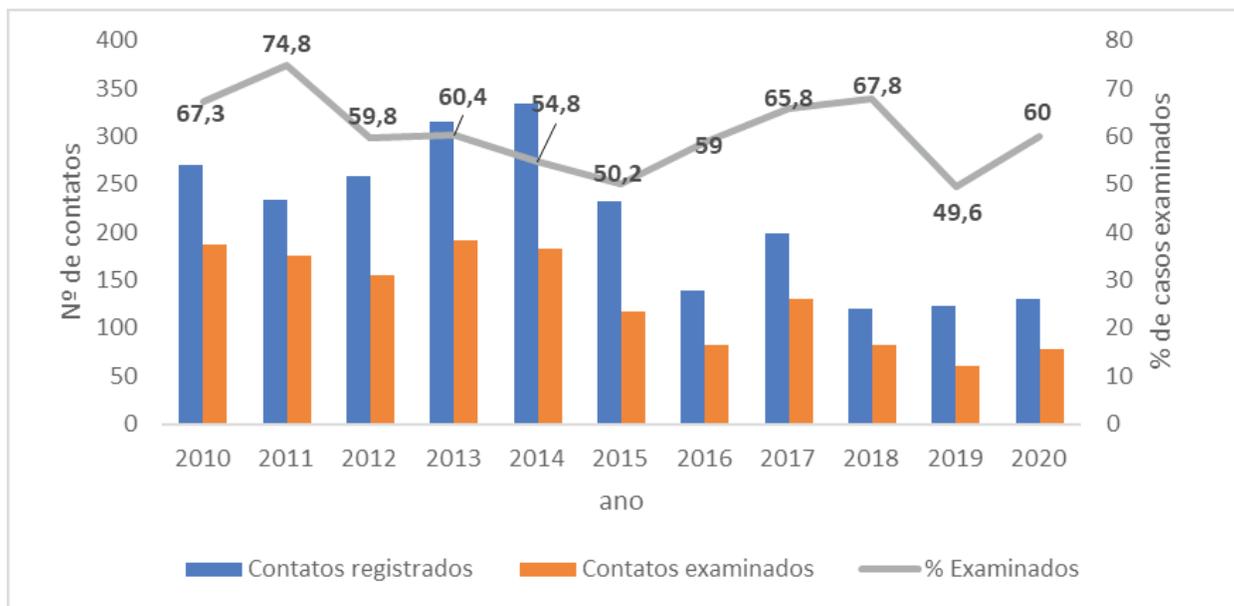
Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 06/05/2021.

A vigilância de contatos é a principal estratégia de detecção ativa para descoberta de casos, uma vez que facilita o diagnóstico precoce, contribuindo para a queda da cadeia de transmissão e reduzindo, conseqüentemente, as deficiências que surgem em decorrência do atraso no diagnóstico. Na Figura 28 observamos a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase.

A Figura 28 apresenta 2358 contatos registrados, destes, tem-se 1442 contatos examinados, houve aumento proporcional de contatos examinados passando de 50,2% em 2016 para 67,8% em 2018. Com uma queda acentuada para 49,6% em 2019, podendo estar associada ao período inicial da pandemia pela Covid-19. Importante ressaltar que em 2020 aumentou para 60%, porém segundo os parâmetros do MS, os percentuais de contatos examinados encontram-se precário (<75,0%). É multifatorial as dificuldades em torno da vigilância dos contatos, incluindo a dificuldade de acesso as unidades de saúde, além do estigma em torno da doença, resultando em uma preocupação dos pacientes em não contar para seus familiares.



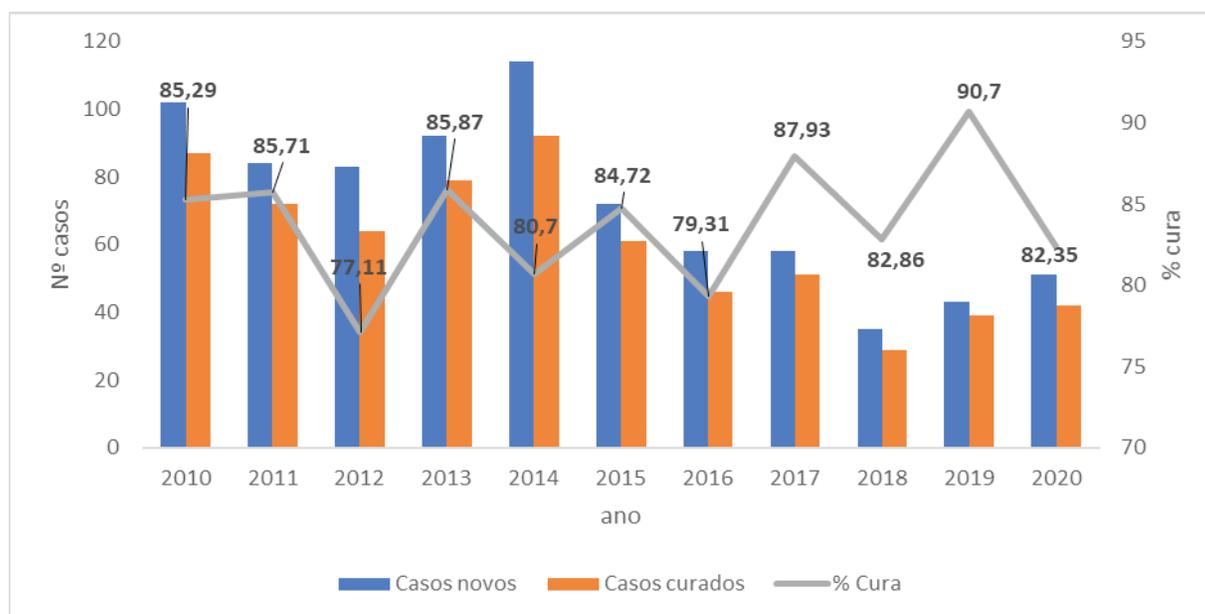
Figura 28. Contatos Registrados, examinados e proporção de examinados de casos novos de hanseníase, Porto Velho-RO, nos anos da coorte 2010 a 2020.



Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 06/05/2021.

Na Figura 29 observa-se um desempenho de forma linear, mantendo-se dentro dos parâmetros regulares, conforme o ministério da saúde (≥ 75 a 89,9%), exceto no ano de 2019 que obteve parâmetro de alto de desempenho com 90%, valor que demonstra o monitoramento e qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completitude do tratamento.

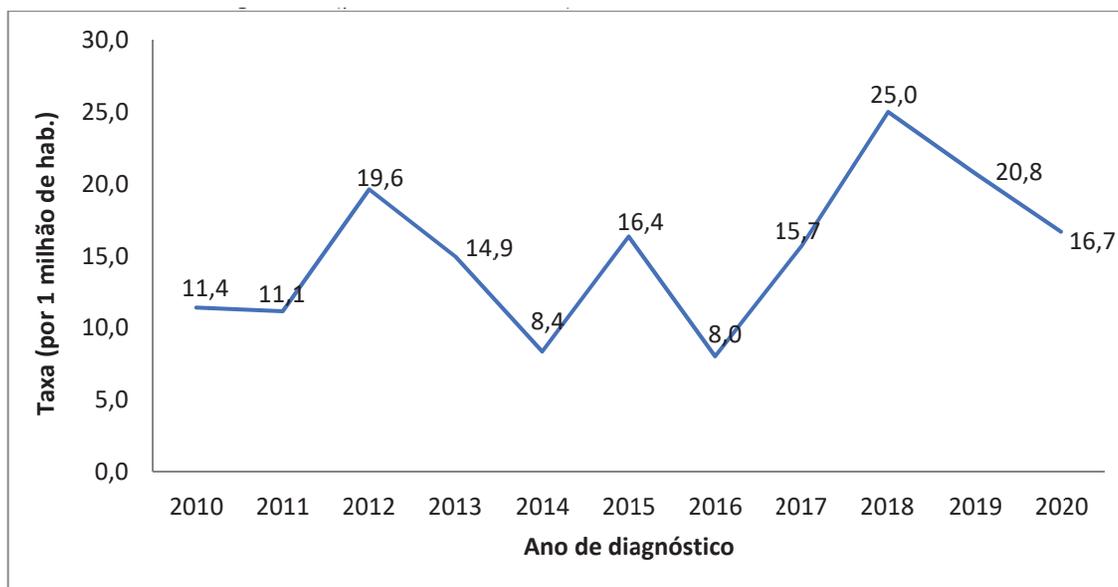
Figura 29. Proporção de casos novos e curados nas coortes de casos novos de hanseníase, Porto Velho-RO, 2010 a 2020.



Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 06/05/2021.

Na Figura 30, relaciona-se a avaliação do Grau de Incapacidade Física (GIF 2), no momento do diagnóstico, ocasionada pela hanseníase. Entre 2010 a 2020, observa-se uma tendência de redução das taxas de casos novos com GIF 2 no diagnóstico, passando de 11,4 para 16,7 por 1 milhão de habitantes. No Brasil, essa taxa foi 11,7 em 2010 e 10,0 em 2018.

Figura 30. Taxa de casos novos de hanseníase, com grau 2 de incapacidade física, no momento do diagnóstico (por 1 milhão de hab.), Porto Velho-RO, de 2010 a 2020.



Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 06/05/2021.

Portanto, evidencia-se a necessidade de estratégias de ampliação do acesso, oportunizando o tratamento precoce, tratamento oportuno, prevenção das incapacidades, autocuidado e a vigilância de contatos para o controle da hanseníase, no município de Porto Velho, considerando que a hanseníase é uma doença altamente incapacitante e de caráter crônico que vem obtendo altos números de casos novos.

Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave

A vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) está implantada no Brasil, desde 2009, devido a pandemia de Influenza A (H1N1). Desde então, a vigilância de SRAG foi implantada na rede de vigilância de Influenza e outros vírus respiratórios. Enquanto a vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG) já estava antes implantada.

O município de Porto Velho implantou o referido serviço na Unidade de Saúde da Família José Adelino, compondo o arcabouço de unidades de saúde selecionadas em parceria com o Ministério da Saúde, para atuarem na detecção oportuna de vírus com o potencial de provocar episódios epidêmicos como o registrado no ano de 2009. Em 2015, houve uma descontinuidade na coleta das amostras na USF José Adelino, devido à reforma da unidade ocorrida desde 2014 e em 2016, a unidade sentinela passou a ser o Pronto Atendimento Ana Adelaide.

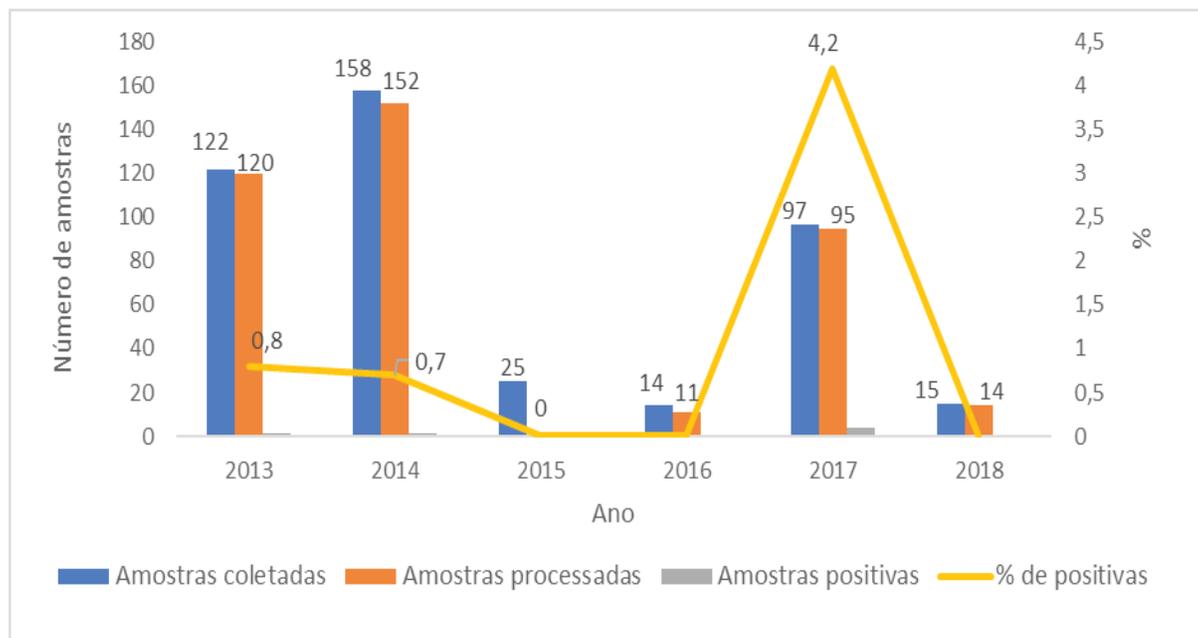
Em 2010, passaram a ser notificados também os casos de SRAG hospitalizados. A notificação desses casos é realizada, desde a pandemia de H1N1, até os dias atuais, informada em uma versão Web do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN Influenza Web).

Em 2020, a vigilância da COVID-19, a infecção humana causada pelo novo Coronavírus, que vem causando uma pandemia, foi incorporada à rede de vigilância da Influenza e outros vírus respiratórios.

A Figura 31 e 32 mostra a distribuição das amostras coletadas, processadas e positivas para o vírus respiratório nas unidades sentinelas José Adelino e Policlínica Ana Adelaide, município de Porto Velho.

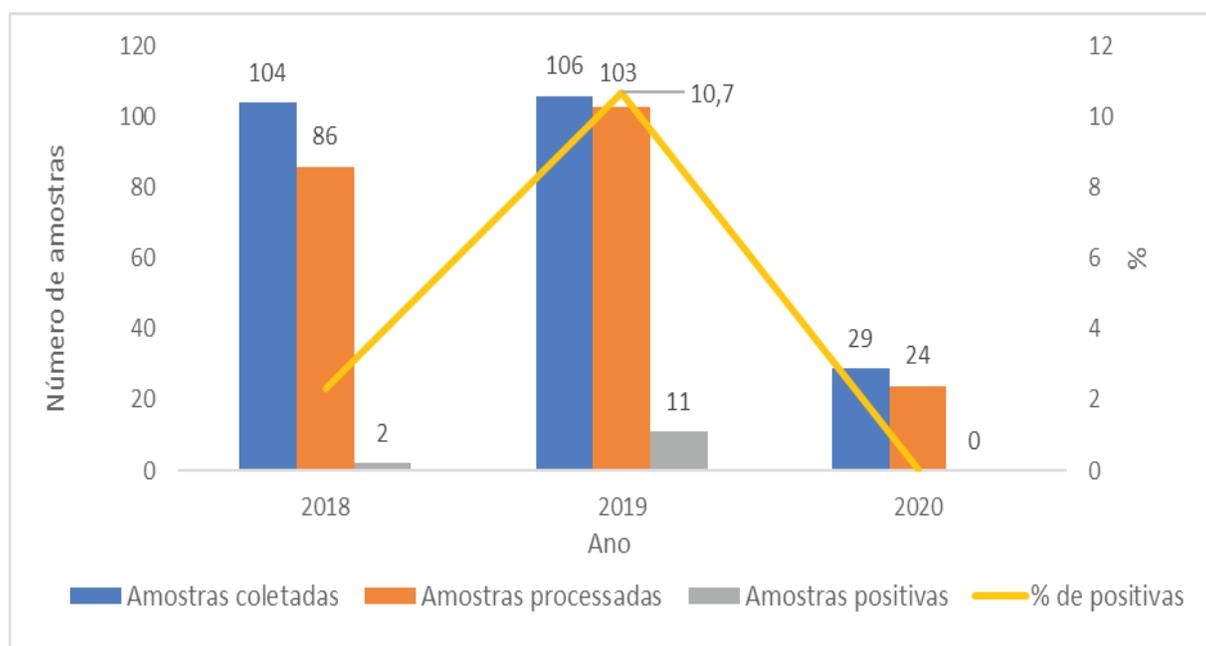


Figura 31. Distribuição das amostras coletada, processadas e positivas para vírus respiratórios, na Unidade Sentinela José Adelino, Porto Velho-RO, 2013 a 2018.



Fonte: SIVEP_gripe/DVE/SEMUSA/PV/RO, acessado maio/2021.

Figura 32. Distribuição das amostras coletada, processadas e positivas para vírus respiratórios, na Unidade Sentinela Pronto Atendimento Ana Adelaide, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.



Fonte: SIVEP_gripe/DVE/SEMUSA/PV/RO, acessado maio/2021.

Temos também a vigilância do vírus respiratório em outras unidades de saúde estaduais. Na Tabela 5 a proporção de vírus detectados nos serviços sentinelas, segundo sexo. Observamos que as primeiras faixas etárias de vida, de <2 a 5 a 9 anos, concentram a maior proporção de vírus detectados em todos os anos da série histórica.



Tabela 5. Proporção de vírus detectados nos serviços sentinelas municipais e estaduais, segundo faixa etária, Porto Velho-RO, 2013 a 2020.

Faixa Etária	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
<2	4	80,0	10	71,4	8	66,7	32	82,1	33	63,5	12	52,2	30	47,6	6	20,7
2 a 4	1	20,0	3	21,4	4	33,3	5	12,8	13	25,0	6	26,1	18	28,6	11	37,9
5 a 9	0	0,0	1	7,1	0	0,0	2	5,1	3	5,8	4	17,4	8	12,7	12	41,4
10 a 19	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,8	1	4,3	0	0,0	0	0,0
20 a 29	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	6,3	0	0,0
30 a 39	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,2	0	0,0
40 a 49	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0
50 a 59	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
60 +	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	5	100,0	14	100,0	12	100,0	39	100,0	52	100,0	23	100,0	63	100,0	29	100,0

Fonte: SIVEP_gripe/DVE/SEMUSA/PV/RO, acessado maio/2021.

Na Tabela 6, quanto a proporção de vírus detectado, segundo tipo, nos serviços sentinelas, estaduais e municipal, observamos que 47,3% é do tipo vírus respiratório sincicial, 13,5% é Influenza A (não subtipado) e 8,4% é Adenovírus. Em 2020, foram identificados os primeiros casos pelo SARS-CoV-2.

Tabela 6. Proporção de vírus detectados, segundo tipo, nos serviços sentinelas municipais e estaduais, segundo ano de notificação, Porto Velho-RO, 2013 a 2020.

TIPO DE VÍRUS	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL	
									nº	%
Influenza A(H1N1) pdm09	-	2	-	-	-	2	4	-	8	3,4
Influenza A/H3 Sazonal	-	-	-	-	-	1	2	-	3	1,3
Influenza A (n.subtipado)	-	3	4	3	3	7	12	-	32	13,5
Influenza B	-	-	1	1	1	-	5	4	12	5,1
SARS-CoV-2	-	-	-	-	-	-	-	18	18	7,6
VRS (vírus respiratório sincicial)	4	8	5	24	26	11	31	3	112	47,3
Parainfluenza 1	-	-	-	2	1	1	3	-	7	3,0
Parainfluenza 2	-	-	-	2	-	-	-	-	2	0,8
Parainfluenza 3	1	-	-	4	6	1	4	-	16	6,8
Adenovírus	-	1	2	2	13	-	2	-	20	8,4
Metapneumovirus	-	-	-	-	2	-	-	-	2	0,8
Outro vírus respiratório	-	-	-	1	-	-	-	4	5	2,1
TOTAL	5	14	12	39	52	23	63	29	237	100,0

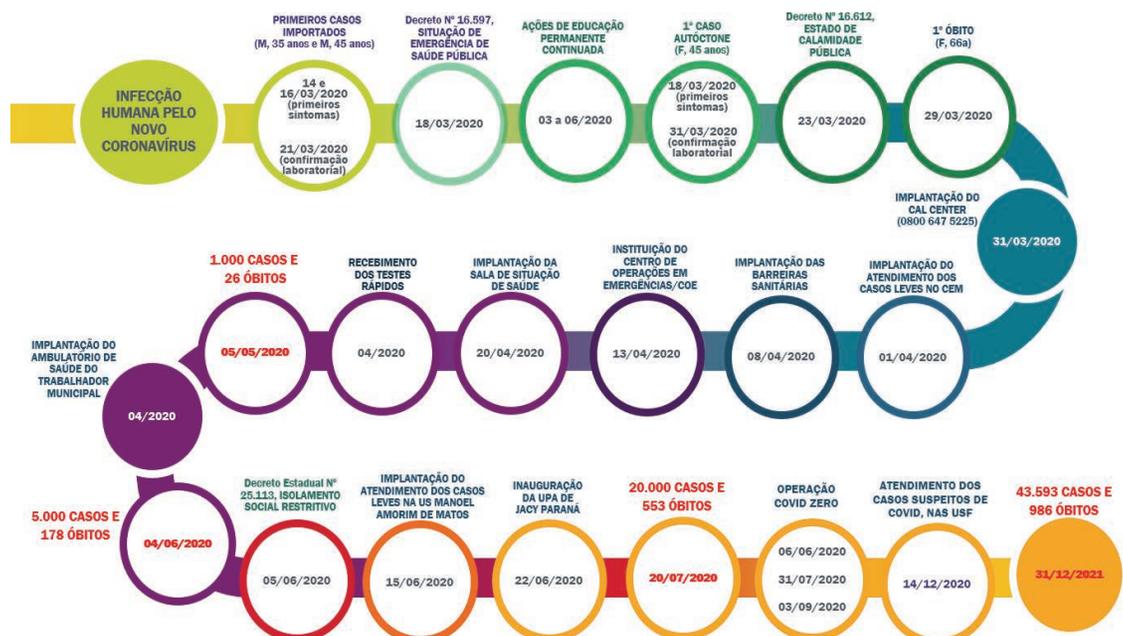
Fonte: SIVEP_gripe/DVE/SEMUSA/PV/RO, acessado maio/2021.



Infecção Humana pelo Novo Coronavírus/COVID-19

O Município de Porto Velho teve o seu primeiro caso autóctone de Infecção Humana pelo novo coronavírus confirmado em 31/03/2020, que apresentou os primeiros sintomas em 18/03/2020. Mas os primeiros casos confirmados importados, de residentes, foi em 21/03/2020, que apresentaram os primeiros sintomas em 14 e 16 de março de 2020, respectivamente. Na Figura 33 consta a Linha do tempo desde a ocorrência dos primeiros casos importados em Porto Velho, das estratégias e serviços implantados e da dinâmica temporal dos casos confirmados até a data atual.

Figura 33. Linha do tempo da infecção humana pelo novo coronavírus, estratégias e serviços implantados, Porto Velho-RO, 15/03/2020 a 31/12/2020.



Fonte: SEMUSA/PV/RO, 14/01/2021.

Apresentamos na Tabela 7, casos confirmados e óbitos, assim como incidência, mortalidade e letalidade por infecção humana pelo novo coronavírus, no Brasil, Região Norte, Rondônia e Porto Velho. Observamos que o município apresenta a taxa de letalidade menor que a do Brasil (2,5%) e maior que da região Norte (2,1%) e de Rondônia (1,9%). Enquanto as taxas de mortalidade e a de incidência são maiores que as do Brasil, Região Norte e de Rondônia.

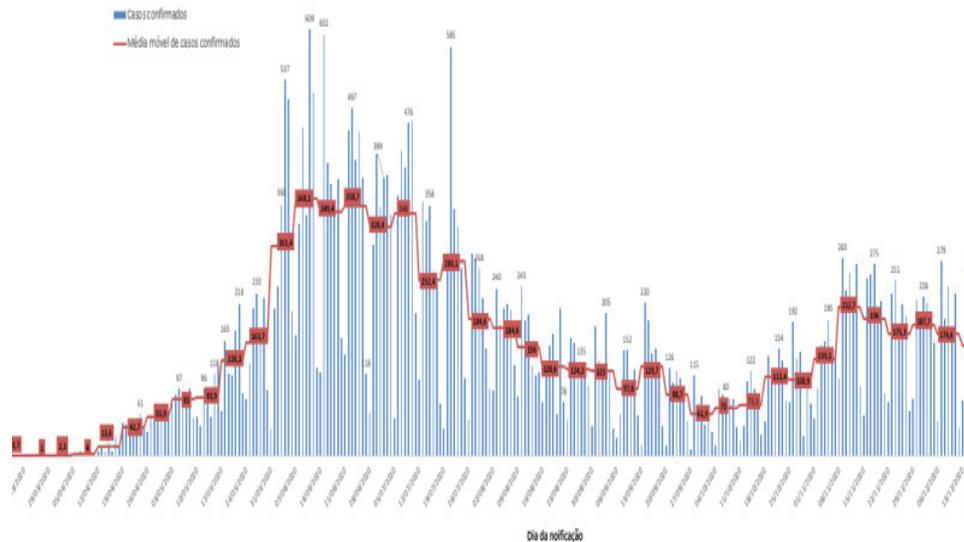
Tabela 7. Casos confirmados, óbitos, letalidade e mortalidade por infecção humana pelo novo coronavírus, Brasil, Região Norte, Rondônia e Porto Velho-RO, 15/03/2020 a 31/12/2020.

INDICADORES	BRASIL	REGIÃO NORTE	RONDÔNIA	PORTO VELHO
Casos Confirmados	7.619.200	854.930	95.729	43.593
Óbitos	193.875	17.949	1.817	986
Casos Curados	7.339.703	-	81.738	34.507
População (hab.)	210.147.125	18.430.980	1.777.225	529.544
Letalidade (%)	2,5	2,1	1,9	2,3
Incidência/100mil hab.	3.625,6	4.638,5	5.386,4	8.232,2
Mortalidade por 100mil hab.	92,2	97,4	102,2	186,2

Fonte: <https://covid.saude.gov.br>, <http://covid19.sesau.ro.gov.br>, eSUS VE, Gal/Lacen e DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 14/01/2021.

Verificamos na Figura 34, que a média móvel dos casos confirmados teve o pico nas Semanas Epidemiológicas/SE dos meses de junho e julho/2020 e tivemos um aumento nas SE de novembro e dezembro/2020, sendo que passamos de 139,1 casos na SE 45 (01/11 a 07/11) para 248,2 na SE 46 (08/11 a 14/11).

Figura 34. Número e média móvel de casos confirmados por COVID-19, segundo data de notificação dos casos, Porto Velho-RO, março a dezembro/2020.

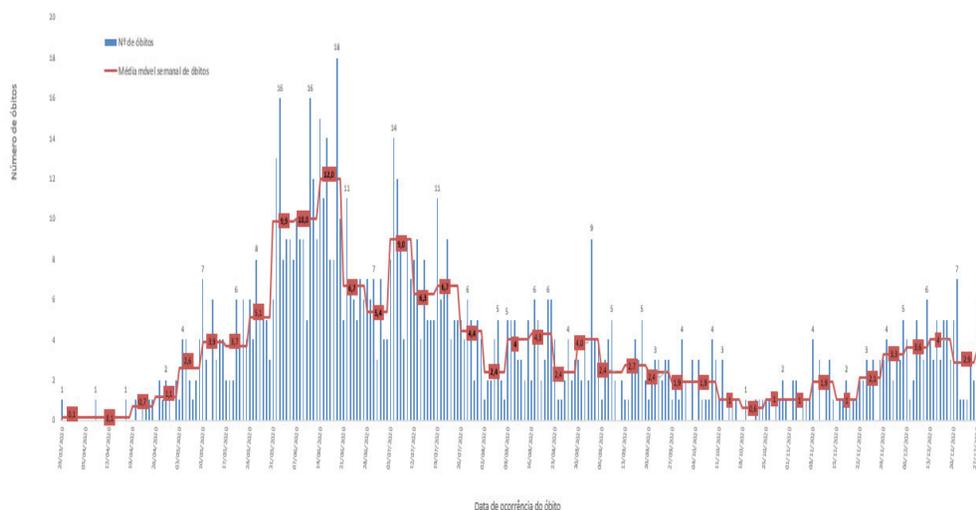


Fonte: eSUS VE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 01/01/2021.

O primeiro óbito em Porto Velho, por COVID-19 teve como data de ocorrência 29/03/2020. Desde então, até 31 de dezembro de 2020, tivemos 986 óbitos. Na Figura 35, observamos os óbitos por infecção humana do novo coronavírus, em residentes de Porto Velho, segundo dia de ocorrência, em 2020.

Conforme a Figura 35, no mês de junho/2020 tivemos um aumento na ocorrência de óbitos, em Porto Velho, nas SE 23 (31/05 a 06/06), 24 (07/06 a 13/06) e 25 (14/06 a 20/06) foram as que apresentaram maiores médias semanais de óbitos, com 9,9; 10,0 e 12,0 óbitos, respectivamente.

Figura 35. Distribuição e média móvel semanal dos óbitos por infecção humana do novo coronavírus, segundo dia e mês de ocorrência do óbito, em residentes de Porto Velho-RO, março a dezembro/2020.



Fonte: SIM/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 02/01/2021.

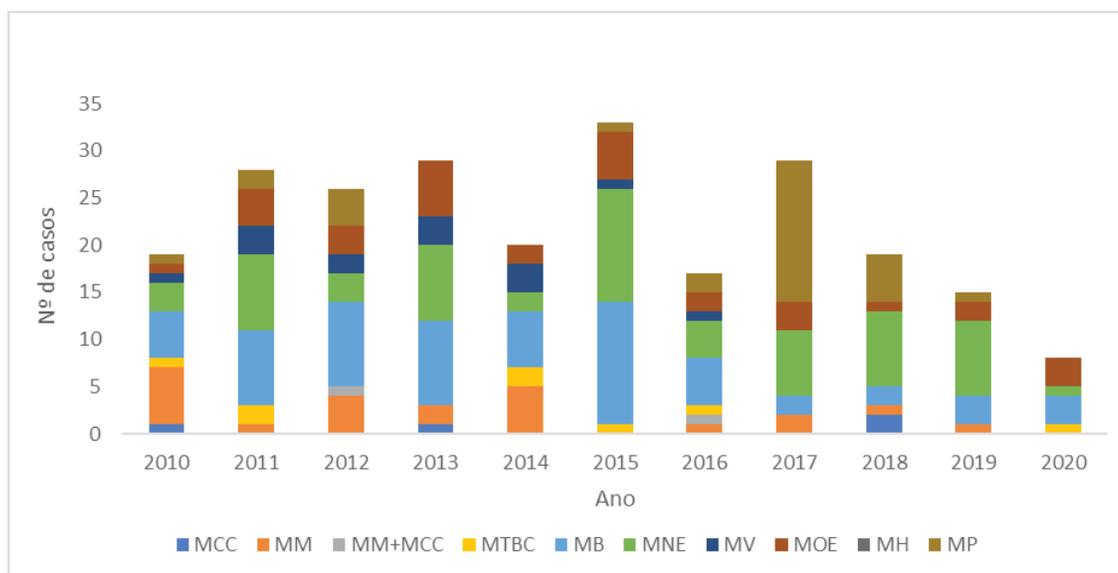


Meningites

No Brasil, no período de 2007 e 2020, foram notificados 393.941 casos suspeitos de meningite. Destes, foram confirmados 265.644 casos de várias etiologias, sendo a meningite viral mais frequente (121.955 casos), seguida pela etiologia bacteriana (87.993 casos). Destas, as mais frequentes foram: meningites por outras bactérias (40.801 casos); doença meningocócica (26.436 casos); meningite pneumocócica (14.132 casos); meningite tuberculosa (4.916 casos) de meningite por *H. influenzae* (1.708 casos). Além disso, observou-se também 43.061 casos de meningite não especificada, 10.464 casos de meningite por outras etiologias e 2.171 com etiologia ignorada/em branco.

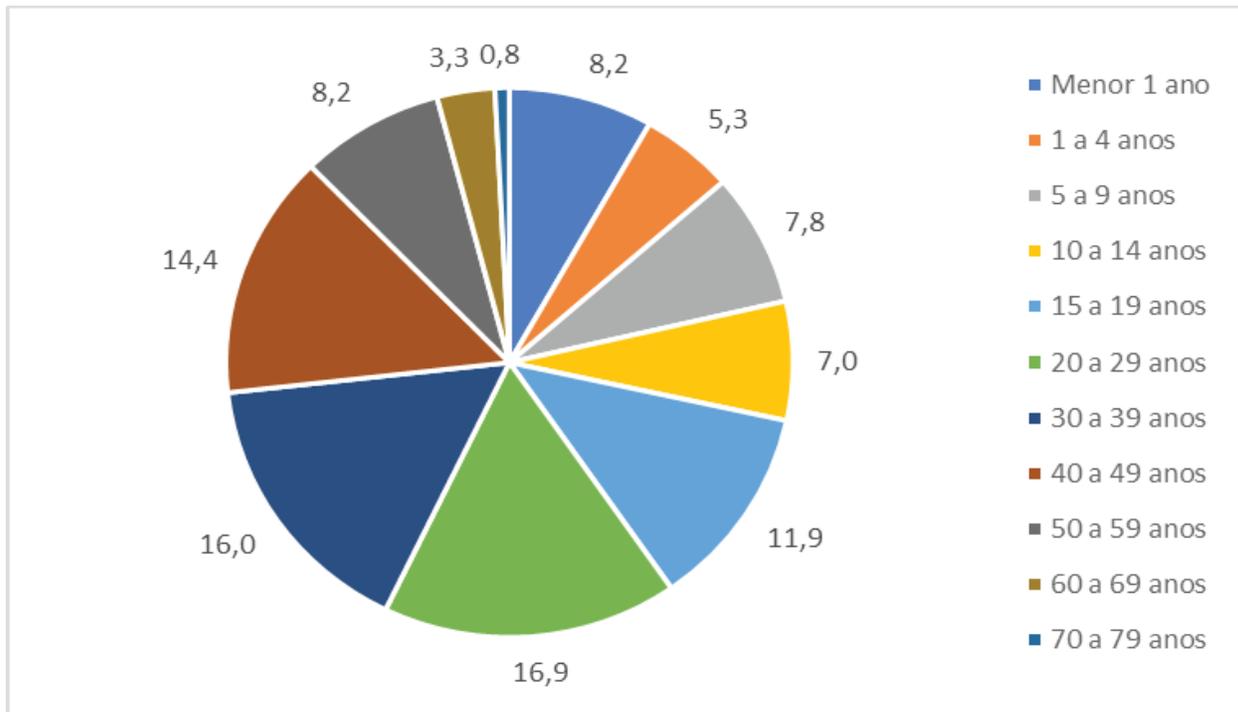
Em Porto Velho, para descrever a situação epidemiológica das meningites, foram utilizados dados do Sinan, de 2010 a 2020, quando foram confirmados 243 casos, sendo a etiologia mais frequentes, MB/meningite bacteriana (65), MNE/meningite não especificada (64), MOE/;meningite outra etiologia (32), MP/*Streptococcus pneumoniae* (31), MM/meningite meningocócica (23), MV/meningite viral (14), MTBC/meningite por tuberculose (08), MCC/meningococemia (04), MM + MCC/meningite meningocócica + meningococemia (02), conforme observamos na Figura 36.

Figura 36. Distribuição dos casos confirmados de meningites, segundo classificação etiológica, Porto Velho-RO, 2010 a 2020.



Fonte: SinanNet\BaseDBF\MeningeNET em 06/05/2021.

Quanto a faixa etária mais acometida por meningites, observamos na Figura 37, que as três primeiras faixas (<1 ano, 1 a 4 e 5 a 9 anos) concentram 21,3% dos casos ocorridos nos últimos 11 anos, enquanto as próximas faixas (10 a 14 anos e 15 a 19 anos) correspondem a 18,9% e a ocorrência de casos diminuem com o aumento da faixa etária, chegando a faixa de 70 a 79 anos com 0,8% dos casos.

Figura 37. Distribuição dos casos confirmados de meningites, segundo faixa etária, Porto Velho-RO, de 2010 – 2020.

Fonte: SinanNet\BaseDBF\MeningeNET em 06/05/2021.

3.1.2.1.2. Doenças crônicas não transmissíveis

O perfil das causas de adoecimento e mortes no Brasil tem mudado de forma relevante, assim como também em 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 não transmissíveis, com exceção em 2020, quando ocorreu o aumento de casos e óbitos de doenças infecto parasitária, que foi determinado pelo COVID-19.

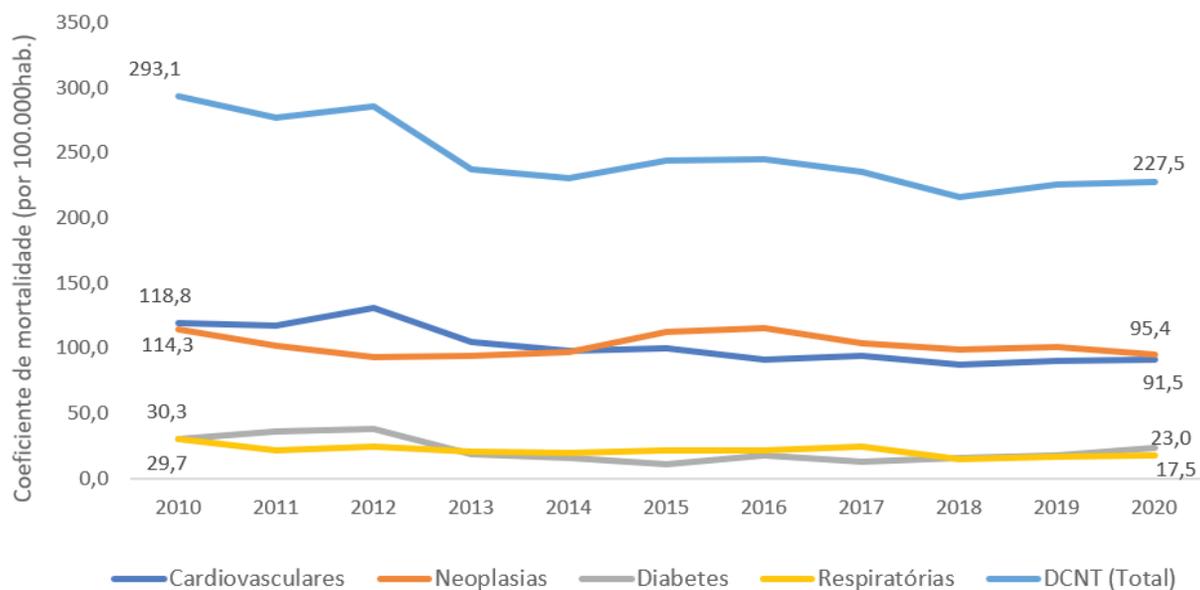
Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, depressão, doenças respiratórias e renais crônicas, entre outras, vem destacando-se como importantes problemas de saúde pública no cenário mundial. Isto ocorre devido ao envelhecimento populacional que mudou o cenário epidemiológico das doenças, diminuindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas e aumentando a das doenças crônicas (BRASIL, 2019).

O coeficiente de mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mede o risco de morte de pessoas de 30 a 69 anos por quatro grupos - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas – que respondem por 57% do total das mortes ocorridas em 2017, nesta faixa etária. No Brasil, em 2017, o coeficiente de mortalidade prematura por doenças cardiovasculares é 129,2/100 mil hab., por neoplasias é 109,2/100 mil hab., por diabetes é 23,9/100 mil hab. e por doenças respiratórias é 20,0/100 mil hab.

Na Figura 38 está o coeficiente de mortalidade prematura por DCNT, de Porto Velho, de 2010 a 2020. Observamos que este indicador tem apresentado diminuição em Porto Velho, pois em 2010 foi de 293,1/100 mil hab. e em 2020 passou para 227,5/100 mil hab.. E houve diminuição também nesse indicador por doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias.



Figura 38. Coeficiente de mortalidade prematura por DCNT, geral e segundo grupos de causas, Porto Velho-RO, 2010 a 2020.



Fonte: SIM/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 06/05/2021.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por doenças crônicas e por fração substancial da carga de doenças devida a essas enfermidades. Dentre esses fatores, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), a ingestão insuficiente de frutas, legumes e verduras e a inatividade física.

Na maioria dos casos, as causas das doenças crônicas não transmissíveis são claramente estabelecidas, mas as investigações identificam diversos *fatores de risco*. Estes fatores podem ser:

- ✓ Não modificáveis: sexo, idade, herança genética;
- ✓ Modificáveis: tabagismo, alimentação inadequada, álcool, inatividade física e outros
- ✓ Determinantes macros: condições socioeconômicas, culturais e ambientais;
- ✓ Intermediários: hipertensão, dislipidemia, sobrepeso/obesidade, intolerância à glicose.

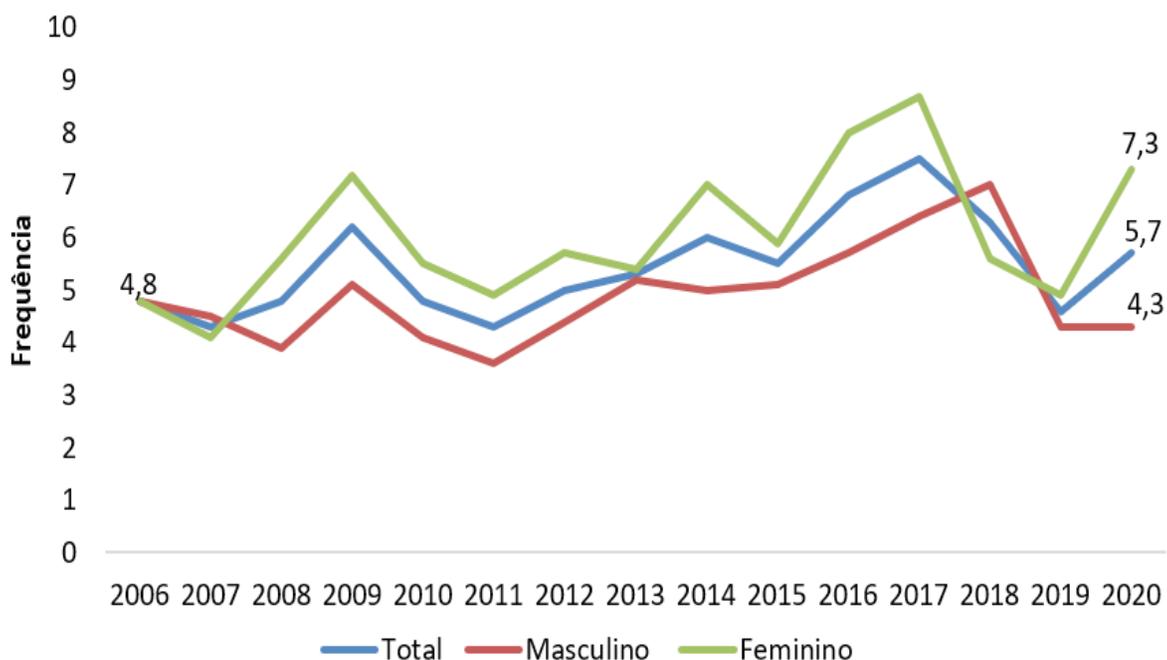
Nas Figuras 39, 40 e 41 estão as tendências de prevalência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e obesidade, de 2006 a 2020. Observamos que as tendências para os três fatores de risco aumentaram no período analisado, portanto ações de promoção à saúde, vigilância e cuidado integral são importantes, para que interfiram nesses fatores, para que não sejam acumulados ao longo da vida e assim possam determinar diversas doenças e agravos, especificamente relacionados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Em Porto Velho, com relação a hipertensão arterial sistêmica autorreferida, o percentual de adultos que referiram a doença foi 19,8%, em 2006 e 21,6% em 2020. Quanto aos homens houve um aumento de 16,6% (2006) para 20,8%, o que interferiu na prevalência geral. E quanto as mulheres ocorreu uma pequena diminuição de 22,9% (2006) para 22,5% (2020). No Brasil em 2020, a prevalência em adultos foi de 25,2%, em homens de 24,1% e em mulheres de 26,2% (Vigitel – SVS/MS).

Figura 39. Tendência da prevalência de hipertensão arterial sistêmica, Porto Velho-RO, 2006 a 2020.

Fonte: Vigitel – SVS/MS.

Em Porto Velho, com relação a diabetes, o percentual de adultos que referiram a doença foi 4,8%, em 2006 e 5,7% em 2020. Quanto aos homens e mulheres, a prevalência foi igual em 2006 (4,8%), porém houve uma diminuição para 4,3% entre os homens e aumento para 7,3% entre as mulheres, em 2020. No Brasil em 2020, a prevalência em adultos foi de 8,2%, em homens de 7,3% e em mulheres de 9,0% (Vigitel – SVS/MS).

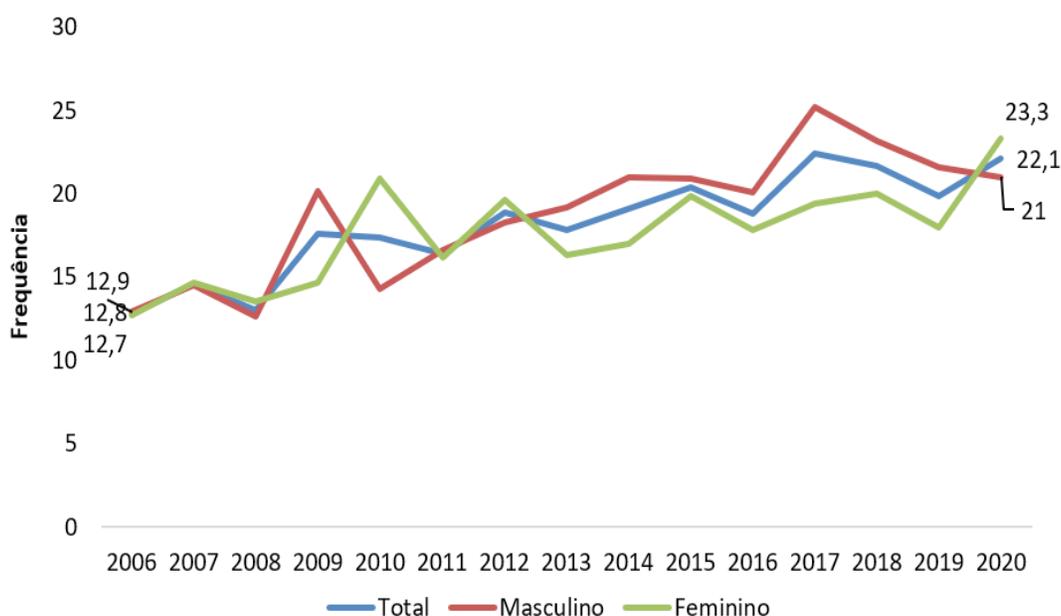
Figura 40. Tendência da prevalência de diabetes, Porto Velho-RO, 2006 a 2020.

Fonte: Vigitel – SVS/MS.

Em Porto Velho, com relação a obesidade, o percentual de adultos que referiram a doença foi 12,8%, em 2006 e 22,1% em 2020. Quanto aos homens houve um aumento de 12,9% (2006) para 21,0% e nas mulheres aumentou de 12,7% (2006) para 23,3% (2020). No Brasil em 2020, a prevalência em adultos foi de 21,5%, em homens de 20,3% e em mulheres de 22,6% (Vigitel – SVS/MS).



Figura 41. Tendência da prevalência de obesidade, Porto Velho-RO, 2006 a 2020.



Fonte: Vigitel – SVS/MS.

3.1.2.1.3 Causas externas

O Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência (VIVA Inquérito) é o componente de vigilância sentinela do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) o público-alvo abrange todas as faixas etárias independente de sexo ou vulnerabilidade, tipo de violência ou acidentes que deram entrada nos serviços sentinelas na ocasião do VIVA Inquérito, a população de estudo refere-se às pessoas que foram atendidas em serviços de urgência/emergência devido a acidentes ou violências e que aceitaram participar da pesquisa por meio de consentimento verbal. Os dados do VIVA Inquérito subsidiam a construção de indicadores que possibilitam descrever as características da ocorrência dos acidentes e violências, do(a) provável autor(a) no caso das agressões, e investigar fatores de risco/proteção associados ao evento.

O VIVA também conta com um componente de Vigilância contínua de violência doméstica, sexual e/ou de outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA Sinan). O objetivo principal do Sistema VIVA é conhecer a magnitude e a gravidade dos acidentes e violências, a fim de subsidiar as políticas de enfrentamento destes agravos, classificados como causas externas de morbidade e mortalidade.

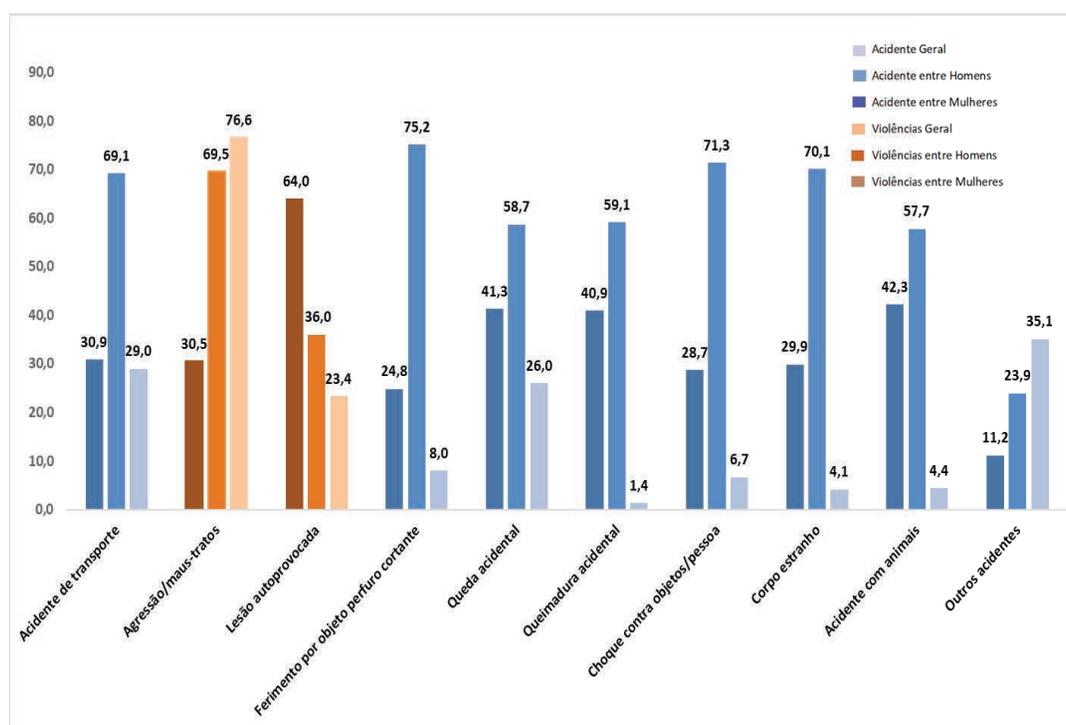
As causas externas (acidentes e violências) representam um importante desafio para o padrão de morbidade da população em função do elevado número de internações e sequelas físicas, sejam temporárias ou permanentes, principalmente na população jovem, economicamente ativa e do sexo masculino, causando grande ônus aos serviços de saúde.

No âmbito da vigilância de violências e acidentes (VIVA), em setembro de 2017 durante o VIVA Inquérito em 4 (quatro) serviços sentinelas de urgência e emergência no município de Porto Velho-RO: Hospital Infantil Cosme e Damião - HICD (Zona Norte de Porto Velho), Hospital e Pronto Socorro João Paulo II–HPS JP II (Zona Sul de Porto Velho); UPA Zona Leste; (Zona Leste de Porto Velho), UPA Zona Sul. (Zona Sul de Porto Velho). Foram registradas 1729 notificações de violências e acidentes destes, 1146 eram vítimas do sexo masculino e 583 do sexo feminino. Conforme o tipo de ocorrência; 1622 (93,81%), correspondem ao número de acidentes e 107 (6,19%), às violências. As ocorrências mais frequentes foram: acidente de transporte 470 (29,0%), queda acidental 421 (26,0%), queimadura acidental 22 (1,4%), acidente com animais 71 (4,4%), corpo estranho 67 (4,4%), ferimento por objeto perfuro cortante 129 (8,0%), choque contra objetos/pessoa 108 (6,7%), outros

acidentes 569 (35,1%). Quanto às violências como: agressão/maus-tratos 82 (76,6% do número de violências), lesão autoprovocada 25 (23,4% do número de violências), os dados das violências autoprovocadas quanto ao sexo do VIVA inquérito seguem o padrão do VIVA contínuo, a maioria das vítimas são do sexo feminino (64,0%).

Na Figura 42 apresentamos os dados de atendimento por acidente e violência nos serviços sentinelas de forma esquemática, segundo o tipo de ocorrência.

Figura 42. atendimentos por acidentes e violências em serviços sentinela de urgência e emergência entre mulheres, entre homens e total geral; segundo tipo de ocorrência, Porto Velho-RO, 2017.



Fonte: <https://drive.google.com/drive/folders/1kbK2JzkQIE38mDynt8o0Mxlc3yVyIm2a?usp=sharing> banco de dados viva inquérito 2017/MS.

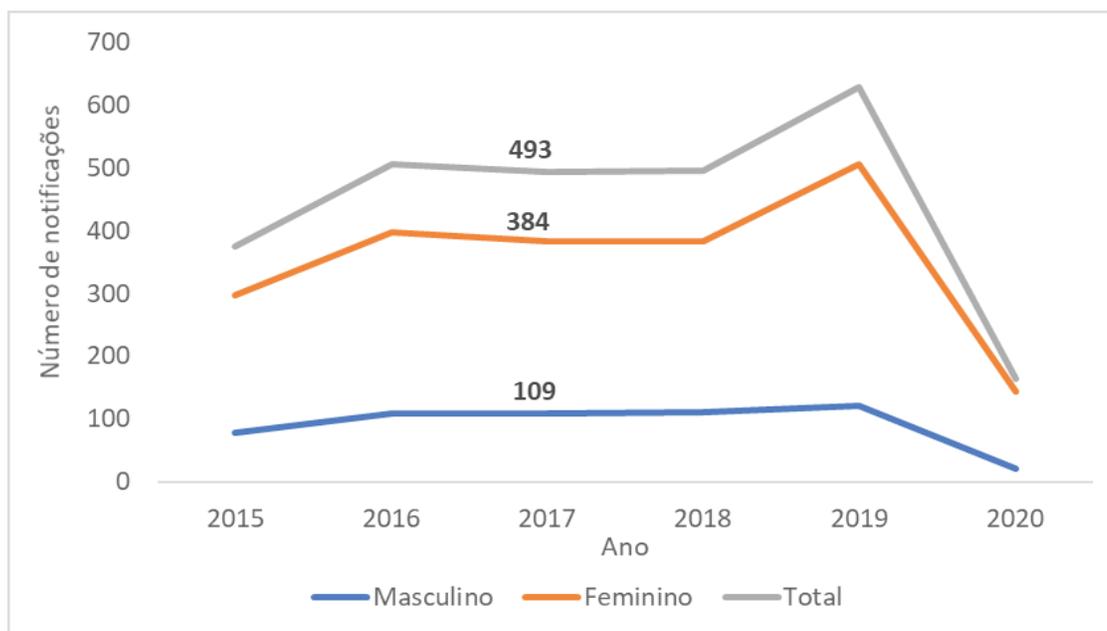
Definição de caso para Notificação no VIVA/SINAN - VIVA contínuo - Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e os homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

A análise dos dados do componente de Vigilância Contínua de violência doméstica, sexual e/ou de outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA Sinan) através da notificação de violência interpessoal e autoprovocada de ambos os sexos no total geral das violências durante o ano de 2017, no município de Porto Velho, observaram 493 ocorrências de violências, 109 vítimas do sexo masculino e 384 do sexo feminino, quando tipificadas como violências física, sexual e autoprovocadas entre outras, foram verificados dados de extrema relevância: 77,89% das vítimas foram do sexo feminino, dos 166 casos de violência sexual notificados 93,37% das vítimas foram mulheres, quanto a faixa etária das vítimas do sexo feminino tinham de 10 a 14 anos; das 258 notificações de violência física 74,80% eram mulheres (Figura 43).

Quanto ao indicador do PQAVS Raça/Cor, 322 vítimas se autodeclararam pardas. Delimitando um perfil epidemiológico das vítimas de violências que foram atendidas e notificadas em Unidades de Saúde de Porto Velho-RO, com absoluta maioria são mulheres, pardas, jovens com baixo grau de escolaridade, (fonte SINAN).



Figura 43. Notificações de violência interpessoal e autoprovocada, segundo sexo, Porto Velho-RO, 2015 a 2020.



Fonte: SINAN/ DVE /DVS/ SEMUSA/PV/RO, acessado em 06/05/2021.

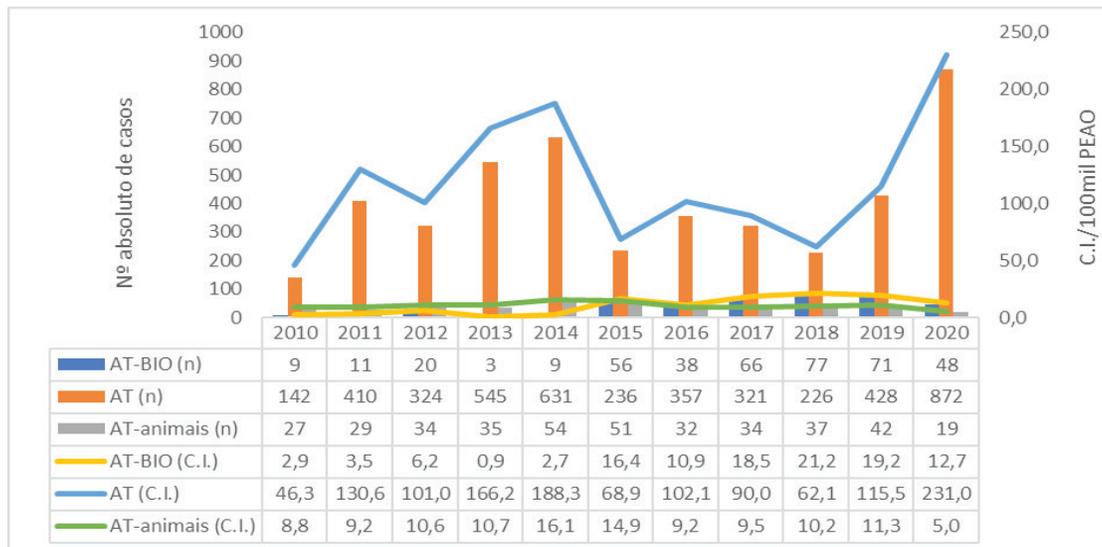
3.1.2.1.4. Doenças e Agravos relacionados ao trabalho

O trabalho é um dos mais importantes determinantes do processo saúde-doença. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador/PNSTT representa uma importante conquista para os trabalhadores brasileiros e determina o fortalecimento das políticas sociais no Brasil ao estabelecer os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas pelas três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2020).

Os casos de doenças e agravos à saúde do trabalhador notificados e monitorados no SinanNet são: acidentes de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico, câncer, dermatose, pneumoconiose, perda auditiva induzida por ruído (PAIR), lesões por esforços repetitivos e distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (LER/Dort) e transtorno mental. Além desses agravos, também são acompanhadas as doenças que compõem a Lista de Doenças de notificação compulsória que estão assinaladas no campo Doença Relacionada ao Trabalho (intoxicação exógena, acidentes com animais peçonhentos, tétano acidental, leptospirose, meningites, leishmaniose, meningites, dentre outras).

Quanto aos acidentes de trabalho com exposição a material biológico, acidente de trabalho e acidentes com animais peçonhentos relacionados ao trabalho, no período de 2006 a 2019, foram registrados no Brasil, 852.655 acidentes de trabalho (AT), 561.573 com exposição a material biológico (AT-BIO) e 282.401 por animais peçonhentos (AT-animais). Em 2019, o Coeficiente de Incidência/C.I. (/100mil População Economicamente Ativa Ocupada-PEAO), no Brasil, para AT-BIO foi de 30,69, para ATG foi 50,21 e para AT-animais foi 15,92. Na Figura 44, estão o coeficiente de incidência (/100mil PEAO) e número absoluto dos AT-BIO, ATG e AT-animais, em Porto Velho, de 2010 a 2020. Verificamos que ocorreu um aumento C.I. por AT-BIO (de 2,9/100mil PEAO em 2010 para 12,7/100mil PEAO em 2020) e ATG (de 46,3/100mil PEAO em 2010 para 231,0/100mil PEAO em 2020), neste último aconteceu um incremento devido aos casos de COVID-19 relacionados ao trabalho, que conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, foram notificados como AT.

Figura 44. Coeficiente de incidência (/100mil PEAO) e número absoluto dos acidentes de trabalho com material biológico (AT-BIO), acidente de trabalho (AT) e com animais peçonhentos (AT-animais), Porto Velho-RO, 2010 a 2020.



Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 06/05/2021.

Quanto ao sexo, de 2010 a 2020, em Porto Velho, verificamos que tanto para acidente de trabalho e acidentes com animais peçonhentos relacionados ao trabalho, mais de 74% das notificações foram para o sexo masculino. Já para acidentes de trabalho com exposição a material biológico, mais 78% das notificações foram relativos a mulheres e 21,6% a homens, conforme a Tabela 8. Enquanto que no Brasil, a distribuição dos casos é semelhante, pois para acidente de trabalho e acidentes com animais peçonhentos relacionados ao trabalho, 80% foram notificados no sexo masculino e para acidentes de trabalho com exposição a material biológico, 77% das notificações foram relativos a mulheres.

Tabela 8. Distribuição de casos notificados agravos relacionados ao trabalho, segundo sexo, Porto Velho-RO, 2010 a 2020.

Sexo	Acidente com material biológico		Acidente de trabalho		Acidente de trabalho com animais peçonhentos	
	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino	88	21,6	3342	74,4	351	89,1
Feminino	320	78,4	1132	25,2	43	10,9
Ignorado	0	0,0	18	0,4	0	0,0
Total	408	100,0	4492	100,0	394	100,0

Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 06/05/2021.

No Brasil, quanto a faixa etária, de maior número de notificações para os ATG e AT-BIO foi de 20 a 39 anos, concentrando 57% dos AT e 70% dos AT-BIO. Em Porto Velho, de 2010 a 2020, 57,7% dos casos notificados por AT foram também na faixa etária de 20 a 39 anos e os notificados por AT-BIO, 71,1%, na mesma faixa etária, conforme Tabela 9.



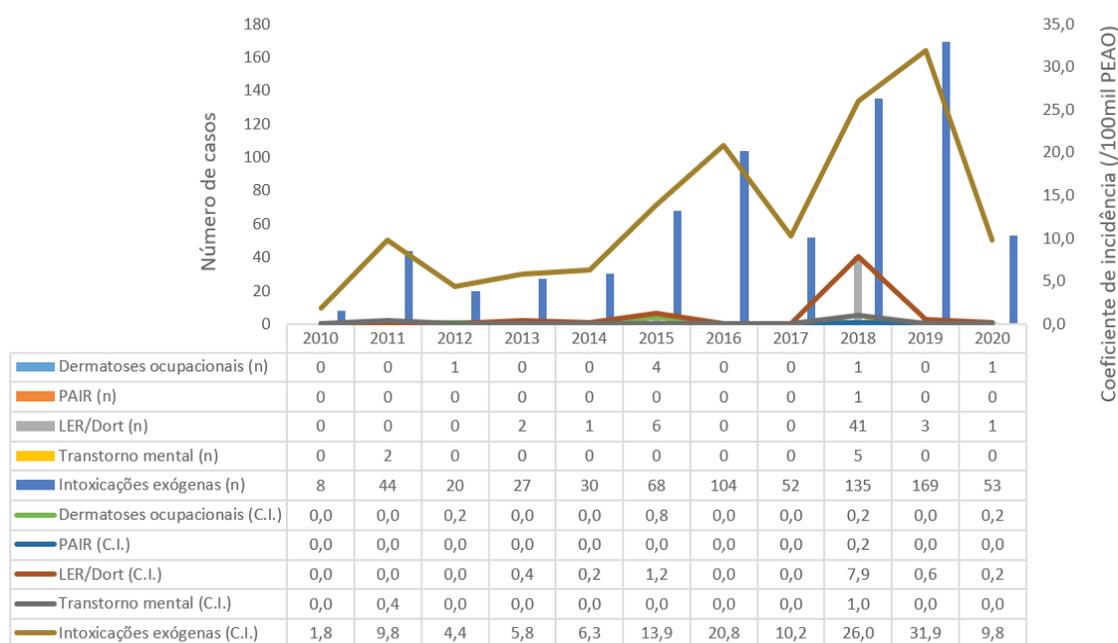
Tabela 9. Distribuição de casos notificados agravos relacionados ao trabalho, segundo faixa etária, Porto Velho-RO, 2010 – 2020.

Ano da Notificação	Acidente de trabalho		Acidente de trabalho com material biológico	
	nº	%	nº	%
10 a 19 anos	253	5,6	13	3,2
20 a 29 anos	1274	28,4	141	34,6
30 a 39 anos	1317	29,3	149	36,5
40 a 49 anos	943	21,0	65	15,9
50 a 59 anos	546	12,2	35	8,6
60 a 69 anos	135	3,0	4	1,0
70 a 79 anos	20	0,4	0	0,0
80 anos e mais	4	0,1	1	0,2
Total	4492	100,0	408	100,0

Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 06/05/2021.

Para as doenças e agravos relacionados ao trabalho, no período de 2010 a 2020, a notificação por dermatoses ocupacionais, PAIR e transtornos mentais continuam baixos desde 2010, enquanto que a LER/Dort e intoxicações exógenas teve um aumento na notificação, enquanto a primeira passou de zero notificações em 2010 para 0,2/100mil PEAO em 2020, apresentando C.I. de 7,9/100mil PEAO em 2018. Quanto as intoxicações exógenas, foi 1,8/100mil PEAO em 2010 e 9,8/100mil PEAO em 2020, conforme Figura 45. Porto Velho segue incidências semelhantes ao Brasil.

Figura 45. Coeficiente de incidência (/100mil PEAO) e número absoluto das doenças relacionadas ao trabalho (dermatoses ocupacionais, PAIR, LER/Dort, transtornos mentais e intoxicações exógenas), Porto Velho-RO, de 2010 a 2020.



Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 06/05/2021.

Quanto ao sexo, de 2010 a 2020, em Porto Velho, verificamos que tanto para LER/Dort, intoxicações exógenas, transtornos mentais e dermatoses o percentual maior é para o sexo feminino, acima de 64%. Enquanto o único caso por PAIR notificado foi no sexo masculino, conforme vemos na Tabela 10.

Tabela 10. Distribuição de casos notificados de doenças relacionadas ao trabalho, segundo sexo, Porto Velho-RO, 2010 a 2020.

Sexo	Ler/DORT		Intoxicação exógena		Transtorno mental		PAIR		Dermatoses	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino	17	31,5	251	35,4	0	0	1	100	1	14,3
Feminino	37	68,5	459	64,6	7	100	0	0	6	85,7
Total	54	100,0	710	100,0	7	100,0	1	100,0	7	100,0

Fonte: SINAN/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 06/05/2021.

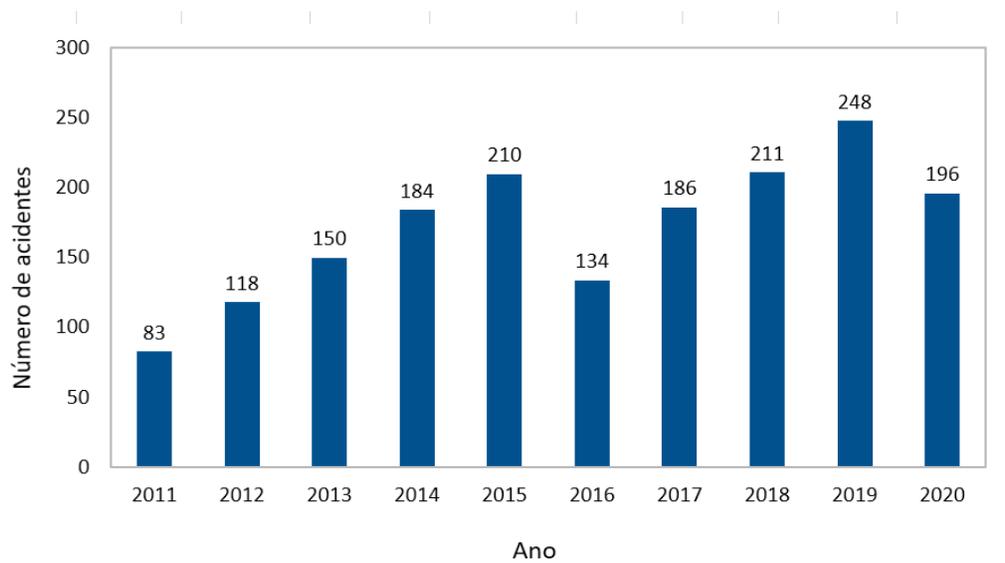
3.1.2.1.5. Acidentes por animais peçonhentos

Os acidentes por animais peçonhentos são um importante problema de saúde pública em diversas regiões do mundo. No Brasil, são a segunda maior causa de envenenamento humano, ficando atrás de envenenamento por medicamentos. Os principais acidentes de importância médica são causados por serpentes, escorpiões, aranhas, lagartas e abelhas.

Em relação as serpentes, os acidentes de maior relevância são ocasionados por representantes de quatro gêneros: *Bothrops* (jararacas, jararacuçu), seguido do *Cotralus* (cascavéis), *Lachesis* (surucucus pico-de-jaca) considerada a maior serpente peçonhenta da América Latina, *Micrurus* (corais verdadeiras), os acidentes por esse gênero são menos frequentes, porém são sempre de caráter grave. Os acidentes ocorrem com maiores incidências em áreas rurais, em indivíduos do sexo masculino e com maiores incidências nas regiões Norte e Centro-Oeste.

Em Porto Velho, no período de 2011 a 2020, foram notificados 1.720 (um mil e setecentos e vinte) casos de acidentes por animais peçonhentos (Figuras 46 e 47), sendo os acidentes por serpentes do gênero *Bothrops* os mais relevantes em quantidade e gravidade, seguido dos acidentes por aranhas e escorpiões, as pessoas mais acometidas são do sexo masculino. A maioria dos acidentes evoluem para cura, com registro de 04 (quatro) óbitos decorrentes por acidentes por animais peçonhentos nesses dez anos. O Ministério da Saúde, desde de 1986, adquire e disponibiliza gratuitamente, no SUS, 9 (nove) tipos de antivenenos, que são utilizados para evitar ou diminuir sequelas após o acidente.

Figura 46. Frequência de acidentes por animais peçonhentos, distribuídos segundo ano de ocorrência, Porto Velho-RO, de 2011 a 2020.

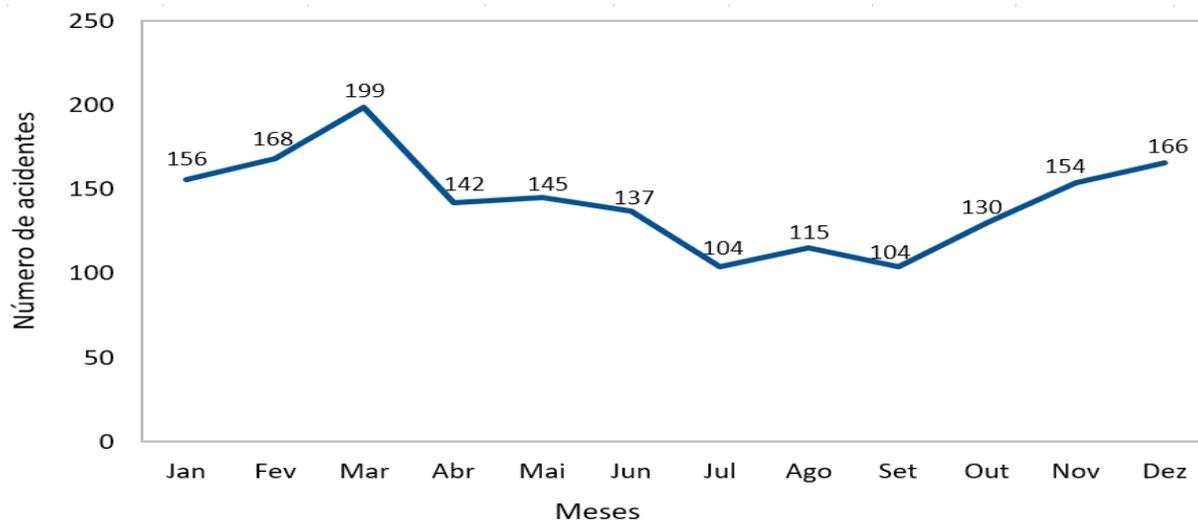


Fonte: Sinan-DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 30/04/2021.



Na Figura 47, está a frequência dos acidentes por animais peçonhentos, conforme o acumulado segundo mês de ocorrência, em Porto Velho, de 2011 - 2020. Observamos que os acidentes aumentam nos períodos de chuvas, como final e início de ano, de outubro a março.

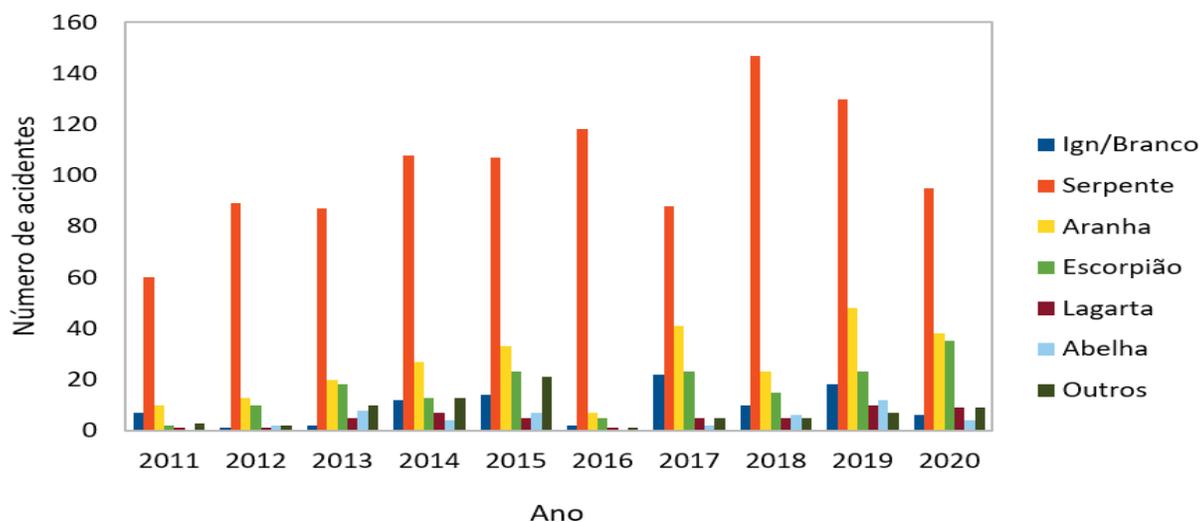
Figura 47. Frequência dos acidentes por animais peçonhentos distribuído por meses em dez anos, Porto Velho-RO, 2011 a 2020.



Fonte: Sinan-DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 30/04/2021.

Na Figura 48, está a frequência dos acidentes por animais peçonhentos, segundo o tipo de acidente, em Porto Velho, de 2011 a 2020. Observamos que o maior número de acidentes é por serpentes, aranhas e escorpiões.

Figura 48. Frequência dos acidentes por animais peçonhentos distribuídos segundo tipo de acidente, Porto Velho-RO, de 2011 a 2020.

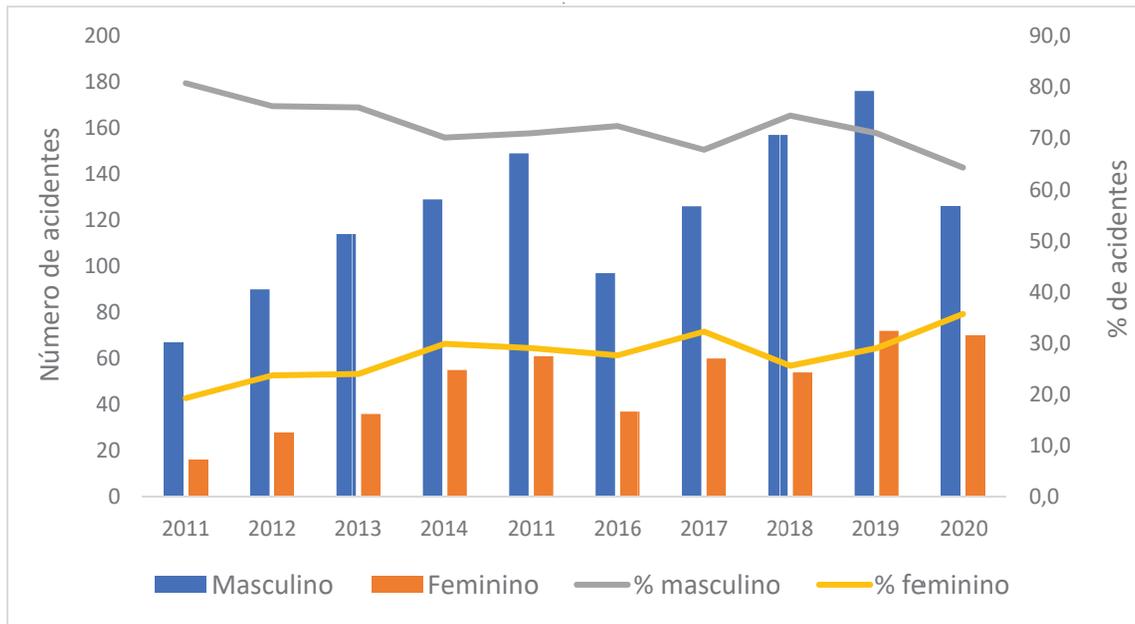


Fonte: Sinan-DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 30/04/2021.

Na Figura 49, está a frequência dos acidentes por animais peçonhentos, segundo sexo, em Porto Velho, de 2011 a 2020. Observamos que o maior número de acidentes é do sexo masculino, mais de 60%.



Figura 49. Frequência dos acidentes por animais peçonhentos, segundo sexo, Porto Velho-RO, de 2011 a 2020.



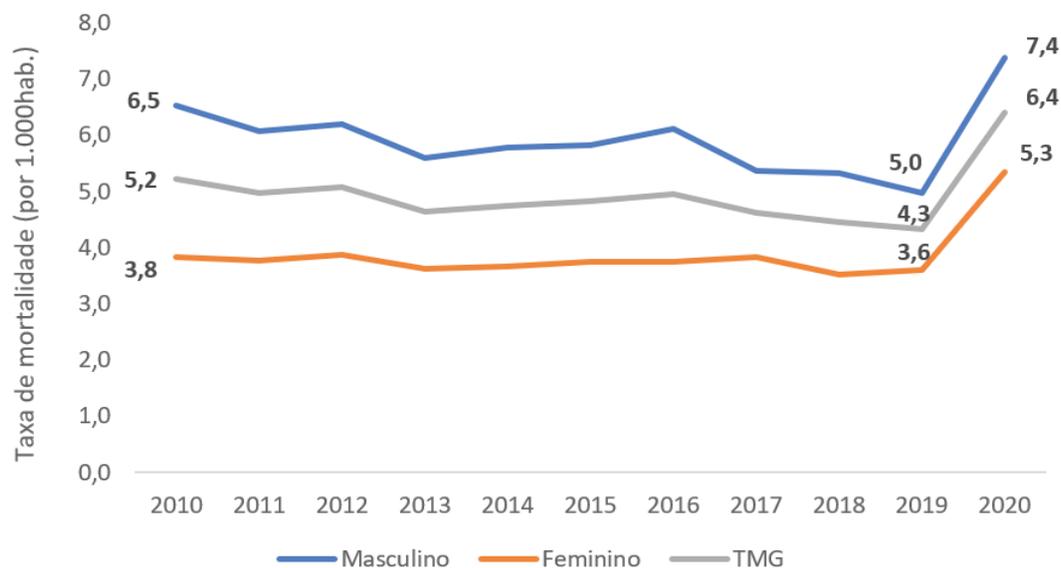
Fonte: Sinan-DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, acessado em 30/04/2021.

3.1.2.2. Mortalidade

3.1.2.2.1. Taxa de mortalidade geral

No Brasil, a taxa de mortalidade geral (TMG) apresentou tendência de redução, em média de 14%, em ambos os sexos, no período de 2000 a 2017. Porto Velho seguiu a mesma tendência de redução de 2010 a 2019, sendo de 30% no sexo masculino e de 5% no sexo feminino. Porém, devido a pandemia por COVID-19, tivemos um aumento em 2020 ao comparar com 2019, de 32,4% no sexo masculino e de 32,1% no sexo feminino. Na taxa de mortalidade geral (TMG), no período de 2010 a 2020, teve um aumento na ordem de 18,7%. Na Figura 50, observamos a taxa, segundo sexo, em residentes de Porto Velho, de 2010 a 2020.

Figura 50. Taxa de mortalidade geral (por 1.000 habitantes), segundo sexo, em residentes de Porto Velho-RO, 2010 a 2020.



Fonte: SIM/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 05/05/2021.



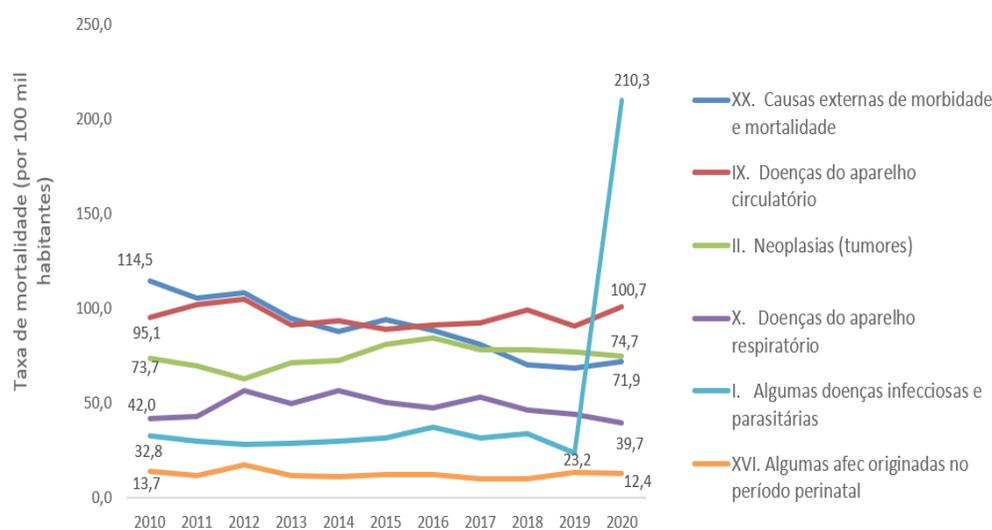
3.1.2.2.2. Taxa de mortalidade por grupos de causas

Quanto a taxa de mortalidade, segundo grandes grupos de causas, Classificação Internacional de Doenças (CID 10), a principal causa em Porto Velho, em 2020, foi por algumas doenças infecciosas e parasitárias, mais especificamente devido a ocorrência da pandemia por COVID-19, que teve início em março de 2020, que foi a principal causa também para ambos os sexos. O segundo grande grupo de causas de óbitos foi as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), seguido das neoplasias, conforme a Figura 51.

Para os homens, a segunda grande causa foi as causas externas, seguida das DAC. Para as mulheres, a segunda grande causa foram as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) e em terceiro, as neoplasias, conforme observamos nas Figuras 52 e 53.

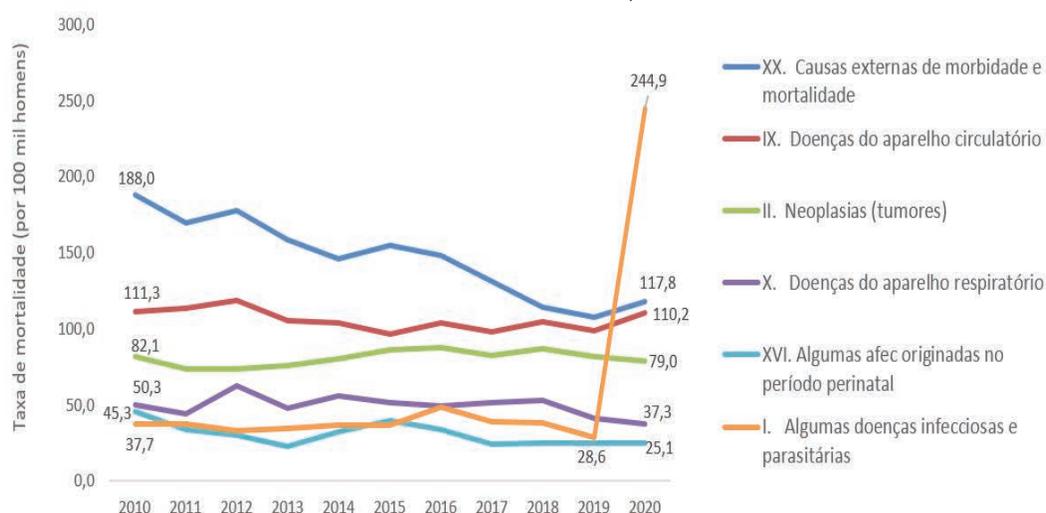
Antes da ocorrência da Pandemia por COVID-19, as três principais grandes causas de óbitos foram: DAC, neoplasias e causas externas. Sendo para os homens, na seguinte ordem: causas externas, Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) e neoplasias e para as mulheres: Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), neoplasias e Doenças do Aparelho Respiratório (DAR).

Figura 51. Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes, segundo grandes grupos da CID 10, em residentes de Porto Velho-RO, 2010 a 2020.



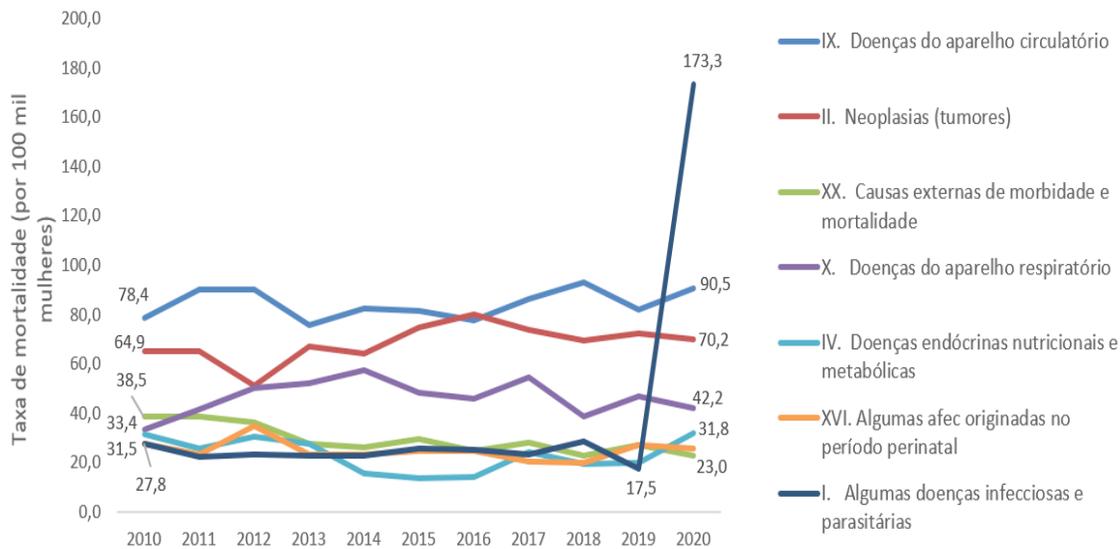
Fonte: SIM/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 05/05/2021.

Figura 52. Taxa de mortalidade por 100.000 homens, segundo grandes grupos da CID 10 e sexo masculino, em residentes de Porto Velho-RO, 2010 a 2020.



Fonte: SIM/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 05/05/2021.

Figura 53. Taxa de mortalidade por 100.000 mulheres, segundo grandes grupos da CID 10 e sexo feminino, em residentes de Porto Velho-RO, 2010 a 2020.



Fonte: SIM/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 05/05/2021.

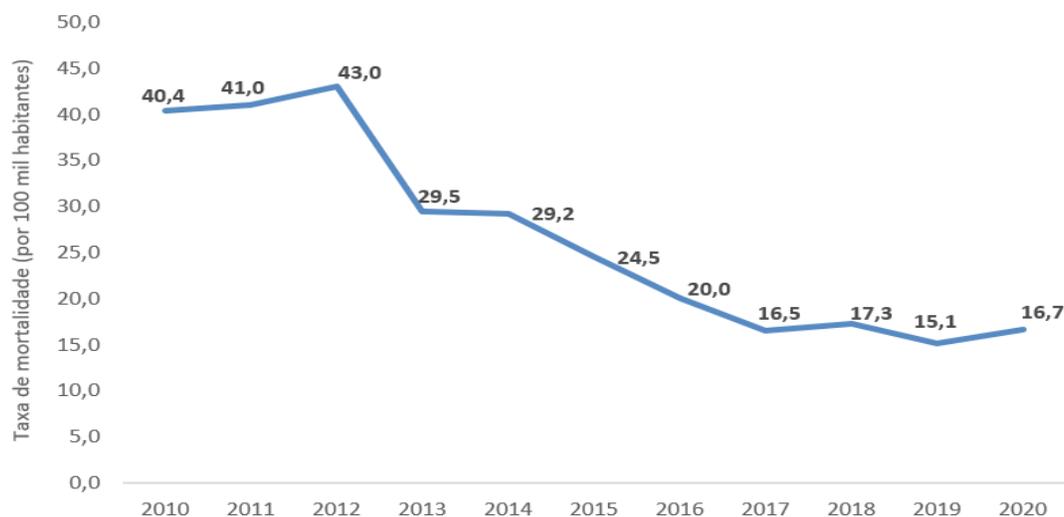
3.1.2.2.3. Taxa de mortalidade por acidentes de transportes terrestre

Os acidentes de transportes terrestres, dentre as causas externas, foram responsáveis por 1.400 óbitos, ocorridos de 2010 a 2020. Há uma tendência decrescente na taxa de mortalidade, em Porto Velho, que em 2010 foi de 40,4/100 mil habitantes, em 2012 chegou a 43,0/100 mil habitantes e em 2020, apresentou uma taxa de 16,7/100 mil habitantes, apresentando uma redução de 58,6% na taxa de mortalidade por ATT, conforme Figura 54.

A taxa de mortalidade por acidente de transporte terrestre reduziu em 7,3% de 2000 a 2017 no Brasil, de 17,6 para 16,3/100mil habitantes.

A Meta Global de redução do número de óbitos por acidentes de transportes terrestres (ATT) é de 50%, com relação ao ano base de 2010. Porto Velho teve uma redução de 49,15%, no período de 2010 a 2020, portanto chegou próximo a alcançar a Meta Global.

Figura 54. Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por ATT, Porto Velho-RO, 2010 a 2020.

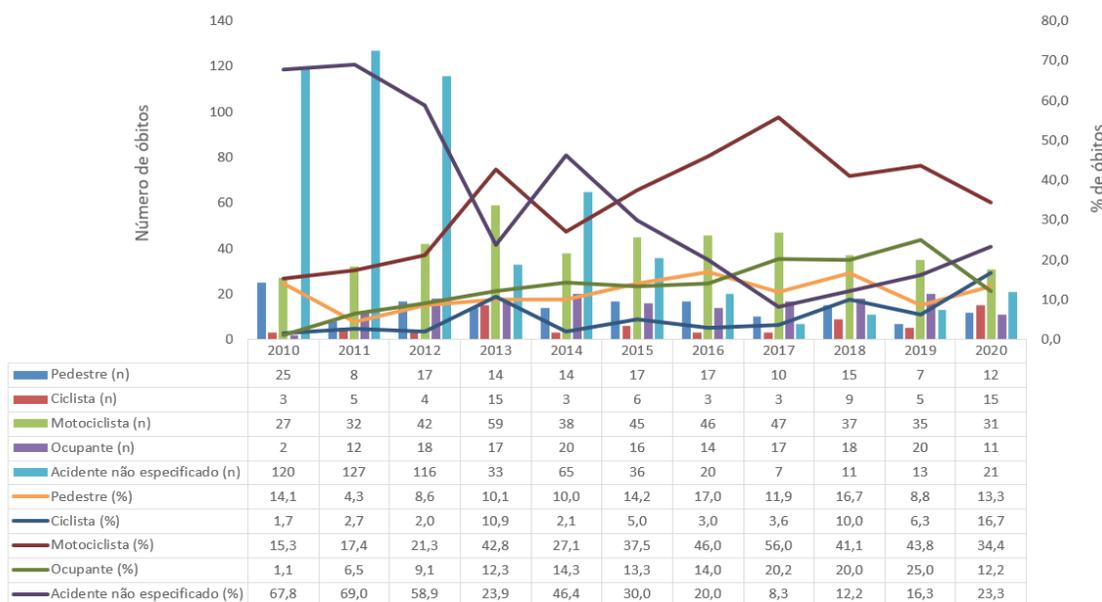


Fonte: SIM/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 05/05/2021.



No Brasil, as principais vítimas no trânsito foram os motociclistas (34,5%), ocupantes de automóveis e caminhonetes (24,1%) e os pedestres (18,3%). Em Porto Velho, a ordem de maior frequência não seguiu a do Brasil, somente para a principal vítima, que foram os motociclistas (34,4%), depois os ciclistas (16,7%) e pedestres (13,3%). Temos 23,3% das vítimas de ATT não especificadas, em 2021, demonstrando a melhoria no indicador, pois em 2011 eram 69%, conforme Figura 55.

Figura 55. Frequência de óbitos por ATT, segundo tipo de vítima no momento do acidente, Porto Velho-RO, 2010 a 2020.

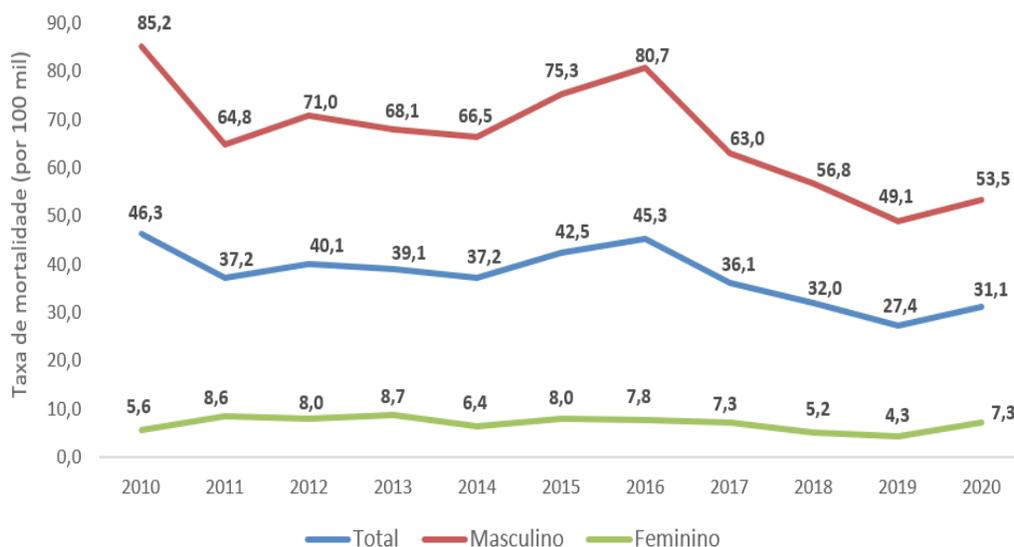


Fonte: SIM/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 05/05/2021.

3.1.2.2.4. Taxa de mortalidade por homicídios

A taxa de mortalidade por homicídios, em Porto Velho, vem decrescendo tanto a geral quanto por sexo. Em 2010, foi 46,3/100mil habitantes e passou para 31,1/100mil habitantes em 2020, apresentando uma redução de 32,8%, enquanto o Brasil apresentou um aumento na taxa de mortalidade de 17,9% (em 2010 foi 26,0/100mil hab. e em 2017, 30,7/100mil hab.) Na Figura 56, está a taxa de mortalidade por homicídios, de Porto Velho.

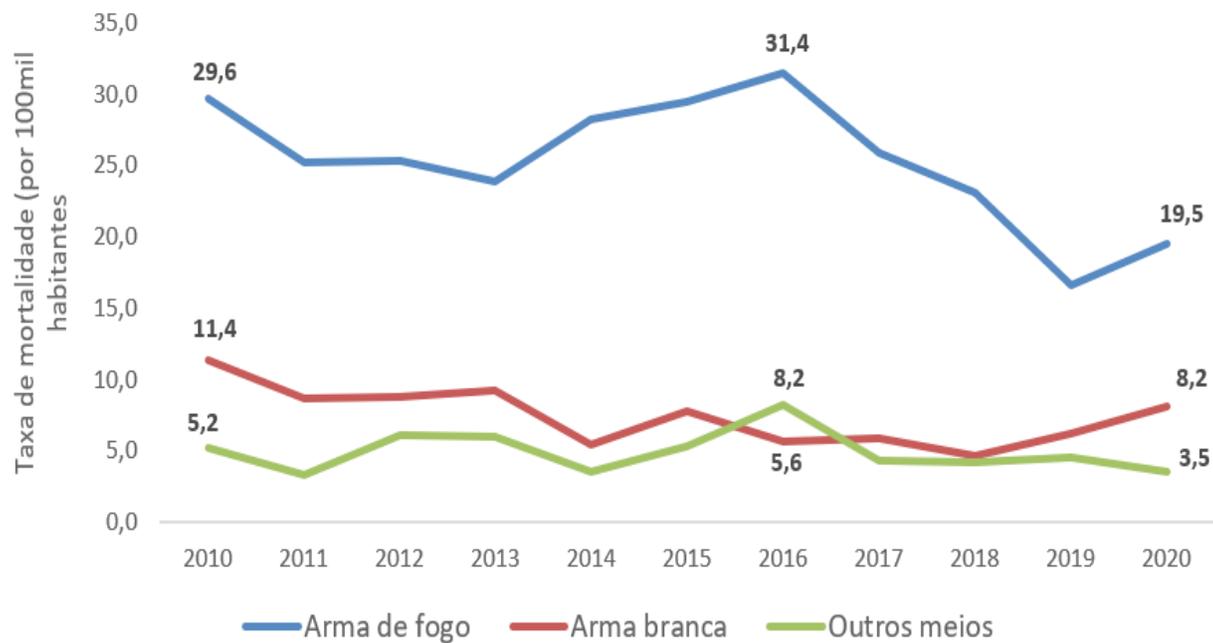
Figura 56. Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por homicídios, segundo sexo, Porto Velho-RO, 2010 a 2020.



Fonte: SIM/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 05/05/2021.

No Brasil, a taxa de homicídio por arma de fogo aumentou 31,8%, de 2000 a 2017, alcançando um risco 3 vezes maior que nos outros meios em 2017. Porto Velho não seguiu a mesma tendência, ocorrendo uma redução na taxa de mortalidade por arma de fogo de 34,1% e por arma branca de 28,1% (Figura 57).

Figura 57. Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por homicídios, segundo tipo de arma, Porto Velho-RO, 2010 a 2020.



Fonte: SIM/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 05/05/2021.

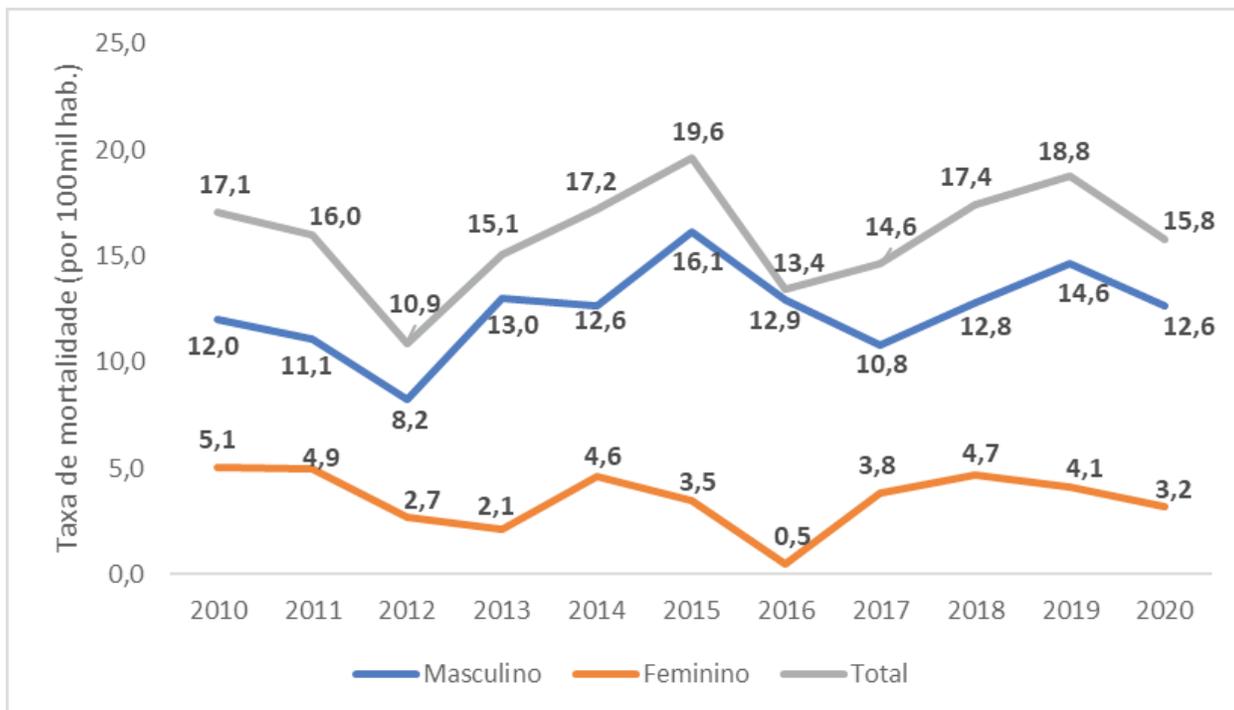
3.1.2.2.5. Taxa de mortalidade por suicídios

Durante os anos de 2010 a 2020 foram registrados 368 óbitos por suicídios, em indivíduos com mais de 10 anos de idade no município de Porto Velho, quanto ao sexo, 290 (78,8%) dos óbitos foram indivíduos do sexo masculino. A taxa de incidência apresentou um decréscimo, de 17,1/100mil habitantes maiores de 10 anos para 15,8/100mil habitantes maiores de 10 anos, em 2020. Quanto a faixa etária em ambos os sexos, observa-se um maior número, na faixa etária produtiva de 20 a 39 anos. Estas informações estão nas Figuras 58 e 59. O Brasil apresentou um crescimento na taxa de mortalidade por suicídio, entre 2000 a 2017, variando de 4,2 para 5,7 suicídios por 100mil habitantes maiores de 10 anos.

A taxa de mortalidade por suicídio a cada 100 mil habitantes é maior na população masculina e 2015 foi o ano de maior incidência (16,1/100mil homens maiores de 10 anos).

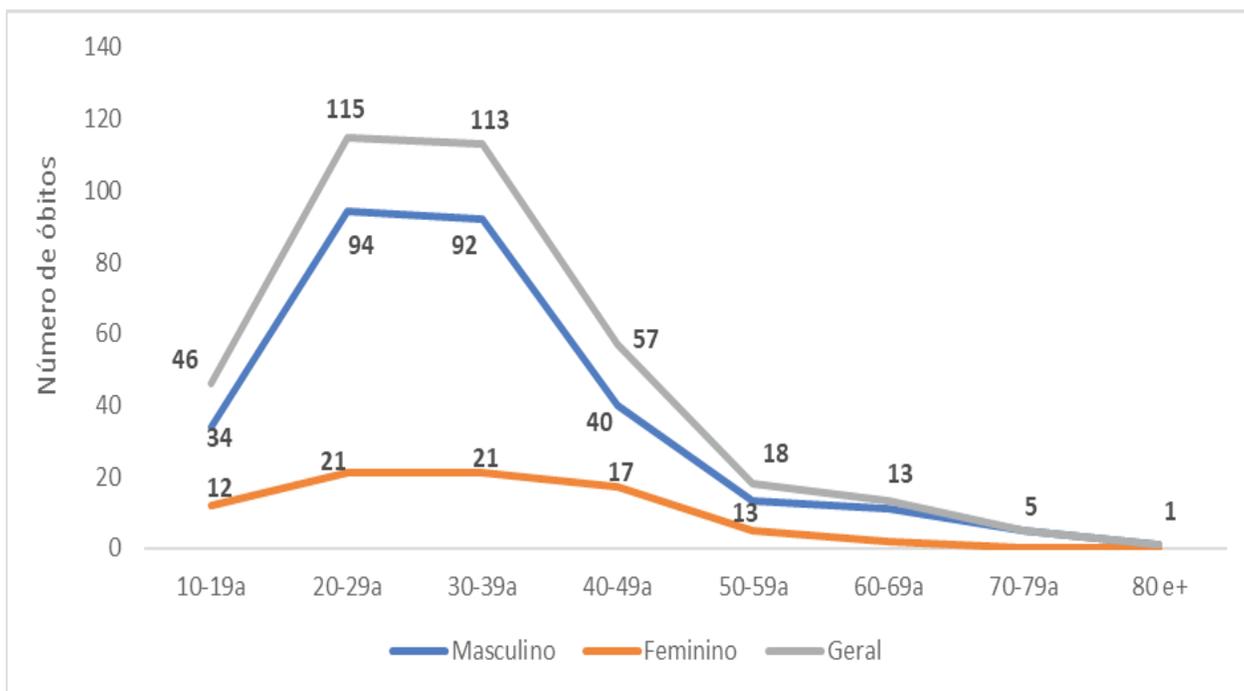


Figura 58. Taxa de mortalidade por suicídio (por segundo sexo, acima dos 10 anos de idade, Porto Velho-RO, 2010 a 2020).



Fonte: SIM/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 05/05/2021.

Figura 59. Óbitos por suicídio, segundo sexo e faixa etária, acima dos 10 anos de idade, Porto Velho-RO, 2010 – 2020.



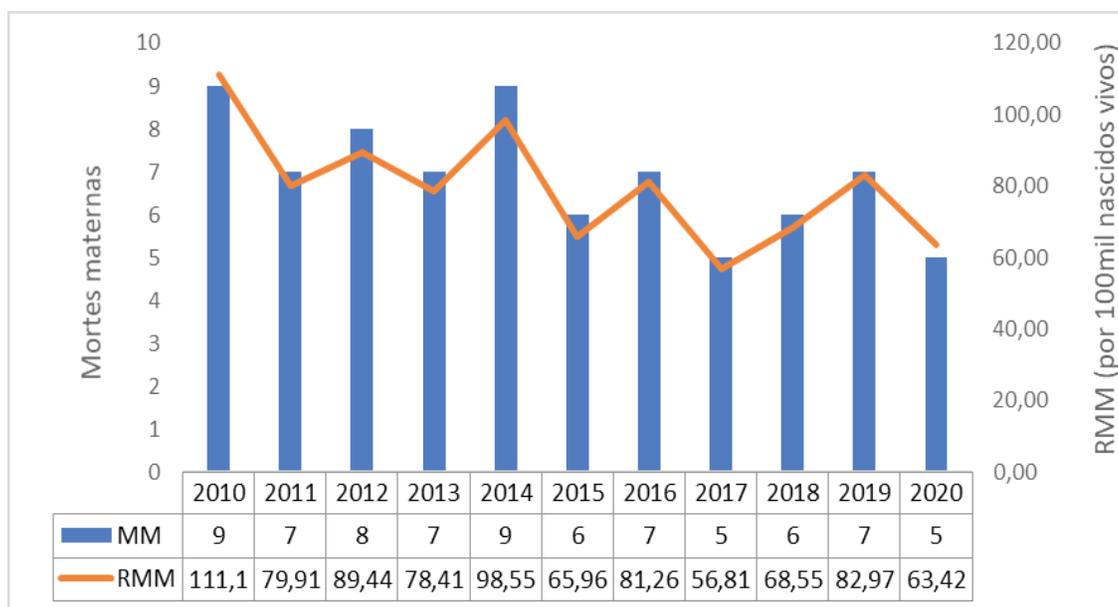
Fonte: SIM/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 05/05/2021.

3.1.2.2.6. Razão de mortalidade materna

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) consiste no número de mortes maternas (MM), por 100 mil nascidos vivos (NV), sendo um importante indicador de saúde que reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher desde o planejamento familiar, assistência pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério. Estima o risco de morte de mulheres durante a gravidez, o aborto, o parto e até 42 dias após o parto. Para o cálculo deste indicador foram consideradas as mortes maternas por causas obstétricas e as mortes maternas (MM) por causas externas (Não Obstétricas) em que a investigação conseguiu comprovar o nexo entre a causa e o período gravídico-puerperal.

Em Porto Velho, evidenciou-se uma grande oscilação com tendência de queda na Razão de Mortalidade Materna (RMM) entre os anos de 2010 e 2020, representando uma redução de 48% na mortalidade materna, mas mantendo o município com uma alta RMM em todos os anos de análise, segundo os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). As maiores taxas foram registradas em 2010 e 2014 (111,18 MM/100 mil NV e 98,55 MM/100 mil NV). Em 2017 observa-se a menor RMM (56,81 MM/100 mil NV) da série histórica, e novo aumento até 2019 (82,97 MM/100 mil NV), seguido de nova redução em 2020 (63,42 MM/100 mil NV), conforme observamos na Figura 60.

Figura 60. Razão de Mortalidade Materna (100.000 Nascidos Vivos), Porto Velho-RO, 2010 a 2020.



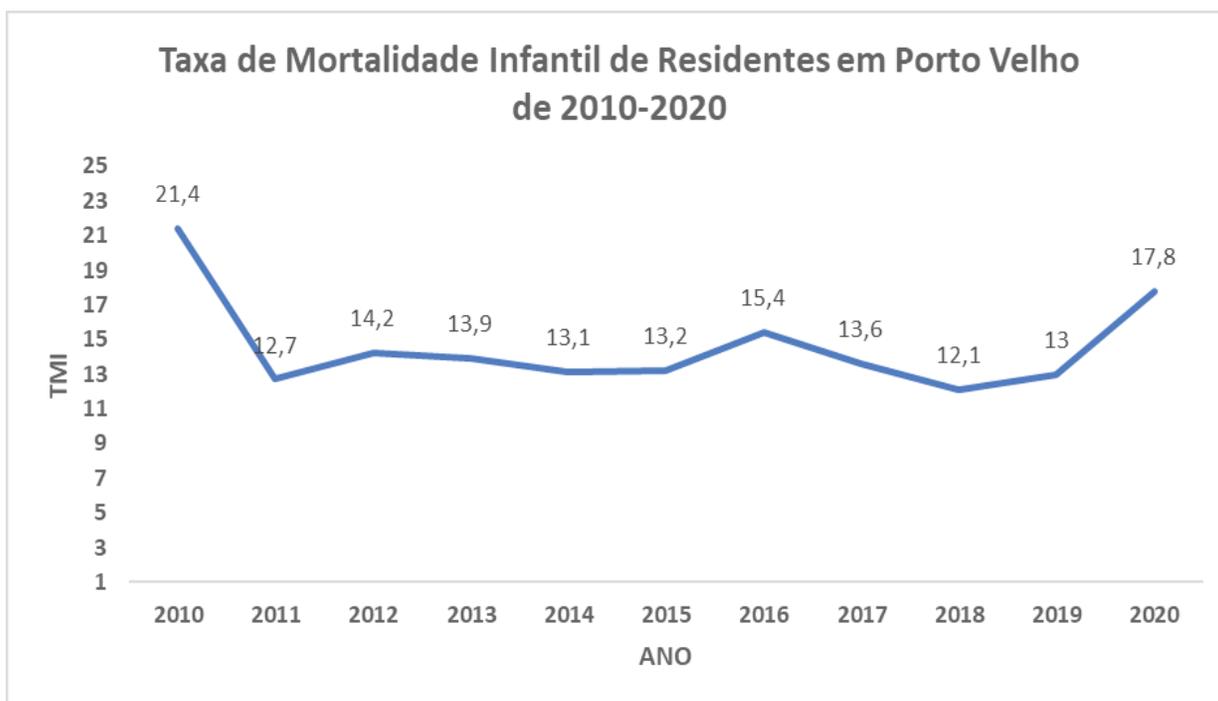
Fonte: SIM/SINASC/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, Dados acessados em 03/05/2021.

3.1.2.2.7. Taxa de mortalidade infantil

A vigilância da mortalidade infantil é uma das prioridades do Ministério da Saúde, assim como também é para Porto Velho, onde a mesma contribui para o cumprimento dos compromissos assumidos pelo Governo Brasileiro em defesa da criança, que tem como meta a redução da mortalidade em dois terços de crianças de 0 à menores de 1 ano. Na Figura 61, observamos que a taxa de mortalidade infantil (TMI) de 2010, de Porto Velho, esteve elevada (21,3/1.000 nascidos vivos), em relação aos anos seguintes, que apresentou variação entre 12,7/1.000 nascidos vivos a 13/1.000 nascidos vivos até 2019, com aumento da TMI em 2020, para 17,5/1.000 nascidos vivos.



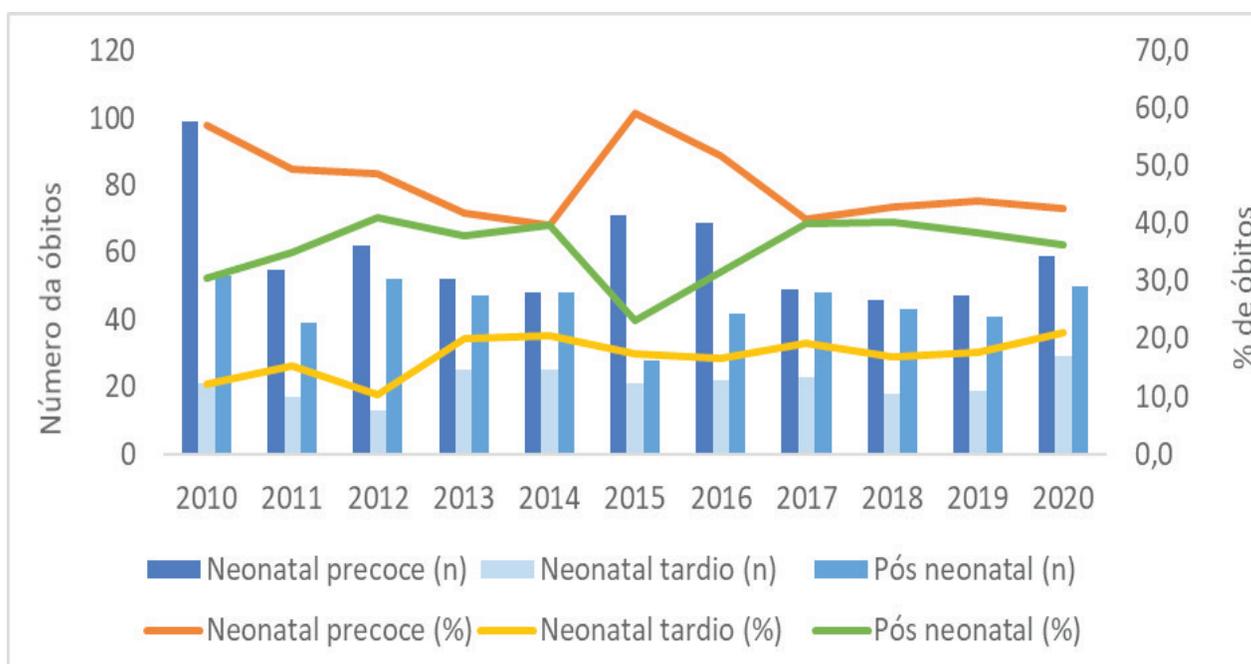
Figura 61. Taxa de mortalidade infantil, em residentes de Porto Velho-RO, 2010 a 2020.



Fonte: SIM/SINASC/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 05/05/2021.

Ao analisar os dados da mortalidade infantil por componente, observamos que, o maior percentual encontra-se no período neonatal precoce até 7 dias de vida com 59,2% desses óbitos, em 2015 sendo necessário reconhecer a importância da redução dessa mortalidade em tempo oportuno e contínuo, e incentivar a relevância desse indicador para as redes hospitalares e ambulatoriais, a fim de reconhecer as situações de risco e fomentando o cuidado adequado as gestantes no pré-natal, parto e a criança ao nascer. Em 2020, teve um aumento na frequência do componente neonatal tardio para 21% e com diminuição no neonatal precoce (42,8%) e pós neonatal (36,2%), ao comparar com o ano anterior, conforme Figura 62.

Figura 62. Mortalidade infantil por idade do óbito, Porto Velho-RO, 2010 – 2020.



Fonte: SIM/SINASC/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 05/05/2021.



A maior parte dos óbitos é evitável por adequada atenção ao recém-nascido, a mulher na gestação e no parto e por diagnóstico e tratamento em momento oportuno. As ações que devem ser empreendidas para a redução dos óbitos infantis e perinatais são: a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a atenção integral a saúde da mulher com planejamento familiar e assistência pré-natal acessível e qualificada, assistência ao parto oportuna, regionalização e hierarquização da assistência. Existem outras ações, por atuação do serviço de saúde, que são: pronto reconhecimento das situações de risco e encaminhamento adequado, presença de acompanhante no trabalho de parto, uso oportuno de corticosteroide e surfactante para os prematuros, alojamento conjunto e cuidado canguru, promoção do aleitamento materno, imunização, detecção e abordagem das infecções e doenças respiratórias e diarreicas. Algumas dessas ações já foram colocadas em prática em Porto Velho, tanto nas Unidades de Saúde da Família (USF), na Maternidade Municipal que é de risco habitual e na Maternidade do Estado, que atende os casos de alta complexidade. Portanto, é preciso atentar para a importância da prevenção da prematuridade e suas complicações, que deve ocorrer durante a assistência pré-natal, tirando o peso do esforço que precisa ser empreendido na assistência ao recém-nascido prematuro.

Observamos na Tabela 11, uma redução dos óbitos e CMI por causas reduzíveis/evitáveis no período de 2010-2015 e um aumento no período seguinte (2015-2020). Quanto as causas mal definidas, a diferença é pequena nos dois períodos. E quanto aos óbitos não claramente evitáveis tem um comportamento semelhante as causas evitáveis, no período analisado.

Tabela 11. Número de óbitos e coeficiente de mortalidade infantil/CMI (por 1.000 nascidos vivos), segundo causas (por critério de evitabilidade), Porto Velho-RO, 2010, 2015 e 2020.

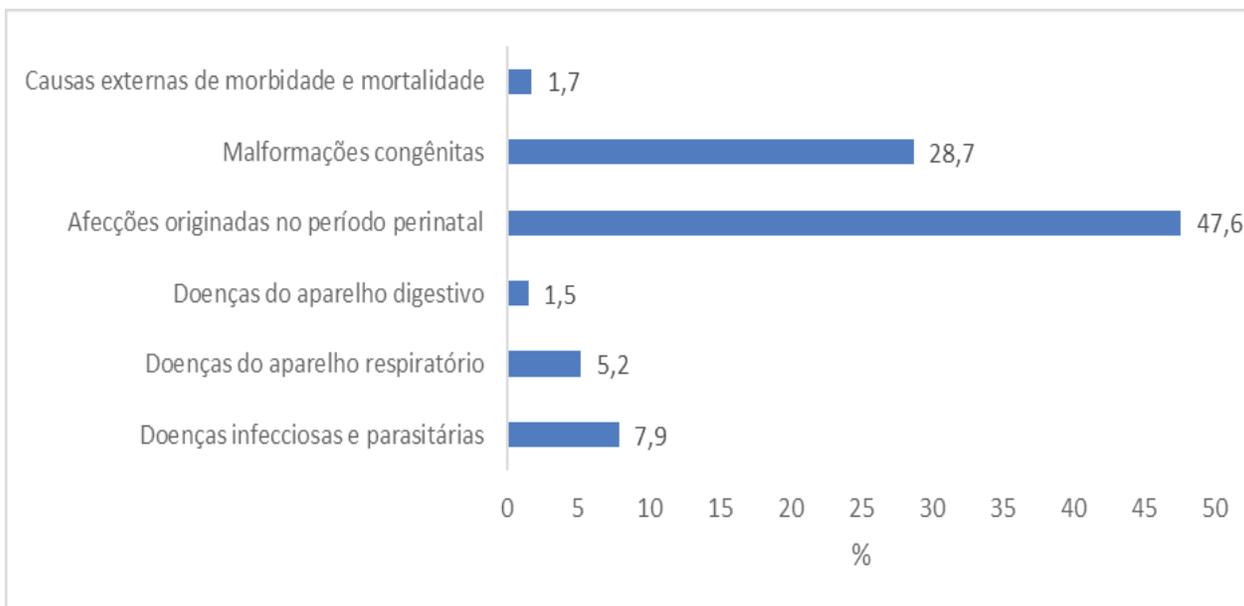
CAUSAS DE MORTE	2010		2015		2020	
	n	CMI	n	CMI	n	CMI
1. Causas reduzíveis/evitáveis	118	14,6	83	9,1	87	11,2
1.1. Reduzível pelas ações de imunização	0	0,0	1	0,1	0	0,0
1.2. Adequada atenção a mulher na gestação e parto e ao recém-nascido	92	11,4	73	8,0	71	9,2
1.2.1 Adequada atenção à mulher na gestação	40	4,9	21	2,3	53	6,8
1.2.2 Adequada atenção à mulher no parto	20	2,5	15	1,6	10	1,3
1.2.3 Adequada atenção ao recém-nascido	32	4,0	37	4,1	8	1,0
1.3. Ações de diagnóstico e tratamento adequado	19	2,3	7	0,8	9	1,2
1.4. Ações de prom. à saúde vinculadas as ações de atenção em saúde	7	0,9	2	0,2	7	0,9
2. Causas mal definidas	4	0,5	4	0,4	5	0,6
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	51	6,3	33	3,6	46	5,9
Total	173	21,4	120	13,2	138	17,8

Fonte: SIM/SINASC/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 05/05/2021.

Dentre as causas de óbito conforme CID-10 destaca-se em menor de 1 ano com 47,6% as afecções originadas no período perinatal que compreende desde as 22 semanas de gestação até < 7 dias, onde novamente visualiza-se a importância da atenção à mulher na gestação e ao recém-nascido, já de 1-4 anos com 24,3% e de 5-9 anos com 27,4% destaca-se os óbitos por causas externas de morbidade e mortalidade, onde o mesmo é 1,7% para o menor de 1 ano, conforme observamos nas Figuras 63, 64 e 65.

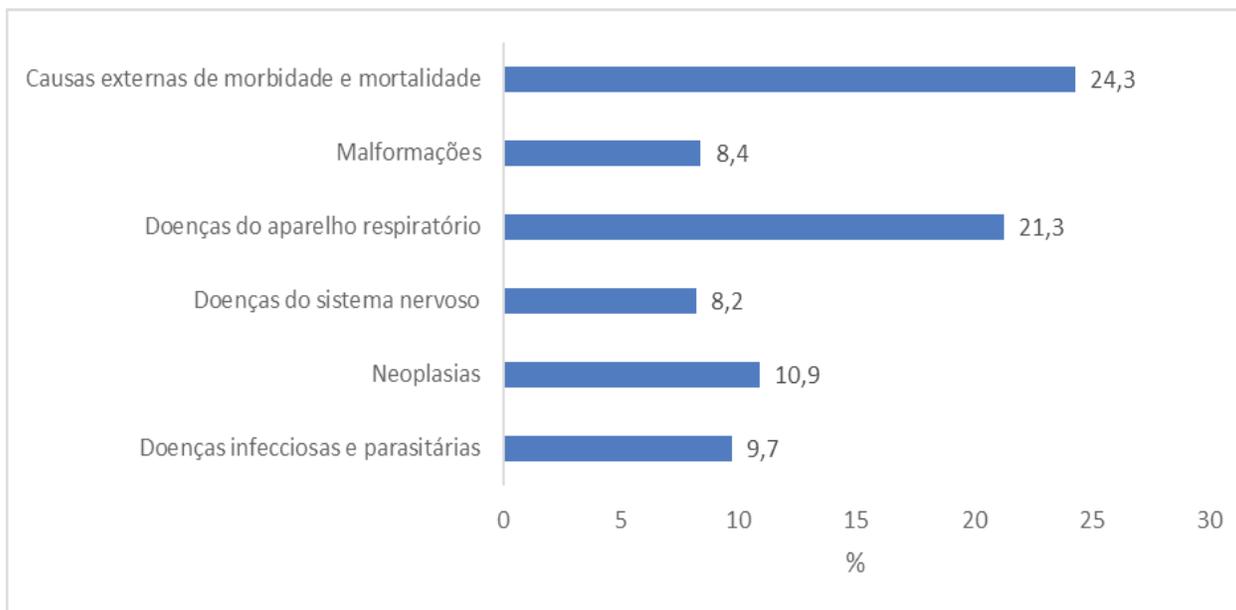


Figura 63. Proporção de mortalidade por grupos do CID-10 para crianças com menos de 1 ano de idade, Porto Velho-RO, 2010 – 2020.



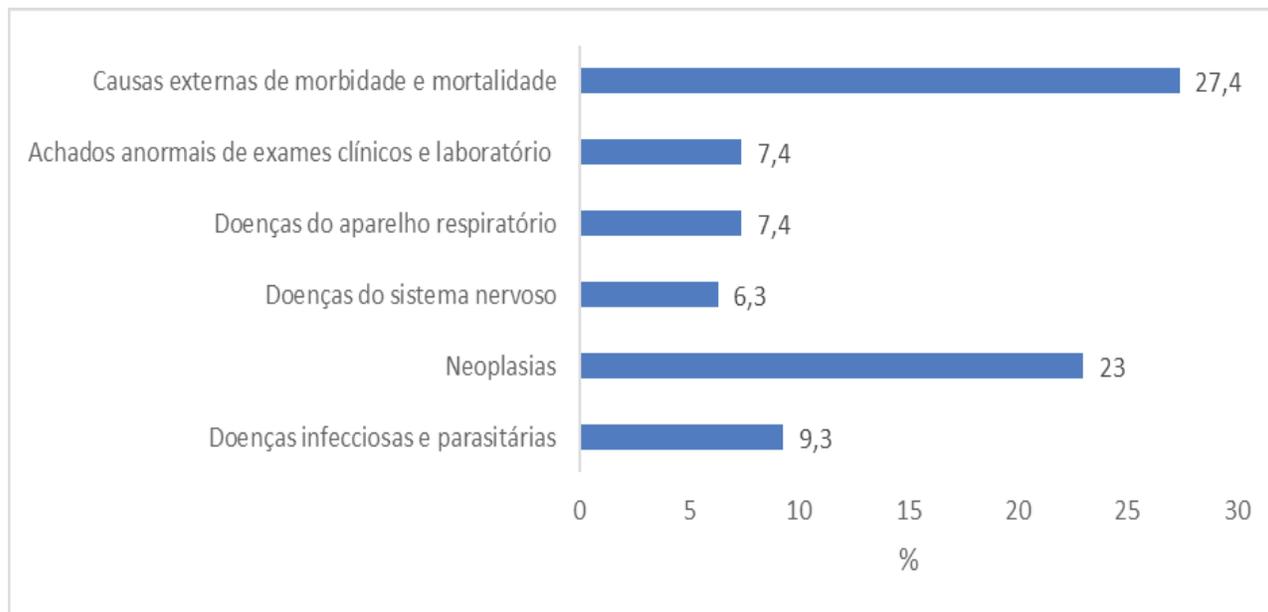
Fonte: SIM/SINASC/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 05/05/2021.

Figura 64. Proporção de mortalidade por grupos do CID-10 para crianças de 1 a 4 anos de idade, Porto Velho-RO, 2010 – 2020.



Fonte: SIM/SINASC/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 05/05/2021.

Figura 65. Proporção de mortalidade por grupos do CID-10 para crianças de 5 a 9 anos de idade, Porto Velho-RO, 2010 – 2020.



Fonte: SIM/SINASC/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados acessados em 05/05/2021.

3.1.3. Determinantes e condicionantes de saúde

3.1.3.1. Condições de vida, trabalho e saúde

Existem os fatores que podem determinar o processo saúde-doença, que são: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte e lazer (BRASIL, 2019).

No Brasil, quanto à situação de trabalho, entre 2016 a 2019, o número da População Economicamente Ativa/PEA (2019: 105.931.000), População Economicamente Ativa Ocupada/PEAO (2019: 92.947.000) e População em Idade Ativa/PIA (2019: 170.615.00) aumentou 3,7%, 3,4% e 2,5% respectivamente. A taxa de desemprego também aumentou, passando de 12,0% em 2016 para 12,3% em 2019.

Em Porto Velho, segundo o IBGE, em 2011, eram 203.103 pessoas ocupadas, 190.867 pessoas ocupadas assalariadas e o salário médio mensal era de 3,9 salários mínimos. Em 2019, houve uma redução em todos os indicadores, passaram a ser 165.583 pessoas ocupadas, 153.945 pessoas ocupadas assalariadas e o salário médio mensal era de 3,4 salários mínimos, com uma redução de 18,5%, 19,3% e 12,8%, respectivamente.

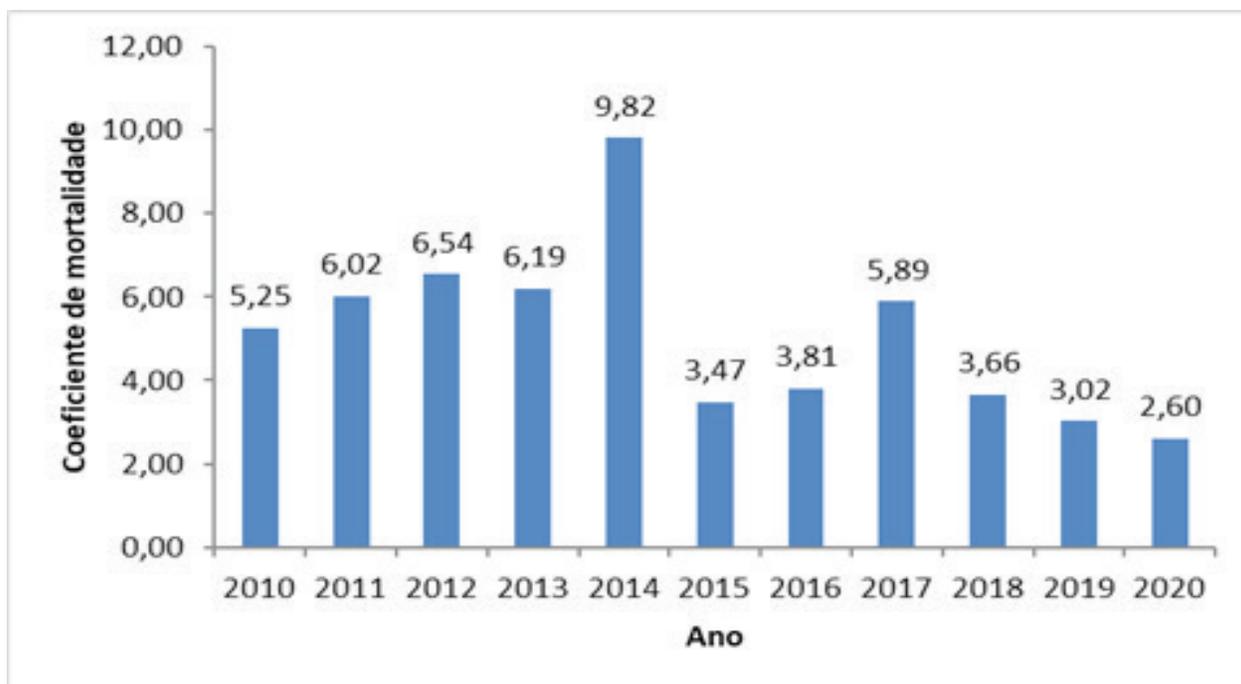
O acesso à água potável, ao saneamento e à higiene (WASH) básicos é vital para melhorar a saúde e a qualidade de vida a nível global. No Brasil, apesar do coeficiente de mortalidade por WASH está em diminuição, de 2007 (6,4/100mil habitantes) a 2018 (4,6/100mil habitantes), a mortalidade por falta de acesso à água segura e ao saneamento básico é um problema para a saúde pública, já que se tratam de óbitos evitáveis.

Em Porto Velho, a taxa de mortalidade por WASH apresentou flutuações tanto no número de óbitos, quanto na taxa de mortalidade no período analisado, 2010 a 2017. A partir de 2017, os dados sugerem redução deste indicador (Figura 66). O maior indicador foi em 2014 (9,82/100mil habitantes), que coincide com o ano da ocorrência da grande enchente do rio Madeira. São óbitos por WASH são por amebíase, ascaridíase, marasmo nutricional, diarreia e gastroenterite de origem



infecçiosa, infecções intestinais virais, outras infecções intestinais bacterianas, desnutrição proteico-calórica grave/moderada e leve).

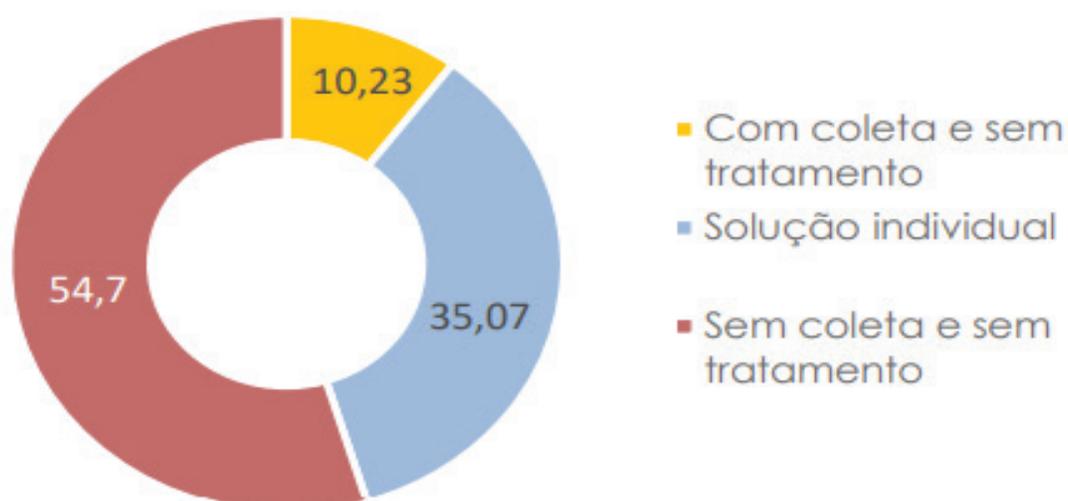
Figura 66. Coeficiente de mortalidade por água insegura, ausência de saneamento e falta de água (WASH), Porto Velho-RO, 2010 a 2020.



Fonte: SIM/DVE/DVS/SEMUSA/PV/RO, dados sujeitos a alterações em 08/05/2021.

O sistema público de esgotamento sanitário, em Porto Velho, atende a 10,23% da população da zona urbana e é composto apenas por rede coletora. Por outro lado, 35,07% da população utiliza soluções individuais, em geral fossas-sépticas, enquanto 54,7% permanece sem nenhum atendimento, conforme Figura 67 (PORTO VELHO, 2016).

Figura 67. Índice de atendimento em esgotamento sanitário, Porto Velho-RO, 2016.



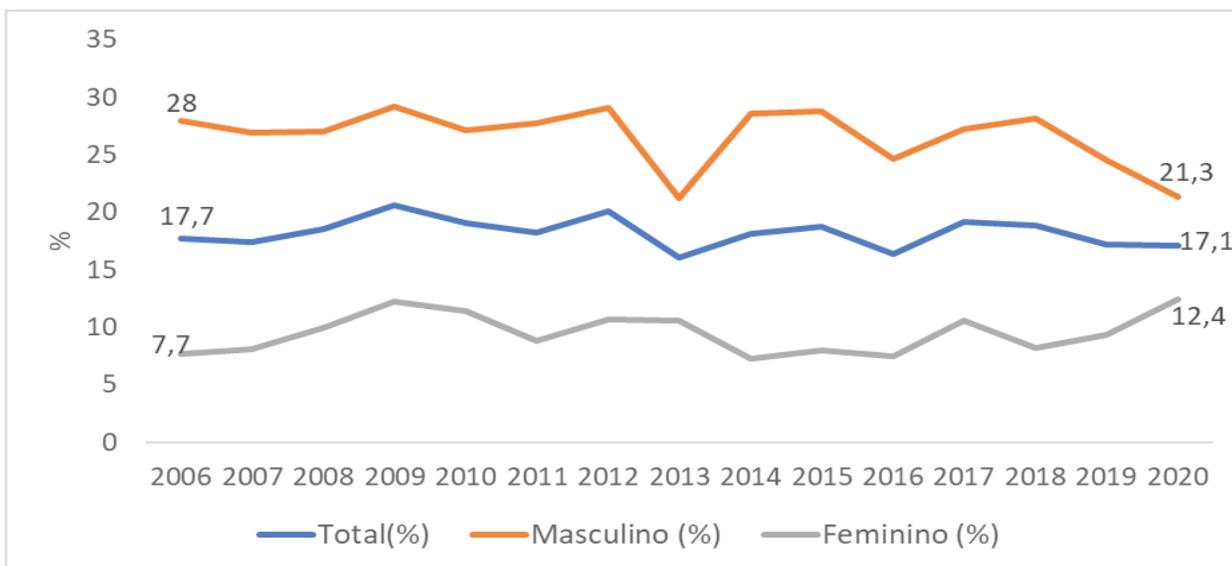
FONTE: Atlas de Esgoto (ANA, 2016)

3.1.3.2. Hábitos e estilos de vida

Os hábitos e estilos de vida mostram os comportamentos associados a fatores, que podem ser de risco e de proteção, que estão diretamente ligados às condições de saúde da população, que envolvem questões sociais, políticas, econômicas, culturais, essenciais para a qualidade de vida do indivíduo e da coletividade.

Dados do Vigitel/Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, em adultos acima dos 18 anos, de 2006 a 2020, demonstram a redução no consumo abusivo de bebida alcoólica, para o sexo masculino, de 28% para 21,3% e aumento para o sexo feminino, de 7,7% para 12,4%, conforme a Figura 68.

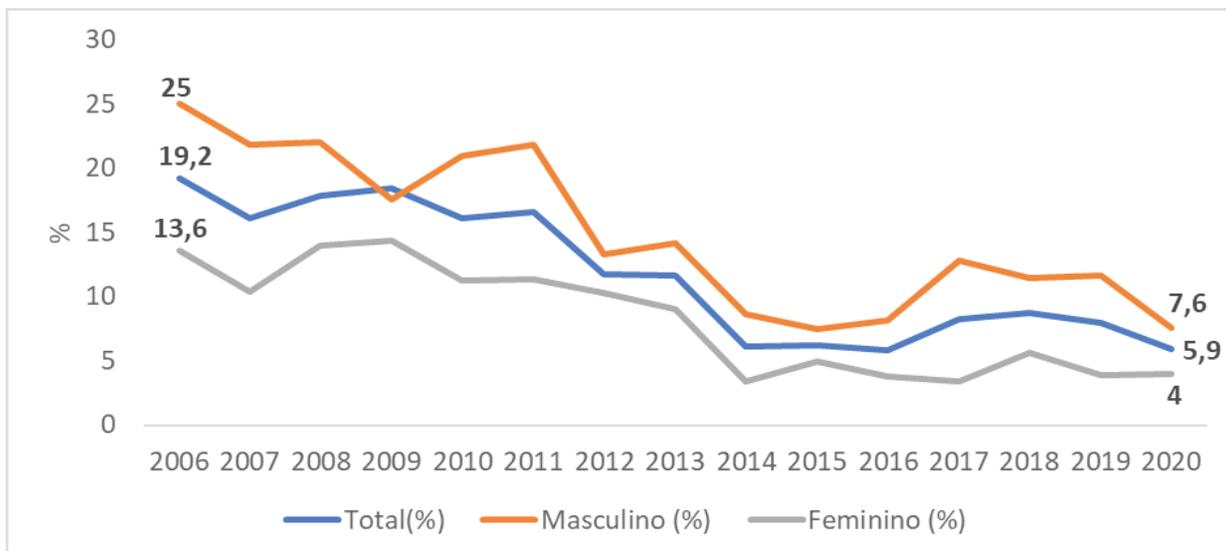
Figura 68. Tendência da prevalência de adultos que consomem abusivamente bebida alcoólica, Porto Velho-RO, 2006 a 2020.



Fonte: Vigitel – SVS/MS

Conforme a Figura 69, observamos a redução na prevalência de fumantes, tanto no sexo masculino (25,0% para 7,6%) quanto no feminino (13,6% para 4,0%).

Figura 69. Tendência da prevalência de fumantes, Porto Velho-RO, 2006 a 2020.

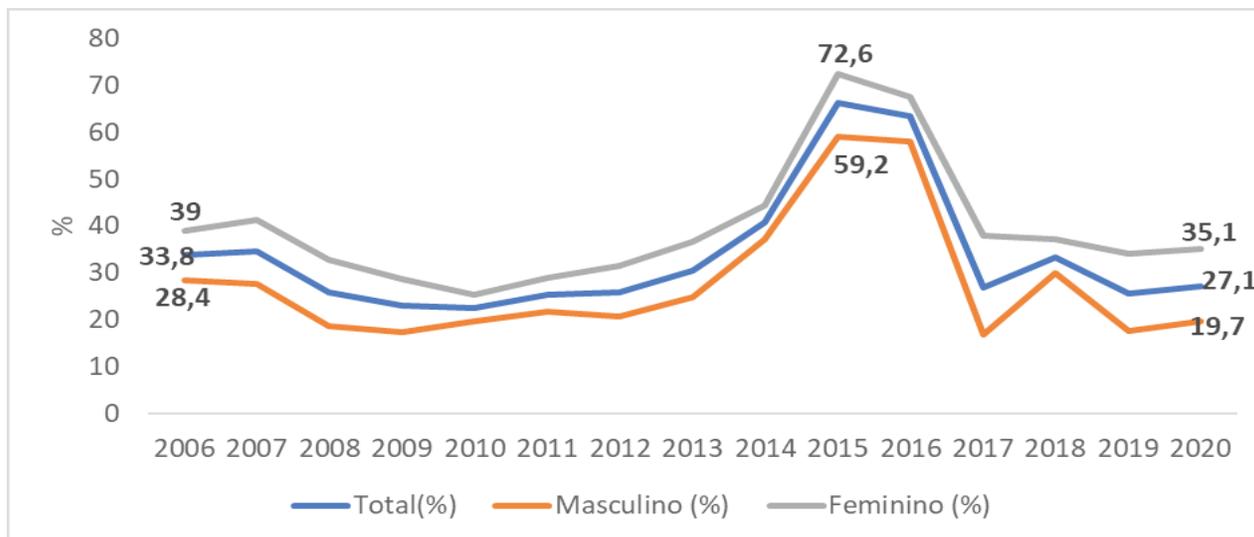


Fonte: Vigitel – SVS/MS.



Observamos a redução na prevalência de adultos que consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana, tanto no sexo masculino (28,4% para 19,7%) quanto no feminino (39,0% para 35,1%). Em 2015 e 2016, a prevalência para ambos os sexos ultrapassou os 50%, conforme Figura 70.

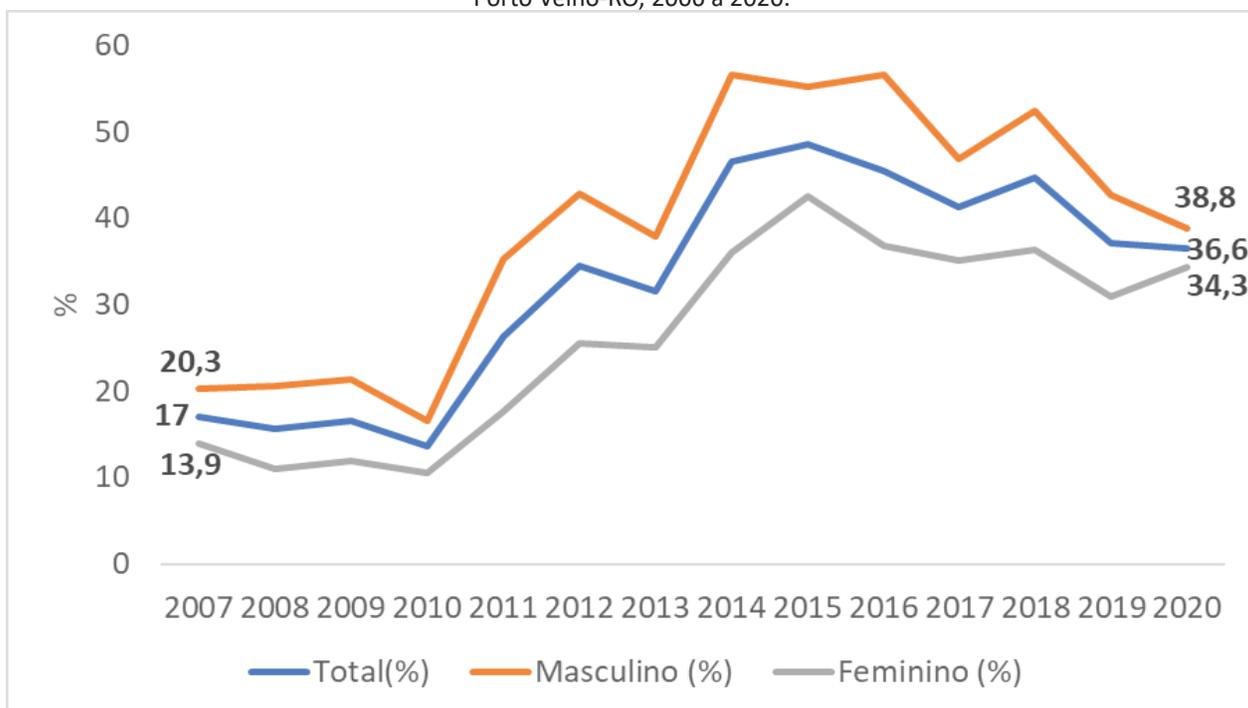
Figura 70. Tendência da prevalência de adultos que consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana, Porto Velho-RO, 2006 a 2020.



Fonte: Vigitel – SVS/MS.

Quanto a atividade física no lazer, teve um aumento na prevalência, tanto no sexo masculino (20,3% para 38,8%) quanto no feminino (13,9% para 34,3%). Em 2015 e 2016, a prevalência para ambos os sexos ultrapassou os 40%, conforme Figura 71.

Figura 71. Tendência da prevalência de adultos que fazem atividade física no lazer, Porto Velho-RO, 2006 a 2020.



Fonte: Vigitel – SVS/MS.



3.2. Acesso as Ações e Serviços de Saúde

Ao iniciar uma análise dos serviços de saúde ofertados aos munícipes de Porto Velho (PV) nos últimos anos, com o propósito de planejar as ações prioritárias para os próximos quatro anos de governo, torna-se necessário definir sob quais aspectos deseja-se apresentar este perfil/diagnóstico, ou sobre quais conceitos apresentam-se esses resultados.

O primeiro deles é o conceito de acesso, visto pela Prof^a. Barbara Starfield e reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), como principal atributo da Atenção Primária a Saúde (APS), porque refere-se ao primeiro contato do usuário com os serviços de saúde. Esse atributo está voltado a acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas. Segundo Starfield, a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso, permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Por esta razão não são válidas a realização de análises com base estritamente quantitativas, com números de atendimentos e rendimento profissional. Desloca-se o interesse, para tendências que buscam qualificar o atendimento no ato da recepção do usuário.

Outro conceito a ser considerado, é de Modelo Assistencial, como forma de organização das práticas de saúde, e estas voltadas à dar respostas aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Conforme a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se um modelo assistencial no qual as práticas devem estar orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença (necessidades da população), considerando o indivíduo no seu contexto familiar, como parte de grupos e de comunidades sócio-culturais e contemplando ações importantes no campo da Vigilância em Saúde e da Promoção da Saúde. Busca-se um modelo assistencial que esteja orientado para a integralidade e às necessidades ampliadas de saúde.

É preciso ainda não perder de vista que o Sistema Único de Saúde (SUS) para cumprir com os princípios de integralidade do cuidado, precisa atuar de forma descentralizada com ações e serviços que passam por todas as esferas de gestão, devendo estas atuarem ordenadamente, definindo as funções dos pontos de atenção para cada tipo de assistência. Dessa forma é importante situar o município de Porto Velho (PV), dentro do desenho que organiza as redes de atenção à saúde no estado de Rondônia (RO).





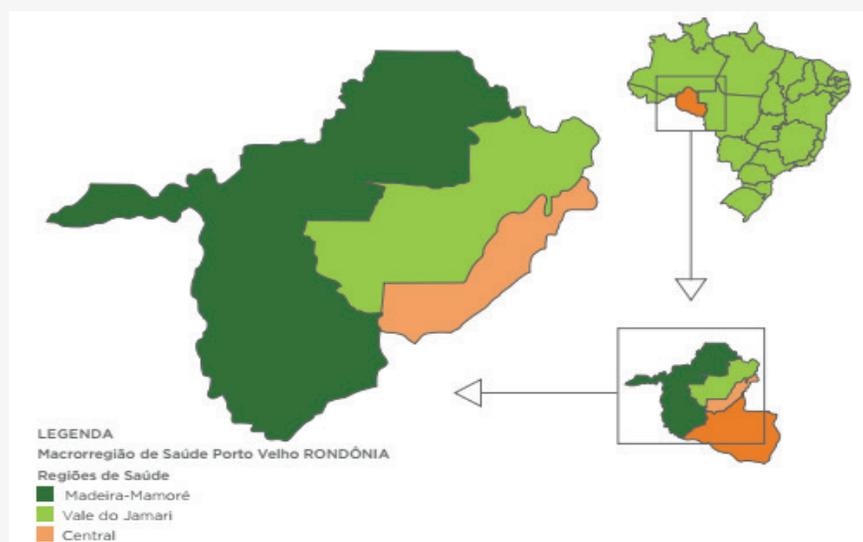
3.3. Porto Velho e as Regiões de Saúde

No desenho que organiza as redes de atenção à saúde em Rondônia (RO), o município de Porto Velho (PV) está situado na Macrorregião I, de acordo com o desenho esquemático da Figura 72, que é constituída por 18 municípios, subdivididos em três regiões de saúde: Madeira Mamoré, Vale do Jamari e Central (desta última, apenas quatro municípios, sendo que os demais estão vinculados a Macrorregião II). Esta macrorregião possui uma população estimada de 1.015.290 habitantes, sendo que 539.544 são pertencentes a Porto Velho (Estimativa IBGE/2020).

No processo de Regionalização, os municípios assumem o papel de protagonistas da oferta de ações e serviços de saúde, principalmente aquelas relacionadas a Atenção Básica (AB) e Vigilância em Saúde.

A capital é sede da região Madeira Mamoré que integra os demais municípios de Candeias do Jamary, Itapuã, Nova Mamoré e Guajará Mirim.

Figura 72. Mapa da macrorregião de saúde 1, Porto Velho-RO, 2020.



Fonte: CGT/DGIP/SE; DATASUS/MS. Elaboração: SEINSE/SEMS/GO.



3.4. Atenção primária

A Atenção Básica (AB) é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

É caracterizada como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e deve cumprir um papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade (BRASIL, 2017).





Neste sentido, nas duas últimas décadas promoveu-se um crescimento na implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município, como modelo assistencial predominante na Atenção Básica (AB) do município de Porto Velho (PV).

3.4.1. Estratégia Saúde da Família

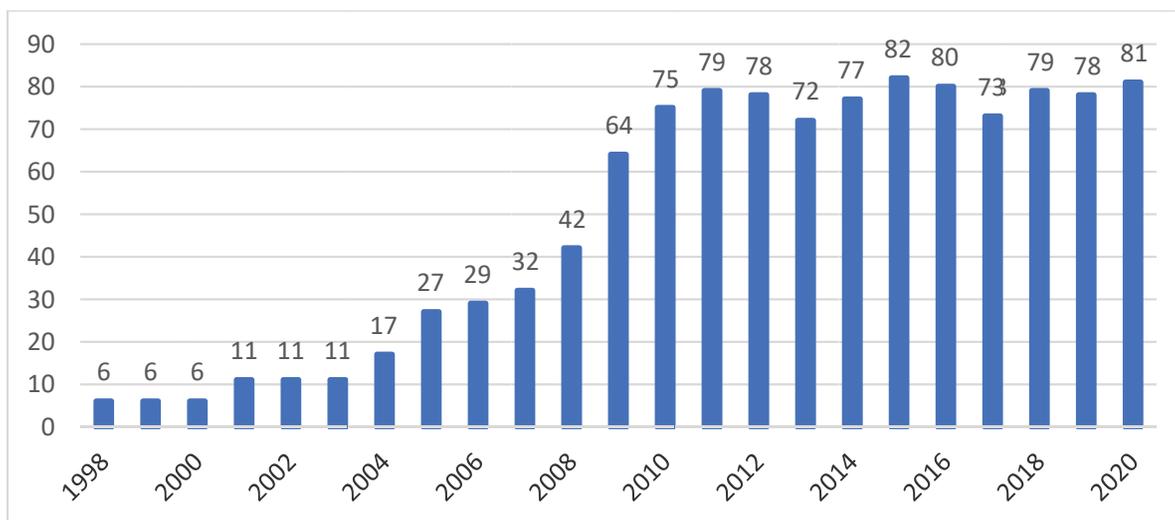
A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada um modelo de atenção à saúde, ou seja, um modo de organizar as ações e de dispor os meios técnico-científicos para intervir sobre os problemas e necessidades de saúde da população.



Para tanto, a criação de Equipes Saúde da Família (eSF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde, visando à reorganização da Atenção Básica (AB) no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerada a estratégia de expansão, qualificação e consolidação das ações de Atenção Básica (AB), 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.

A seguir apresentamos na Figura 73 a série histórica do município de Porto Velho (PV) com relação ao número de Equipes de Saúde da Família (eSF) desde sua implantação no ano de 1998 até o ano de 2020.

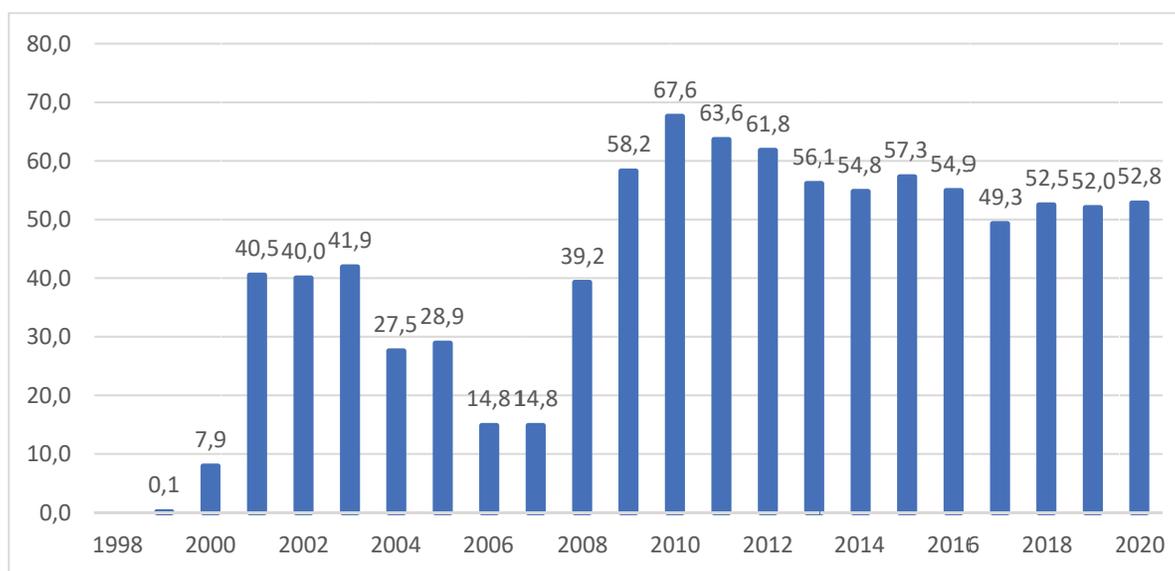
Figura 73. Série histórica do número de Equipes de Saúde da Família, Porto Velho-RO, 2020.



Fonte: e-SUS/AB/SEMUSA/PV/RO.

O município manteve como meta no último Plano Municipal de Saúde (PMS) - 2018-2021 alcançar 70% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). Porém o crescimento populacional e os limites financeiros do sistema, não permitiram o alcance desta meta, chegando em 2021, com a marca de 52,7% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 65,3 % se considerar a totalidade das Equipes de Atenção Básica, conforme demonstrado na Figura 74. Observa-se, portanto, a partir de 2009, um esforço na ampliação no número de equipes implantadas, porém com o aumento da população, a cobertura vem diminuindo desde 2012.

Figura 74 - Percentual de Cobertura de Equipes Saúde da Família, Porto Velho-RO, 2020.



Fonte: e-SUS/AB/SEMUSA/PV/RO.



A Estratégia Saúde da Família (ESF) baseia-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde centradas na pessoa e família mantendo o vínculo com o usuário, promovendo a integralidade e a coordenação da atenção, realizando a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial, os serviços são organizados a partir das necessidades de uma determinada população, sendo que as equipes de Saúde da Família (eSF) são compostas minimamente por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

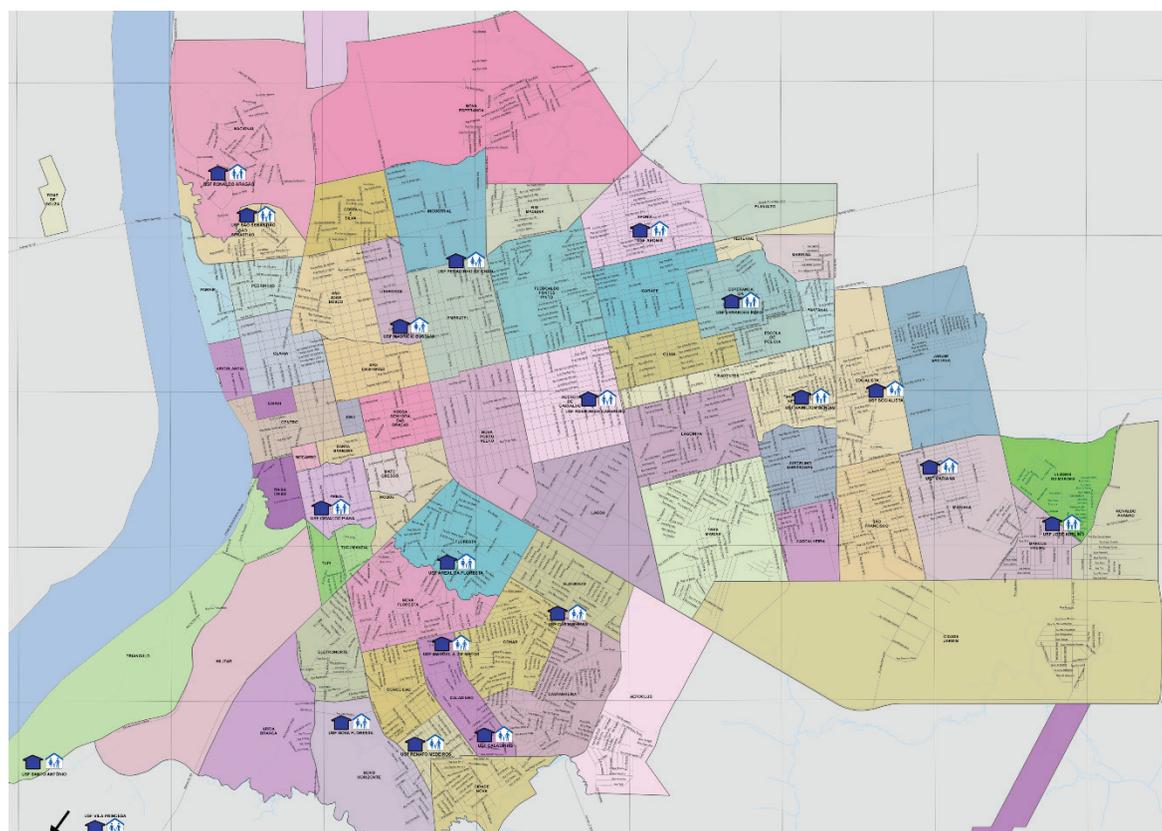
As equipes atuam distribuídas em 20 Unidades de Saúde da Família (USF) urbanas (Figura 75) e 19 Unidades de Saúde da Família (USF) rurais, localizadas nos Distritos e Vilas ao longo da BR 364 sentido Acre (Figura 76) e ao longo das margens do Baixo Madeira (Figura 77). Os serviços são organizados a partir das necessidades da determinada população de abrangência, sendo que as equipes de Saúde da Família (eSF) são compostas minimamente por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

O município conta com 01 Centro de Referência Covid, cadastrado na unidade Manoel Amorim de Matos, para atendimento específico a população com síndrome respiratória suspeita de Covid-19, demandados via *call center*.

Existem Unidades, que estão cadastradas com Equipes de Atenção Básica, devido não possuírem sob a sua área de abrangência, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e são acessadas por demandas espontâneas, descobertas da área com equipes saúdes da família.

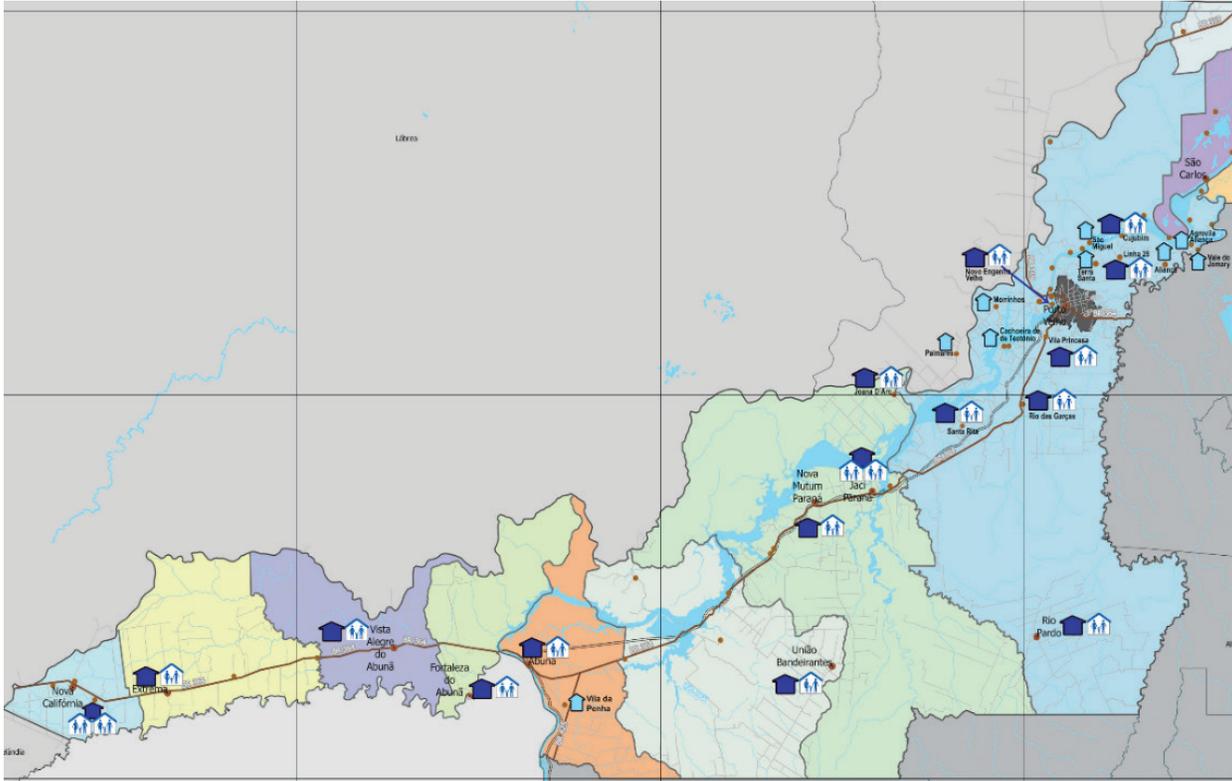
O município de Porto Velho (PV) recebeu entre os anos de 2017 a 2018, três residenciais de moradia popular, em áreas distintas do município. Na região sul foi destinado 1.696 moradias no Residencial Morar Melhor, na zona leste temos 1.120 famílias contempladas com moradia no Residencial Orgulho do Madeira e 200 famílias no Cristal da Calama. Esses residenciais não possuem cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo atendidos por demanda nas unidades adjacentes.

Figura 75. Distribuição geográfica das unidades de saúde da família e unidades básica de saúde zona urbana, Porto Velho-RO, 2021.



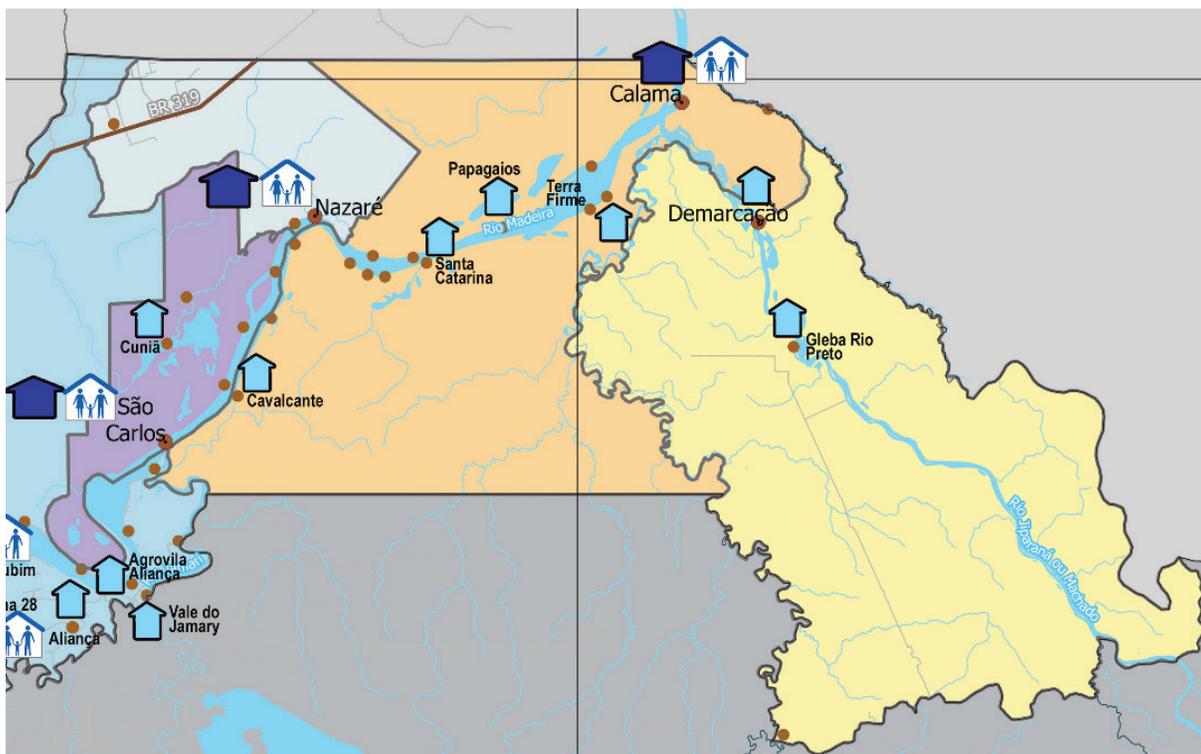
Fonte: DAB/DSC/SEMUSA/PV/RO.

Figura 76. Distribuição geográfica de unidades saúde da família e unidades básicas de saúde na zona rural, Porto Velho-RO, 2021.



Fonte: DAB/NUGEP/SEMUSA/PV/RO.

Figura 77. Distribuição geográfica de unidades saúde da família e equipes saúde da família na região ribeirinha, Porto Velho-RO, 2021.



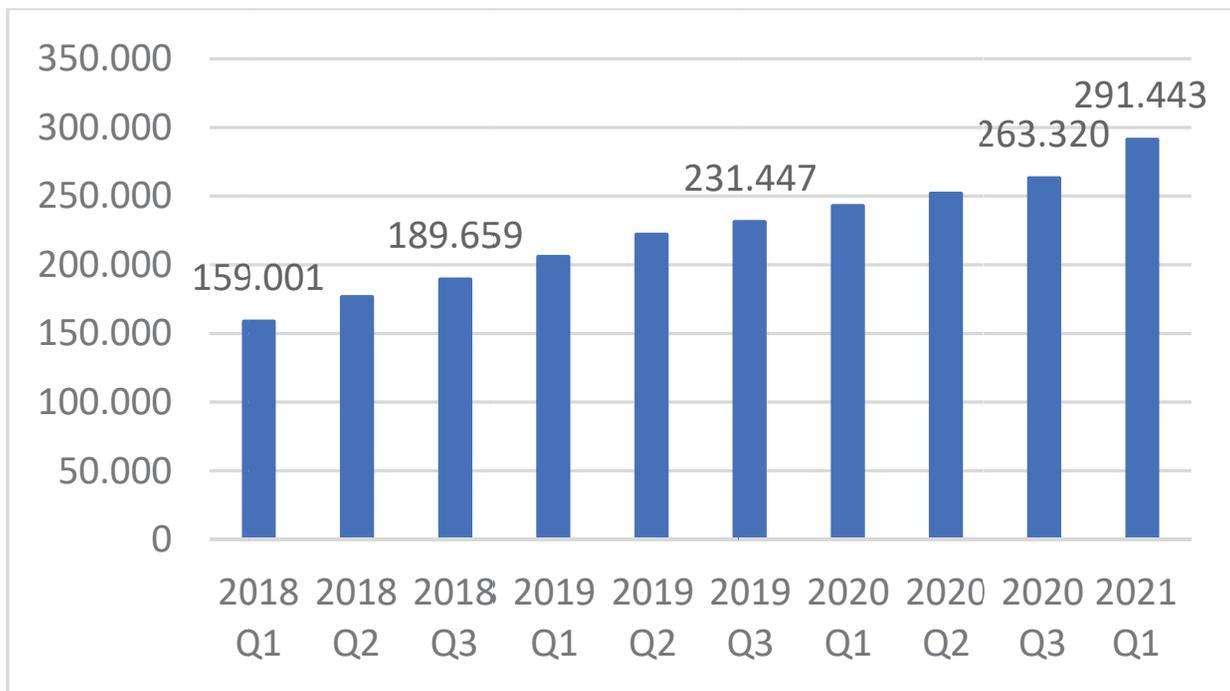
Fonte: DAB/NUGEP/SEMUSA/PV/RO.



Para que a Atenção Básica (AB) possa ordenar a rede de atenção à saúde, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas.

As ações e serviços da Atenção Básica, são registrados através do sistema e-SUS AB, com prontuários eletrônicos (PEC) em 23 unidades e em 17 unidades com coleta de dados simplificado (CDS). Até o primeiro quadrimestre de 2021 o município possuía cadastrados neste sistema 291.443 indivíduos, representando 55% da população de Porto Velho (Figura 78).

Figura 78. Evolução de cadastros individuais no e-SUS AB, Porto Velho-RO, 2021.



Fonte: e-SUS/AB/SEMUSA/PV/RO, acesso em 04/06/2021.



3.4.2. Número de Agentes Comunitários de Saúde

O município possui 446 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), onde atualmente efetiva uma cobertura de 55% da população de Porto Velho (291.443 cadastros individuais), segundo MS/SAPS/ Departamento de Saúde da Família – DESF, acessado em 17/06/2021).

Estes compõem as Equipes de Saúde da Família (eSF) urbanas e rurais, sendo responsáveis pelo desenvolvimento do processo de trabalho de vigilância a saúde local, a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico.

O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe é definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos.

3.4.3. Programa Saúde na Hora

O Ministério da Saúde (MS) através da PORTARIA Nº 2.462, DE 16 DE SETEMBRO DE 2019, homologou a adesão de 14 Unidades de Saúde da Família (USF) ao Programa Saúde na Hora, que prevê a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde na Atenção Primária ao financiar Unidades de Saúde da Família (USF) com horário estendido (60hs) para a população com equipe de saúde bucal. Estas Unidades funcionam no turno de 7:00 as 19:00h (Quadro 2).



Quadro 2. Unidades homologadas pelo Ministério da Saúde no Programa Saúde a Hora, Porto Velho-RO, 2021.

IBGE	Município	CNES	Quantidade de eSF	Quantidade de eSB	Código
110020	PORTO VELHO	2494531	3	2	09.17
110020	PORTO VELHO	2494558	4	2	09.17
110020	PORTO VELHO	2496577	4	2	09.17
110020	PORTO VELHO	2802716	4	2	09.17
110020	PORTO VELHO	2806568	4	2	09.17
110020	PORTO VELHO	2806592	4	2	09.17
110020	PORTO VELHO	2806789	5	2	09.17
110020	PORTO VELHO	5695880	3	2	09.17
110020	PORTO VELHO	5695899	4	2	09.17
110020	PORTO VELHO	5822793	3	2	09.17
110020	PORTO VELHO	6386512	4	2	09.17
110020	PORTO VELHO	6670547	5	2	09.17
110020	PORTO VELHO	6670814	5	2	09.17
110020	PORTO VELHO	9577866	4	2	09.17

Fonte: SAPS/MS/Brasília.

3.4.4. Núcleo Ampliado de Saúde da Família

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) é composto de equipe multiprofissional que atua de forma integrada com as equipes de saúde da família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) para populações específicas, realizando visitas domiciliares e construindo de forma conjunta projetos terapêuticos para os usuários, intervindo no território e na saúde das pessoas qualificando a assistência. Está regido pela Portaria de Consolidação nº 2, que consolida as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

O município possui habilitado uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) atuando nos bairros da zona Sul. Possuía com meta no Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2018-2021 a ampliação de mais duas equipes, ainda não efetivadas por limites orçamentários.

3.4.5. Consultório na Rua





A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2011, para atender a população em situação de rua com abordagem multiprofissional. Visa ampliar o acesso dessa população aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna e específica, atenção integral à saúde a um grupo em situação de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. Ressalta-se que a responsabilidade pela atenção à saúde da população em situação de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo que ele não seja componente de uma equipe de Consultório na Rua (eCR). Em municípios ou áreas em que não haja Consultório na Rua (eCR), a atenção deve ser prestada pelas demais modalidades de equipes da Atenção Básica (eAB).

No município de Porto Velho (PV), essa ação é realizada por uma equipe multiprofissional, habilitada na modalidade III, composta por cinco profissionais de ensino superior - dentista, psicólogo, enfermeira, assistente social e médico. Também pode atuar na equipe terapeuta ocupacional, agente social, técnico em saúde ocupacional e educador físico. Atualmente encontra-se sem técnico em enfermagem e sem motorista.

A equipe conta com a uma Unidade Básica (UB) de suporte Maurício Bustani, para as atividades que requerem ambiente específico. Adota como cronograma, a realização das atividades em ambulatório no início do dia e o restante do dia, de forma itinerante. São oferecidos acolhimento, escuta qualificada, atendimento social, consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, testes rápidos para Infecção Sexualmente Transmissíveis (IST), Covid, coleta de escarro, vacinação, tratamento diretamente observado (TDO) pra tuberculose (TB). Além disso, facilita-se o acesso do usuário, vivendo em situação de rua, a outros serviços de saúde, articulando o atendimento diretamente com os serviços e profissionais envolvidos e, muitas vezes, transportando o usuário até o local para o referido atendimento.

No ano de 2020, a equipe realizou a média mensal de 408 atendimentos, aproximadamente, 12 atendimentos diários. A maior parte destes atendimentos foram destinados à indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 30 a 54 anos.

Como desafio para ampliar a cobertura das ações para esse público, necessita-se fortalecer a composição da equipe, suprindo de equipamentos indispensáveis, tais como a aquisição de consultório clínico e odontológico móvel.

3.4.6. Infraestrutura na Atenção Primária

O Departamento de Atenção Básica (DAB) possuía como meta no Plano Municipal de 2018-2021 a reforma e ampliação de 10 unidades de saúde. No entanto, foram entregues a reforma de 05 unidades de saúde e 08 unidades estão com os processos administrativos em andamento com projetos arquitetônicos aprovados ou em análise, para a execução de reforma. (Quadro 3).



Quadro 3. Demonstrativo das unidades de saúde com processo de reforma ou ampliação, Porto Velho-RO, 2021.

UNIDADE DE SAÚDE	PROCESSO	ELABORAÇÃO PROJETO DE REFORMA	VALOR DO RECURSO	ORÇAMENTO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	VALOR LICITADO	APROVAÇÃO DE PROJETO AGEVISA Nº DO PARECER TÉCNICO	SITUAÇÃO EM 11.12.2020
Unidade Básica de Saúde Aponiã	08.00316/2019	Projeto Arquitetônico e Complementares SEMUSA	Emenda Federal R\$ 181.975,00	R\$ 0,00	R\$ 133.270,89	240/2019/AGEVISA-NEA APROVADO em 02/07/2019	Projeto executado
Unidade Básica de Saúde Ronaldo Aragão	08.00328/2019	Projeto Arquitetônico e Complementares SEMUSA	Emenda Federal R\$ 118.018,00	R\$ 0,00	R\$ 86.945,07	Parecer Nº 238/2019/AGEVISA-NEA APROVADO em 02/07/2019	Projeto de Reforma aprovado na AGEVISA. Obra Paralisada aguardando Realinhamento dos valores de Materiais da Obra.
Unidade Básica de Saúde Ernandes Coutinho Índio	08.00327/2019	Projeto Arquitetônico e Complementares SEMUSA	Emenda Federal R\$ 249.988,00	R\$ 0,00	R\$ 194.681,72	248/2019/AGEVISA-NEA APROVADO em 05/07/2019	Projeto executado
Unidade Básica de Saúde Hamilton Raolino Gondim	08.00408/2019	Projeto Arquitetônico e Complementares SEMUSA	Emenda Federal R\$ 430.000,00	R\$ 104.136,00	R\$ 534.136,11	Parecer Nº 349/2019/AGEVISA-NEA APROVADO em 08/08/2019	Projeto executado



UNIDADE DE SAÚDE	PROCESSO	ELABORAÇÃO PROJETO DE REFORMA	VALOR DO RECURSO DE EMENDA	ORÇAMENTO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	VALOR LICITADO	APROVAÇÃO DE PROJETO AGEVISA Nº DO PARECER TÉCNICO	SITUAÇÃO EM 11.12.2020
Unidade Básica de Saúde Abunã	08.00615/2019	Projeto Arquitetônico e Complementares SEMUSA	Emenda Federal R\$ 149.996,00	R\$ 115.942,41	R\$ 265.938,41	Parecer Nº 512/2019/AGEVISA- NEA. APROVADO em 29/10/2019	Projeto executado
Unidade Básica de Saúde Socialista	08.00330/2019	Projeto Arquitetônico de Drenagem e Complementares	Recurso Próprio R\$ 309.636,76	R\$ 229.191,66	R\$ 229.191,66	_____	Projeto executado
Centro de Saúde Socialista	_____	Projeto Arquitetônico e Complementares SEMUSA	Emenda Federal R\$ 487.893,00	_____	_____	Parecer Nº 125/2020/AGEVISA- NEA APROVADO em 25/03/2020	Projeto de Reforma aprovado na AGEVISA, aguardando elaboração do Projeto de Acessibilidade e aprovação junto a SEMTRAN e Projetos Complementares de Engenharia com Planilha.
Policlínica Manoel Amorim de Matos	_____	Projeto Arquitetônico e Complementares SEMUSA	Emenda Federal R\$ 487.893,00	_____	_____	Parecer Nº 440/2020/AGEVISA- NEA APROVADO em 26/11/2020	Projeto de Reforma aprovado na AGEVISA, aguardando elaboração do Projeto de Acessibilidade e aprovação junto a SEMTRAN e Projetos Complementares de Engenharia com Planilha.



UNIDADE DE SAÚDE	PROCESSO	ELABORAÇÃO PROJETO DE REFORMA	VALOR DO RECURSO DE EMENDA	ORÇAMENTO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE F.M.S	VALOR LICITADO	APROVAÇÃO DE PROJETO AGEVISA Nº DO PARECER TÉCNICO	SITUAÇÃO EM 11.12.2020
Centro de Saúde Caladinho	_____	Projeto Arquitetônico e Complementares SEMUSA	Programa /2013 R\$ 530.000,00	_____	_____	_____	Levantamento Arquitetônico da Edificação Existente finalizado Projeto de Reforma Iniciado, porém Paralisado devido a Demanda no Setor de Projetos.
Unidade Básica de Saúde Três Marias	_____	Projeto Arquitetônico e Complementares SEMUSA	Valor Estimado Recurso Próprio R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.000.000,00	_____	Parecer Nº 70/2020/AGEVISA-NEA APROVADO em 12/02/2020	Projeto de Reforma aprovado na AGEVISA aguardando Elaboração do Projeto de Rede de Logica para Adequação do Orçamento Final da Obra.
Unidade Básica de Saúde Benjamim Silva (Distrito Calama)	_____	Projeto Arquitetônico e Complementares SEMUSA	Emenda Federal R\$ 487.893,00	_____	_____	Parecer Nº 411/2020/AGEVISA-NEA APROVADO em 16/11/2020	Projeto de Reforma aprovado na AGEVISA, aguardando elaboração do Projeto de Acessibilidade e aprovação junto a SEMTRAN e Projetos Complementares de Engenharia com Planilha.

Cont.



Cont.

UNIDADE DE SAÚDE	PROCESSO	ELABORAÇÃO PROJETO DE REFORMA	VALOR DO RECURSO DE EMENDA	ORÇAMENTO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE F.M.S	VALOR LICITADO	APROVAÇÃO DE PROJETO AGEVISA Nº DO PARECER TÉCNICO	SITUAÇÃO EM 11.12.2020
Unidade Básica de Saúde Pedacinho de Chão	08.00144/2020	Projeto Arquitetônico e Complementares PAS	Emenda Federal R\$ 185.142,00	R\$ 853.602,81	—	Parecer N° 510/2019/AGEVISA-NEA APROVADO em 24/10/2019	Projeto de Reforma aprovado na AGEVISA, Projetos Complementares e Planilha finalizados aguardando Adequações de checklist para SML.
Unidade Básica de Saúde São Sebastião	08.00272/2020	Projeto Arquitetônico e Complementares PAS	Emenda Federal R\$ 164.195,00	R\$ 497.916,54	—	Parecer N° 573/2019/AGEVISA-NEA APROVADO em 05/12/2019	Projeto de Reforma aprovado na AGEVISA, Projetos Complementares e Planilha finalizados aguardando Adequações de checklist para SML.

Fonte: SEMUSA/PV/RO/2021.



3.4.7. Estratégia e-SUS atenção básica

O e-SUS AB é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) para reestruturar as informações da Atenção Básica (AB) em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde (MS), entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

A Estratégia e-SUS AB faz referência ao processo de informatização qualificada do Sistema único de Saúde (SUS) em busca de um SUS eletrônico (e-SUS) e tem como objetivo concretizar um novo modelo de gestão de informação que apoie os municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da AB e na qualificação do cuidado dos usuários.

Esse modelo nacional de gestão da informação na Atenção Básica (AB) é definido a partir de diretrizes e requisitos essenciais que orientam e organizam o processo de reestruturação desse sistema de informação, instituindo-se o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), por meio da Portaria GM/MS Nº 1.412, de 10 de julho de 2013, e a Estratégia e-SUS AB para sua operacionalização. A Estratégia e-SUS AB preconiza:

- Individualizar o registro: registro individualizado das informações em saúde, para o acompanhamento dos atendimentos aos cidadãos;
- Integrar a informação: integração dos diversos sistemas de informação oficiais existentes na Atenção Básica (AB), a partir do modelo de informação;
- Reduzir o retrabalho na coleta de dados: reduzir a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento (fichas/sistemas) ao mesmo tempo;
- Informatizar as unidades: desenvolvimento de soluções tecnológicas que contemplem os processos de trabalho da AB, com recomendações de boas práticas e o estímulo à informatização dos serviços de saúde;



- **Gestão do cuidado:** introdução de novas tecnologias para otimizar o trabalho dos profissionais na perspectiva de realizar a gestão do cuidado
- **Coordenação do cuidado:** a qualificação do uso da informação na gestão e no cuidado em saúde na perspectiva de integração dos serviços de saúde.

A estratégia é composta por dois sistemas:

Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB): sistema de informação nacional vigente para o processamento e a disseminação de dados e informações relacionadas a Atenção Básica (AB), com a finalidade de construção do conhecimento e tomada de decisão para as três esferas de gestão. Além disso, corrobora para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e

Sistema e-SUS Atenção Básica (AB): composto por dois softwares para coleta dos dados: o Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS), sistema de transição/contingência, que apoia o processo de coleta de dados por meio de fichas e um sistema de digitação; o Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), sistema com prontuário eletrônico (objeto deste manual), que tem como principal objetivo apoiar o processo de informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Em 2015 o município de Porto Velho (PV) iniciou as instalações e utilização do sistema e-sus AB com servidor local em todas as unidades de saúde, em 2017 o município centralizou o sistema no servidor geral do município, gerando um único banco de dados dos registros e cadastros do município de Porto Velho (PV).

Atualmente o município de Porto Velho (PV) possui com prontuários eletrônicos (PEC) em 23 unidades e em 17 unidades com coleta de dados simplificado (CDS).

3.4.8. Unidade Móvel Fluvial

Para que a Atenção Básica (AB) possa ordenar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente (BRASIL, 2017).

Um importante desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente é alcançar as popula-





ções mais prejudicadas, incluindo as comunidades ribeirinhas que são aquelas caracterizadas como populações tradicionais e residentes das margens dos rios e populações interiorizadas. Nesse sentido, pretende-se levar idéias estratégicas para redução dessa carência de acesso aos serviços de saúde (BRASIL GB, et al., 2016).

O termo ribeirinho designa qualquer população que vive às margens dos rios. Os ribeirinhos estão isolados não apenas da cultura geral, como do acesso à mídia escrita, televisiva e radiofônica e, também, de outros moradores da comunidade, já que a distância entre as residências pode ser superior a 2000 metros. Em termos interacionais, o rio atua como fonte de contato, barreira e ponte ambiental, criando e restringindo as possibilidades de interação, principalmente entre as crianças.

A precariedade ao acesso dos ribeirinhos aos serviços de saúde pública revela a necessidade de medidas amplas de promoção de saúde, associada à oferta de serviços adequada à realidade das comunidades rurais ribeirinhas distantes dos espaços urbanos (FRANCO EC, et al., 2015).

As limitações de acesso aos serviços de saúde compõem um contexto multifatorial, complexo e subjetivo, que podem implicar em diferentes aspectos no modo de vida dessas populações (GUIMARÃES, 2020).

Neste cenário é essencial que o cuidado adote uma visão holística da população, entendendo-se que o vínculo criado se torna um elo, onde a população ribeirinha cria uma maior confiança e credibilidade nos profissionais de saúde envolvidos na assistência.

Para tanto, a unidade móvel fluvial presta serviço a comunidade ribeirinha, levando entre seus atendimentos: coleta de citopatológico de colo uterino; planejamento reprodutivo com possibilidade de Inserção de DIU; atendimento ao pré-natal; realização de testes rápidos para Infecção Sexualmente Transmissível (IST); atendimento de crescimento e desenvolvimento infantil; Consulta com ginecologista; Consulta com médico generalista; Vacinação Covid-19 e H1N1; educação em saúde; oferta de teste rápido para Covid-19; oferta de preservativos e lubrificantes; dispensação de medicação de acordo com a prescrição médica e de enfermagem.

A população priorizada nesse plano reside na região ribeirinha do município de Porto Velho (PV), residentes nos distritos de: Calama, Nazaré, São Carlos e adjacências.

3.4.9. Saúde Bucal





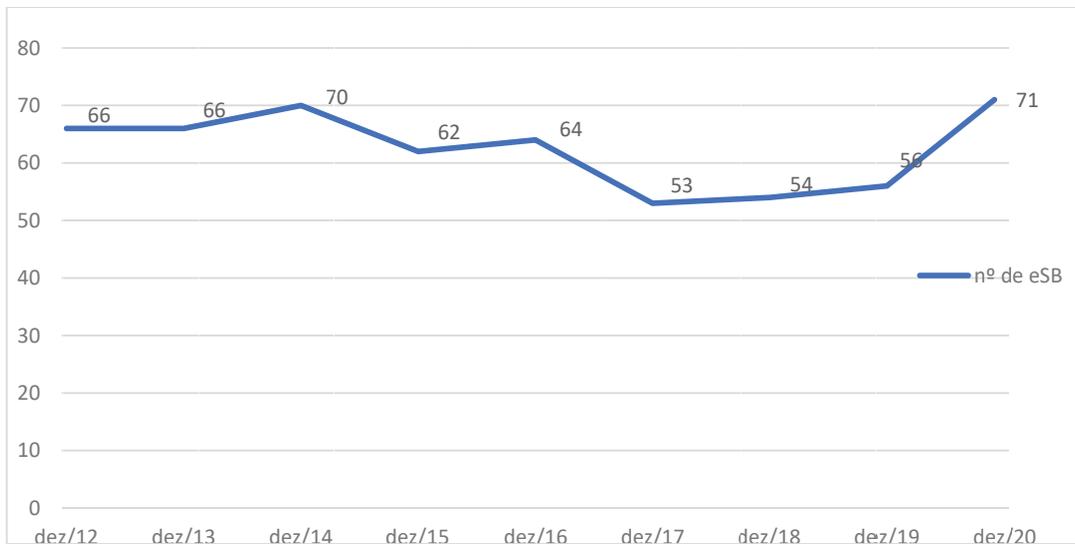
promoção, proteção e recuperação. Conforme apontado nas 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde Bucal (1986 e 1993), a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada com as condições de vida (saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra), e o acesso à informação e aos serviços de saúde. A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, veio confirmar que as condições bucais podem mostrar sinais significativos de desigualdade.

Desta forma, integrando as equipes de saúde da família, estão as equipes de saúde bucal, que conforme normas nacionais, tem como objetivo a realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos considerando medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

O município de Porto Velho, conta, atualmente com 27 unidades de saúde da família contempladas com serviço odontológico, perfazendo um total de 71 Equipes de Saúde Bucal (ESB).

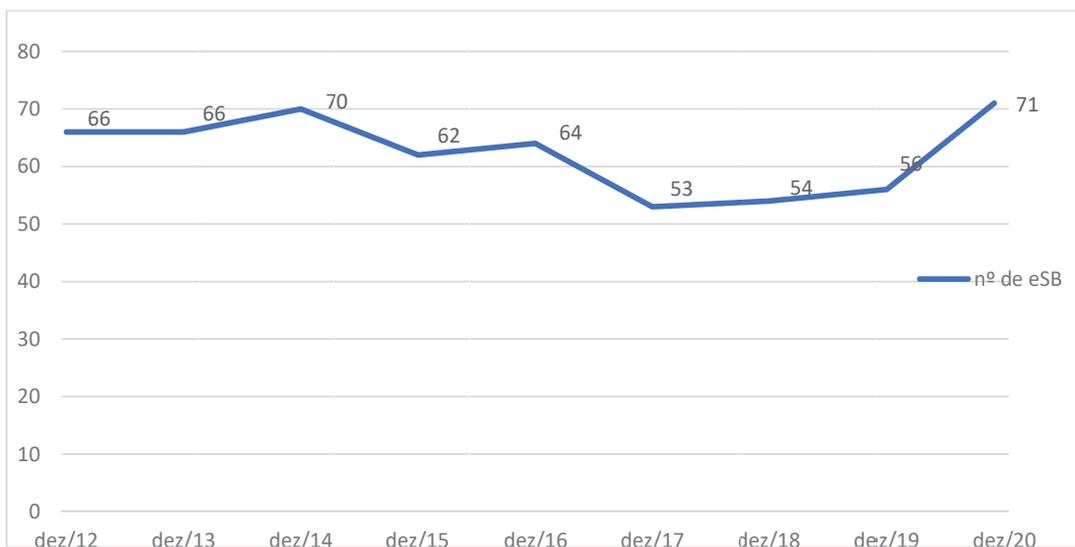
O município possuía como meta no Plano Municipal de 2018 -2021 expandir o número de equipes de saúde para 75 e alcançar a cobertura de 90%. Nos últimos dois anos houve aumento do número de equipes, porém a cobertura atual ainda é de 53%, de acordo com a Figura 79 e 80.

Figura 79. Número de Equipe de Saúde Bucal, Porto Velho-RO, 2012 a 2020.



Fonte: SAPS/MS.

Figura 80. Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica, Porto Velho-RO, 2012 a 2020.



Fonte: SAPS/MS.



Para atingir a meta desejada no último Plano Municipal, torna-se necessário a implantação de (18) dezoito equipes de saúde bucal à serem instaladas nas Unidades de Saúde da Família (USF): Flamboyant, Três Marias, Socialista II, José Adelino, Mariana, Fortaleza do Abunã, Abunã, Nova Mutum, Nazaré, Novo Engenho, São Carlos, Aliança, Rio Pardo de acordo com a realidade atual. Outra ação a ser considerada, é a inserção de um consultório odontológico na unidade fluvial, a fim de ofertar atendimentos odontológicos à população ribeirinha.

Para ampliar e melhorar os serviços da assistência odontológica, é necessário a ampliação do quadro de profissionais, sendo, contratação de 24 cirurgiões-dentistas e 25 auxiliares, com carga horária de 30 horas levando-se em consideração para esse cálculo uma população IBGE -2020, que é de 539.354 hab. A coordenação da divisão realizou um levantamento da situação dos consultórios odontológicos em cada Unidade Básica de Saúde afim de dar suporte para a realização de serviços de manutenção e ampliação da estrutura existente (Anexo II).

As equipes de saúde bucal das Unidades Básicas de Saúde (UBS), devem ser orientadas sobre a possibilidade de realizar tratamento odontológico durante a gestação e puerpério, consolidando as ações de saúde bucal. Os idosos devem ter suas vagas asseguradas, tendo em vista a legislação específica que protege este grupo, muitas vezes excluídos dos serviços de saúde. Usuários com urgências odontológicas, deverão ser atendidos além dos agendados para tratamento, conforme os critérios de risco e organização da unidade de saúde. Tal organização deve contemplar também as demais atribuições das equipes de saúde bucal, previstas na política nacional de atenção básica.

O atendimento odontológico de gestantes de alto risco e para bebês de 0 a 3 anos, com ênfase em prevenção deve ser implantado na linha de cuidados prioritários a estes grupos, o atendimento odontológico deverá ser realizado preferencialmente na atenção primária, a fim de evitar que lesões de cárie dentária se instale na população infantil, diminuindo em um futuro, custos do município com tratamentos odontológicos.

3.4.9.1. Centro de Especialidade Odontológica

As ações especializadas ou de maior grau de complexidade devem ser atendidas no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Os três centros especializados de Porto Velho são do tipo II e funcionam com 12 consultórios odontológicos e atendem as áreas de: periodontia, cirurgia bucomaxilofacial, endodontia, pacientes com deficiência.

Nos anos de 2018 a 2020 os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) realizaram cerca de 57.433 procedimentos dentre eles atendimentos básicos, de periodontia, endodontia e cirúrgicos, conforme apresentado na Tabela 12 e Tabela 13.

Tabela 12. Produção ambulatorial dos Centros de Especialidades Odontológicas, por tipo de procedimento, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.

PROCEDIMENTOS POR TIPO	PRODUÇÃO AMBULATORIAL			TOTAL
	2018	2019	2020	
BÁSICOS	15.650	14136	2115	31.901
PERIODONTAIS	4.659	2970	467	8.096
ENDODONTICOS	3.784	3048	501	7.333
CIRÚRGICOS	5.051	4692	360	10.103
TOTAL	29.144	24846	3443	57.433

Fonte: DATASUS/MS/TABWIN/DRAC/DAC. Informado em 30/11/2020. CEO ZONA LESTE I competência fev/2020. CEO ZONA LESTE II competência maio/2020. Obs.: Devido a Pandemia decretada em março de 2020, foram suspensos todo e qualquer tratamento eletivo odontológico. Foram remanejados os cirurgiões dentistas dos CEOs para realizar coleta para testes de PCR (SWAB).



Tabela 13. Produção ambulatorial dos Centros de Especialidades Odontológicas, por tipo de Unidade, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.

CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	PRODUÇÃO AMBULATORIAL		
	2018	2019	2020
CEO ZONA SUL	8956	10617	2951
CEO ZONA LESTE I	10749	8383	403
CEO ZONA LESTE II	9439	5840	89
TOTAL	29144	24840	3443

Fonte: DATASUS/MS/TABWIN/DRAC/DAC. Informado em 30/11/2020. CEO ZONA LESTE I competência fev/2020. CEO ZONA LESTE II competência maio/2020. Obs.: Devido a Pandemia decretada em março de 2020, foram suspensos todo e qualquer tratamento eletivo odontológico. Foram remanejados os cirurgiões dentistas dos CEOs para realizar coleta para testes de PCR (SWAB).

Para atendimento dos Pacientes com Deficiência tem-se hoje três profissionais, e um consultório também montado nas dependências da PESTALOZZI. Ressalta-se que não há lista de espera para atendimento destes pacientes, os mesmos são atendidos prioritariamente, e os procedimentos básicos são realizados tanto no Centro de Especialidade Odontológica (CEO), quanto no consultório da PESTALOZZI.

Atualmente, faz -se necessário reformar e ampliar os três Centros Especializados do município de Porto Velho (PV), com a inserção de um almoxarifado, uma copa, e 2 banheiros para pacientes (PcD) e servidores em cada CEO, afim de oferecer melhor estrutura para o exercício das funções desses profissionais.

Devido a cobertura em saúde bucal na Atenção Primária não ser satisfatória, temos um aporte significativo no Centro de Especialidade Odontológica (CEO) de pacientes com problemas totalmente preveníveis, porém estes encontram-se com patologias já instaladas sendo atendidos nas áreas especializadas.

Em virtude da necessidade de ofertar tratamentos especializados à população na zona norte da cidade, faz-se necessário a criação de mais um Centro de Especialidade Odontológica (CEO) nesta região da cidade, com as especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia e atendimentos a pacientes com deficiência. Nesta mesma unidade, deverá ter um profissional habilitado em realizar biópsias para detecção de câncer bucal. Faz-se necessário criar um fluxo de diagnóstico destas lesões para o município de Porto Velho (PV).

Outra demanda que precisa ser programada para a ampliação de oferta de serviços odontológicos para população de Porto Velho (PV), é a criação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) a fim de proporcionar a reabilitação protética dos pacientes que se encontram sem dentes nas arcadas dentárias.

3.4.10. Saúde do Sistema Prisional

O município de Porto Velho possui uma população carcerária estimada em 7.337 apenados, distribuídos em 12 Unidades Prisionais localizadas nesse território.

Embora o município ainda não tenha realizado adesão à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Prisional (PNAISP), sem equipes credenciadas para atendimento à população privada de liberdade (PPL), mantém-se a oferta de serviços na rede de atenção básica e rede especializada. O objetivo desta Política é promover a ampliação e a resolutividade das ações e serviços de atenção integral à saúde da população privada de liberdade (PPL), de forma integrada e planejada, fazendo com que cada Unidade Básica de Saúde Prisional seja um ponto da Rede de Atenção à Saúde do SUS. A maior dificuldade para a efetivação desta proposta é a contratação de profissionais para



integrarem as equipes que permanecerão nas Unidades de Saúde Prisional.

No tocante a saúde dos adolescentes em conflito com a lei, na cidade de Porto Velho estão localizadas: 1- a única Unidade de Internação Provisória e Sentenciada Feminina do Estado; 2- além de uma Unidade de Internação Provisória Masculina; 3- uma Unidade de Internação Sentenciada e 4 - uma Unidade de Semiliberdade, conforme descrito no Quadro 4 a seguir:

Quadro 4. Distribuição de Unidades de Internação Socioeducativa conforme capacidade média, Porto Velho-RO, 2021.

COMARCA	UNIDADE	CAPACIDADE MÉDIA
Porto Velho	Unidade de Internação Provisória e Sentenciada Feminina	20
	Unidade de Internação Masculina Provisória	36
	Unidade de Internação Masculina Sentenciada I	80
	Centro de Atendimento Socioeducativo Semiliberdade	22

Fonte: DAB/SEMUSA/PV/RO.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) foi instituída em maio de 2014 por meio da PORTARIA Nº 1.082. Entretanto, ainda não foi efetuada adesão municipal à tal política. Ainda assim, o município de Porto Velho compõe Grupo Técnico que iniciou a revisão e adequação do Plano Operativo Estadual 2021 – 2024, mediante discussões com a Fundação Estadual de Atendimento Socioeducativo do estado e demais membros, representantes das políticas setoriais, Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente entre outros do Sistema de Garantia de Direitos do Estado de Rondônia, a fim de definir estratégias para garantir o atendimento integral de saúde ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa.

As Unidades socioeducativas possuem equipe de saúde básica composta por enfermeiro, médico e técnico de enfermagem, do quadro efetivo do estado, mas não são credenciadas para adesão à Política. Porém, as necessidades de saúde apresentadas por esta população são acolhidas pelos serviços de saúde na atenção básica do município, como a oferta de medicações, coleta de exames laboratoriais, curativos, agendamento e atendimento na rede especializada (CEM, CAPS, CER). Salientando que com o credenciamento das equipes estima-se que o recurso financeiro advindo, comporá parte do orçamento da Fundação destinado à garantia de aquisição de insumos a fim de fomentar a assistência.

3.4.11. Alimentação e Nutrição

Os cuidados com alimentação e nutrição das pessoas em sociedade, são definidos como compromissos do Estado Brasileiro destacados na Lei 8080, de 1990 (BRASIL,1990), no Art. que descreve que “a alimentação como um fator condicionante e determinante da saúde e que as ações de alimentação e nutrição devem ser desempenhadas de forma transversal às ações de saúde, em caráter complementar e com formulação, execução e avaliação dentro das atividades e responsabilidades do sistema de saúde.”

Estudos apontam que hábitos alimentares não saudáveis (marcados pelo excesso de consumo de produtos industrializados e mau equilibrados energeticamente) e a falta de exercícios físicos, tem gerado o aumento dos problemas oriundos de doenças crônicas entre a população, como: dia-



betes, hipertensão, obesidade e outras.

A Portaria nº 2.715 de novembro de 2011, que trata das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) também destaca que pesquisas reafirmaram que as deficiências de ferro e vitamina A ainda persistem como problemas de saúde pública no Brasil entre a população infantil, as mulheres em idade fértil são afetadas com a hipovitaminose A e todos os dois grupos ainda estão acometidos por anemia por deficiência de ferro. Portanto, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como objetivo “a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.”

Dentro desta perspectiva, são responsabilidades da gestão municipal:

- Elaborar o plano de ação para implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) nos municípios, com definição de prioridades, objetivos, estratégias e metas, de forma contínua e articulada com o Plano Municipal de Saúde (PMS) e o Planejamento Regional Integrado (PRI), se for o caso, e com os instrumentos de planejamento e pactuação do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Pactuar, monitorar e avaliar os indicadores de alimentação e nutrição e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde;
- Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a articulação do Sistema Único de Saúde (SUS) com o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) na esfera municipal.

Para a prática da atenção nutricional no âmbito da Atenção Básica, é previsto que as equipes de referência deverão ser apoiadas por equipes multiprofissionais, a partir de um processo de matriciamento e clínica ampliada, com a participação de profissionais da área de alimentação e nutrição que deverão instrumentalizar os demais profissionais para o desenvolvimento de ações integrais nessa área, respeitando seu núcleo de competências (PNAN, 2013).

Com base nestas diretrizes, avalia-se que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) de Porto Velho (PV), não consta em sua gerência de área técnica específica para atuar com a **Alimentação e Nutrição**, inclusive não se identifica esta área em seu organograma. Apesar desta pouca estrutura, três programas de prevenção às carências nutricionais são desenvolvidos na rede municipal sob responsabilidade de núcleos de saúde da criança e Programa Saúde na Escola (PSE). Dentre estes, citamos o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. A estratégia de fortificação alimentar na merenda escolar (NutriSus), será descrita no item Programa Saúde na Escola (PSE).

3.4.11.1. Programa nacional de suplementação de ferro

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

No Município de Porto Velho (PV), o referido Programa é executado através da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), sob responsabilidade das Unidades de Saúde em conjunto com as Equipes de Saúde da Família (ESF), assim como, na Maternidade Municipal Mãe Esperança (MMME).

O Quadro 5 a seguir, sistematiza a distribuição dos suplementos, conforme o ciclo de vida e



permanência do público no programa.

Quadro 5. Distribuição de Suplemento de ferro conforme ciclo de vida e público, Ministério da Saúde, 2013.

PÚBLICO	CONDUTA	PERIODICIDADE
Crianças de seis a 24 meses de idade	1mg de ferro elementar/kg	Diariamente até completar 24 meses
Gestantes	40mg de ferro elementar e 400µg de ácido fólico	Diariamente até o final da gestação
Mulheres no pós-parto e pós-aborto	40mg de ferro elementar	Diariamente até o terceiro mês pós-parto e até o terceiro mês pós-aborto.

Fonte: Ministério da Saúde.

A aquisição desses insumos dar-se-á por recursos próprios da Divisão Farmacêutica. A distribuição dos insumos para atender ao programa, é realizada através da Divisão de Farmácia, que disponibiliza mensalmente às unidades de saúde da área urbana e rural.

3.4.11.2. Programa nacional de suplementação de vitamina A

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A é um programa do Ministério da Saúde (MS), com apoio dos municípios, que busca reduzir e erradicar a

deficiência nutricional de vitamina A em crianças de seis a cinquenta e nove meses de idade e mulheres no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar), residentes em regiões consideradas de risco.

O Ministério da Saúde (MS) disponibiliza para os Estados, os insumos necessários para execução do programa, a partir daí, cada Estado redistribui para os municípios contemplados com o programa.

O abastecimento do insumo nas unidades de saúde é realizado pela Divisão de Farmácia do município, que contempla a área urbana e rural.

A alimentação mensal do Sistema Nacional de Informação de Suplementação de Vitamina A é de responsabilidade do coordenador técnico da gestão.

Explicitamente, mais uma vez há a necessidade de responsável técnico para gerir o referido programa.

O Quadro 6 abaixo demonstra resumidamente como acontece o programa e o público prioritário.

Quadro 6. Distribuição de Suplemento de vitamina A conforme ciclo de vida e público, conforme Ministério da Saúde, 2013.

PÚBLICO	DOSAGEM	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	PERIODICIDADE
Crianças: 6-11 meses	100.000 UI	Oral	Uma vez a cada 6 meses
Crianças: 12-59 meses	200.000 UI	Oral	Uma vez a cada 6 meses
Mulheres no pós-parto imediato, antes da alta hospitalar	200.000 UI	Oral	Uma vez

Fonte: Ministério da Saúde.



O desenvolvimento das ações desses dois programas deu-se através da gestão municipal de saúde da criança, conforme demonstra a evolução destes no período de 2018 a 2020, na Tabela 14 abaixo.

Tabela 14. Evolução dos programas de prevenção às carências nutricionais, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.

SITUAÇÃO POR GRUPO PRIORITÁRIO	2018	2019	2020
Nº de crianças suplementadas com vitamina A de 100.000UI	13.986	4.722	9.997
Nº de crianças suplementadas com vitamina A de 200.000UI 1ª e 2ª dose ao ano	32.858	22.549	16.316
Nº de puérperas suplementadas com vitamina A de 200.000UI	2.943	3.518	2.805
Nº de crianças suplementadas com sulfato ferroso	1.978	2.514	921
Nº de gestante suplementada com sulfato ferroso	2.420	1.094	9.726
Nº de gestante suplementada com ácido fólico	2.385	9.838	7.147
Nº de puérpera suplementada com sulfato ferroso	3.012	4.125	3.173

Fonte: Dados atualizados do Sistema de Micronutrientes/MS, em 31/01/2021.
Competência de 2020: inclui dados de 01/01/2020 a 31/12/2020.

Tendo em vista o início da pandemia no ano de 2020 no Brasil, as ações de saúde foram prejudicadas, com baixa adesão por parte da população nos programas que são disponibilizados nas unidades de saúde.

Outro fator que pode afetar as ações, é a inexistência de uma área técnica gestora das ações de alimentação e nutrição no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA).

Em relação ao estado nutricional das pessoas conforme fases do curso da vida percebem-se o aumento na prevalência do sobrepeso e obesidade no município, e o risco nutricional de baixo peso, também cresce paralelamente a cada ano, sendo importante viabilizar ações de prevenção e acuidades em saúde para as duas situações. Os dados apresentados no Quadro 7 retratam os resultados encontrados frente à avaliação antropométrica realizada na clientela beneficiada pelo Programa Bolsa Família (PBF) e acompanhada nas Unidades de Saúde, assim como outras acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) presentes no território.

Quadro 7. Percentual do estado nutricional de pessoas acompanhadas pelo Programa Bolsa Família, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e E-Gestor, Porto Velho-RO, 2018 a 2021.

GRUPO	CRIANÇA				ADOLESCENTE				ADULTO				IDOSO				GESTANTE			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
POPULAÇÃO	7.364	6566	3.587	820	9.086	7.896	3.068	1.034	28.515	24320	13.040	5.611	4.765	4.031	2.141	668	631	433	1.636	2.311
BAIXO PESO	266	258	125	23	291	249	78	26	676	572	300	116	480	409	240	78	119	78	292	321
PESO ELEVADO	432	354	294	79																
SOBREPESO					1.595	1.509	654	250	9.916	8.533	4.596		2.629	2.263	1.161	355	167	122	460	681
OBESIDADE					700	615	354	120	7.959	6.667	4.018	1.661					109	82	325	509
OBESIDADE GRAVE					131	125	69	29	932	802	481	204								
%TOTAL DE PESO ELEVADO/IDADE	5,8	5,4	8,2	9,6	26,7	28,5	33,1	38,6	65,9	65,8	69,7	33,2	55,2	56,1	54,2	53,1	43,7	47,1	47,9	51,5
% DE BAIXO PESO	3,6	3,9	3,5	2,8	3,2	3,2	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3	2,1	10,1	10,1	11,2	11,7	18,9	18,0	17,8	13,9

Fonte: SISVAN/MS/17/06/2021. Identificação: 1 – índice: Peso x Idade (criança de 0 a menor de 5 anos); 2 – Índice: IMC x Idade; 3 – Índice: IMC; 4 – Índice: IMC; 5- Índice: IMC por semana gestacional.

Comparando os resultados, percebe-se um aumento da prevalência do sobrepeso e obesidade em todos os ciclos de vida, sendo mais agravante no grupo de pessoas idosas, que nos últimos dois anos, ultrapassaram os 50% de prevalência de sobrepeso; percebe-se também, que no grupo de adolescentes, o sobrepeso e os graus de obesidade, aumentaram consideravelmente e de forma



gradual de um ano para o outro; ocorrendo a mesma situação na população adulta.

Quanto ao grupo de crianças, os dados referem-se à idade de zero a menor de cinco anos, o que também demonstra um significativo aumento do peso nessa faixa etária de um ano para o outro.

Paralelamente ao sobrepeso e obesidade, a situação de risco nutricional para o baixo peso em todos os ciclos da vida também se apresentam salientes ao decorrer dos últimos quatro anos.

Conclui-se que em todas as fases do curso da vida, o risco nutricional de sobrepeso e obesidade e baixo peso, apresentam-se em evolução permanente anualmente; este dado está bem representado nas pesquisas nacionais, como a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), ambas divulgadas no ano de 2019.

3.4.11.3. Estratégia de fortificação alimentar na merenda escolar

O Programa **NUTRISUS** é uma estratégia que consiste na adição de uma mistura de vitaminas e minerais em pó em uma das refeições oferecidas para as crianças diariamente no ambiente escolar. Os micronutrientes em pó são embalados individualmente na forma de sachês (1g) e deverão ser acrescentados e misturados às preparações alimentares, obrigatoriamente no momento em que a criança for comer. Os alimentos podem ser facilmente fortificados nas creches e escolas.

O objetivo é prevenir carências nutricionais de vitaminas e minerais de crianças na idade de seis meses a menor de cinco anos, que estejam matriculadas em creches ou ensino fundamental Infantil da rede de educação municipal.

Para melhor entendimento, apresenta-se aqui o calendário anual (Figura 81) a ser realizado na Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó em creches do Programa Saúde na Escola (PSE).



Figura 81. Calendário anual do NutriSus em creches, conforme Ministério da Saúde, 2015.

Fonte: CGAN/DAB/SAS/Ministério da Saúde.

Para que esta estratégia seja efetivada, é necessário que as creches estejam em território coberto pela estratégia saúde da família e aderidas ao Programa Saúde na Escola (PSE).

No município de Porto Velho (PV), foram contempladas a partir do ano de 2016, duas escolas municipais de ensino infantil, sendo inicialmente a Escola Municipal de Ensino Infantil (EMEI) Santa Margarida e Vovó Helena. Quando lançou o novo ciclo do PSE (2019-2020), houve a permanência das duas creches e expansão para a Escola Municipal de Ensino Infantil e Ensino Fundamental (EMEIEF) Castanheira.

Para o biênio de 2021 a 2022, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) optou pelo interesse em ampliar a estratégia para a Escola Municipal de Ensino Infantil (EMEI) Lar da Criança. Segue abaixo, no Quadro 8, a identificação das escolas creches e unidades de saúde de referência:

Quadro 8. Escolas contempladas com o Programa NUTRISUS/ PSE, Porto Velho-RO, 2021.

ESCOLA	BAIRRO	UNIDADE DE SAÚDE
EMEI. Santa Margarida	Teixeirão I	USF. Ernandes Coutinho Índio
EMEI. Vovó Helena	Ronaldo Aragão	USF. José Adelino da Silva
EMEIEF. Castanheira (Filhas da Cruz – anexo)	Castanheira	USF. Castanheira
EMEI. Lar da Criança	Mariana	USF. Mariana

Fonte: Termo de adesão PSE/2021/SRMUSA/PV/RO.

O Ministério da Saúde realiza a aquisição dos insumos e disponibilizam aos estados, estes realizam a distribuição dos sachês aos municípios.

No município a Divisão de Farmácia é o setor responsável por receber e distribuir para as unidades de saúde contempladas pela estratégia.

As unidades de saúde realizam o controle de saída desses insumos para as escolas, sendo o monitoramento responsabilidade do responsável técnico na gestão.

Considera-se que para a ampliação das ações e expansão da cobertura deste programa e os demais existentes no campo dos cuidados com a alimentação e nutrição das pessoas em sociedade, cumpre a necessidade de fortalecer a área gerencial da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), que possui como incumbência, as demandas de treinamentos constantes dos profissionais da rede, alimentação de sistema nacional, monitoramento, avaliação semestral e relatório de gestão federal anual.



3.4.12. Atenção à saúde as condições crônicas

Entende-se como condições crônicas, aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.





As doenças crônicas são reconhecidas como condições crônicas, por geralmente: iniciarem e evoluírem lentamente; são provenientes de várias causas, que podem estar ligadas aos estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos.

A ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é bastante influenciada pelas condições de vida das pessoas, principalmente em função de desigualdades e vulnerabilidades reais, produzidas em nível social, de modo que não são resultados apenas de estilo de vida. Vários desses fatores, no entanto, são passíveis de modificação, como o tabagismo, a alimentação inadequada, a prática insuficiente de atividade física, o consumo abusivo de álcool, o excesso de peso e obesidade e as consequências pós covid- 19, que é outro fator que merece atenção.

Entre os vários problemas de saúde ocasionados por doenças crônicas, atualmente, as mais presentes na população são hipertensão, diabetes, neoplasias e obesidade. A Tabela 15 abaixo, apresenta o número de consultas realizadas para usuários em controle destes agravos, na rede básica de saúde, nos últimos anos.

Tabela 15. Número de consultas ofertadas para usuários com doenças crônicas na rede básica de saúde, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.

SITUAÇÃO POR GRUPO PRIORITÁRIO	2018	2019	2020
Consultas médicas e de enfermagem a usuários com condições crônicas (hipertensão, diabetes, asma, etc.)	13.320	8.329	6.793

Fonte: Dados atualizados retirados do e-SUS AB em 01/12/2020, sujeito a atualizações e alterações.

3.4.12.1. Hipertensão arterial

Estima-se que no Brasil, existem 34 milhões de usuários diagnosticados com hipertensão sistêmica, sendo na região norte, 1,9 milhão de usuários (Sisab, 2020 Número estimado para indicadores Previne Brasil). Segundo a pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), Brasil 2019, a frequência de adultos que referiram obter diagnóstico médico de hipertensão arterial em Porto Velho, foi de 19,6%, variando em 18,6% para o sexo Masculino e 200,6% Feminino. Destes, 68,8%, referiram uso de tratamento medicamentoso para esta doença. A hipertensão arterial é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados de pressão sanguínea nas artérias. Ela acontece quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90mmHg (ou 14 por 9). A aferição da pressão arterial regularmente é a única maneira de diagnosticar com precisão o comportamento da doença, não tem cura, mas tem tratamento e pode ser controlada, e só o médico pode determinar o melhor método para cada paciente. No Município de Porto Velho (PV), de acordo com o Banco de dados do sistema E-SUS até junho de 2021., estão cadastrados 18.378 usuários com hipertensão arterial (Tabela 16), sendo estes acompanhados pela atenção básica com consultas programadas com monitoramento, orientação, aferição de pressão e dispensação de medicamentos inseridos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

3.4.12.2. Diabetes Mellitus

O Programa Previne Brasil/MS estimou em 2020, a existência de 9 milhões de usuários diagnosticados com diabetes no Brasil, sendo na região norte, 566,8 mil usuários. Segundo a pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), Brasil 2019, a frequência de adultos que referiram diagnóstico de diabetes em Porto Velho 4,6% entre os abordados. Destes 85% referiram fazer uso de medicação. A Atenção Básica possui cadastrados ao sistema E-SUS até junho de 2021, 6.379 usuários, os quais estão em monitoramento e recebendo tratamento medicamentoso seguido das orientações médicas (Tabela 16). A Atenção Básica no Município de Porto Velho acompanha 3.437 usuários insulíndependentes cadastrados nas unidades de saúde, cuja a oferta de insulina e demais insumos para o tratamento, seguem os cri-



térios adotados em um protocolo de inclusão e exclusão de usuários diabéticos insulino-dependente – 2019. Este protocolo de inclusão e exclusão contempla dispensação de insumos às gestantes que desenvolveram Diabetes Mellitus gestacional, ação ainda a implantar neste programa no município.

No sistema prisional existem 10 usuários insulino-dependentes acompanhados pelo sistema estadual, porém solicitado dispensação dos insumos através da gestão municipal.

3.4.12.3. Obesidade

O outro problema de saúde que tem crescido na população, já constatado em pesquisas oficiais, é o excesso de peso entre a população. A Atenção Básica possui cadastrados 14.089 usuários com obesidade (Tabela 16). Chama-se atenção que o período pós covid aponta para um aumento de casos de pessoas hipertensas, diabéticas e obesas. Por esta razão, o Ministério da Saúde está liberando um incentivo financeiro temporário, calculado em função do número de equipes de saúde da família e de atenção básica, PORTARIA Nº 2.994, DE 29 DE OUTUBRO DE 2020, com o objetivo de fortalecer a atenção precoce às pessoas com obesidade, diabetes mellitus, ou hipertensão arterial sistêmica na APS, por meio da organização da assistência baseada em protocolos e em linhas de cuidado, buscando a redução de complicações associadas à Covid-19, incluindo ações de promoção da saúde e de prevenção.

Tabela 16. Usuários cadastrados para acompanhamento na atenção primária à saúde, com Hipertensão, Diabetes e Obesidade, Porto Velho-RO, 2021.

DOENÇA RE-FERIDA	2017	2018	2019	2020	2021
Hipertensão	10.117	11.798	15.346	17.477	18.378
Diabetes	3.304	3.900	5.218	6.040	6.379
Obesidade	8.642	9.597	11.827	13.666	14.089

Fonte: DAB/SEMUSA/PV/RO, dados extraídos do e-SUS-AB.

3.4.12.4. Renais crônicos

A Atenção Básica possui cadastrados no sistema E-SUS 1.911 pessoas diagnosticadas com insuficiência renal em Porto Velho (PV). Destas 301 com insuficiência renal crônica estão acompanhadas pela atenção básica, sendo que em terapia renal substitutiva (hemodiálise), estão: 1º- 23 usuários da zona urbana, com disponibilidade de transporte de segunda a sexta-feira para tratamento contínuo em unidade de referência especializada; 2º- Da zona rural no eixo da BR 364 Ponta do Abunã, 12 usuários com disponibilidade de transporte segunda, terça e quarta-feira, oriundos das localidades de Nova Califórnia, Extrema, Vista Alegre do Abunã, Fortaleza do Abunã, Abunã, União Bandeirantes, Jacy Paraná para tratamento contínuo em unidade especializada localizada no centro de Porto Velho (PV).

Baseado nos dados cadastrais acompanhados pela Atenção Básica propõe-se:

- Profissional educação física para compor a equipe saúde da família;
- Acompanhamento nutricional nas Equipes de saúde;
- Ações contínuas com educação permanente, palestras, orientações;
- Contemplar com insumos disponíveis as gestantes com diabete gestacional;



3.4.12.5. Tabagismo

O tabagismo é uma doença crônica e epidêmica causada pela dependência à nicotina e se inclui na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID10) no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas. É o maior fator de risco evitável de adoecimentos e mortes no mundo, sendo responsável pela incidência de aproximadamente 50 outras doenças incapacitantes e fatais, como câncer, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas. Além disso, é uma condição importante para complicações da Covid-19.

Segundo a pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2019), em Porto Velho (PV) 8% da população acima de 18 anos é fumante. As maiores frequências nesta população, por sexo foram encontradas entre os homens (11,7%), e, entre mulheres (3,9%).

A mesma pesquisa aponta que as maiores frequências observada de fumantes passivos em domicílio foram encontradas, entre mulheres (7,9%), e, entre homens (6,3%).

3.4.12.5.1. Programa do Controle do Tabagismo em Porto Velho

As Portarias Ministeriais GM/MS nº 1.035/2004 e SAS/MS nº 442/2004, possibilitaram a ampliação do acesso ao tratamento na rede de atenção primária e especializada no SUS, direcionando os municípios com diretrizes técnicas e terapêuticas do Programa de Controle do Tabagismo. Em Porto Velho este programa foi implantado em meados de 2019 nas unidades de saúde da zona urbana, expandindo para as unidades da zona rural em junho de 2021.





O acesso ao tratamento se dá pela abordagem mínima e intensiva, que é oferecida a todo fumante que deseja parar de fumar e que venha a ser tratado em uma unidade de saúde básica da Atenção Primária. Esta abordagem é realizada em sessões periódicas, de preferência em grupo de apoio, podendo também ser realizada individualmente. Ela consiste em fornecer informações sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de parar de fumar, e no estímulo ao autocontrole ou auto manejo para que o indivíduo aprenda a escapar do ciclo da dependência e a tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento.

A Tabela 17 apresenta o número de atendimentos referente ao tabagismo por sexo nos anos de 2017 a 2020, observa-se que existe uma prevalência desse agravo em pessoas do sexo masculino.

Tabela 17. Percentual de atendimento referente ao tabagismo na Atenção Primária, segundo sexo, Porto Velho-RO, 2017 a 2020.

SEXO	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%
Masculino	410	52%	305	46%	169	67%	374	65%
Feminino	385	48%	359	54%	82	33%	201	35%
TOTAL	795	100%	664	100%	251	100%	575	100%

Fonte: DAB/SEMUSA/PV/RO, dados extraídos do e-SUS-AB, acesso 14 de julho de 2021.

Os fumantes atendidos nas unidades básicas de Saúde do município, apresentaram transtornos mentais e comportamentais, conforme detalhamento apresentado na Tabela 18.

Tabela 18. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do fumo avaliadas na Atenção Básica, Porto Velho-RO, 2017 a 2021.

PROBLEMAS/ CONDIÇÃO AVALIADAS	2017	2018	2019	2020	2021
Transtornos mentais e comport. dev. ao uso do fumo	22	46	11	6	3
Aconselhamento p o uso do fumo	4	4	5	7	2
Transtornos mentais e comport. devido. uso fumo- intoxicação aguda	0	0	0	1	0
Transtornos mentais e comport. devido uso fumo-uso nocivo a saúde	0	0	10	3	0
Transtornos mentais e comport. dev. uso fumo -síndrome da dependência	0	0	1	3	0
Transtornos mentais e comport. dev.uso fumo - outros transtornos mentais e comportamentais	0	0	1	0	0
Transtornos mentais e comport. de. uso fumo e síndrome de abstinência c. delírio	0	0	0	1	0
TOTAIS	26	50	28	21	3

Fonte: Dados processados do sistema e-SUS AB/SEMUSA/PV/RO em 08/07/2020 às 12:54.



3.4.13. Ações intersetoriais com o Programa Saúde na Escola – PSE

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma ação do governo federal executado pelos municípios, lançado em 2007 com o objetivo de desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças com os educandos de escolas públicas, a partir da articulação e planejamento conjunto das equipes de saúde e de educação nos territórios.

O referido programa caracteriza-se por realização de ações intersetoriais sendo revogadas a cada ciclo (biênio), assinado em Termo de Compromisso Municipal do Programa Saúde na Escola (PSE).

O município de Porto Velho (PV) aderiu ao programa no mesmo ano em que foi lançado, o mesmo se apresenta na estratégia de ciclos bienais, sendo necessária sua adesão em sistema nacional de gestão de saúde.

No período de 2017 a 2021, obteve-se uma crescente evolução deste programa, tanto em número de Escolas, Equipes e educandos pactuados ao Programa Saúde na Escola (PSE) da Rede Municipal e Estadual, conforme se encontra representados no Quadro 9 a seguir:

Quadro 9. Evolução da adesão aos ciclos do Programa Saúde na Escola, Porto Velho, 2021.

(BIÊNIO)	ESCOLAS PACTUADAS	QTD. DE ESCOLAS PRIORITÁRIAS PACTUADAS	QTD. DE ALUNOS PACTUADOS	QTD. DE QUIPES PACTUADAS	EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA
2017 - 2018	60	30	30.548	46	46
2019-2020	64	32	33.633	87	87
2021 -2022	92	46	43.868	81	81

Fonte: Sistema e-gestor/SAPS/MS acesso em 18/06/2021.



Nesta adesão ao ciclo de 2021 a 2022 do Programa Saúde na Escola (PSE), o Ministério da Saúde (MS) propôs aos municípios a opção em aderir ou não ao Programa, por conta do momento atual de pandemia.

O município de Porto Velho (PV) optou em aderir ao programa, dando continuidade às ações realizadas no âmbito escolar com apoio da estratégia saúde da família. Além disso, a adesão deve ocorrer com o mesmo quantitativo de escolas prioritárias e não prioritárias.

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) aderiu às 92 escolas, sendo 50% destas não prioritárias, mas que estão em território da estratégia de saúde da família.

No ciclo atual, o Programa Saúde na Escola (PSE) tem entre suas escolas infantis, 23 creches pactuadas totalizando 1.283 crianças na faixa etária de 6 a 48 meses de idade, todas em território da estratégia saúde da família. Entre estes estabelecimentos, 04 fazem parte da estratégia de fortificação alimentar na merenda escolar – NutriSus.

As ações e metas pactuadas e contempladas no prazo de 24 meses (01 ciclo), correspondente ao biênio 2021 a 2022, estão representadas no Quadro 10 abaixo:

Quadro 10. Ações e metas pactuadas no PSE no ciclo biênio 2021 a 2022, Porto Velho, 2021.

EDUCANDOS PACTUADOS	AÇÕES
43.868	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ações de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i>; 2. Promoção das práticas Corporativas, da atividade física e do lazer nas escolas; 3. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; 4. Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos; 5. Prevenção das violências e dos acidentes; 6. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; 7. Promoção e avaliação de Saúde Bucal e aplicação tópico de flúor; 8. Verificação da situação vacinal; 9. Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; 10. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração; 11. Direito sexual e reprodutivos prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis/AIDS; 12. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração; 13. Prevenção à Covid-19 nas escolas.

Fonte: Termo de compromisso municipal – PSE N° 011002027721/MS/19/02/2021.

Importante ressaltar que neste novo ciclo houve o acréscimo de mais uma ação correspondente à prevenção à Covid-19 nas escolas, que desde o início da pandemia está sendo realizado pela equipe escolar nas aulas remotas.

No período de 2018 a 2020, foram realizadas atividades de saúde coletiva no âmbito escolar,



porém, interrompidas parcialmente no período de 2019 a 2020.

A Tabela 19 abaixo demonstra de forma geral as ações e atividades coletivas realizadas nas escolas pactuadas no PSE.

Tabela 19. Total de atividades de saúde coletiva realizadas nas escolas pactuadas do PSE, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.

ATIVIDADES COLETIVAS DO PSE	2018	2019	2020
Total de atividades coletivas por unidade de saúde realizado na escola	4.415	6.370	2.233
Total de atividades educativas realizadas segundo temas de abordagem do PSE	5.096	5.964	2.058
Total de práticas em saúde realizadas do PSE	4.092	4.119	1.847

Fonte: Dados extraídos do e-SUS AB/SEMUSA/PV/RO, em 18/06/2021.

Durante o período de 2018 a 2019 as ações do Programa Saúde na Escola (PSE) foram desenvolvidas pelas equipes de saúde na forma presencial no ambiente escolar, conforme as ações e metas pactuadas para aquele ciclo. Já no ano de 2020, quando se deu a pandemia nacional pelo SAR-COV-2, as escolas utilizaram a estratégia educacional remota. E mesmo de forma virtual, as ações do Programa foram realizadas por parte da educação utilizando metodologias lúdicas e estas atividades foram inseridas no sistema de informação de saúde E-Sus/PVH/2020.

3.4.14. Acompanhamento das famílias inseridas no Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa federal de transferência direta de renda às famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza, com a finalidade de promover seu acesso aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza. O Programa é realizado por meio de auxílio financeiro vinculado ao cumprimento de compromissos (condicionalidades) na Saúde, Educação e Assistência Social.

O objetivo do Programa é garantir a oferta das ações básicas, potencializar a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuir para a sua inclusão social.

Entre as famílias beneficiárias, as mulheres entre 14 e 44 anos e crianças menores de sete anos, precisam ser acompanhadas pela saúde a cada vigência do programa (1ª vigência: janeiro a junho. 2ª vigência: julho a dezembro), com os seguintes serviços:

- A oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes;
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- Imunização das crianças.

Para concretizar estes objetivos, as famílias beneficiárias devem ser monitoradas pelas Equipes de Saúde ou Agentes Comunitários de Unidades de Saúde da Família (ACS) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS).

No período de 2018 a 2021, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) desenvolveu ações direcionadas a esta população, principalmente na sensibilização da importância em manutenção da saúde, com a oferta permanente e anual dos serviços nas unidades básicas da área urbana e rural, conforme a Tabela 20.



Tabela 20. Acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família na Saúde, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.

RESULTADOS DA VIGÊNCIA	2ª	2018	COBERTURA ALCANÇADA (%)	2019	COBERTURA ALCANÇADA (%)	2020	COBERTURA ALCANÇADA (%)
Número de famílias acompanhadas do Programa Bolsa Família		42.702	46,2	45.783	49,58	48.539	24,44
Quantidade Criança a ser acompanhada		15.209	31,72	16.236	35,53	17.515	3,14
Quantidade Gestante estimada e localizada		795	98,11	800	100	858	100

Fonte: e-Gestor/MS/SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 18/06/2021.

Os percentuais de acompanhamentos representados na Tabela 21 se referem à oferta do serviço básico de saúde, principalmente quando localizados os grupos prioritários de crianças e gestantes, conforme demonstra a tabela a seguir:

Tabela 21. Acompanhamento do público prioritário do Programa Bolsa Família na Saúde, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.

ANO	Número de crianças vacinadas e com dados nutricionais	Percentual de cobertura (%)	Número de gestante em Pré-Natal e com dados nutricionais	Percentual de cobertura (%)
2018	4.814	99,79	795	99,74
2019	5.759	99,84	800	100,00
2020	550	100,00	858	100,00

Fonte: e-Gestor/MS/SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 18/06/2021.

O público acima descrito, referem-se aos estimados para o período de 2018 a 2020, que foram localizados e receberam o atendimento do serviço de saúde, especificamente, na realização da antropometria (pesar e medir), oferta da imunização às crianças e a realização do pré-natal das gestantes identificadas pela equipe de saúde, garantindo desta forma as condicionalidades inerentes à saúde.

No ano de 2020, a oferta dos serviços de saúde sofreu impactos pelo fato das unidades de saúde estarem somente para o atendimento à casos de COVID-19. Mas, aos que tiveram acesso, receberam a acuidade necessária para manutenção do cuidado.



3.5. Atenção as urgências

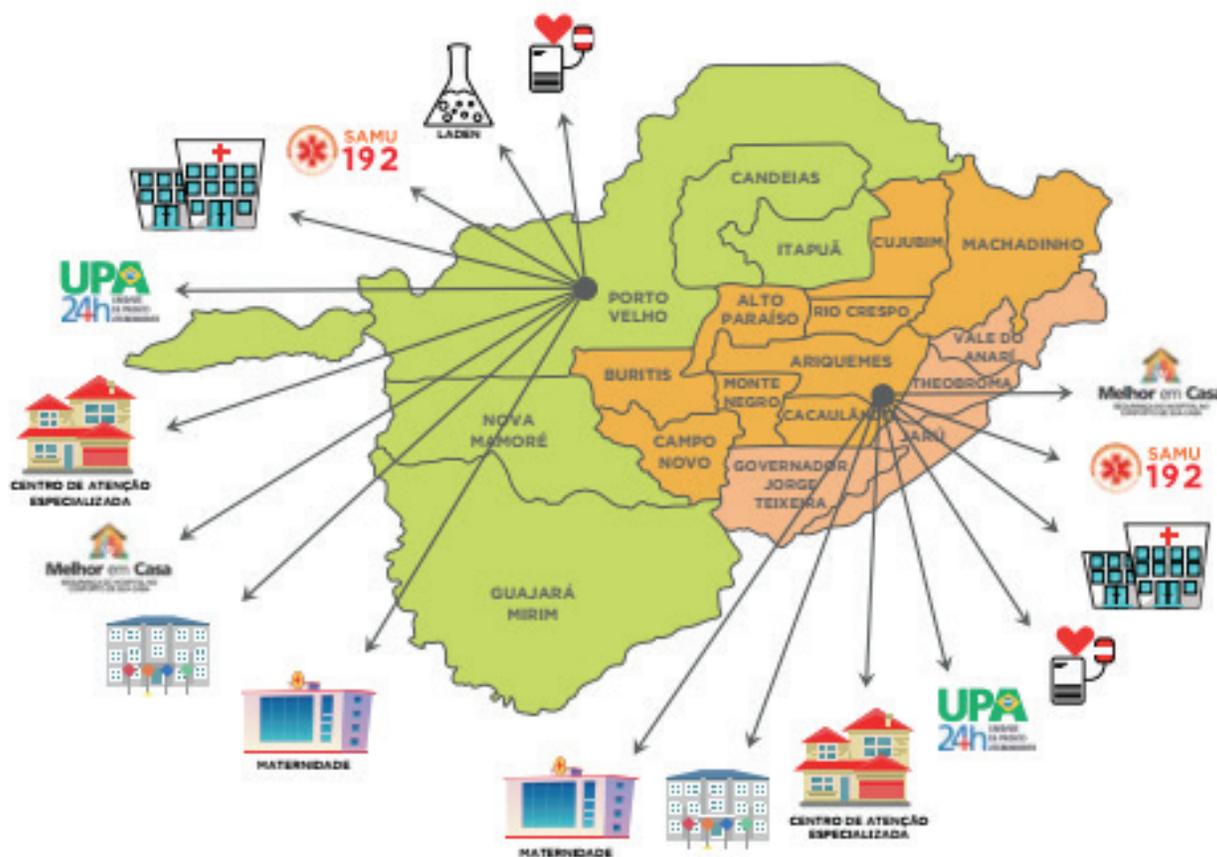
A atenção à saúde nos casos das urgências e emergências é aquela voltada a fazer o acolhimento do usuário em situação de sofrimento, no estágio agudo dos problemas, prestando assistência de forma ágil e oportuna. Essa atenção deve ocorrer de forma organizada, classificando os casos por risco, aumentando assim a capacidade de resolutividade diante dos problemas. Para tal fim, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve se organizar em uma Rede de Atenção as Urgência e Emergências- RUE.



Porto Velho está inserido na Rede de Atenção as Urgência e Emergências (RUE) ao nível de estado, como município sede da Macro região I e território populacional da Região Madeira Mamoré (Figura 82).



Figura 82. Desenho esquemático da Rede de Urgência e Emergência, Macroregião 1, Porto Velho-RO, 2021.



Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macroregião I/RO.

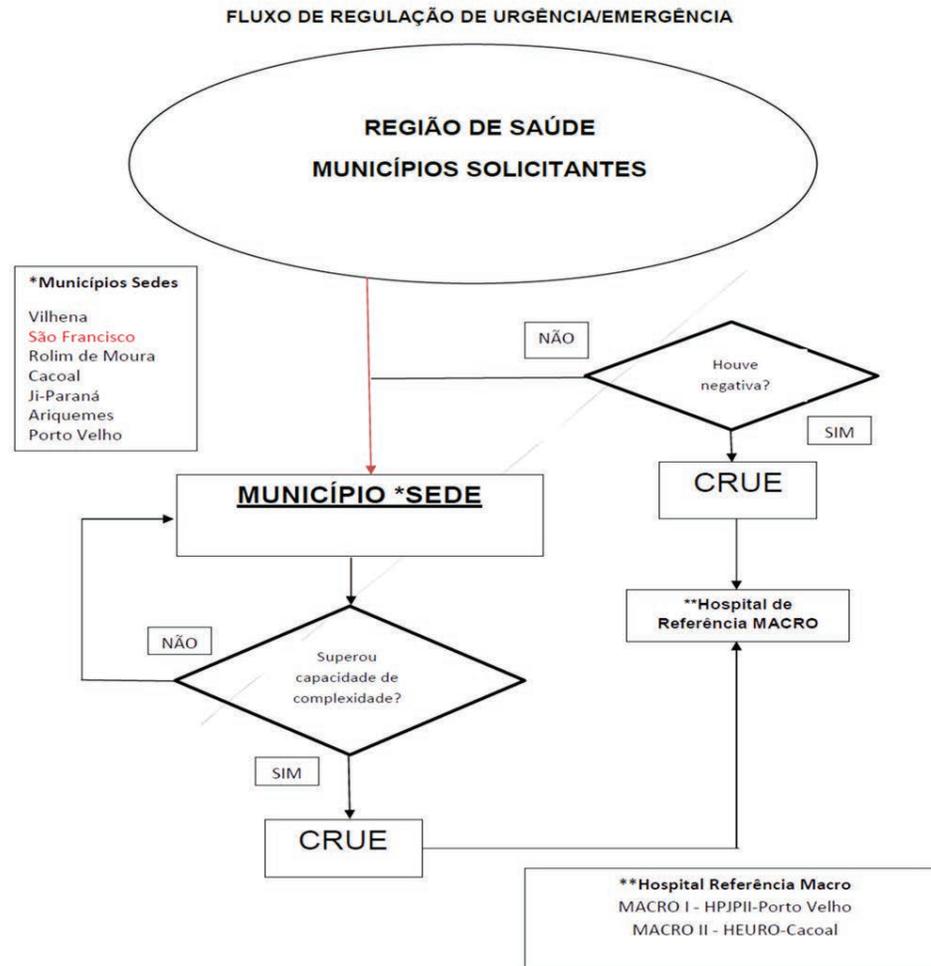
Como município sede da Macroregião I, concentram-se neste espaço, os hospitais de referência desta rede para todos os municípios da região, sob a gestão estadual, sendo eles: Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, Hospital e Pronto Socorro João Paulo II, Hospital Infantil Cosme e Damião e o Centro de Medicina Tropical de Rondônia (Cemetron). Para a regulação das vagas para atendimento nestas unidades, a gestão estadual gerencia uma Central de Regulação de Leitos de Urgência e Emergência (CRUE), que normatiza e dá o direcionamento dos usuários nesta rede.

No território de Porto Velho, os demais componentes desta rede estão sob gestão municipal, sendo estes: UPA e outros serviços com funcionamento 24h; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); além das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que também atuam como porta de entrada para os quadros agudos leves.

3.5.1. Organização e Descrição do Fluxo de Acesso

O fluxo se faz inicialmente pelas unidades de urgência e emergência do município (UPAS). O papel do Estado, nesses casos, é absorver os usuários referenciados e classificados como moderados e graves (Figura 83).

Figura 83. Fluxograma de regulação de urgência/emergência, Porto Velho-RO, 2020.



Fonte: SESAU/RO.

Em caso de necessidade, os estabelecimentos municipais, através do médico regulador, acessam as vagas nas Unidades de Referência, em contato feito com a CRUE e comprovação dos requisitos protocolares de apoio diagnóstico para a transferência dos usuários, que no caso, de pacientes com COVID-19, são conforme cheque list a seguir, apresentado no Quadro 11.

Quadro 11. Check List de exames necessários para transferência de pacientes com Covid-19, Porto Velho-RO, 2020.

Exames necessários para transferência de paciente com COVID-19
Hemograma
TGO /TGP
D - dimero
Gasometria
Ureia
Creatinina
RT/PCR ou Teste Rápido (COVID-19)

Fonte: SESAU/RO.



Frente ao quadro pandêmico de SARS-Cov-2 vivido em 2020 até os dias atuais, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) apresenta os Quadros 12 e 13 a seguir com as regulações realizadas junto a Central de Regulação de Urgência e Emergência (CRUE) para munícipes de Porto Velho (PV) assistidos nas Unidades de Saúde Municipais.

Quadro 12. Totais de pacientes COVID-19 Positivos e Suspeitos regulados mensalmente pela CRUE para leitos de internação, Porto Velho-RO, 2020.

ORIGEM	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Pronto Atendimento Ana Adelaide	2	47	84	39	26	14	11	48	35	306
Centro de Especialidades Médicas	30	36	4	0	0	10	0	0	0	80
UPA Zona Leste	20	83	142	87	52	88	50	65	84	671
UPA Zona Sul	13	135	287	236	122	222	78	155	155	1403
Pronto Atendimento José Adelino	4	12	6	13	5	3	2	8	13	66
Unidade Básica de Saúde Maurício Buštani	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	69	314	523	375	205	337	141	276	287	2527

Fonte: SEMUSA/PV/RO.

Quadro 13. Totais de pacientes COVID-19 Positivos e Suspeitos regulados mensalmente pela CRUE para leitos de internação, Porto Velho-RO, janeiro a maio de 2021.

ORIGEM	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	TOTAL
P.A Ana Adelaide	28	24	126	58	31	267
UPA Zona Leste	68	87	261	136	57	609
UPA Zona Sul	303	249	388	227	179	1346
P.A José Adelino	11	9	23	28	3	74
TOTAL	410	369	798	449	270	2296

Fonte: SEMUSA/PV/RO.

Neste período, alguns munícipes de Porto Velho (PV), diagnosticados com COVID-19, também ocuparam leitos de internação regulados pela Central de Regulação de Urgência e Emergência (CRUE), através de solicitações realizadas pelas próprias unidades de internação estadual, hospital filantrópico e instituição federal, conforme apresenta o Quadro 14.

Quadro 14. Totais de pacientes COVID-19 Positivos regulados mensalmente pela CRUE por solicitação da gestão estadual, para leitos de internação, Porto Velho-RO, 2020.

ORIGEM	ABR	MAI/	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Hospital de Base	11	9	0	1	1	0	0	0	0	22
Hospital João Paulo II	4	22	9	2	1	0	0	1	0	39
Presídio	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Hospital Santa Marcelina	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
TOTAL	19	33	9	3	2	0	0	1	0	67

Fonte: SEMUSA/PV/RO.



3.5.2. Unidades de pronto atendimento - UPAS

As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão alta, febre, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), traumas, surtos psiquiátricos e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), atuando na agudização das mesmas. As UPAs oferecem uma estrutura simplificada – com Raio X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames, gabinete odontológico e leitos de observação. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), existem três tipos de estrutura física das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), sendo: porte tipo I, tipo II e tipo III. Cada um dos portes refere-se a um tamanho e estrutura de equipamentos. Seguem critérios rígidos desde a padronização visual, protocolo assistencial, nº de profissionais.

No Quadro 15 abaixo apresentamos o porte das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) existentes no município de Porto Velho (PV), de acordo com a cobertura populacional e número de profissionais médicos.

Quadro 15. Quadro demonstrativo das Unidades de Pronto Atendimento, de acordo com a cobertura populacional e número de profissionais médicos, Porto Velho-RO, 2017.

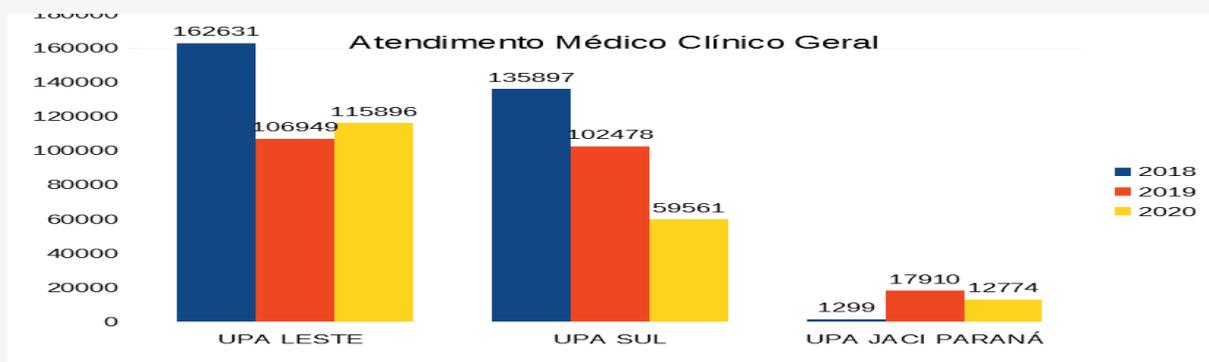
UNIDADE	TIPO/ PORTE	Nº DE PROFISSIONAIS MÉDICOS/DEFINE A OPÇÃO DO SERVIÇO	SITUAÇÃO	COBERTURA PO- PULACIONAL
UPA Zona Sul	2	6 médicos (3 diurno e 3 noturno)	Ativa	Até 200 mil hab.
UPA Zona Leste	2	6 médicos (3 diurno e 3 noturnos)	Ativa	Até 200 mil hab.
UPA Jaci Paraná	1	4 médicos (2 diurno e 2 noturnos)	Ativa	50 a 100 mil hab.

Fonte: *Portaria de Consolidação nº 6, de 28/09/2017/MS.



Representação gráfica das produções das 3 UPAS, conforme parâmetros monitorados pelo MS.

Figura 84. Número de Atendimento médico clínico geral, na Unidades de Pronto Atendimento, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.

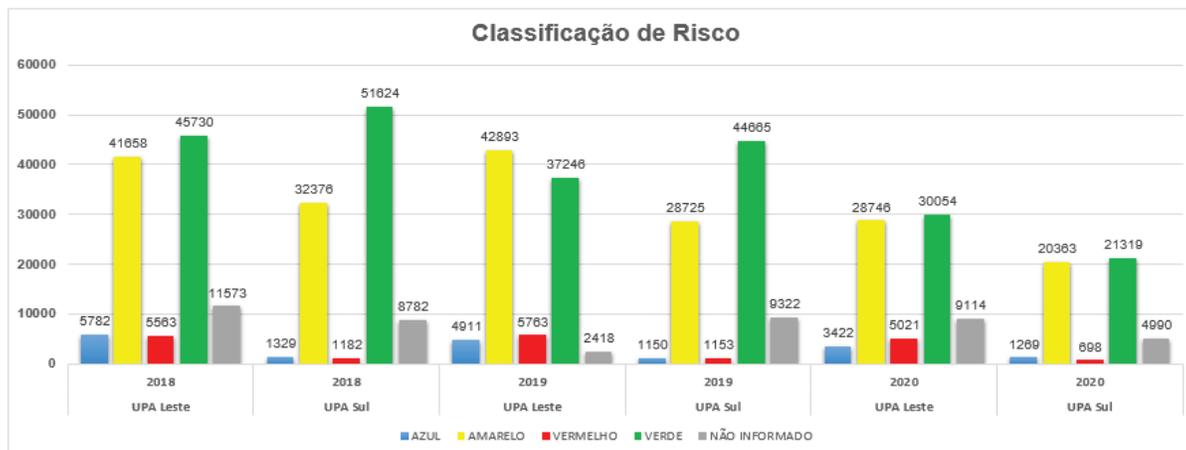


Fonte: TABSIA/SUS /DRAC/SEMUSA. Sistema de Informação Ambulatorial acessado em 11/06/2021.

Na análise da classificação de risco, no período de 2018 a 2020, os números de atendimentos classificados por verde na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Sul e Leste, são a grande maioria, esses atendimentos são ambulatoriais e poderiam ser atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Centros Especializados, dependendo da avaliação clínica, conforme é apresentado na Figura 85.



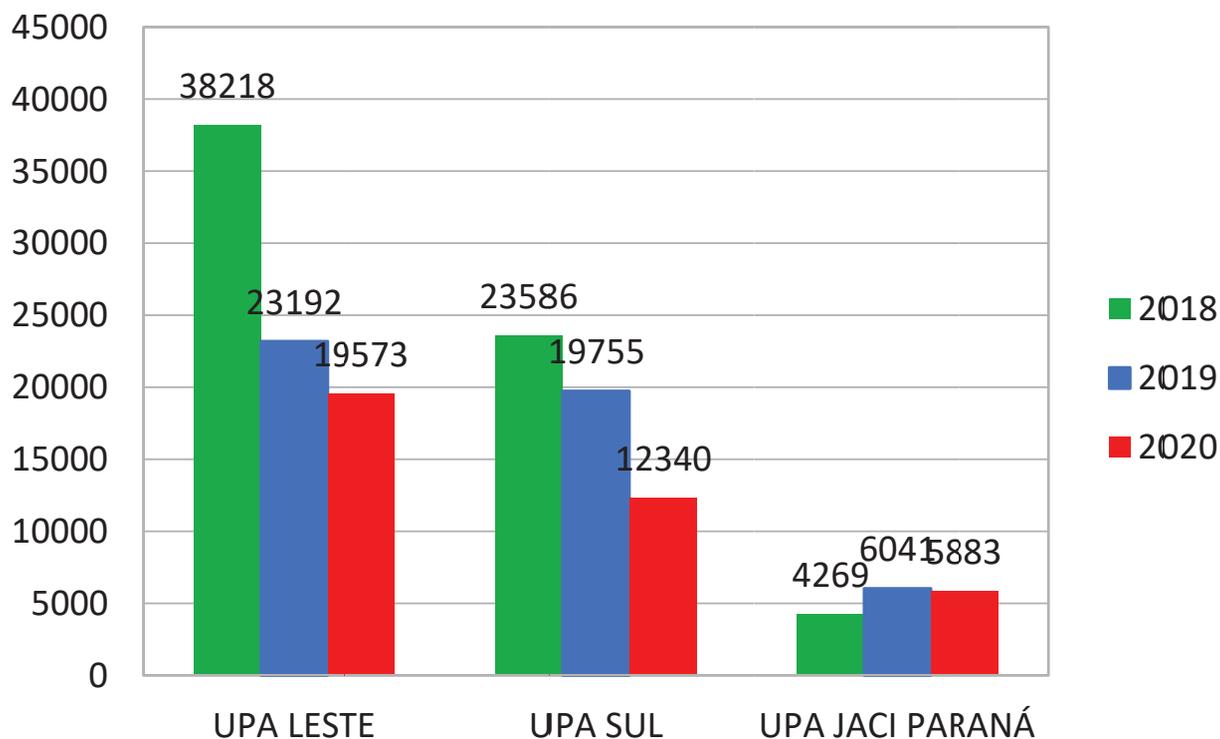
Figura 85. Número de atendimento na Unidades de Pronto Atendimento, por classificação de risco, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.



Fonte: http://10.101.1.47:8080/pentaho/Home;jsessionid=F76C4144A93AC438DA35AE5259201C32?locale=en_US acessado em 11/06/2021.

Na Figura 86, apresentamos o número de pacientes atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento com observação de até 24 horas.

Figura 86. Número de pacientes atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento, com observação de 24 horas, Porto Velho, 2019 a 2020.



Fonte: TABSIA/SUS /DRAC/SEMUSA. Sistema de Informação Ambulatorial acessado em 14/06/2021.



3.5.3. Pronto atendimentos no modelo tradicional

3.5.3.1. Pronto Atendimento Dr^a. Ana Adelaide

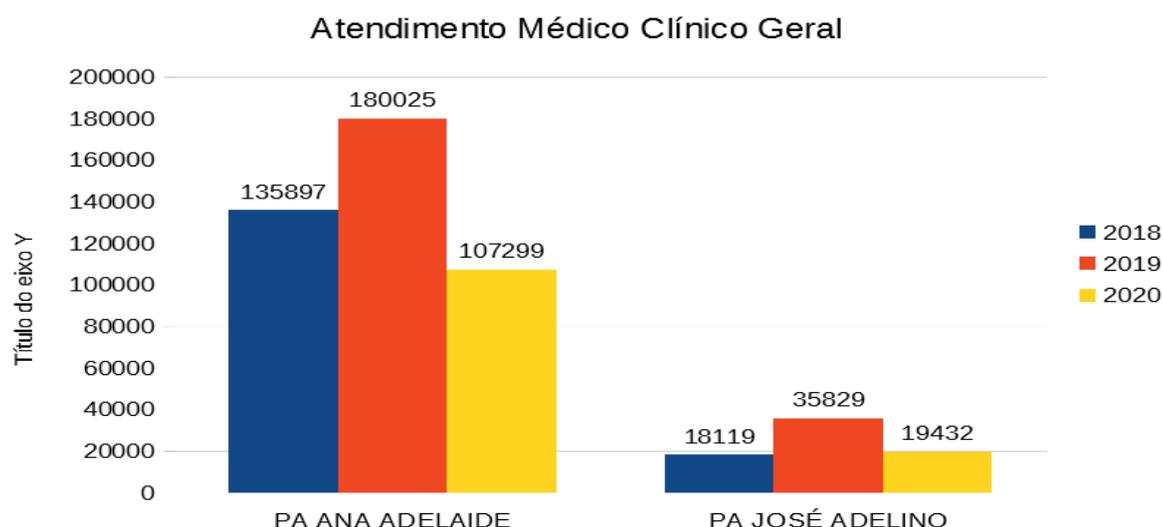
Localizado à Rua Padre Chiquinho, nº 1060 – Bairro Pedrinhas – Cadastro Nacional de Saúde (CNES/MS): 4001028, é um estabelecimento de saúde de modelo tradicional da Rede de Atenção às Urgências de complexidade intermediária entre a Atenção Básica à Saúde e a Rede Hospitalar, funcionando sem atender os critérios do Ministério da Saúde (MS) do Programa das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), atende de modo ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos. O atendimento segue com prioridade de acordo com a Classificação de Risco adaptado da Escala de Manchester. A unidade na sua estrutura possui 06 leitos de observação, com sala de urgência com 2 leitos com suporte ventilatório, e 01 leito com suporte ventilatório para atendimento exclusivo da covid-19. O serviço também é referência para síndrome gripal, com posto de coleta de exames. Vale destacar que este serviço, agrega a referência para pediatria, sendo uma necessidade a expansão do espaço físico para melhorar o fluxo de pacientes.

3.5.3.2. Pronto Atendimento Dr. Jose Adelino da Silva

Localizado à Rua Blumenau., nº 11646 – Ulisses Guimarães – Cadastro Nacional de Saúde (CNES/MS): 2494078., é um estabelecimento de saúde de modelo tradicional, conjunto com a Unidade de Saúde da Família José Adelino, e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Funciona as 24 horas com 01 clínico geral, e 01 pediatra, realiza o atendimento segundo a Classificação de Risco adaptado da Escala de Manchester. A unidade na sua estrutura possui 05 leitos de observação, com 01 sala de pequenas urgências com 1 leito com suporte ventilatório. Apesar de agregar referência para pediatria ambulatorial, faz-se a necessidade de adequar o serviço para melhorar o espaço físico com a ampliação de salas.

Representação gráfica das produções dos Prontos Atendimentos Tradicionais

Figura 87. Número de Atendimento médico clínico geral, nos Pronto Atendimentos Tradicionais, Porto Velho- RO, 2018 a 2020.



Fonte: TABSIA/SUS /DRAC/SEMUSA. Sistema de Informação Ambulatorial acessado em 11/06/2021



3.5.4. Identificação de problemas neste tipo unidade - UPAS

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) sofrem com a superlotação de pacientes, sendo a maioria de consultas ambulatoriais, sem critérios na avaliação para atendimento de urgência e emergência, que poderiam ser atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Essas Unidades atendem grande demanda de pacientes vítimas da violência no trânsito, de pequenos traumas ou de baixo risco. Esse serviço precisa ser reestruturado, bem como organizar um ambulatório de ortopedia.

O serviço de pediatria no Pronto Atendimento (PA) Ana Adelaide e Pronto Atendimento (PA) José Adelino precisam ser ampliados com consultórios.

3.5.5. Serviço de atendimento móvel de urgência e emergência – SAMU





A Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017, no art. 7º estabelece que o componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 7º).

Central de Regulação de Urgência: possui estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção.

Base Descentralizada: infraestrutura que garante tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s).

O Quadro 16 apresenta a estrutura do SAMU de Porto Velho.

Quadro 16. Estrutura do SAMU, Porto Velho-RO, 2021.

TIPO	QUANT.	LOCALIZAÇÃO
Central de Regulação	01	Porto Velho
Unidade Móvel avançada	01	Porto Velho – área urbana
Unidades Móveis Básicas	05	Porto Velho – área urbana
Base Descentralizada	01	Jaci Porto Velho

Fonte: SAMU/DMAC/SEMUSA/PV/RO.

Indicadores Monitorados pelo MS:

- Número geral de ocorrências atendidas no período; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, I)
- Tempo mínimo, médio e máximo de resposta; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, II)
- Identificação dos motivos dos chamados; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, III)
- Quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB); (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)
- Localização das ocorrências; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, V)
- Idade e sexo dos pacientes atendidos; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, VI)
- Identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, VII)
- Identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, VIII)
- Pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, IX)

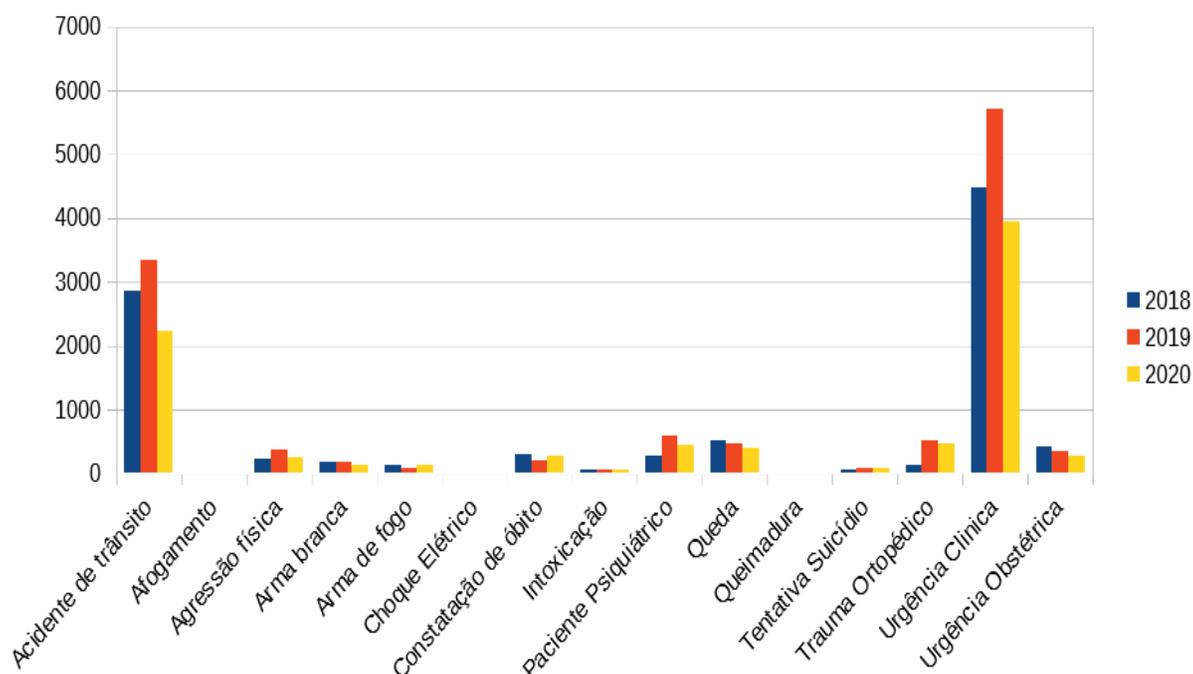
Representação gráfica das produções do Serviço de Atendimento Móvel as Urgências – SAMU

Tabela 22. Número de atendimento pré-hospitalar móvel por tipo de atuação, SAMU, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.

TIPO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL	ANO		
	2018	2019	2020
SAMU 192: atendimento geral das chamadas recebidas pela central de regulação	20.585	16.151	16.570
SAMU 192: atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe de suporte básico de vida terrestre	13.159	11.333	9.629
SAMU 192: transporte inter-hospitalar pela unidade de suporte avançado	1.461	885	1.445

Fonte: DMAC/SAMU/SEMUSA/PV/RO.

Figura 88. Número de atendimentos por tipo de acidente realizados pelo SAMU, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.



Fonte: DMAC/SAMU/SEMUSA/PV/RO.

3.5.5.1. Identificação de problemas no serviço do SAMU

O serviço atualmente faz cobertura para população de até 700 mil habitantes. Destaca-se que os acidentes de trânsito e as urgências clínicas são as maiores causas de atendimento.

Para a pactuação de regionalização, o serviço precisa passar por processo de qualificação, ou seja, é necessário à sua expansão.

Qualificação: é o processo pelo qual o componente do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) regional já habilitado cumpre requisitos estabelecidos, passando a fazer jus a novos valores de custeio, para tanto requer investimentos municipal.



3.6. Atenção especializada

“A Atenção Especializada compreende um conjunto de ações e serviços de saúde de maior densidade tecnológica realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar, que incorporam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado. Essa atenção contempla cirurgias ambulatoriais, procedimentos traumatológico-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames de ultrassonografia, diagnose, fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses.” (Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe – 2013).

De acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) estes serviços devem compor uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), organizada de forma hierarquizada e regionalizada, normatizada com sistemas de referência e contra referência, integralizando a assistência em sintonia com a Atenção Básica (AB). A organização desses processos de trabalhos deve respeitar a garantia de acesso a assistência para toda a população pela oferta dos serviços, assim como aos aspectos que conduzem a economia de escala a alta resolutividade dos problemas, no ordenamento dos equipamentos/instrumentos de maior densidade tecnológica.



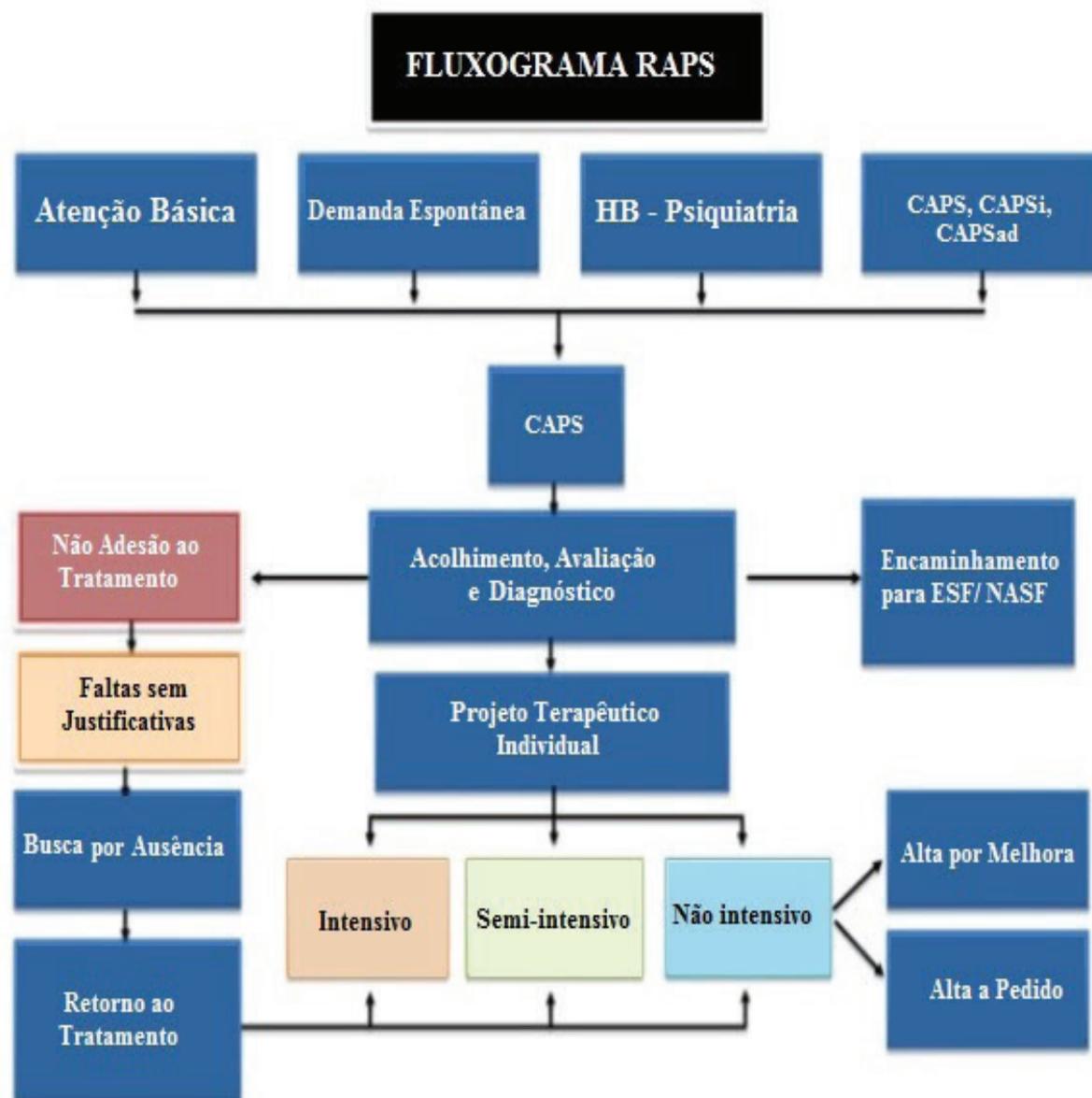
3.6.1. Ordenamento da Rede de Atenção Psicossocial

A instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde, pela portaria 3088/11/MS, a fim de garantir acesso às pessoas em sofrimento psíquico intenso ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias químicas, representou desde então um avanço na política de saúde, ao reconhecer as potencialidades dos vários “Pontos” da rede de saúde, observando a intersetorialidade para a assistência, seja na ações de prevenção, promoção e reabilitação, nos seus vários níveis de complexidade da Atenção à Saúde Primária (APS) a Terciária. Mudando o desenho tradicional no qual o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) encontrava-se no “centro” da estratégia de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) descrito na Figura 89. O acesso ao serviço é com agenda no sistema E-cidade.





Figura 89. Desenho da Rede Municipal de Atenção Psicossocial, Porto Velho-RO, 2021.



Fonte: DMAC/SEMUSA/PV/RO.

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

1. Atenção Básica em Saúde (UBS, USF, NASF, Centro de Convivência);
2. Atenção Psicossocial Especializada (CAPS);
3. Atenção de Urgência e Emergência (UPA 24h, SAMU 192, JPII);
4. Atenção Hospitalar (leitos de enfermaria especializada, JPII e HB);
5. Estratégias de Desinstitucionalização (Unidade de Acolhimento, Residência Terapêutica).



No Quadro 17 apresentamos a Matriz Programática da Rede de Atenção Psiquiátrica.

Quadro 17. Matriz Programática da Rede de Atenção Psiquiátrica, Porto Velho-RO, 2021.

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO A SAÚDE	TERRITÓRIO SANITÁRIO	
Atenção Terciária	Hospital de Base Ary Pinheiro – Hospital Geral (Unidade de internação Psiquiátrica) Hospital e Pronto Socorro João Paulo II (Urgência Psiquiátrica)	Estado de Rondônia (gestão estadual)	
Atenção Secundária	Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil e Centro de Convivência (em construção) Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Centro de Atenção Psicossocial Infantil Centro de Atenção Psicossocial Três Marias	Município	
Atenção Primária	Unidade Básica de Saúde e Equipes de Apoio Domicílio (ACS)	Área de abrangência Microárea	Bairros, Zonas urbanas, Distritos

Fonte: SEMUSA/PV/RO.

São objetivos da rede:

1. Dar acesso aos cuidados em saúde especialmente aos grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
2. Prevenir o consumo e a dependência de substâncias químicas;
3. Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
4. Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental;
5. Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
6. Desenvolver ações intersetoriais;
7. Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas;
8. Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial e;
9. Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços através de indicadores.

3.6.1.1. Identificação dos problemas na formação da rede psicossocial

No contexto da saúde mental, é importante enfatizar a importância do matriciamento na estratégia saúde da família, considerando a necessidade de implementar ações que reformulam o modelo de saúde mental no município de Porto Velho.

O acolhimento era realizado a partir da chegada dos usuários do serviço dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com dinâmicas de grupo, oficinas, e atendimentos individuais, dentre outras atividades capazes de iniciar um processo de promoção da saúde mental, porém isto não é suficiente, considerando que os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) estão com as agendas cheias, estranguladas, há vários anos. Ressalta-se a necessidade urgente de fortalecer o matriciamento na saúde mental, proporcionando assim um cuidado compartilhado, com novas metodologias que busquem reduzir a utilização de fármacos.



A UBS deve ser compreendida como um dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Pois, assim como desenvolve ações de promoção à saúde, prevenção e cuidado voltadas à gestação e puerpério, hipertensão arterial, diabetes mellitus, e tantas outras doenças ou problemas de saúde, deve desenvolver entre suas atribuições estratégias e temáticas que abordem a saúde mental, seus transtornos, o uso problemático de drogas e a dependência química.

A construção da Unidade de Acolhimento representa a ampliação da rede de saúde mental. Um componente para atendimento à faixa etária de 12 a 18 anos incompletos.

3.6.2. Ordenamento da Rede de Atenção à Pessoa Com Deficiência

A crescente urbanização e industrialização, sem os devidos cuidados com a preservação da vida e do meio ambiente, geram o aumento de incapacidades. Há indícios de correlação entre aumento de incapacidade e a incidência de neuroses, doenças psicossomáticas, alcoolismo, uso e abuso de drogas, acidentes de trânsito e violência urbana.

A ampliação da expectativa de vida da população tem feito com que as causas da deficiência estejam cada vez mais relacionadas a males crônico-degenerativos, como hipertensão arterial, diabetes, infarto, Alzheimer, câncer, osteoporose, etc.

Em dezembro de 2006, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) adotou a resolução que estabeleceu a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, cujo objetivo é “proteger e garantir o total e igual acesso a todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, e promover o respeito à sua dignidade”.

Como resultado das pactuações geradas nesta Assembleia, o Ministério da Saúde (MS) instituiu por meio da Portaria GM nº 793 de 24 de abril de 2012, a Portaria GM nº 835 de 25 de abril de 2012, e o Decreto Presidencial nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, com o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite, que inaugurou as bases da Política Nacional da Rede da Pessoa com Deficiência no SUS.

Segundo o último Censo Demográfico (IBGE 2010) o número de pessoas que referiram possuir alguma forma de deficiência no município de Porto Velho foi de 106.575, distribuídas por tipo e grau de severidade da deficiência conforme Quadro 18

Quadro 18: Número de pessoas investigadas quanto a possuir alguma forma de deficiência, Porto Velho, 2010.

TIPO DE DEFICIÊNCIA/GRAU DE SEVERIDADE	PESSOAS
População residente com deficiência visual: não consegue de modo algum	805
População residente com deficiência visual: grande dificuldade	11.577
População residente com deficiência visual: alguma dificuldade	64.561
População residente com deficiência auditiva: não consegue de modo algum	367
População residente com deficiência auditiva: grande dificuldade	2.898
População residente com deficiência auditiva: alguma dificuldade	13.475
População residente com deficiência física/motora: não consegue de modo algum	779
População residente com deficiência física/motora: grande dificuldade	4.441
População residente com deficiência física/motora: alguma dificuldade	13.449
População residente com deficiência mental/intelectual	4.223

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010 <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/porto-velho/pesquisa/23/23612?detalhes=true>>.



Todavia, o diagnóstico epidemiológico registra que nos últimos anos as causas externas permaneceram como segunda maior causa de morbidades hospitalares, abaixo apenas pelas internações provenientes da Gravidez, Parto e Puerpério. O resultado registrado em 2020 da taxa de acidentes de trânsito com vítimas não fatais para Porto Velho foi 197,06 acidentes em 10 mil veículos, em 2016 (154,02/10.000), permanecendo ainda muito longe da meta proposta para o final de 2021 (138,78/10.000). Esse quadro leva a conclusão de um aumento considerável nas demandas das pessoas com problemas/deficiências físicas.

Outra área que nos últimos anos que tem se manifestados com forte busca por atendimento é o cuidado integral a pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Esse tipo de transtorno são condições clínicas que se apresenta no início na primeira infância e com curso crônico. Dessa forma, a síndrome autista manifestada pela criança pequena costuma persistir no decorrer da vida, em que pesem as possibilidades de melhora clínica e funcional ao longo do tempo. Consequentemente, registra-se a importância de fortalecer uma rede de atenção as pessoas com estas demandas, assegurando o cuidado integral, de amplo acesso a esses munícipes.

O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limites, organiza a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência nos seguintes componentes: Atenção Primária; Atenção Especializada em Reabilitação (Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências); e, Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, esquematizada no Quadro 19, tem como um dos seus principais objetivos:

1. Promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências;
2. Desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta;
3. Ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM);
4. Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social;
5. Promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde;
6. Desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
7. Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.



Quadro 19. Matriz da linha de cuidado a Pessoa com Deficiência, Porto Velho-RO, 2021.

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO A SAÚDE	TERRITÓRIO SANITÁRIO	
Atenção Terciária	Hospital de Base Ary Pinheiro – Hospital geral - Clínica Psiquiátrica	Estado de Rondônia (gestão estadual)	
Atenção Secundária	Oficina Ortopédica Santa Marcelina	Estado de Rondônia (gestão estadual)	
	Centro de Reabilitação Santa Marcelina (BR km 364)	Estado de Rondônia (gestão estadual)	
	Centro de Reabilitação Estadual Físico, Intelectual (B. Mariana)	Estado de Rondônia (gestão estadual)	
	Centro de Atenção Psicossocial – CAP’s II	Município - Gestão Municipal	
	Centro de Especialidade Médicas- CEM	Município - Gestão Municipal	
	Centro de Reabilitação Municipal Físico, Intelectual (B. Pedrinhas)	Município - Gestão Municipal	
Atenção Primária	Unidade Básica de Saúde e Equipes de Apoio	Área de abrangência	Bairros, Zonas urbanas, Distritos
	Domicílio (ACS)	Microárea	

Fonte: SEMUSA/PV/RO.

A reabilitação/habilitação prevê uma abordagem multiprofissionais e o envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado. As estratégias de ações para habilitação e reabilitação devem ser estabelecidas a partir das necessidades singulares de cada indivíduo, considerando o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade, bem como, os fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais envolvidos.

O Centro Especializado em Reabilitação (CER) II (Física e Intelectual), Cadastro nº Cadastro Nacional de Saúde (CNES): 280.2708, de gestão municipal, está localizado na Rua Jamari, Bairro Pedrinhas – ao lado do Pronto Atendimento Drª Ana Adelaide e atua em nível especializado. É composto por uma equipe multidisciplinar de seis fisioterapeutas, dois assistentes sociais, três fonoaudiólogos, três psicólogos, dois terapeutas ocupacionais, um médico ortopedista. Atendimentos são regulados no SISREG. Este serviço possui capacidade para realizar reabilitação: Reabilitação Física de no mínimo de 200 usuários/mês; e Reabilitação Intelectual no mínimo de 200 usuários/mês.

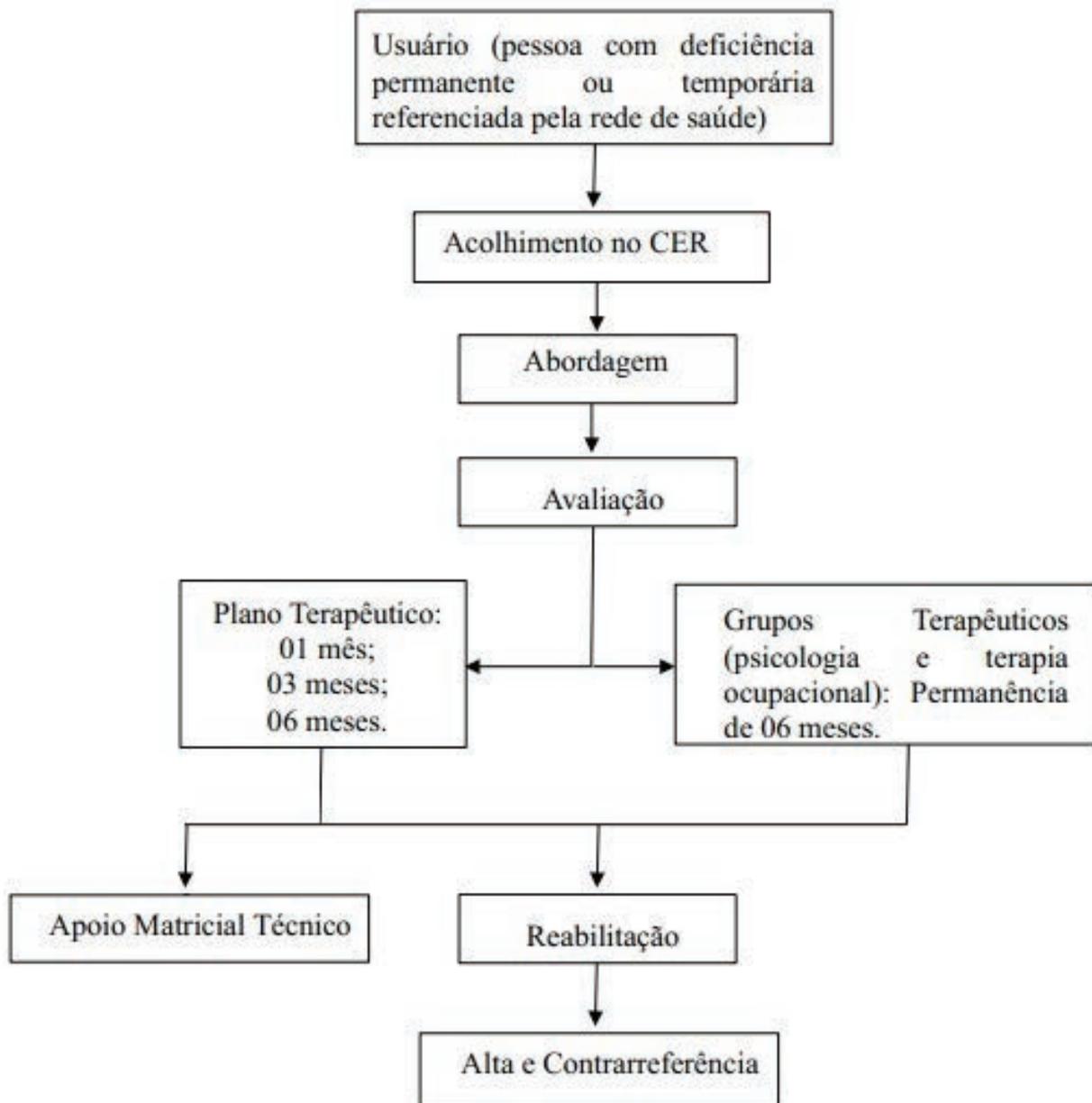
Segue abaixo a Figura 90 e 91 que apresenta p Fluxo Externo e Interno para o Centro Especializado em Reabilitação.

Figura 90. Fluxo Externo para o Centro Especializado em Reabilitação, Porto Velho-RO, 2021.



Fonte: SEMUSA/PV/RO.

Fluxograma 91. Fluxo Interno do Centro Especializado em Reabilitação, Porto Velho, 2021.



Fonte: DMAC/CER/SEMUSA/PV/RO.

Os serviços de reabilitação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, em qualquer que seja a modalidade de reabilitação, devem garantir:

- Diagnóstico e avaliação funcional da deficiência;
- Estimulação precoce permitindo às crianças receber o máximo de estímulos, favorecendo seu melhor potencial de desenvolvimento;
- Orientações aos cuidadores, acompanhantes e familiares como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do cuidado;
- Orientação e apoio as famílias para aspectos específicos de adaptação do ambiente e rotina doméstica que possam ampliar a mobilidade, autonomia pessoal e familiar, bem como a inclusão escolar, social e/ou profissional;



- Atendimento em reabilitação/habilitação, seleção, prescrição, conforme suas necessidades;
- Atendimento individual e em grupo de acordo com as necessidades de cada usuário e suas dificuldades específicas.

De modo que, o atendimento e cuidado integral a pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) passa por: Acompanhamento dos neonatos de risco (NR); Diagnóstico precoce; Intervenção Precoce (IP) nos usuários com deficiência intelectual; Capacitação dos profissionais e qualificação dos atendimentos em saúde; e, Prevenção de agravos, melhoria do prognóstico e da qualidade de vida das pessoas com deficiência.

3.6.3. Outros Serviços ambulatoriais especializados ofertados na rede municipal

3.6.3.1. Policlínica Rafael Vaz e Silva

A Policlínica Rafael Vaz e Silva reúne várias especialidades, dentre: cardiologia, pediatria, neurologia, etc. Serviço de apoio laboratorial, assistência farmacêutica com medicamentos básicos e especiais, programa de tratamento a tuberculose e hanseníase, serviço de radiologia. A unidade compartilha espaço com o Laboratório Central do Municipal. As consultas são programadas pelo Sistema de Regulação (SISREG), através da Unidade Básica de Saúde (UBS).

3.6.3.2. Serviço de Assistência Especializada

Inaugurado em 20 de julho de 1999, o Serviço de Assistência Especializada (SAE), realiza ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV/AIDS. São oferecidos atendimentos de enfermagem, orientação e apoio psicológico, atendimentos em infectologia, odontologia, orientação nutricional e Assistência Social, bem como o controle e distribuição de medicamentos antirretrovirais com orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento e distribuição de insumos de prevenção. É realizado também a distribuição de fórmula láctea aos bebês com idade entre 0 a 11 meses e 29 dias, nascidos de mães soropositivas que são acompanhadas pelo serviço.

O Serviço de Assistência Especializada (SAE) tem função de suporte ambulatorial, assegura a assistência durante o período de melhora clínica dos pacientes, orienta-os e direciona-os, segundo as necessidades, a outros serviços, e incentiva a adesão ao tratamento e a aceitação dos familiares à nova condição de ter um membro da família portador do vírus HIV ou doente de AIDS.

As consultas são agendadas via telefone ou pessoalmente e são reguladas pelo Sistema de Regulação (SISREG) através de agenda local.



3.6.3.3. Centro de Especialidades Médicas

Referência em serviços ambulatoriais de média complexidade, oferece suporte às ações assistenciais realizadas pela rede básica de saúde. É composto por 12 consultórios médicos (Dermatologia, Ortopedia, Ginecologia, Endocrinologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, etc.). Todas as consultas são realizadas com agendamento das unidades básicas de saúde via Sistema de Regulação (SISREG). O centro possui também um laboratório de Análises Clínicas, referência para a rede municipal em Microbiologia; serviço de mamografia; radiologia; ultrassonografia; procedimentos em pequenas lesões de pele.

3.6.3.4. Centro de Referência em Saúde da Mulher

O Centro de Referência em Saúde da Mulher (CRSM) realiza atendimentos na especialidade ginecológica, com atendimentos de planejamento reprodutivo com foco no DIU; atendimento de ginecologia geral, ginecologia cirúrgica e mastologia. Essa unidade está em processo de reestruturação, pois é voltada para campo de prática da residência médica em ginecologia e obstetrícia do município, que é coordenada pela Maternidade Municipal Mãe Esperança (MMME).





3.6.3.5. Centro Integrado Materno Infantil

O Centro Integrado Materno Infantil (CIMI) foi criado no início de 2020, com foco principal no processo de planificação da Atenção Primária integrada a Atenção Ambulatorial Especializada, onde este serviço tornou-se referência para a Atenção a Saúde as mulheres gestantes e crianças em situação de alto risco. Foi organizado para realizar o acompanhamento compartilhado do Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) destas gestantes e puericultura das crianças desde o nascimento a menores de ano, iniciando atendimento com as demandas dos territórios das Unidades Laboratório (UL) do projeto PLANIFICASUS.

A equipe é composta por fisioterapeuta, psicólogo, pediatra, obstetra, nutricionista, assistente social, enfermeiros, técnicos em enfermagem e apoio administrativo. a unidade realizou no primeiro quadrimestre de 2021, 1.131 consultas médicas entre pediatria e Pré-natal de Alto Risco (PNAR).

A Tabela 23 e 24 a seguir apresenta a quantidade de consultas médicas e o número de atendimentos eletivos em todas as Unidades de Saúde Especializadas nos anos de 2018 a 2020.

Tabela 23. Quantidade de consultas médicas eletivas realizadas nas Unidades Especializadas por Estabelecimento, 2018 a 2020.

ESTABELECIMENTO	2018	2019	2020
Centro de Especialidades Médicas (Regulação)	40.826	51.121	88.266
Centro de Especialidades Médicas (Covid-19)	-	-	39.080
Centro Municipal de Fisioterapia	516	636	-
CAPS Três Marias	6.976	7.688	5.265
Centro de Referência Saúde da Mulher	10.317	10.840	6.381
CAPS Álcool e Drogas	6.314	6.062	3.172
Serviço de Atendimento Especializado	12.624	13.345	9.868
Policlínica Rafael Vaz e Silva	14.626	13.960	5.833
CAPS Infante Juvenil	3.667	3.698	2.722
Centro de Referência Infante Juvenil	5.754	6.952	3.817
TOTAL	101.620	114.302	164.404

Fonte: TABSIA/SUS /DRAC/SEMUSA. Sistema de Informação Ambulatorial acessado em 03/03/2021.



Nota: Centro de Especialidades Médicas passou a atender pacientes de covid-19 encaminhados pelo CALL-CENTER, a partir de abril. Obs: Os dados de 2020 correspondem às competências de janeiro a dezembro. ** Laboratório de Crip-tológico foi separado do CRSM a partir de 2020 em virtude do projeto da Planificação. *** O Centro Municipal de Fio-terapia foi transformado em CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - CER em 2020.

Tabela 24. Número de atendimentos ambulatoriais eletivos de Unidades Especializadas por grupo de procedimentos, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.

GRUPO DE PROCEDIMENTO	2018	2019	2020
01-Ações de promoção e prevenção em saúde	40.355	35.505	9.659
02-Procedimentos com finalidade diagnóstica	135.881	107.525	62.113
03-Procedimentos clínicos	466.255	381.750	523.473
04-Procedimentos cirúrgicos	678	1.873	554
TOTAL	643.169	526.653	595.799

Fonte: TABSIA/SUS /DRAC/SEMUSA. Sistema de Informação Ambulatorial acessado em 03/03/2021.

Obs: Os dados de 2020 correspondem às competências de janeiro a dezembro.

3.7. Atenção Hospitalar

Ao analisar o perfil das internações hospitalares do município de Porto Velho através dos dados do número de Autorizações de Internações Hospitalares informadas nos últimos 5 anos ao Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), constata-se que o total de ocorrências de internações na população geral do município no ano de 2020, ficou em 5,6% internações /hab/ano. Este quantitativo mantém o município com um número de internações compatível com as estimativas previstas por parâmetros assistenciais (7 a 9 % por hab/ano, segundo Portaria n.º 1.101/GM/MS de 12 de junho de 2002), porém ainda com um total que supera o praticado frente a população estadual, sendo que este já está acima dos resultados da região e país (Tabela 25 e Figura 92).



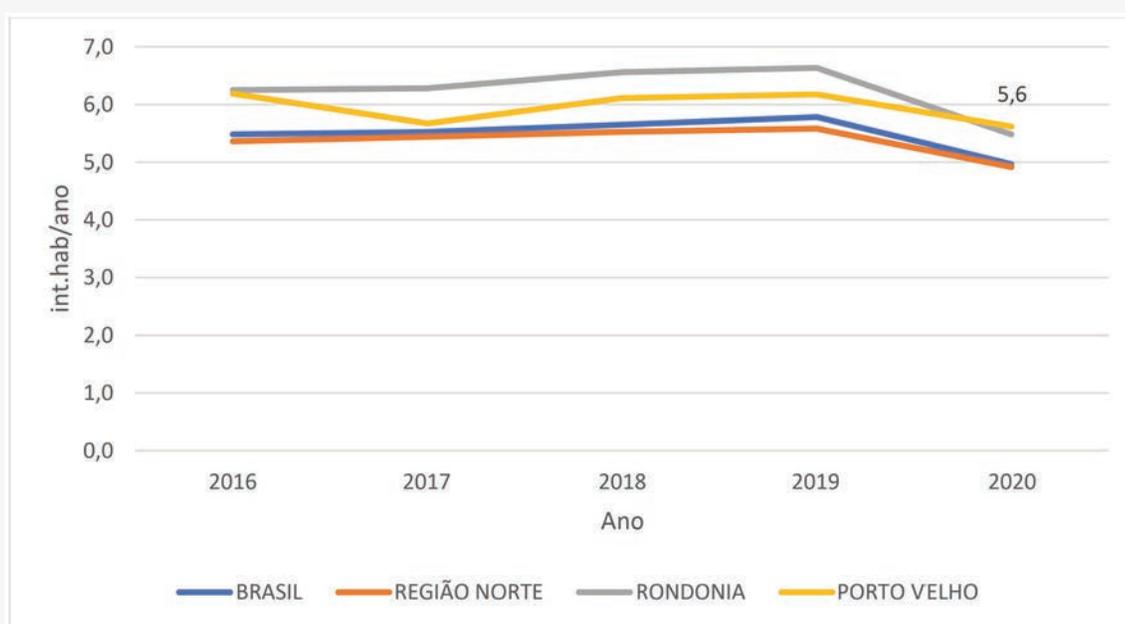


Tabela 25. Número de internações hospitalares realizadas em unidades do SUS por local de residência, por país, região, estado e município de Porto Velho-RO, 2016 a 2020.

UNIDADE FEDERADA	2016		2017		2018		2019		2020	
	INTERNAÇÕES	POPULAÇÃO								
BRASIL	11.297.068	206.081.432	11.469.861	207.660.929	11.816.641	209.186.802	12.181.726	210.659.013	10.525.795	212.077.375
REGIÃO NORTE	949.481	17.707.783	975.629	17.936.201	1.003.080	18.158.149	1.025.378	18.373.753	913.326	18.583.035
RONDONIA	111.702	1.787.279	113.429	1.805.788	119.605	1.823.741	122.153	1.841.142	101.815	1.857.992
PORTO VELHO	30.901	499.293	28.878	509.323	31.747	519.531	32.692	529.544	30.296	539.354

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) acesso em 01/07/2021 e estimativas e IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060.

Figura 92. Percentual de internações frente ao número de habitantes, Brasil, Região Norte, Rondônia e Porto Velho-RO, período de 2016 a 2020.



Fonte: Tabnet/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) acesso em 01/07/2021.

Durante o período de 2016 a 2020, o município foi responsável por 27,17% das internações hospitalares ocorridas no estado. Excetuando as internações devidas à gravidez, parto e puerpério, que correspondem neste período a 27% das internações oriundas de Porto Velho (PV), as principais causas de internações foram: 1-Problemas devido a Causas Externas (15%); 2-Doenças infecciosas e parasitárias (10%); 3- Doenças do aparelho digestivo (7%); 4- Doenças do aparelho respiratório (6%).

Ressalta-se o aumento das internações por problemas infecciosos/parasitários nos anos de 2019 e 2020, chegando a marcar um aumento de 144% em 2020, frente ao ano anterior. Tal fato, certamente muito representado pelo período da instalação da pandemia por COVID-19 em Porto Velho. Da mesma forma, no ano de 2020 ocorreu o aumento das internações por problemas circulatórios, passando a representar a 5ª causa de internação (Tabela 26).



Tabela 26. Morbidade hospitalar de residentes, segundo capítulo CID-10, Porto Velho-RO, 2016 a 2020.

CAUSA DE INTERNAÇÃO POR CID 10	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL/PER.2016 A 2020	% DO TOTAL
Gravidez, parto e puerpério	8.695	8.799	8.977	8.533	7.243	42.247	27
Lesões enven.e alguns out. conseq.causas externas	4.651	3.669	4.567	4.789	5.070	22.746	15
Doenças infecciosas e parasitárias	3.076	2545	2.466	2.918	4.211	15.216	10
Doenças do aparelho digestivo	2.002	1940	2.081	2.358	1.916	10.297	7
Doenças do aparelho respiratório	1.828	1.773	1.782	1.821	1.376	8.580	6
Neoplasias	1.590	1.600	1.561	1.828	1.721	8.300	5
Doenças do aparelho genitourinário	1.314	1.367	1.509	1.943	1.622	7.755	5
Doenças do aparelho circulatório	1.293	1.019	1.214	1.469	1.757	6.752	4
Contatos com serviços de saúde	1.572	1.490	1.641	916	591	6.210	4
Algumas afec.originadas no período perinatal	1.180	978	1.370	1.549	1.115	6.192	4
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	471	539	761	745	632	3.148	2
Transtornos mentais e comportamentais	599	457	818	558	698	3.130	2
Doenças do olho e anexos	477	756	629	724	141	2.727	2
Doenças do sistema nervoso	420	463	514	560	567	2.524	2
Doenças sist.osteomuscular e tec.conjuntivo	454	485	536	498	322	2.295	1
Sint.sinais e achados norm.ex clínicos e laboratoriais	443	319	501	461	390	2.114	1
Mal For.congênicas, deformid. E anomalias cromossôm	362	313	349	487	293	1.804	1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	252	196	285	305	421	1.459	1
Doenças do sangue,órgãos hema e trans imunitários	195	135	145	180	178	833	1
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	27	35	41	50	32	185	0
TOTAL	30.901	28.878	31.747	32.692	30.296	154.514	100

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), data da consulta: 20/01/2021.

Os estabelecimentos de saúde que mais receberam no período de 2016 a 2020, as internações oriundas de usuários de Porto Velho foram: 1º Hospital de Base Ary Pinheiro; 2º - Maternidade Municipal Mãe Esperança; 3º - Hospital João Paulo II e em 4º - Hospital infantil Cosme e Damião (Tabela 27). Destas unidades, apenas a Maternidade Municipal Mãe Esperança é de gestão municipal, as demais são de gestão estadual.

Tabela 27. Internação hospitalar por estabelecimento de saúde de residentes de Porto Velho-RO, 2016 a 2020.

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE /TIPO	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL	%
HOSPITAL DE BASE	12728	12153	12548	12486	9458	59373	39,0
HOSPITAL MATERNIDADE MAE ESPERANCA	6166	5956	6864	5415	5023	29424	19,3
HOSPITAL JOAO PAULO II	4009	2743	3451	3835	5666	19704	12,9
HOSPITAL INFANTIL COSME E DAMIAO	3412	3078	3495	3363	2294	15642	10,3
CEMETRON	921	969	886	963	1634	5373	3,5
HOSPITAL REGIONAL DE EXTREMA	479	636	920	611	572	3218	2,1
HOSPITAL SANTA MARCELINA DE RONDONIA	1947	2155	2171	2377	2005	10655	7,0
HOSPITAL SAMAR	418	443	410	1109	2028	4408	2,9
HOSPITAL DE AMOR AMAZONIA	-	-	203	1377	1786	3366	2,2
TOTAL DAS UNIDADES COM > % DE INTERNAÇÃO	30080	28133	30948	31536	30466	151163	99,3
Outras internações SUS em hospitais privados	5	5	5	187	11	213	0,1
Outras internações SUS em unidades públicas em Porto Velho				6	114	120	0,1
Outras internações SUS em unidades Públicas em outros municípios do estado	106	125	158	214	201	804	0,5
TOTAL DE INTERNAÇÕES EM RESIDENTES DE PORTO VELHO	60271	56396	62059	63479	61258	303463	100,0

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), acessado em 14/04/2021.



3.7.1. Maternidade Municipal Mãe Esperança

O Hospital Maternidade Municipal Mãe Esperança (MMME), é uma unidade voltada para a atenção da saúde da mulher que observa a Política Humaniza SUS com a implantação do parto humanizado, possui título de Hospital Amigo da Criança. Tem missão de ofertar uma assistência obstétrica e ginecológica de qualidade, objetivando garantir os direitos da mulher e do bebê, e os direitos sexuais e reprodutivos dessa população feminina assistida, por meio da Rede Cegonha, ainda em estruturação. A diretriz da rede visa instituir uma atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério com toda a assistência necessária e atendimento psicossocial no pré e pós-parto.

A sua estrutura física possui 37 leitos de alojamento conjunto, 08 leitos de ginecologia cirúrgica, 05 leitos de atenção pós abortamento e 05 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN), sendo 02 cangurus e 03 convencionais, 04 salas de centro cirúrgico e 04 leitos de observação para atendimentos de urgência e emergência gestacional. Possui ainda apoio diagnóstico como radiografia, ultrassonografia, farmácia, lavanderia e laboratório de análises clínicas.

É Hospital Auxiliar de Ensino com residência médica em ginecologia obstetrícia municipal e ainda é campo de prática para a residência multiprofissional gerenciada pela Secretaria Estadual de Saúde (SESAU/RO).

Com o número aproximado de 250 a 300 partos/mês, além de outros atendimentos ginecológicos, atende à demanda de partos e urgências obstétricas dos municípios de Candeias do Jamari e Itapuã do Oeste, sendo ainda referência regional para procedimentos eletivos como laqueaduras,



vasectomias e cirurgias ginecológicas. A Maternidade é a referência municipal para atendimento a violência sexual contra a mulher.

Nos primeiros quatro meses de 2021, a Maternidade realizou 1.036 partos, sendo 693 (66,9%) partos normais e 343 (33,1%) partos cesáreos. Entre os partos ocorridos predominaram nas faixas etárias 20 a 24 anos (359 partos, 34,65%), seguidos pelas faixas etárias 25 a 29 anos (247 partos, 23,84%) e 15 a 19 anos (182 partos, 17,56%), essas faixas etárias foram responsáveis por 76,05% dos partos ocorridos. As cirurgias eletivas ginecológicas (histerectomia, ooforectomia, etc) bem como a cirurgias de planejamento reprodutivo (laqueadura e vasectomia) encontram-se suspensas desde o início da pandemia pela COVID-19. Para a retomada dessas atividades, aguarda-se a regulamentação legislativa bem como diminuição dos casos de Covid 19.

Com o advento da Covid-19, a Maternidade tornou-se ainda referência para gestantes sintomáticas, tendo um consultório para casos leves e realizou no primeiro quadrimestre de 2021, 1.244 consultas para gestantes com sintomas gripais.

O Quadro 20 a seguir descreve a situação dos Projetos de Construção, Reforma e Ampliação de Unidades de Saúde da Atenção Ambulatorial Especializada e da Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) planejadas para o exercício de 2018-2021.



Quadro 20. Situação dos Projetos de Construção, Reforma e Ampliação de Unidades de Saúde, Porto Velho-RO, 2020.

UNIDADE DE SAÚDE	PROCESSO	ELABORAÇÃO PROJETO DE REFORMA	VALOR DO RECURSO	ORÇAMENTO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE F.M.S	VALOR LICITADO	APROVAÇÃO DE PROJETO AGEVISA Nº DO PARECER TÉCNICO	SITUAÇÃO EM: 11.12.2020
Laboratório Central	08.00349/2016	Projeto Arquitetônico SEMUSA	Emenda Federal R\$ 2.499.999,04 Saldo Remanescente R\$1.500.000,00	---	---	---	1. Aguardando apresentação da Licença Ambiental de instalação renovada; 2. Aguardando Levantamento Técnico de Serviço e Planilha Orçamentária do que falta. Encaminhar a Caixa o levantamento técnico do Serviço e Planilha Orçamentária.
Policlínica Rafael Vaz e Silva	08.00521/2020	Projeto Arquitetônico e Complementares PAS	Emenda Federal R\$939.400,00 Recurso Próprio R\$454.577,08	R\$823.233,62	---	Parecer N° 278/2019/AGEVISA -NEA APROVADO em 16/07/2019	1. Processo aprovado pela Caixa e Liberado para licitação, após a conclusão do certame, inserido na Plataforma + Brasil, os documentos. 2. Em processo licitatório junto a SML.
Centro de Especialidade Médica	08.00558/2020	Projeto Arquitetônico e Complementares PAS	Recurso Próprio R\$ 1.212.461,82	R\$ 1.212.461,82	---	Parecer N° 261/2019/AGEVISA -NEA APROVADO em 11/07/2019	Projeto em fase de Instrução Processual para Licitação na SML e SEMESC.
Pronto Atendimento Ana Adelaide	08.00372/2020	Projeto Arquitetônico e Complementar PAS	Emenda Federal R\$ 1.688.238,00	---	---	---	1. Levantamento Arquitetônico da Edificação Existente finalizado Projeto de Reforma Iniciado, porém Paralisado devido a Demanda no Setor de Projetos. 2. Solicitado o documento de titularidade da área junto a SEMUR, aguardando a resposta. 3. Em processo de separar projetos e planilhas na SEMESC.



UNIDADE DE SAÚDE	PROCESSO	ELABORAÇÃO PROJETO DE REFORMA	VALOR DO RECURSO	ORÇAMENTO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE F.M.S	VALOR LICITADO	APROVAÇÃO DE PROJETO AGEVISA Nº DO PARECER TÉCNICO	SITUAÇÃO EM: 11.12.2020
UPA Sul	08.00673/2019	Projeto Arquitetônico e Complementar PAS	Aguardando liberação de recursos pelo Ministério da Saúde – Proposta 911155/2021-007 R\$ 1.742.661,00	—	1.476.211,60	Parecer nº 209/2019/AGEVISA -NEA APROVADO em 12/06/2019	Anteriormente este processo seria por recursos próprios, porém foi liberado emenda com o processo já licitado. Em verificação junto a Caixa como será realizado o procedimento.
UPA Leste	08.00675/2019	Projeto Arquitetônico e Complementar PAS	Aguardando liberação de recursos pelo Ministério da Saúde – Proposta 911155/2021-006) R\$ 1.816.400,00	—	—	Parecer nº 208/2019/AGEVISA -NEA APROVADO em 12/06/2019	Projeto Aguardando Orçamento para Licitação.
Maternidade Municipal Mãe Esperança	08.00061/2020	Projeto Arquitetônico SEMUSA Complementar PAS	Emenda Federal R\$ 750.000,00 + R\$ 3.920.000,00 Recurso Próprio R\$ 3.969.492,78 TOTAL R\$ 8.639.496,47	—	—	Parecer nº 186/2019/AGEVISA -NEA APROVADO em 20/05/2019	1. SISCONV – Aguardando a aprovação do convênio 905346 paa ser encaminhado a licitação – Processo na SEMESC. 2. Inserir na P+B. Projeto Arquitetônico, Complementares de Engenharia e Planilha Finalizados aguardando adequação dedo projeto de drenagem para o orçamento finalizar a planilha.
Centro de Referência Saúde da Mulher	—	Projeto Arquitetônico e Complementar SEMUSA	Valor Estimado R\$ 1.000.000,00	—	—	—	Aguardando Início do Levantamento Arquitetônico da Edificação Existente para Início do Projeto de Reforma.



UNIDADE DE SAÚDE	PROCESSO	ELABORAÇÃO PROJETO DE REFORMA	VALOR DO RECURSO	ORÇAMENTO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE F.M.S	VALOR LICITADO	APROVAÇÃO DE PROJETO AGEVISA Nº DO PARECER TÉCNICO	SITUAÇÃO EM: 11.12.2020
Pronto Atendimento José Adelino	—	Projeto Arquitetônico e Complementar SEMUSA	Valor Estimado R\$ 2.500.000,00	—	—	—	Levantamento Arquitetônico da Edificação Existente finalizado. Aguardando Elaboração do Projeto de Reforma de Acordo com demanda do Setor.
Centro Especializado de Reabilitação	—	Projeto Arquitetônico e Complementar SEMUSA	Recurso Próprio R\$ 250.000,00	—	—	—	Levantamento Arquitetônico da Edificação Existente finalizado Projeto de Reforma Iniciado, porém Paralisado devido a Demanda no Setor de Projetos.
Unidade de Acolhimento Infantojuvenil e Centro de Convivência e Cultura	08.00146/2015	Projeto Arquitetônico e Complementar SEMUSA	Emenda Federal- de Repasse de 2.000.000,00 e Recurso próprio de 160.000,00, valor total de 2.160.000,00	—	—	—	Aguardando medição – Prazo 16/06/2021.

Fonte : SEMUSA/PV/RO



3.8. Sistemas Logísticos e de Apoio da Rede de Atenção à Saúde

3.8.1. Sistema de Avaliação, Controle, Regulação e Auditoria do SUS.

O exercício das ações de Controle e Avaliação dos processos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental para a gestão verificar os aspectos quantitativos, qualitativos, físicos e financeiros das políticas de saúde.

Nas ações e serviços voltados para procedimentos de Média e Alta Complexidade, o Controle e Avaliação atua monitorando as informações apresentadas de produções diante das concessões de incentivos, habilitações e qualificação de serviços, utilizando os dados alimentados nos bancos dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar do SUS, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – (CNES), e outros.

O serviço de regulação desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), está ligado a Regulação do Acesso a Assistência. Este consiste na ordenação e qualificação dos fluxos de acesso as ações e serviços de saúde, promovendo a transparência, a integralidade e equidade no acesso aos serviços de atenção especializada (consultas e exames de apoio diagnóstico) em tempo oportuno, criando instrumentos que padronizam e protocolam o acesso a esses serviços. O sistema utilizado para regular estas demandas é o Sistema de Regulação (SISREG), pelo qual a Secretaria é capaz de acompanhar indicadores, tais como: índice de espera por atendimento e índice de absenteísmo.

A gestão municipal de saúde oferece sob regulação, aproximadamente 30 especialidades de consultas, além de exames como, Ultrassonografia, Radiografia Geral e de Coluna, Eletro Cardiograma (ECG), MAPA e Mamografia. Os locais de atendimento são: Centro de Especialidades Médicas – CEM, Centro de referência de Saúde da Mulher e da Criança, Pol. Rafael Vaz e Silva. Como Unidades solicitantes possui 19 unidades na zona urbana e 20 na área rural. O índice de faltosos aos agendamentos por procedimentos, na cidade de Porto Velho (PV) está em torno de 25 a 30 %.



3.8.2. Sistema de Apoio Diagnóstico por Imagem

Unidades de Urgência e Emergência que oferecem o serviço de diagnóstico por imagem

O serviço de diagnóstico por imagem das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Pronto Atendimento (PA) Tradicionais funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana e oferecem o exame de Raio-X computadorizado a todos os pacientes atendidos nestas unidades. O Quadro 21 abaixo, apresenta a capacidade instalada desse serviço.

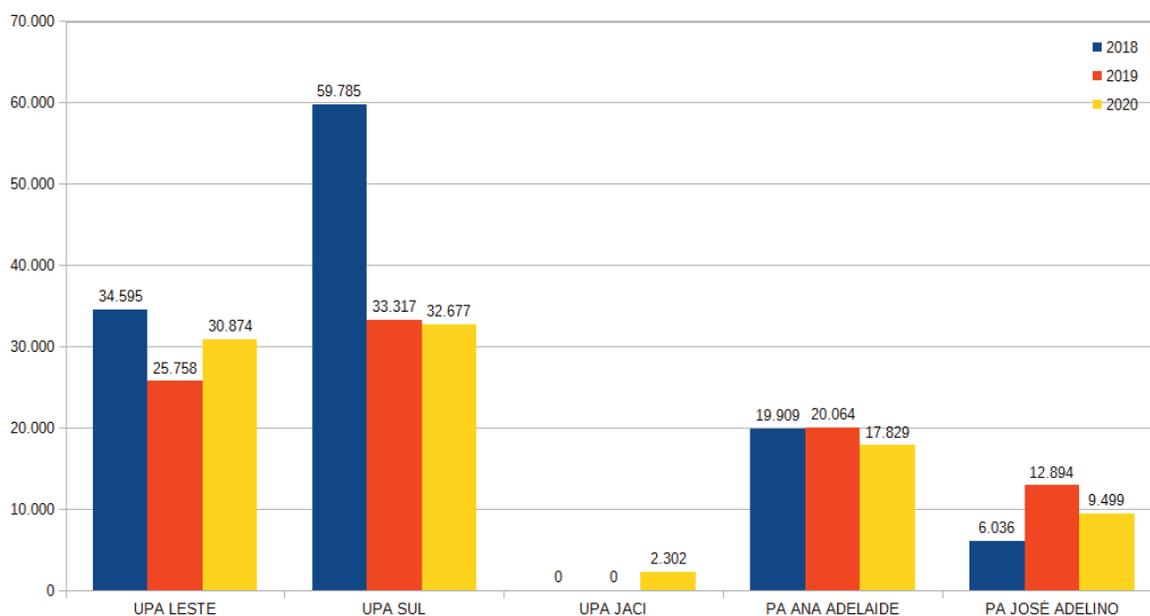
Quadro 21. Capacidade instalada de serviço de apoio diagnóstico por imagem, Urgência e Emergência, nas Unidades de Pronto Atendimento, Porto Velho-RO, 2021.

UNIDADE	SERVIÇO	Nº DE PROFISSIONAIS TÉCNICOS EM RADIOLOGIA ESTATUTÁRIOS	Nº DE PROFISSIONAIS TÉCNICOS EM RADIOLOGIA EMERGENCIAIS	TOTAL	SITUAÇÃO
UPA Zona Sul	Raios-X	13	03	16	Ativo
UPA Zona Leste	Raios-X	07	04	11	Ativo
UPA Jaci Paraná	Raios-X	0	07	07	Ativo
Pronto Atendimento Ana Adelaide	Raios-X	11	04	15	Ativo
Pronto Atendimento José Adelino	Raios-X	06	04	10	Ativo

Fonte: DMAC /SEMUSA/PV/RO.

A seguir, apresentamos a Figura 93 que demonstra a produção do Serviço de Apoio Diagnóstico de Imagem de Radiologia em Urgência e Emergência por Unidade de Saúde, nos anos de 2018 a 2020.

Figura 93. Produção Ambulatorial de Serviço de Apoio Diagnóstico de Imagem de Radiologia em Urgência e Emergência, por unidade executante, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.



Fonte: DMAC/SEMUSA/PV/RO.

Unidades Especializadas que oferecem o serviço de diagnóstico por imagem

O serviço de diagnóstico por imagem das unidades especializadas funciona 12 horas por dia, cinco dias por semana e oferece o exame de Raio-X e Mamografia computadorizados, assim como Ultrassonografia a todos os pacientes atendidos pelo SUS. O Quadro 22 abaixo, apresenta a capacidade instalada desse serviço.

Quadro 22. Capacidade instalada de serviço de apoio diagnóstico por imagem, Serviços eletivos, por unidade de saúde especializada, Porto Velho-RO, 2021.

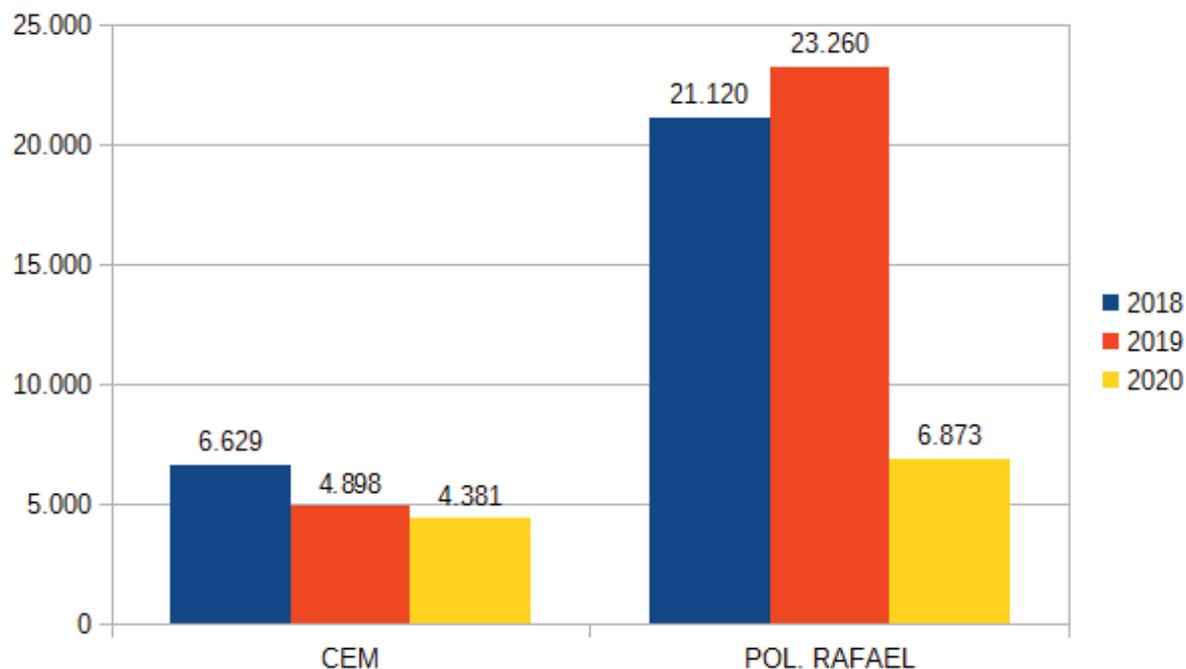
UNIDADE	SERVIÇO	Nº DE PROFISSIONAIS TÉCNICOS EM RADIOLOGIA ESTATUTÁRIOS	Nº DE PROFISSIONAIS TÉCNICOS EM RADIOLOGIA EMERGENCIAIS	TOTAL	SITUAÇÃO
Centro de Especialidade Médica	Raios-X	3	1	4	Ativo
	Mamografia	3	0	3	Ativo
	USG	1	0	1	Ativo
Policlínica Rafael Vaz e Silva	Raios-X	3	1	4	Ativo
	USG	0	0	0	Ativo
Centro de Referência Saúde da Mulher	USG	2	0	2	Ativo
UPA Jaci Paraná	USG	1	0	1	Ativo
Maternidade Municipal Mãe Esperança	USG	7	0	7	Ativo

Fonte: DMAC/SEMUSA/PV/RO.



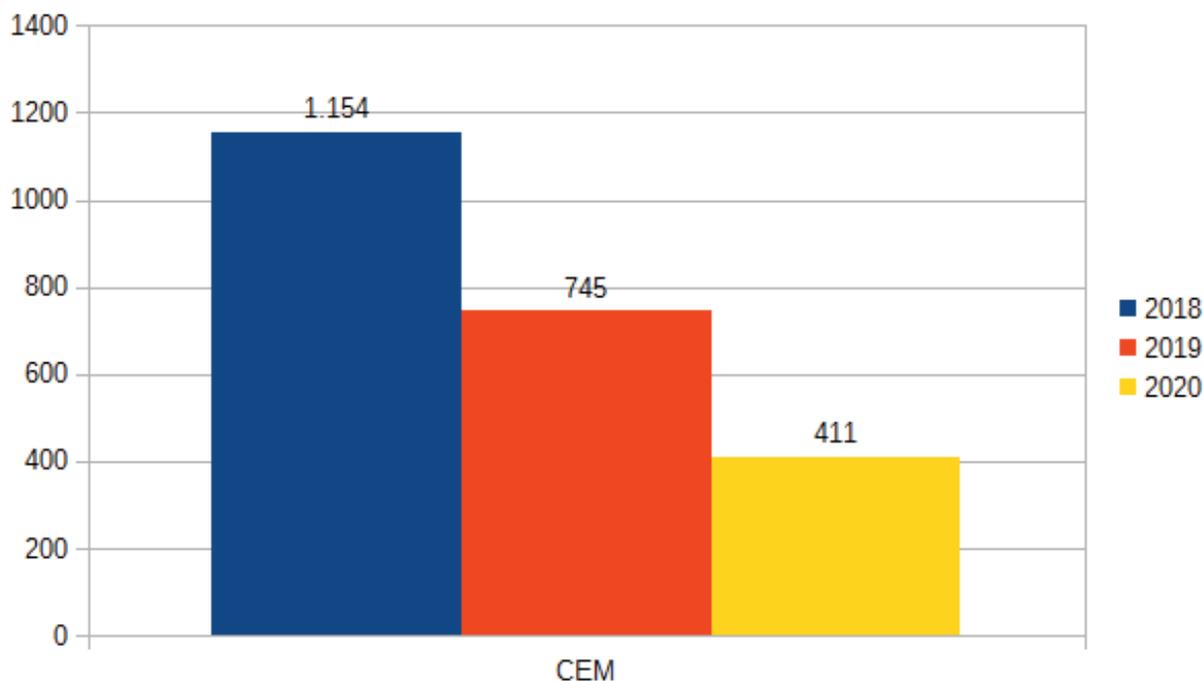
A seguir, apresentamos a Figura 94 e 95 que demonstra a produção do Serviço de Radiologia eletivos e de Mamografia, por Unidade de Saúde Especializada, nos anos de 2018 a 2020.

Figura 94. Produção de ambulatorial de serviço de radiologia eletivos, por unidade executante, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.



Fonte: DMAC/SEMUSA/PV/RO.

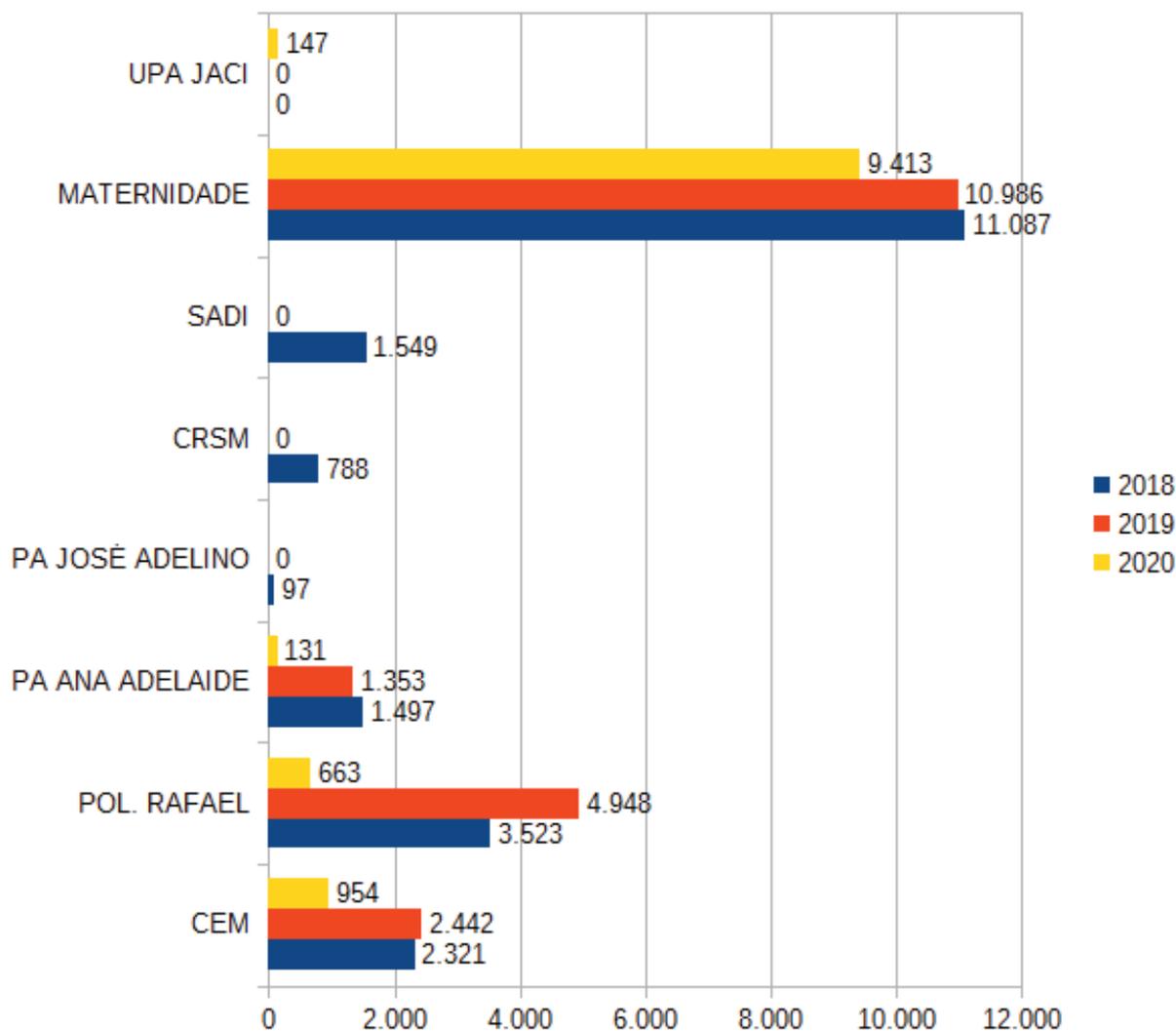
Figura 95. Produção ambulatorial do serviço de mamografia por unidade executante, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.



Fonte: DMAC/SEMUSA/PV/RO.

Na Figura 96 fica demonstrado a produção do Serviço de Ultrassonografia por Unidade de Saúde, nos anos de 2018 a 2020.

Figura 96. Produção ambulatorial do serviço de ultrassonografia por unidade executante, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.



Fonte: DMAC/SEMUSA/PV/RO.

A Tabela 28 mostra o número de exames de diagnóstico por imagem realizados nos anos de 2018 a 2020 por grupo de procedimento.

Tabela 28. Número de exames diagnósticos de imagem realizados nas Unidades de Saúde, por grupo de procedimento, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.

GRUPO DE PROCEDIMENTO	2018	2019	2020
0204-Diagnóstico por radiologia	194.450	127.612	107.130
0205-Diagnóstico por ultrassonografia	24.986	23.409	11.876
TOTAL	219.436	151.021	119.006

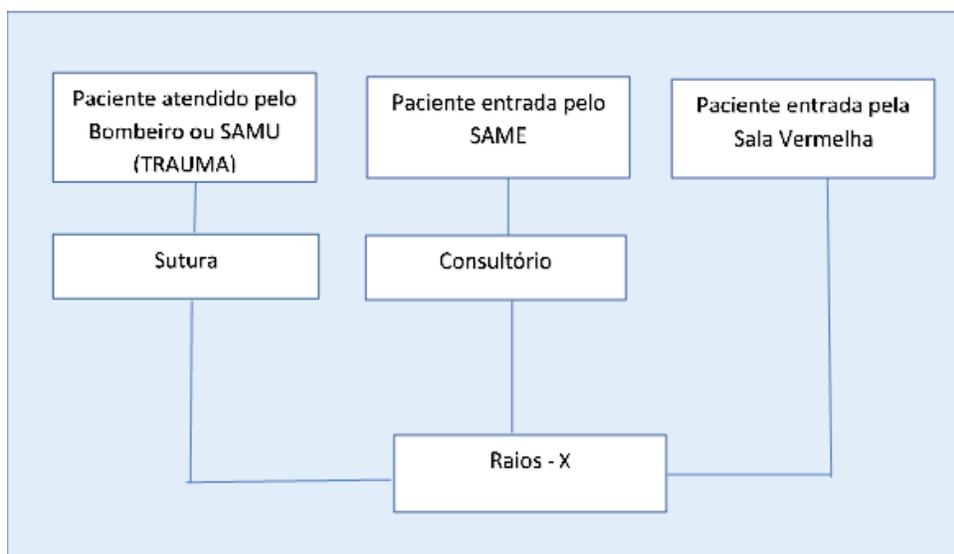
Fonte: TABSIA/SUS /DRAC/SEMUSA. Sistema de Informação Ambulatorial acessado em 03/03/2021.

Organização e Descrição do Fluxo de Acesso ao Serviço de Apoio Diagnóstico a Exames por Imagem na rede municipal



• **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:**

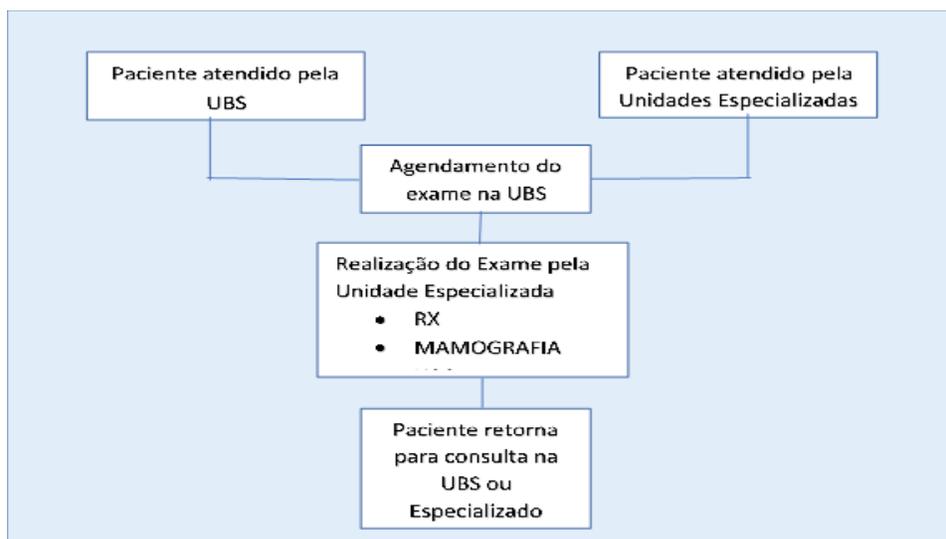
Figura 97. Fluxograma de atendimento para Raio-X de urgência e emergência, Porto Velho-RO, 2021.



Fonte: DMAC/SEMUSA/PV/RO

• **DEMANDA REGULADA:**

Figura 98. Fluxograma de ambulatorial para Raio-X, mamografia e ultrassonografia, Porto Velho-RO, 2021.



Fonte: DMAC/SEMUSA/PV/RO

3.8.2.1. Identificação dos problemas da rede diagnóstica por imagem

O serviço de diagnóstico por imagem vem passando por mudanças positivas. A partir do 2013 este serviço foi organizado com a contratação do serviço de dosimetria pessoal que é obrigatório por legislações específicas; houve a contratação do serviço de física médica que monitora os níveis de radiação de ambiente, controla a qualidade dos equipamentos e promove o plano de proteção radiológica; ampliou-se o serviço de ultrassonografia e substituiu-se os aparelhos antigos com a aquisição de equipamentos de ponta melhorando o diagnóstico pelo médico.



O serviço também substituiu todos os equipamentos de revelação química dos filmes de Raios-X por digitalizadoras de Raios-X com impressão a laser dos filmes trazendo maior qualidade aos exames realizados.

Em 2020 implantou o serviço de ultrassonografia no distrito de Jaci Paraná que funciona dentro do estabelecimento da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e também abriu demanda regulada de exames de Raios-X para Jaci e os distritos vizinhos, onde os pacientes são atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Jaci Paraná.

No entanto, ainda precisa-se avançar em tecnologia e facilidade no atendimento ao paciente, com a aquisição de um sistema que integre a imagem realizada do paciente na sala de raios-x com o computador do consultório, onde o médico poderá analisar a imagem radiográfica do paciente pela tela, ao invés de filme impresso. Isso trará economia pois diminuirá a aquisição de filmes.

Precisa-se contratar profissionais técnicos em radiologia para manter a escala de urgência com dois profissionais por escala, pois a demanda é alta e apenas um profissional fica sobrecarregado. Também contratar médico radiologista para ampliar a oferta de exames de Raios-X com laudo e mamografia e não esquecer do médico ultrassonografista para retomar e ampliar o serviço de ultrassom.

3.8.3. Sistema de Apoio Diagnóstico Laboratorial

A Rede Municipal de Laboratórios Clínicos da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), é responsável pela coordenação, organização, operação e execução dos serviços de exames laboratoriais (análises clínicas) nas mais diversas áreas, de forma contínua, garantindo desta forma, a assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), primando pela qualidade e segurança no apoio ao diagnóstico. Distribuída de forma setorizada, tem abrangência de atuação no âmbito das zonas urbana e rural, com relevante grau de complexidade devido as particularidades da região geográfica em que se encontra.





Com base na capacidade instalada como o nível de atividade produtiva sempre em relação ao potencial máximo de produção desejado, a Rede Municipal de Laboratório (RML) esta composta da seguinte forma: 53 laboratórios gerais sendo 28 na área rural e 24 na área urbana, destes temos 5 laboratórios nos Pronto Atendimento e 01 laboratório de citologia.

Com relação a capacidade instalada de equipamentos temos 07 laboratórios automatizados no laboratório central e nas Unidades de Pronto Atendimento e 45 laboratórios que funcionam de forma manual (Unidades Básica de Saúde da área urbana e rural)

Sobre o quantitativo de recursos humanos da Rede Municipal de Laboratório (RML) o Quadro 23 abaixo apresenta os profissionais que atuam na rede:

Quadro 23. Quadro de recursos humanos da Rede Municipal de Laboratório, Porto Velho-RO, 2021.

QUADRO DE RECURSOS HUMANOS	
Nível superior	86
Nível técnico	28
Auxiliares (administrativo)	93
TOTAL	207

Fonte: Divisão de Apoio Diagnóstico/SEMUSA/PV.

A Rede Municipal de Laboratório (RML) atualmente utiliza 59% da sua capacidade instalada (equipamentos) em números de ensaios e análises realizadas o que significa em média quase 1.200.000 (um milhão e duzentos mil) exames realizados ao ano, com previsão estimativa de atingir 2.000.000 (dois milhões) de exames/ano nos próximos quatro anos, incluindo-se novas especialidades.

Na Tabela 29 abaixo, observa-se que a produção de exames diagnósticos laboratoriais, por grupo de procedimentos pode ser aumentada levando em consideração a capacidade instalada de equipamentos existente atualmente na Rede de Laboratório Municipal.

Tabela 29. Número de exames diagnósticos laboratorial realizados por grupo de procedimento, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.

GRUPO DE PROCEDIMENTO	2018	2019	2020
020201-Exames bioquímicos	719.449	510.889	342.027
020202-Exames hematológicos e hemostasia	365.819	289.067	164.947
020203-Exames sorológicos e imunológicos	211.811	138.921	117.079
020204-Exames coprológicos	79.554	46.021	20.682
020205-Exames de uroanálise	94.204	75.402	56.011
020206-Exames hormonais	86.881	51.333	33.298
020208-Exames microbiológicos	7.227	11.464	6.637
020209-Exames em outros líquidos biológicos	27	28	16
020212-Exames imunohematológicos	32.964	48.323	30.169
020301-Exames citopatológicos	11.002	10.221	1.510
TOTAL	1.608.938	1.181.669	772.376

Fonte: TABSIA/SUS/DRAC/SEMUSA/PV/RO. Sistema de Informação Ambulatorial acessado em 03/03/2021.



Pensando em expansão, necessário se faz também ampliar a capacidade operacional (recursos humanos) para que se possa maximizar os trabalhos, com ênfase principal na gestão da qualidade dos serviços prestados, conforme o Quadro 24 abaixo.

Quadro 24. Necessidade de contratação de recursos humanos da Rede Municipal de Laboratório, Porto Velho-RO, 2021.

NECESSIDADE DE CONTRATAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	
Nível superior	38
Nível técnico	67
Auxiliares (administrativo)	32
TOTAL	137

Fonte: Divisão de Apoio Diagnóstico/SEMUSA/PV.

Aliado a capacidade instalada, outro fato que está intrínseco a operacionalização da Rede Municipal de Laboratório (RML) são os desafios para que efetivamente se alcance os objetivos almejados. Nesta seara, considerando a capacidade instalada da Rede os principais desafios são:

1. Concluir e inaugurar o laboratório central municipal de diagnóstico de Porto Velho;
2. Implantar e qualificar a automação total no âmbito do Laboratório Central Municipal (LACEM);
3. Implantar os exames especializados de marcadores tumorais, alérgenos, autoimunidade e de hemostasia (TAP, TTPA) nos distritos;
4. Atingir a meta física de 2.000.000 de exames em quatro anos;
5. Implantar o protocolo de segurança para coleta e transporte de amostras;
6. Implantar os protocolos operacionais padrões nos laboratórios da Rede Municipal de Laboratório (RML);
7. Implantar o controle de qualidade externo e a acreditação do Laboratório Central Municipal (LACEM); e
8. Monitorar os processos que impactam na qualidade dos produtos ou serviços oferecidos buscando melhoria contínua.





3.8.4. Assistência Farmacêutica

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) é parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS). Por sua vez, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) define a assistência farmacêutica como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o seu acesso e uso racional.

Considerando o Decreto 7.508/2011, todos os medicamentos disponibilizados no âmbito da assistência farmacêutica são definidos de forma tripartite e inseridos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Portanto, a RENAME tem o papel de tornar pública a lista de medicamentos oferecidos pelo SUS e orientar as responsabilidades dos três entes federados em relação ao financiamento e outras ações pertinentes. Os medicamentos da lista nacional estão divididos de acordo com os Componentes da Assistência Farmacêutica, dependendo do Componente, o financiamento tem características distintas. Todavia, em linhas gerais, os estados, municípios e União participam do financiamento, cujas responsabilidades estão expressas nas características particulares de cada Componente sendo que o de responsabilidade dos municípios são definidos pela Portaria GM/MS nº 1.555 de 30 de julho de 2013 Portaria nº 2001/2017 MS, que dispõe sobre as normas de financiamento e Execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Além do financiamento, os três entes federados realizam, de acordo com cada responsabilidade previamente definida, a seleção dos medicamentos a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a programação da aquisição e a organização dos serviços farmacêuticos. Diante disto, o Município de Porto Velho (PV) por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) estabeleceu no ano de 2014 a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e atualizações bienais, sendo a última atualização a 4ª (quarta) Versão da REMUME publicada no



primeiro semestre do ano de 2021, referente a atualização feita em 2020, realizada pela Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica (CPFT) da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) a qual estabeleceu inclusões e exclusões de medicamentos, conforme preceitos estabelecidos. A revisão e atualização da Relação Municipal de 2020, está estabelecida através da Portaria nº 055/2021-GAB/SEMUSA, publicada no DOM 2.910 de 24.02.2021.

A Assistência Farmacêutica Municipal está organizada dentro do nível da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), considerando as Unidades de Saúde já instaladas no Município de Porto Velho (PV), que prestam serviços e assistência à saúde dos usuários, gerando demandas de assistência farmacêutica.

São 67 (sessenta e sete) unidades de saúde que recebem mensalmente os medicamentos conforme seu perfil de atendimento e fazem as intervenções e dispensações aos usuários que necessitam do medicamento, seja nos atendimentos hospitalares e pré hospitalares: Maternidade, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Atendimento (PA), quanto aos atendimentos ambulatoriais na dispensação de medicamentos aos usuários (Unidade Básica de Saúde, urbanas e rurais), e atendimento especializados (Serviço de Atendimento Especializado, Centro de Especialidade Médica e Policlínica Rafael Vaz e Silva).

O município dispõe de um total de 61 Unidades com farmácia para atendimentos ambulatorial, especializada e hospitalar. Há 29 farmacêuticos distribuídos nessas Unidades. Na parte ambulatorial apenas 08 (oito) Unidades tem a presença do profissional farmacêutico (Pedacinho de Chão, José Adelino, Hamilton Gondim, Castanheira, Rafael Vaz e Silva, Centro de Especialidade Médica, Ana Adelaide e Sae), sendo consideradas farmácias de referência. O que limita muito o atendimento à população nas Unidades, pois quando não se tem o profissional farmacêutico não é feita a distribuição e assim a dispensação de medicamentos controlados pela Portaria 344/98.

Vale salientar que é realizado também o atendimento ao Sistema Prisional da Capital, pactuado por meio da Resolução nº 023/CMSPV/2014, onde a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) dispensa medicamentos para a Secretaria Estadual de Justiça (SEJUS), que se responsabiliza pelo abastecimento de 15 (quinze) unidades prisionais do Sistema Prisional da Capital, que abriga mais de 5.000 (cinco mil) apenados, demandando um consumo considerável e crescente a cada ano.

Dentro do Departamento de Assistência Farmacêutica o Sistema usado no controle de estoque é o Hórus, que é um sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica de acesso on-line implementado pelo Ministério da Saúde (MS), que permite a entrada, controle e distribuição dos medicamentos disponíveis no Sistema Único de Saúde. Nas farmácias das Unidades usa-se o SisFarma - o Sistema foi solicitado pela gestão de Assistência Farmacêutica e desenvolvido pelos programadores do DRTI\SEMAD para ser utilizado nas farmácias das unidades de saúde municipais com intuito de realizar o controle de estoque e dispensação de medicamentos nas mesmas, além da solicitação de medicamentos à Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF) municipal.

Atualmente a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de Porto Velho, contém 349 itens (medicamentos) atualizada por uma comissão composta por farmacêuticos, médicos, enfermeiros e demais profissionais em dezembro de 2020, publicada pela Portaria nº 270/2020 – SEMUSA. É de suma importância que esta relação de medicamentos seja conhecida por todos profissionais prescritores, pois ela define quais são os medicamentos padronizados na Rede Municipal. Todos os Processos são feitos baseados na padronização de medicamentos municipais. Dentre os 349 medicamentos 50 são centralizados, ou seja, disponibilizados para atendimento aos Programas de Saúde estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS).



Os outros 299 medicamentos são adquiridos através de processos administrativos da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), com recursos tripartites.

O Quadro 25 reflete os valores gastos para a aquisição de medicamento discriminado por ano de 2019 a 2021.

Quadro 25. Valores gastos para a aquisição de medicamento por ano, estoque atual em itens e em valor, Porto Velho-RO, 2019 a 2021*.

ANO	VALOR GASTO EM AQUISIÇÃO (R\$)	ESTOQUE ATUAL EM QUANTIDADE DE ÍTENS	ESTOQUE ATUAL EM VALOR (R\$)
2019	5.325.556,00	9.911.671	4.199.378,40
2020	5.704.000,00		
2021*	4.478.882,46		
TOTAL GASTO NO PERÍODO	15.508.438,46		

Fonte: DAF/ SEMUSA/PV/RO* valores gastos até o mês de junho de 2021. Obs: Não estão considerados nos valores acima, os estoques das Unidades Básicas de Saúde, Pronto atendimentos, UPA's e Maternidade.

Os recursos recebidos preveem o uso do medicamento por nível de atenção. O Quadro 26 a seguir, demonstra a dispensação dos itens de medicamentos conforme as demandas das unidades por nível.

Quadro 26. Valores gastos em distribuição para as Unidades/outros, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.

NÍVEL DE ATENÇÃO	2018		2019		2020	
	Quantidade de itens	Valores	Quantidade de itens	Valores	Quantidade de itens	Valores
Atenção Básica	12.111.694	R\$ 2.476.044,18	14.407.459	R\$ 3.154.464,31	18.180.439	R\$ 5.5730.051,75
Média Complexidade	9.167.239	R\$ 2.844.573,64	2.631.882	R\$ 1.676.035,48	3.479.875	R\$ 2.439.063,19
Sejus	508.081	R\$ 89.176,90	286.340	R\$ 48.055,18	464.134	R\$ 132.808,28
Demandas Judiciais e outros	154.603	R\$ 128.241,74	97.503	R\$ 99.498,99	188.833	R\$ 267.215,04
Total:	21.941.617	R\$ 5.538.036,46	17.423.184	R\$ 4.978.053,96	22.313.281	R\$ 8.911.897,93

Fonte: Sistema Hórus/SEMUSA/PV/RO.

Como desafios para o desenvolvimento das ações de AF destacam-se: i) a qualificação dos processos de gestão da AF visando à melhoria da seleção, programação, aquisição e distribuição de medicamentos e insumos estratégicos; ii) a ampliação e garantia do acesso da população a medicamentos e insumos estratégicos, visando à melhoria da atenção à saúde e do Uso Racional de Medicamentos; iii) a estruturação de farmácias regionais, todas com a presença do profissional farmacêutico.



3.9. Saúde nos ciclos da vida

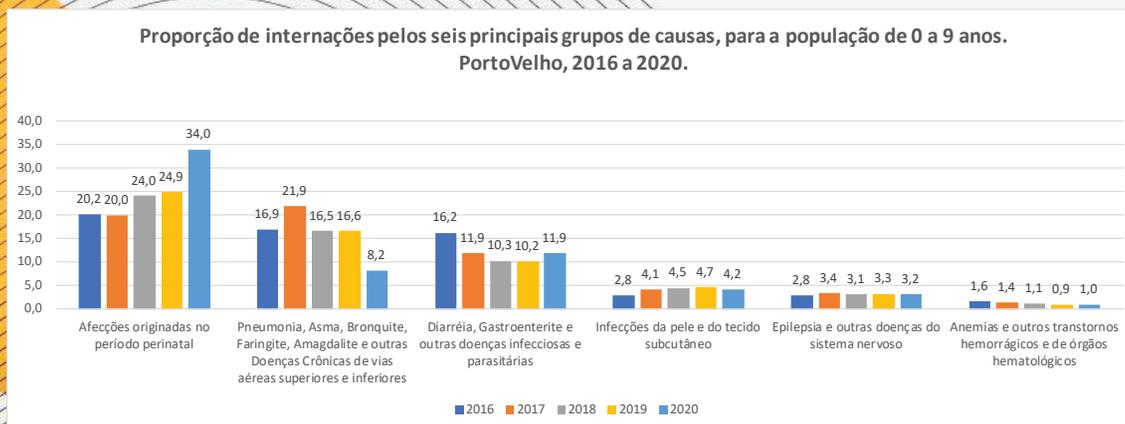
3.9.1. Saúde da Criança

O município de Porto Velho (PV) tem uma população de 80.391 crianças em 2020, na faixa etária de zero a nove anos, segundo DataSus/2020, representando 14,89% da população total.

Dentre os agravos na faixa etária de zero a nove anos, e que necessitaram de internações em unidades hospitalares no período de 2016 a 2020, Porto Velho (PV) apresentou um aumento gradual anualmente em (Figura 99):

- I) Afecções originadas no período perinatal;
- II) Doenças prevalentes na infância especificamente, de vias aéreas superiores e inferiores;
- III) As doenças do trato gastrointestinal, diarreias e outras doenças infecciosas parasitárias;
- IV) Infecções de pele e do tecido subcutâneo;
- V) Epilepsia e outras doenças do Sistema nervoso e;
- VI) Anemias e outros transtornos hemorrágicos e de órgãos hematológicos, foram representados dentre os seis principais grupos de causas de infecções neste público no município.

Figura 99. Proporção de internações pelos seis principais grupos de causas, para a população de 0 a 9 anos, Porto Velho-RO, 2016 a 2020.



Fonte: SIH/SUS/DATASUS acesso em 19 de abril de 2021.



Segundo dados do Ministério da Saúde, entre as crianças, a proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária foi de 30,5% em 2016 e 29,4% em 2019 à nível nacional, o que sugere que quase um terço das internações poderia ser evitada por meio de cuidados básicos de saúde (BRASIL, MS, 2019).

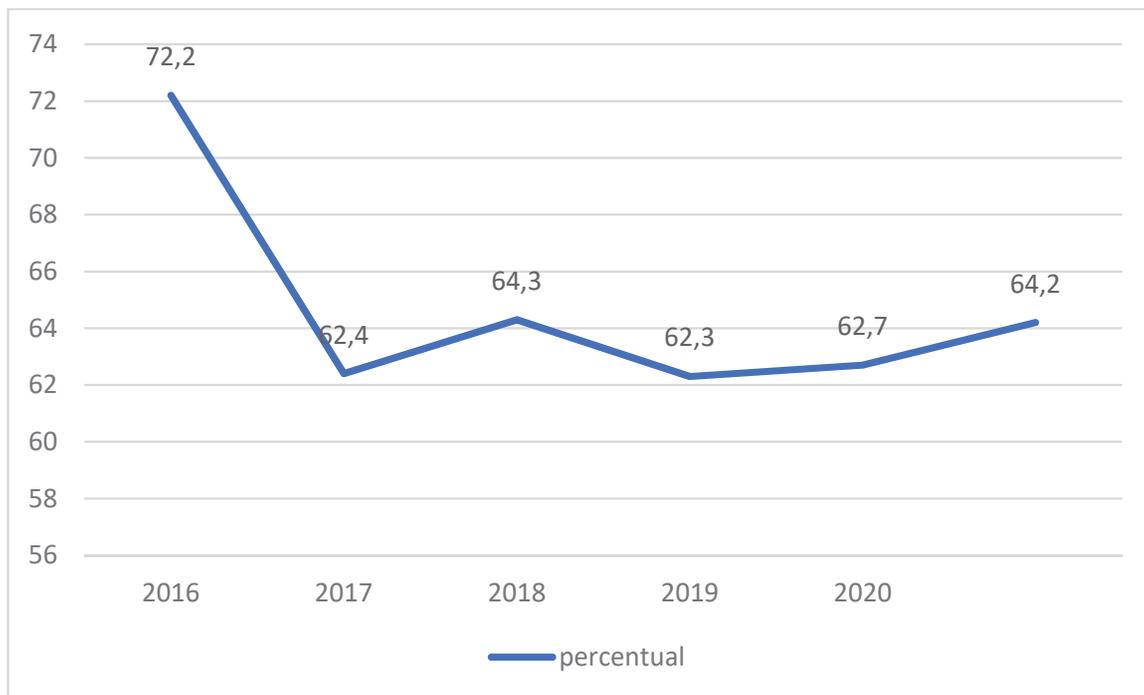
Esse indicador, medido em Porto Velho (PV), sob o total de internações pediátricas ocorridas no período de 2016 a 2020, na mesma faixa etária de zero a nove anos de idade, revela um percen-



tual de internações por condições sensíveis a atenção primária muito alto.

Os dados da Figura 100 apresentados refletem a necessidade de maior atenção da Secretaria Municipal de Saúde pela implantação e implementação das políticas de cuidado integral à saúde da criança, na prevenção às doenças, promoção da saúde, qualificação profissional, abastecimento de insumos nas unidades de saúde, garantindo desta forma, qualidade e segurança no atendimento a este público.

Figura 100. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária sob o total de internações pediátricas, para crianças (0 a 9 anos), Porto Velho-RO, 2016 a 2020.



Fonte: SIH/SUS/DATASUS, acesso em 19 de abril de 2021.

Descrição dos pontos de rede por nível de atenção

O Quadro 27 descreve a matriz da linha de cuidado à criança de acordo com os níveis de atenção primária, secundária e terciária no município de Porto Velho.

Quadro 27. Matriz da linha de cuidados a criança, Porto Velho-RO, 2020.

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO A SAÚDE	TERRITÓRIO SANITÁRIO
Atenção Terciária	Unidade de Referência Oncológica Pediátrica – F.Pio XII	Estado de Rondônia (gestão estadual)
	Hospital Municipal Cosme e Damião	Região Madeira Mamoré (gestão estadual)
	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)HBAP	Estado de Rondônia (gestão estadual)
	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)HBAP	Estado de Rondônia (gestão estadual)
	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) HBAP	Estado de Rondônia (gestão estadual)



Atenção Secundária	Banco de Leite humano	Gestão Estadual (Rondônia)	
	Maternidade Municipal Mãe Esperança (Hospital Amigo da Criança para Cuidados de RN)	Região Madeira Mamoré	
	Centro Integrado Materno Infantil (CIMI)	Município	
	Centro de Referência da Criança (Rafael V. Silva)		
Atenção Primária	Unidade Básica de Saúde e Equipes de Apoio	Área de abrangência	Bairros, Zonas urbanas, Distritos
	Domicílio (ACS)	Microárea	

Fonte: DAB/SEMUSA/PV/RO

Atenção Primária

Nas unidades de saúde do município são ofertadas consultas, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, puericultura, e recentemente a implantação da ficha de estratificação de risco pediátrico na Atenção Básica.

A estratificação de criança na atenção básica tem como propósito o encaminhamento de crianças que necessitam de uma atenção especializada, com a implementação do cuidado compartilhado entre os níveis de atenção, primária, secundária e terciária.

Segue abaixo, O Quadro 28, que apresenta o número de procedimento e atendimento de crianças de zero a nove anos realizado na atenção básica no período de 2018 a 2021.

Quadro 28. Número de procedimentos relacionados a criança na faixa etária de 0 a 9 anos, Porto Velho-RO, 2018 a maio de 2021.

PROCEDIMENTO	ANO				
	2018	2019	2020	2021 (janeiro a maio)	TOTAL QUADRÊNIO
Número atendimento individual (0 a 9 anos)	37.026	35.392	20.970	8.909	102.297
Coleta de sangue para triagem neonatal (teste do pezinho)	1441	1469	1483	694	5.087
Puericultura	15.994	13.013	7.836	2.717	39.560
Aleitamento materno exclusivo	2.529	2.466	2.202	800	7.997
Aleitamento materno predominante	599	555	410	118	1.682
Aleitamento materno complementado	1.381	1.424	972	337	4.114
Vacinação em dia Idade de 0 a 9 anos	8.506	7.821	5.239	2.009	23.575
TOTAL GERAL	67.476	62.140	39.112	15.584	184.312

Fonte: E- Sus/PVH/SEMUSA, dados extraídos em 24 de junho de 2021.



Atenção Secundária

A atenção secundária no município engloba os serviços centrados no Banco de Leite Humano Santa Ágatha, de gestão estadual; a Maternidade Municipal Mãe Esperança (MMME), apresenta-se como referência no município em parto e nascimento, com a titularidade de Hospital Amigo da Criança, que cumpre com os critérios de cuidados às mães e bebês, com o cumprimento de direitos da criança (realização de exames neonatais), e direitos sociais, emissão da certidão de nascimento, e para as mulheres, além dos cuidados necessários para uma puérpera, o direito em ter um acompanhante durante toda a sua internação, parto humanizado e alojamento conjunto.

O Centro Integrado Materno Infantil (CIMI) compreende ao atendimento e acompanhamento de gestantes de risco alto, bem como, o cuidado de crianças de zero a dois anos com estratificação de risco pediátrico. A implantação deste serviço iniciou em 2019, com o desenvolvimento do projeto PlanificaSUS.

O Centro de Referência da Criança, instalado nas dependências da Policlínica Dr. Rafael Vaz e Silva, abrange toda a demanda do município na faixa etária de zero a doze anos, com a neonatologia atendendo os recém-nascidos da Maternidade Municipal Mãe Esperança, nascidos saudáveis e com suspeita ou confirmadas para síndromes congênitas tipo sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes (STORCH), além das crianças com necessidades de atendimento pediátrico.

Unidades de Urgência e Emergência

Nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) leste e sul, a atenção às crianças ocorre com o atendimento médico, a observação 24 horas, apoio e diagnóstico (laboratório e Raios-X).

Nos Prontos Atendimentos (PA) Ana Adelaide e Dr. José Adelino da Silva, o atendimento ocorre da mesma forma que as unidades de urgência, porém, o diferencial é que nestas unidades o atendimento é realizado pelo profissional pediatra.

Para a remoção pré-hospitalar de crianças o município conta com o apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Atenção Terciária

A atenção terciária no município de Porto Velho (PV) tem grande participação do Governo estadual de saúde, com estruturas para atendimento às crianças do estado de Rondônia e demais municípios da região Madeira-Mamoré. O Hospital Infantil Cosme e Damião, instalado na capital, presta assistência humanizada e resolutiva aos casos de urgência e emergência e em pediatria de média e alta complexidade.

A organização da assistência perinatal no município de Porto Velho segue o conceito de diversos níveis de complexidade dos leitos da Unidade Neonatal, cuja estrutura assistencial especializada inclui instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, orientados para prestar o cuidado integral e integrado ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. Ela é dividida em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), que por sua vez é tipificada em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). Atualmente, as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal são constituídas por ambientes terapêuticos de alta complexidade, fornecida pela Secretaria de Estado de Saúde do Governo de Rondônia, no Hospital de Base Ary Pinheiro, conforme demonstrado no Quadro 27 da Matriz da linha de cuidados a criança.



3.9.2. Saúde do adolescente

O atendimento integral à saúde da criança e ao adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS) é assegurado conforme estabelecido no Artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), devendo garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010).

A política pública de assistência à saúde de adolescentes e jovens ocorre de forma inter-setorial, uma vez que requer englobar todos os cenários de participação e inclusão do público em questão. Ou seja, é imprescindível parcerias com instituições de educação, cultura, lazer, além de unidades de saúde a fim de abranger todos os aspectos que influenciam no desenvolvimento saudável e que minimizem suas vulnerabilidades.

No município de Porto Velho (PV), estima-se uma população entre 10 a 19 anos de 89.279, segundo Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde (MS) de 2020/SVS/DASNT/CGIAE/TABNET/DATASUS.

No Quadro 29 abaixo descrevemos a distribuição de atendimentos à saúde por Equipes de Saúde da Família (ESF) no último quadriênio, observando uma predominância de adolescentes do sexo feminino na busca por atendimento, em todos o período analisado.

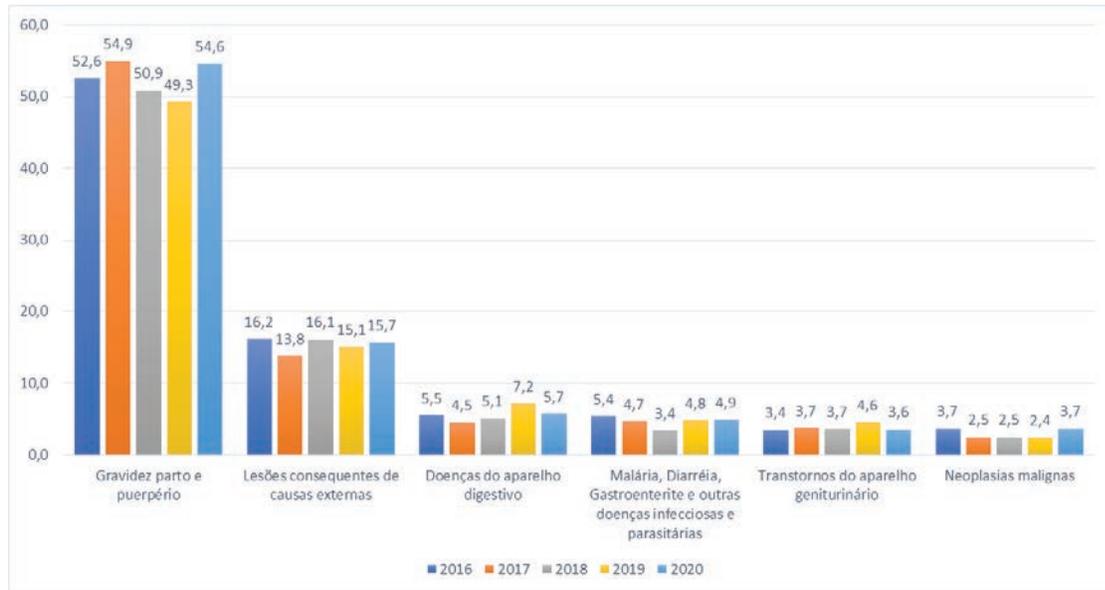
Quadro 29. Distribuição e atendimentos à adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos na APS, Porto Velho-RO, 2018 a 2021.

Faixa-etária	2018		2019		2020		2021 (Q1)	
	M	F	M	F	M	F	M	F
10 a 14 anos	4.390	6.016	4.401	5.774	3.081	4.286	2.095	2.723
15 a 19 anos	3.747	18.181	3.756	17.389	4.292	15.037	3.292	7.964
TOTAL	8.137	24.197	8.157	23.163	7.373	19.323	5.387	10.687

Fonte: e-SUS AB/SEMUSA/PV/RO, acesso em 23 de junho de 2021.

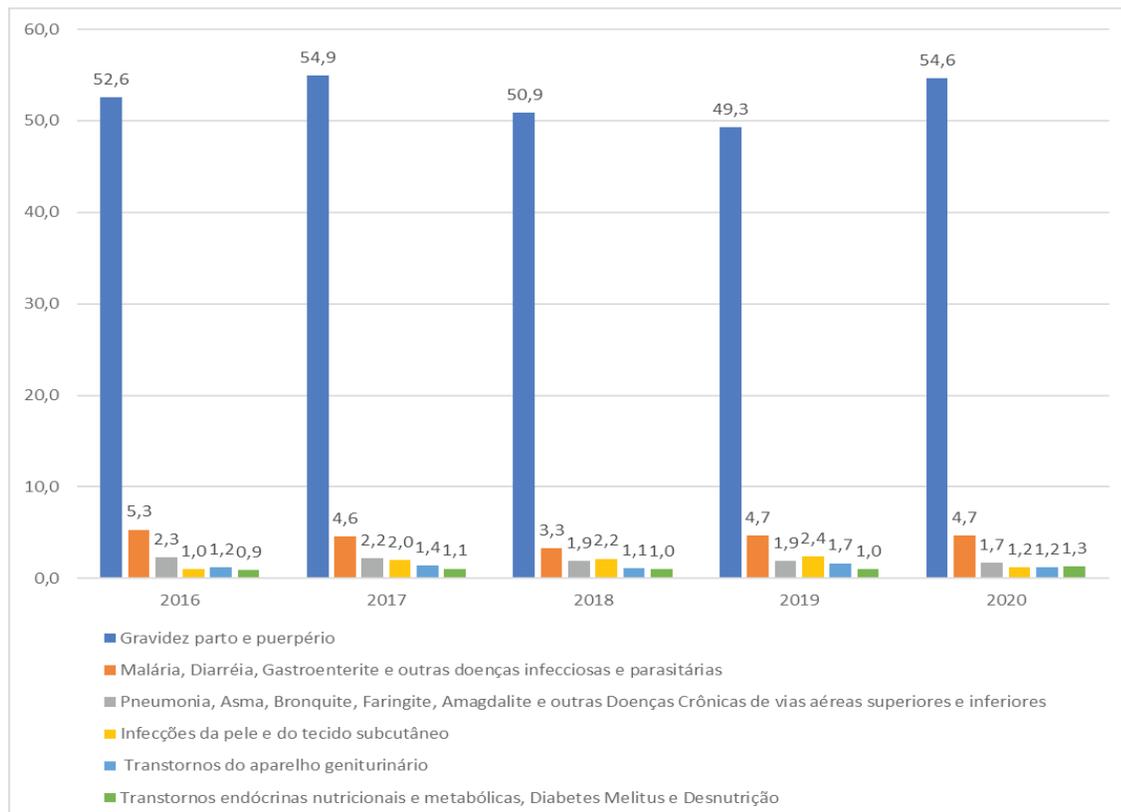
As Figuras 101 e 102 ilustram as demandas por internações neste grupo etário, ocorridas no período de 2016 a 2020, registrando o alto grau de internações por condições sensíveis a ação da atenção primária a saúde diante dos problemas de saúde.

Figura 101. Proporção de internações nos seis principais grupos de causas, na faixa etária de 10 a 19 anos, Porto Velho-RO, 2016 a 2020.



Fonte: SIH/SUS/TABNET/DATASUS/MS, dados acessados em 26/04/2021.

Figura 102. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária nos seis principais grupos de causas, na faixa etária de 10 a 19 anos, Porto Velho-RO, 2016 a 2019.



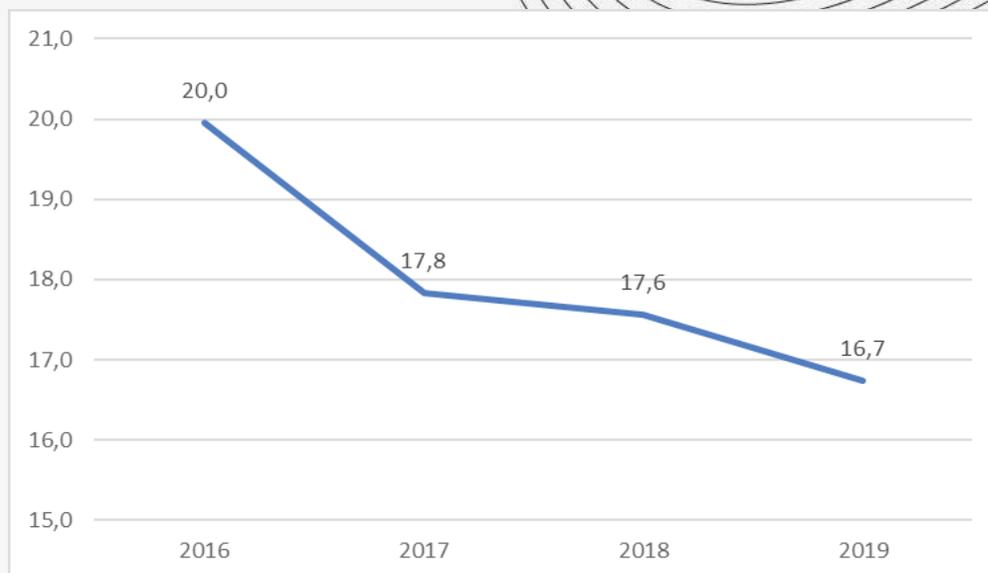
Fonte: SIH/SUS/TABNET/DATASUS/MS, dados acessados em 26/04/2021.

A Figura 103 abaixo ilustra a variação da incidência do nascimento de crianças cuja mãe é adolescente. Logo, isto indiretamente, revela que a gravidez na adolescência sofreu uma redução de 2016 até final de 2019.



Conforme dados acessados e extraídos do sistema e-SUS-AB em 23/06/2021, no período de janeiro de 2018 até final do último quadrimestre de 2021, foram registrados 10.028 atendimentos pré-natal à gestantes na faixa-etária de 10 a 19 anos, pelas Equipe Saúde da Família (eSF) do município, o que nos permite inferir que embora em declínio, a gravidez na adolescência se mantém um problema de saúde pública latente em nosso município.

Figura 103. Percentual de recém-nascidos, filho de mãe na faixa etária de 10 a 19 anos, Porto Velho-RO, 2016 a 2019.



Fonte: SIH/SUS/TABNET/DATASUS/MS, dados acessados em 26/04/2021.

3.9.3. Saúde do idoso

O processo de envelhecimento por qual vive a população brasileira está presente também em Porto Velho ficando evidente ao se analisar a estrutura da Pirâmide etária do município. No entanto, esse processo ainda se desenvolve em um ritmo menos acelerado que demais unidades

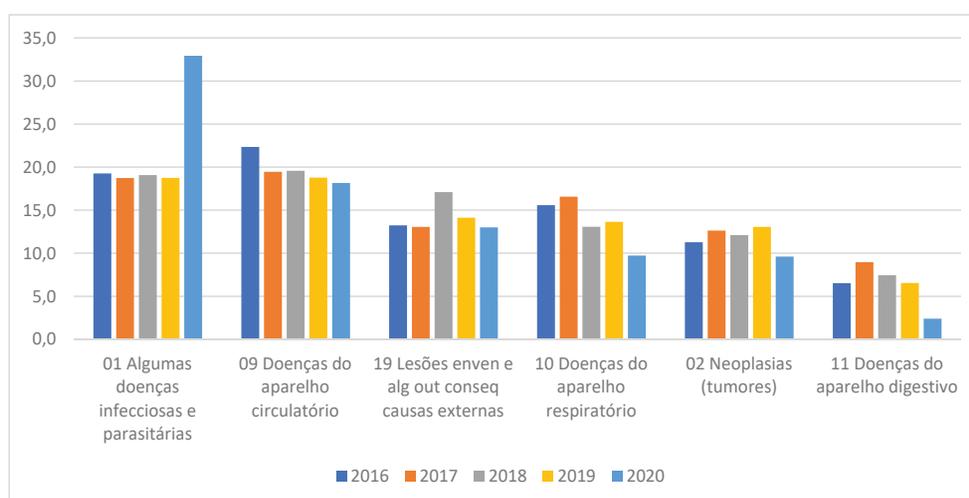


federativas de outras regiões do país, como Rio Grande do Sul, que chega a apresentar 17,9% de população com mais de 60 anos (IBGE/2019). Em Porto Velho (PV), a população desta faixa etária representa 8,15%, sendo 7,74% masculina e 8,58% feminina da população geral (IBGE/2020). Quando se seleciona a população acima de 80 anos, esta representa 0,69% da população geral.

A proporção maior de internações, entre os idosos por causas infecto-parasitárias, mesmo considerando anos anteriores a pandemia pelo coronavírus, sugere a baixa condições de vida desta população, certamente, afetada socialmente no seu modo de viver. Segundo os dados do último censo demográfico (CENSO 2010/IBGE), a população idosa de Porto Velho era formada por 71% de pessoas sem instrução ou com 1 – 7 anos de estudo, 10% moram sozinhos, 10% se auto declaram negros e 56% pardos e 0,1 são indígenas.

As condições crônicas, seguida pelas doenças do aparelho circulatório, são os outros dois fatores de maior importância, que incidem sobre os indicadores de internação nesta faixa etária.

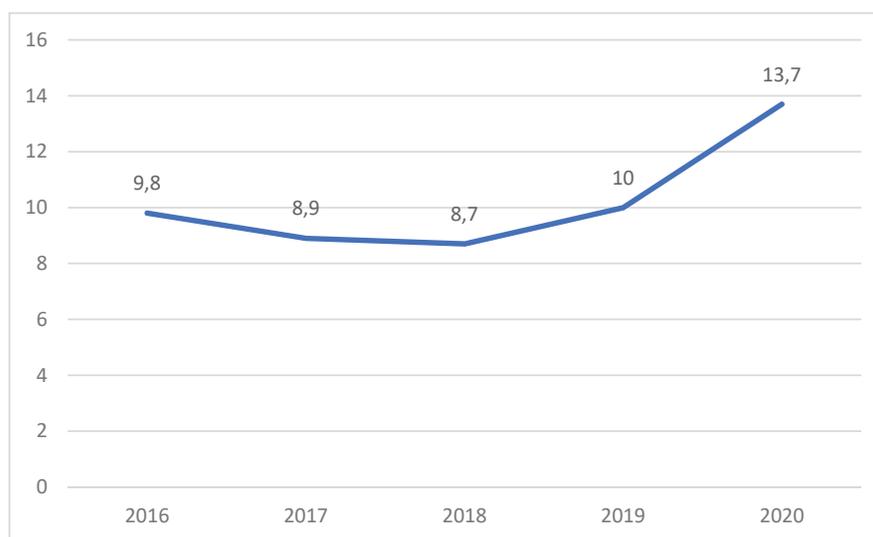
Figura 104. Proporção de internações pelos seis principais grupos de causas, na população de 60 anos e mais, Porto Velho-RO, 2016 a 2020.



Fonte: SIH/SUS/TABNET/DATASUS/MS, dados acessados em 30/04/2021.

As internações por condições sensíveis a atenção primária no ano de 2020, apresentou um aumento bastante significativo, porém sabe-se, que este resultado foi impactado com o avanço da pandemia por coronavírus, atingindo especialmente, esta clientela.

Figura 105. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária, na população de 60 anos e mais, Porto Velho, 2016 a 2020.



Fonte: SIH/SUS/TABNET/DATASUS/MS, dados acessados em 30/04/2021.



Os atendimentos individuais realizados pelas equipes das Unidades de Atenção Básica no município a essa faixa etária, correspondeu em 2018 a 17,70% e no ano de 2019 correspondeu a 20,96% do total dos atendimentos (Tabela 30). Mas sabe-se que as equipes de saúde da família (eSF), principalmente, na figura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), também realizam o acompanhamento da população hipertensa, diabética, desta faixa etária, propiciando espaços de atuação em grupo e inclusive, com atividades de promoção a saúde.

Tabela 30. Atendimentos individuais realizados por tipo de profissional das Equipes de Atenção Básica, atendimentos totais, em maiores ou iguais a 60 anos e percentual de maiores ou iguais de 60 anos, SEMUSA, Porto Velho-RO, 2018 e 2019.

PROFISSIONAL	2018			2019		
	CONS. TOTAIS	CONS. ≥ 60 ANOS	% DE ≥ 60 ANOS	CONS. TOTAIS	CONS. ≥ 60 ANOS	% DE ≥ 60 ANOS
Médico	165.394	29.277	17,70	158.786	33.278	20,96
Enfermeiro	81.928	4.519	5,52	76.120	5.214	6,85
TOTAL	247.322	33.796	17,70	234.906	38.492	20,96

Fonte: SISAB acesso em 20/10/2021

A rede municipal de saúde em 2021 reiniciou as atividades voltadas para a execução do PLANIFICASUS – Projeto de Integração das Ações da Primária a Saúde com a Atenção Especializada, com o propósito de priorizar a organização da atenção à saúde dos problemas por condições crônicas, implantando o trabalho compartilhado entre os níveis de atenção, plano terapêutico individual dos usuários conforme estratificação de risco, assim como, a definição dos pontos de atenção que irão integrar a Matriz Diagnóstica da Condições Crônicas. O desenvolvimento destas ações, são fundamentais para dar respostas aos problemas que afetam a população idosa do município.

3.9.4. Saúde da mulher

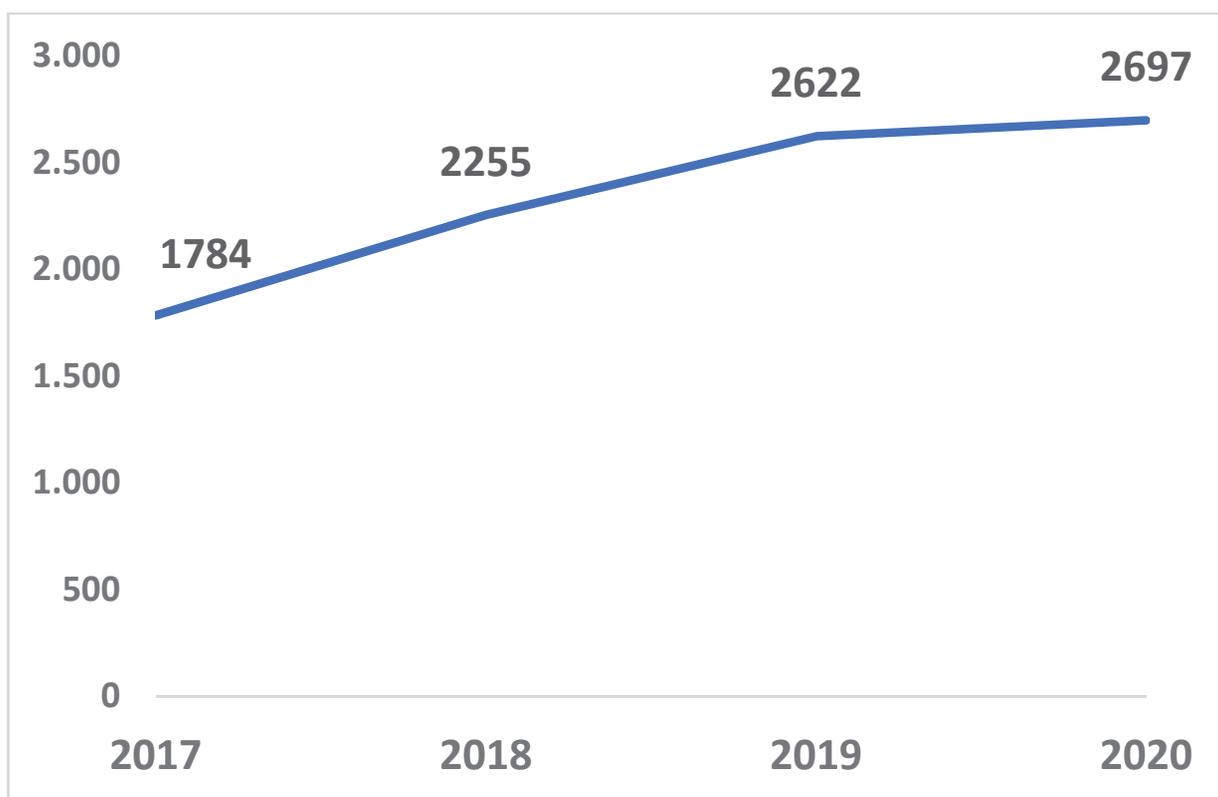
A rede de assistência à saúde da mulher no município de Porto Velho está organizada com vistas a garantir acolhimento, avaliação e conduta qualificada durante ciclo vital dessa população cujo grau de vulnerabilidade influencia diretamente na elaboração de medidas de intervenção. Esta rede promove acesso aos serviços de pré-concepção e planejamento reprodutivo, pré-natal, prevenção de câncer de colo uterino e de mama e atenção à saúde, bem como, prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e atendimento às vítimas de violência.



Dentro da linha de cuidado materno-infantil, a mortalidade materna se mantém como um problema no município, tendo como principais causas as mesmas descritas em anos anteriores como: doenças hipertensivas, infecção do trato genitourinário, acrescidas de doenças infecto parasitárias com destaque para infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19), que emergiu em 2020, como um problema global de saúde pública desencadeando reorganização no processo de trabalho das equipes de saúde para minimizar danos por esse agravo.

Neste contexto, em consonância com tendência observada em território nacional, a Figura 106 ilustra que há uma evolução crescente na adesão de mulheres ao acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre de gestação, evidenciando captação precoce deste público. Isto favorece mitigar riscos de complicações durante evolução de gestação bem como, no parto e puerpério.

Figura 106. Número de gestantes que fizeram a 1ª consulta pré-natal até a 12ª semana de gestação, Porto Velho-RO, 2017 a 2020.



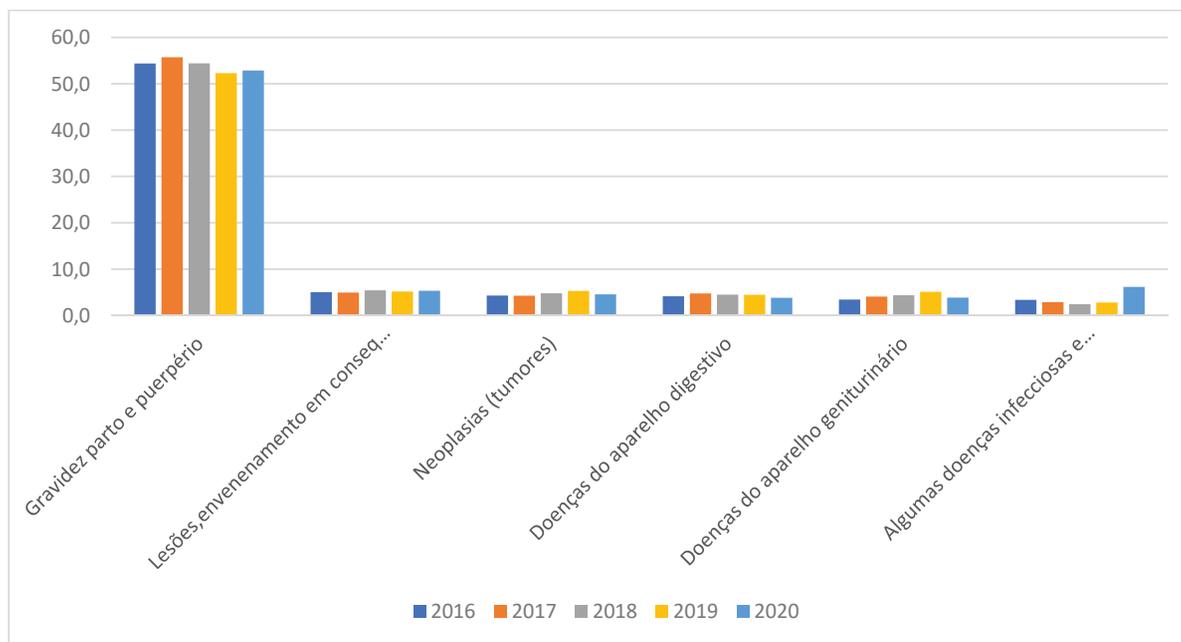
Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Dado gerado em: 04 de Maio de 2021 - 12:11h. Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária – CGIAP/DESF.

No acompanhamento pré-natal ao longo deste último quadriênio, até o final do primeiro quadrimestre de 2021, foram efetuados 100.007 atendimentos pelas equipes de Atenção Básica (AB) e Saúde da Família do município, permitindo uma cobertura de assistência pré-natal ascendente durante o período analisado, tendo em vista o aumento de 16% em 2018 para 38% ao final do primeiro quadrimestre de 2021. (Dados extraídos do e-SUS AB e SISAB em 17/06/2021).

Conforme Figura 106, o grupo de causas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, ainda engloba as principais motivações de internação da população feminina nos serviços de saúde em nível hospitalar.



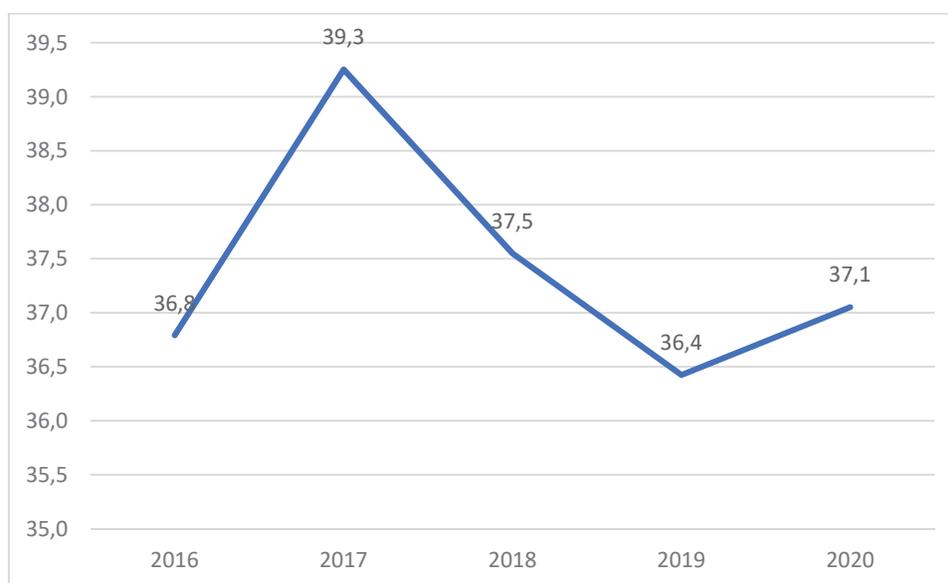
Figura 106. Proporção de internações pelos seis principais grupos de causas, para a população feminina de 10 a 59 anos e mais, Porto Velho- RO, 2016 a 2020.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Dados acessados em 03/05/2021. Situação da base de dados nacional em 29/04/2016.

A Atenção Básica (AB) como ordenadora do cuidado, bem estruturada consegue resolutividade em mais de 60% das necessidades apresentadas pela população. Quando observadas as causas de internação em nível hospitalar, identificamos causas sensíveis à atenção primária, condições que são passíveis de resolução em nível primário de atenção à saúde. No tocante a isto, dentro da população feminina de Porto Velho (PV), evidenciamos uma redução significativa de internações por estas causas, no período de 2017 a 2019, havendo leve ascensão a partir de 2020, conforme é apresentado no Figura 107.

Figura 107. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária sob o total de internações, para o sexo feminino, de 10 a 59 anos, Porto Velho – RO, 2016 a 2020.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Dados acessados em 03/05/2021. Situação da base de dados nacional em 29/04/2016.



O câncer de colo uterino é uma das causas que elevam esta incidência e o aumento da cobertura vacinal contra o HPV em adolescentes pode resultar na diminuição deste agravado. Porém, entre o ano de 2018 até o primeiro quadrimestre de 2021, a cobertura de colpocitologia oncótica no município aparece como um dos indicadores a serem melhorados, apresentando oscilação entre 13% a 16%, aquém do mínimo preconizado.

O diagnóstico precoce para o câncer de colo uterino pode ser efetuado por meio da realização do exame de colpocitologia oncótica podendo com esta medida inclusive diminuir a mortalidade por esta doença com início do tratamento o mais precocemente possível.

A rede de assistência à saúde da mulher, no município conta os pontos de atenção elencados em quadro abaixo, com serviços organizados da seguinte forma (Quadro 30):

Quadro 30. Matriz da linha de cuidados à saúde da mulher, Porto Velho-RO, 2020.

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO A SAÚDE	TERRITÓRIO SANITÁRIO	
Atenção Terciária	Centro Obstétrico de Alto Risco- HBAP	Estado de Rondônia (gestão estadual)	
Atenção Secundária	Banco de Leite humano	Gestão Estadual (Rondônia)	
	Maternidade Municipal Mãe Esperança (Hospital Amigo da Criança para Cuidados de RN)	Região Madeira Mamoré	
	Centro Integrado Materno Infantil (CIMI) Centro de Referência da Mulher	Município	
Atenção Primária	Unidade Básica de Saúde e Equipes de Apoio Domicílio (ACS)	Área de abrangência Microárea	Bairros, Zonas urbanas, Distritos

Fonte: SEMUSA/PV/RO.

Unidades Básicas de Saúde e de Saúde da Família: porta de acesso prioritária para captação e início de acompanhamento pré-natal de gestantes estratificadas com baixo risco obstétrico, além de oferta de exame de colpocitologia oncótica, avaliação clínica das mamas, atendimento para pré-concepção, desenvolvidas a partir de vinculação e acompanhamento por visitas domiciliares e consultas médicas, de enfermagem e odontológicas.

Centro de Referência de Saúde da Mulher: promove atendimentos especializados à mulher para planejamento reprodutivo, em especial inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) além de consulta ginecológica diante de alterações em exame de colpocitologia oncótica e mamografia.

Centro Integrado Materno Infantil: realiza acompanhamento de pré-natal de alto risco e às crianças com estratificação de risco elevado, que podem ser encaminhadas pelas equipes de saúde da família e maternidade para acompanhamento compartilhado com rede especializada.

Policlínica Oswaldo Cruz: realiza acompanhamento pré-natal de mulheres que apresentarem condição clínica que requer acompanhamento especializado, a demanda é encaminhada para acom-



panhamento compartilhado no Centro Integrado Materno Infantil (CIMI) ou Policlínica Osvaldo Cruz.

Maternidade Municipal Mãe Esperança: hospital referência de atendimento à gestantes de risco habitual em trabalho de parto ou situações de urgência obstétrica e mulheres vítimas de violência sexual.

Banco de Leite Humano: referência estadual na execução de coleta, processamento e distribuição do leite humano, oferecido aos bebês prematuros bem como, atendimento à mulheres que necessitem de orientação sobre amamentação ou estejam com problemas nas mamas durante o período de amamentação.

Centro Obstétrico de Alto Risco (Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro): hospital estadual referência para atendimento à gestante de alto risco em trabalho de parto ou apresentando intercorrências clínicas. As gestantes tem acesso mediante vaga regulada pela maternidade municipal.

3.9.5. Saúde do homem

Em agosto de 2009, através a Portaria 1.944/GM, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem (PNAISH). A partir de então, Porto Velho (PV) vem trabalhando na estruturação da política, alicerçada nos cinco eixos prioritários: acesso e acolhimento; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina; prevenção de violência e acidentes e saúde sexual e reprodutiva

O objetivo da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem (PNAISH) é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina adulta, de 20 a 59 anos, nos seus diversos contextos sócio-culturais e político-econômicos.

Na comparação dos atendimentos realizados em 2017 com os de 2020, percebe-se um aumento de 91% no atendimento dessa clientela nas Unidades Básicas de Saúde embora esta seja ainda uma das populações menos frequente nas Unidades Básicas de Saúde (Tabela 31).





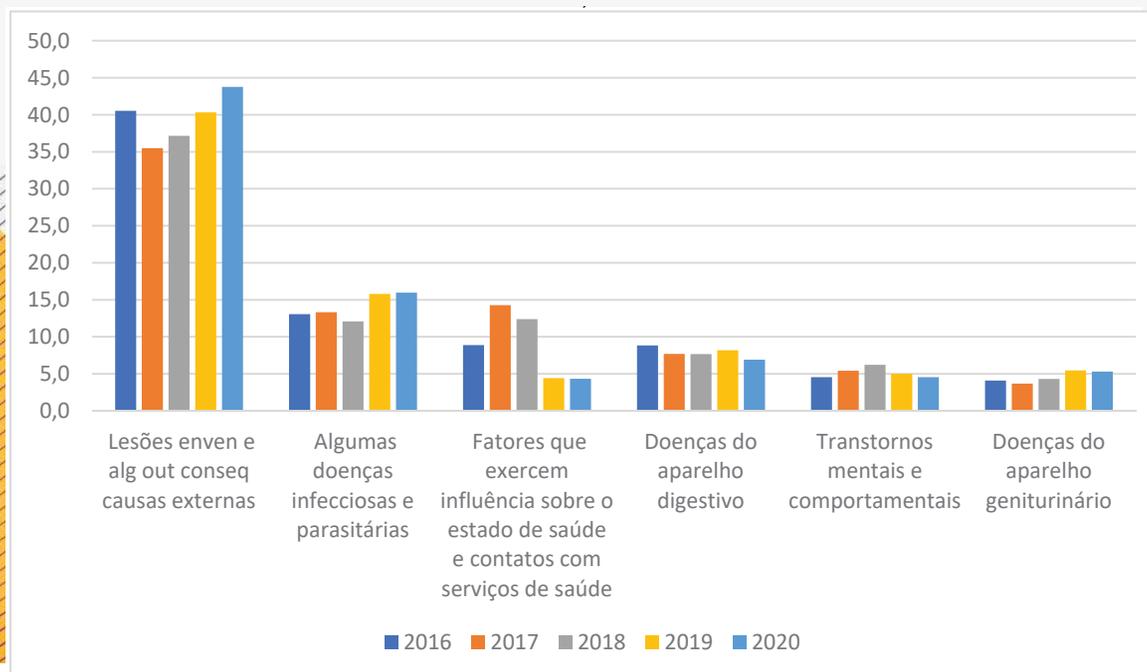
Tabela 31. Número e percentual de atendimentos realizados na população masculina por faixa etária nas Unidades Básicas de Saúde, Porto Velho, RO, 2017 a 2020.

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	MASC. 2017	% ATED. MASC. 2017	MASC. 2018	% ATEND. MASC. 2018	MASC. 2019	% ATEND. MASC. 2019	MASC. 2020	% ATEND. MASC. 2020
20 a 24	3491	10,93	3955	13,95	4885	12,53	7423	12,17
25 a 29	3419	10,70	3708	13,08	4613	11,83	7969	13,07
30 a 34	3797	11,89	3799	13,40	4734	12,14	8786	14,41
35 a 39	3961	12,40	3940	13,90	5038	12,92	8695	14,26
40 a 44	3911	12,24	4221	14,89	4820	12,36	8004	13,13
45 a 49	4135	12,95	4133	14,58	4558	11,69	7035	11,54
50 a 54	4584	14,35	4595	16,21	5205	13,35	6840	11,22
55 a 59	4644	14,54	4818	16,99	5146	13,20	6229	10,21
TOTAL	31942	100,00	28351	100,00	38999	100,00	60981	100,00

Fonte: Dados processados do sistema e-SUS AB/SEMUSA/PV/RO, acesso em 08/07/2020 às 12:54.

No período de 2016 a 2020, as causas externas foi a principal causa de internação em homens na faixa etária de 10 a 49 anos, proveniente da ocorrência de acidentes de trânsito e violências, seguido do grupo de doenças infecto-parasitárias, em virtude do aumento do número de internações em 2020 por COVID-19 (Figura 108).

Figura 108. Principais causas de internação em homens de 10 a 49 anos, por capítulo CID 10, Porto Velho-RO, 2016 a 2020.

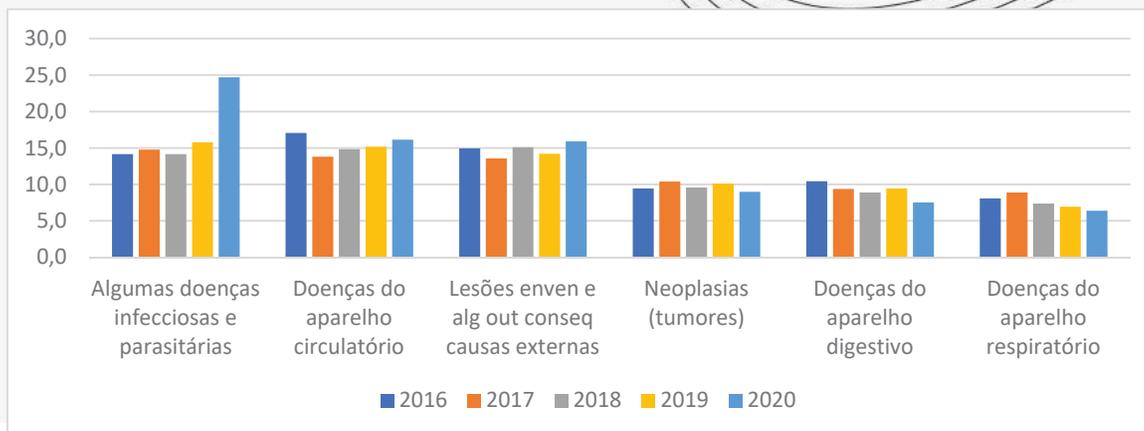


Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). TABNET/DATASUS. Situação da base de dados nacional em 29/04/2016.



No período de 2016 a 2019 as primeiras causas de internação na população masculina maior de 50 anos eram as doenças do aparelho circulatório seguida das causas externas, já no ano de 2020, percebe-se que as doenças infecto parasitárias assumem o primeiro lugar, situação esta causada pela infecção do SARS COV -2, agente etiológico da COVID 19, conforme demonstra a Figura 109 a seguir:

Figura 109. Principais causas de internações em homens de 50 anos e mais, por capítulo CID 10, Porto Velho-RO, 2016 a 2020.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). TABNET/DATASUS. Situação da base de dados nacional em 29/04/2016.

Diante desse perfil epidemiológico o Departamento de Atenção Básica (DAB) busca ampliar o acesso e incentivar a procura da população masculina por assistência à saúde, possibilitando melhoria na qualidade de vida e impactando nos indicadores de saúde apresentados.

3.10. Vigilância em saúde

3.10.1. Emergências em Saúde Pública





O Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) é um centro de apoio do Brasil ao Regulamento Sanitário Internacional e compõe a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, do Ministério da Saúde, em todos os estados, capitais e inúmeras cidades metropolitanas, bem como fronteiriças do Brasil.



O CIEVS de Porto Velho, vinculado ao Departamento de Vigilância em Saúde da SEMUSA, foi instituído pela Resolução nº 11/2017/CMSPV para o recebimento, detecção, avaliação e monitoramento de rumores e notificações de doenças e agravos, análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática de vigilância em saúde, criando meios de identificação e intervenção precoce nas emergências em saúde pública de relevância estadual e nacional, estimando o risco de expansão destes eventos, mas principalmente pela extensão do município de Porto Velho e suas peculiaridades geográficas, com localidades ribeirinhas e distritos longínquos, além do cenário epidemiológico característico do Norte do Brasil.

O Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) de Porto Velho está disponível 24 horas por dia, todos os dias do ano, tornando-se a porta de entrada de notificações compulsórias imediatas da Secretaria Municipal de Saúde. Os técnicos se revezam em regime de plantão para garantir o funcionamento ininterrupto do Serviço.

O Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS), a partir da sua criação em 2007, tem diagnosticado e gerado respostas rápidas a inúmeras situações (rumores e notificações) ao longo dos anos, dentre os quais:

- a) Microcefalia por zika vírus;
- b) Epizootias de febre amarela;
- c) Elefantíase;
- d) Leptospirose, em bairros alagadiços no inverno amazônico e
- e) COVID-19, identificação e notificação de casos, coleta de exames, acompanhamento do e-sus VE, acompanhamento de casos de eventos adversos pós vacinação.



3.10.2. Vigilância Sanitária

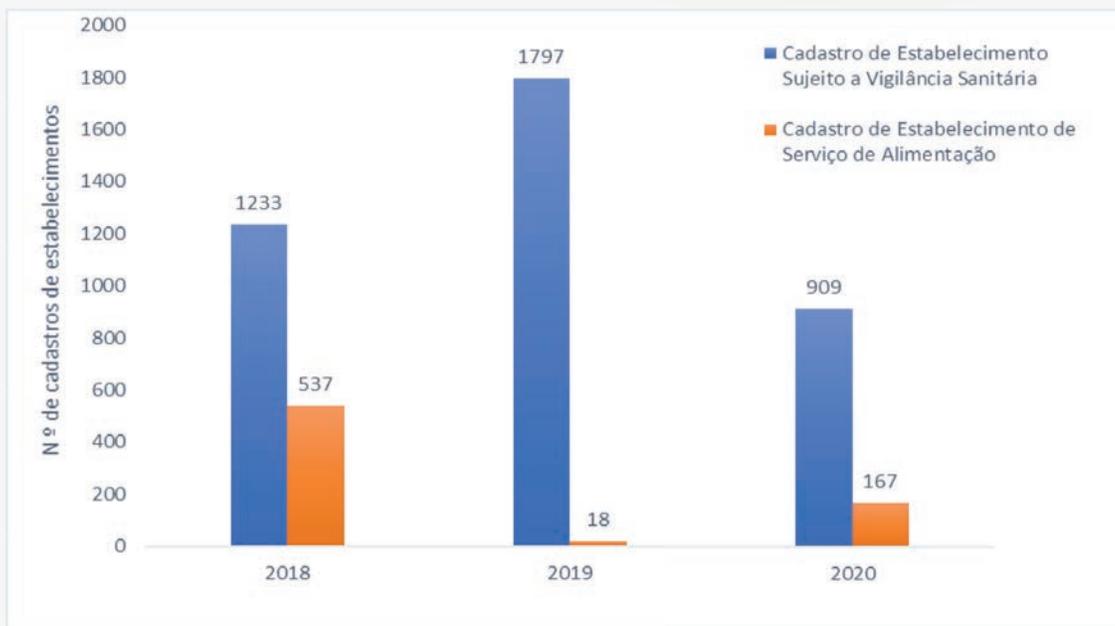
3.10.2.1. Cadastros de estabelecimentos

A vigilância sanitária realiza ações capazes de: eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, bem como, de intervir nos problemas sanitários decorrentes entre outros: meio ambiente, de produção etc. Atualmente cerca de 86 seguimentos possuem cadastro nacional de atividade econômica – CNAE, sujeitos à vigilância sanitária no âmbito de Porto Velho, o primeiro passo para o licenciamento é a realização de cadastro na DVISA/DVS/SEMUSA. Para tanto, a categorização desses estabelecimentos é necessária para organização dos serviços de vigilância (Figura 110).

1. Cadastro de Estabelecimento de serviço de Alimentação;
2. Cadastro de Estabelecimento de serviço de medicamentos (Humanos e Veterinários);
3. Cadastro de Estabelecimento de Produtos e Serviços de Interesse à Saúde (Humanos e Veterinários);
4. Cadastro de Estabelecimento de Produtos e Serviços de Saúde.



Figura 110. Frequência do serviço de cadastramento de estabelecimento sujeitos à Vigilância Sanitária, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.



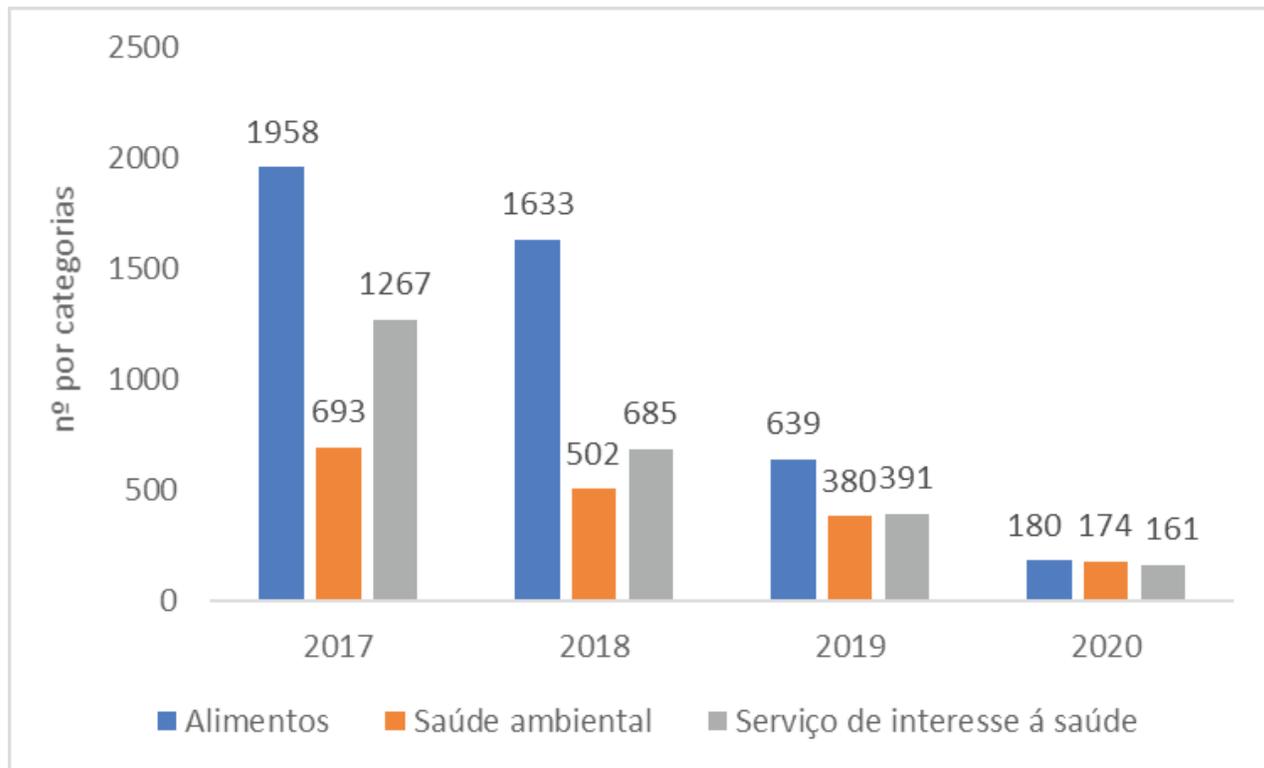
Fonte: NUCRIS/DVISA/DVS/SEMUSA/PV/RO, 2021.

Nessa série temporal, o número de cadastros de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária em 2019 foi de N (1.797), o maior quando comparado aos outros dois anos, já o cadastro do serviço de alimentação foi prevalente em 2018 com um total de N (537) cadastros.

O cadastramento dos estabelecimentos consiste na identificação e registro dos dados de interesse da Vigilância Sanitária, dentre eles: serviços de alimentos, saúde ambiental e atividades de interesse da saúde. O cadastro de todos os estabelecimentos e áreas a serem fiscalizadas é ação prioritária e indispensável, pois esse cadastro, constituindo um banco de dados, que apoiará o Plano de Ação da Vigilância Sanitária, permitindo a definição das ações a serem executadas, assim com o monitoramento. O cadastramento é uma atribuição a ser realizado pelas equipes das VISA, a partir do levantamento e conhecimento da instalação ou funcionamento dos referidos estabelecimentos, serviços e atividades, no âmbito de seu território. Para tanto faz-se necessário a integração da VISA com outros setores ou órgãos das diversas instâncias, como o órgão de Arrecadação de Tributos do Município e Junta Comercial, que compõem a Rede SIM.

O Sistema de Cadastramento de Estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária/CVISA, foi implantado em 2017, ele contempla os ramos de atividade de médio e alto risco sanitário. O seguimento de alimentos apresenta prevalência de cadastro quando comparado a serviço de interesse à saúde e saúde ambiental. Os estabelecimentos com serviços de alimentos considerados com grau de médio e alto risco sanitário, representam 51,91% do total de empresas cadastradas. As demais áreas que compreendem os estabelecimentos de serviços de saúde e saúde ambiental, ambas consideradas como estabelecimentos de interesse a saúde com grau de risco sanitário médio e alto, representando em conjunto 48,09 % dos estabelecimentos cadastrados, conforme Figura 111. Nos anos de 2019 e 2020 houve uma queda brusca, sendo que em 2020 a pandemia corroborou diretamente para isso, tornando semelhante o número de cadastro nos três ramos de atividade.

Figura 111. Frequência do cadastramento dos estabelecimentos de interesse em vigilância sanitária, segundo atividades, Porto Velho-RO, de 2017 a 2020.



Fonte: NUCRIS/DVISA/DVS/SEMUSA/PV/RO,2021.

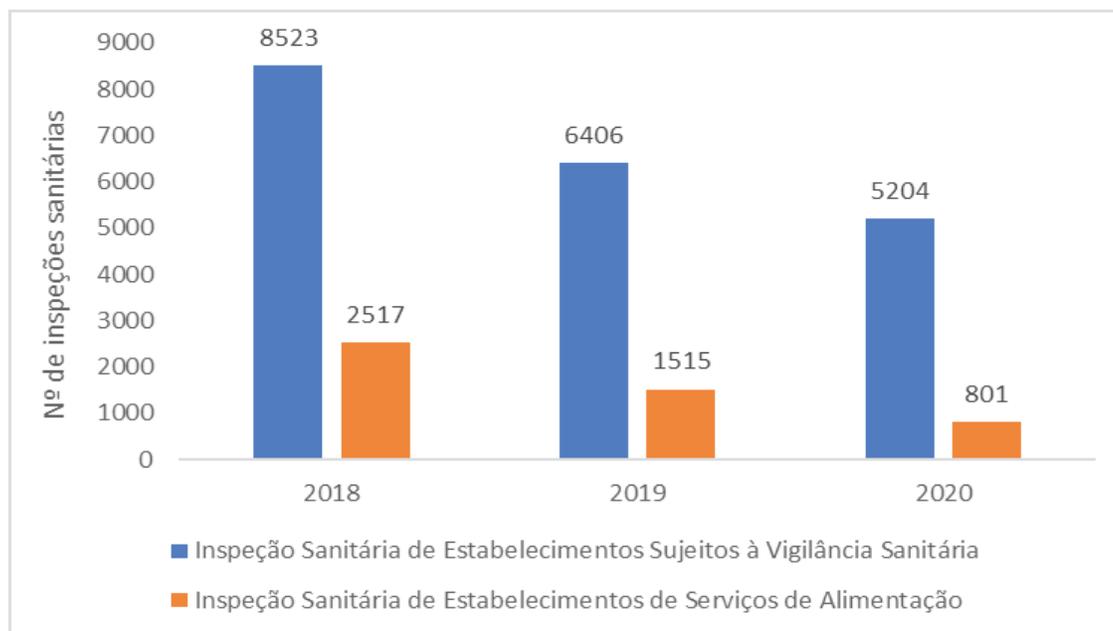
3.10.2.2. Inspeção em estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária

Dentre as atividades da vigilância sanitária está a inspeção de estabelecimentos, para assim regularizar e prevenir a ocorrência de agravos à saúde, sendo a orientação e educação as principais ferramentas (Figura 112). A equipe fiscaliza os seguintes tipos de estabelecimentos

1. Inspeção de Estabelecimento de serviço de Alimentação
2. Inspeção de Estabelecimento de serviço de medicamentos (Humanos e Veterinários)
3. Inspeção de Estabelecimento de Produtos e Serviços de Interesse à Saúde (Humanos e Veterinários)
4. Inspeção de Estabelecimento de Produtos e Serviços de Saúde



Figura 112. Frequência do serviço de inspeção de estabelecimento realizados, sujeitos à Vigilância Sanitária, Porto Velho-RO. 2018 a 2020.

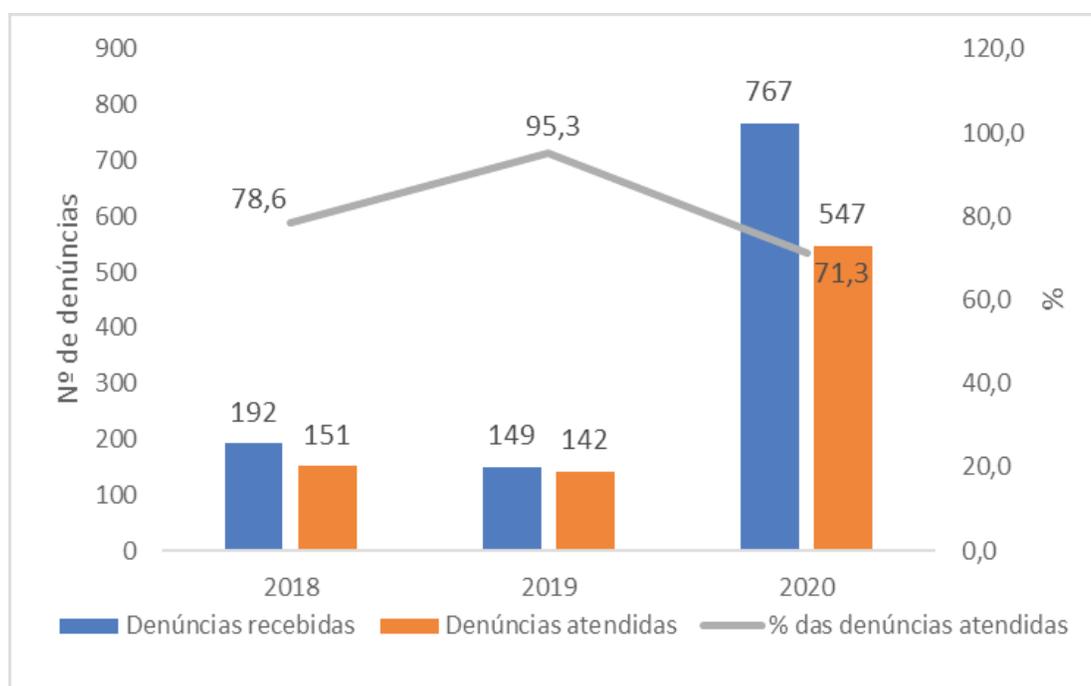


Fonte: NUCRIS/DVISA/DVS/SEMUSA, 2021.

3.10.2.3. Atividades de recebimento e apuração de denúncias

A Vigilância Sanitária realiza diariamente atividade de recebimento e apuração de denúncias tanto oriundas de diversos órgãos de fiscalização externa, quanto da população usuária do serviço sujeita à vigilância sanitária (Figura 113).

Figura 113. Frequência de recebimento e atendimento das denúncias formuladas junto a Vigilância Sanitária, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.



Fonte: NUCRIS/DVISA/DVS/SEMUSA/PV/RO, 2021.

As denúncias nos anos de 2018 e 2019 seguiram uma média de N (170) registros, e em termos de apuração “in loco” de N (146,5), inferindo que a diferença de médias entre recebimento e apuração, provavelmente tratam-se de denúncias improcedentes.

Já em 2020 teve-se um crescimento de recebimento de denúncias de cinco vezes em relação ao ano de 2019, isso foi diretamente relacionado a pandemia da COVID-19. influenciados pelo controle sanitário durante a pandemia. Salientamos que o recebimento de denúncias difere do atendimento, porque muitas delas são de competência de outras instituições.

O decreto de calamidade à pandemia definiu as condições de funcionamento de todos os estabelecimentos, inclusive os que estavam sujeitos à vigilância sanitária, e essa diminuição na maioria das atividades provavelmente esteve diretamente relacionado.

3.10.2.4. Atividades de monitoramento

A emergência em saúde pública (ESP) caracteriza-se como uma situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surto e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população.

Atualmente temos três frente de monitoramento de projetos especiais no âmbito da vigilância sanitária, que são: Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano/VIGIÁGUA, Programa de Inclusão Produtiva para segurança Sanitária /PRAISSAN e Solução Alternativa Coletiva Simplificada de Tratamento de Água com Zeólita, para Consumo Humano/SALTA-Z.

A - VIGIÁGUA

O Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA) consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade, estabelecido na legislação vigente (Portaria de Consolidação do MS nº. 005/2017).

A importância do monitoramento da qualidade da água para consumo humano é um dos principais instrumentos de verificação da sua potabilidade. A água possui uma grande variedade de constituintes que podem provocar doenças e tem capacidade de transmitir rapidamente enfermidades para um grande número de pessoas.

O plano de amostragem para o monitoramento da qualidade da água, realizado pelo setor saúde, é definido com base na população do município e no parâmetro analisado, conforme estabelece a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano. Em Porto Velho, o Plano de amostragem é de 50 amostras mensais, com um total anual de 600 amostras/ano.

O aumento do percentual de contaminação, observado nos últimos anos está relacionado ao fato de ter sido analisados um número maior de amostras de água oriundas das Soluções Alternativas Individuais/SAI, onde não existe nenhum tipo de tratamento na água utilizada, conforme Tabela 32.

Tabela 32. Monitoramento do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade de Água/VIGIÁGUA, para consumo humano, Porto Velho-RO, de 2014 a 2020.

Ano	Nº de amostras	Satisfatório		Contaminação (%)
		Sim	Não	
2014	614	597	17	2,7
2015	1156	1133	23	1,9
2016	1007	994	13	1,3
2017	1210	612	64	5,3
2018	1064	1025	39	3,7
2019	933	874	59	6,3
2020	341	319	22	7,0

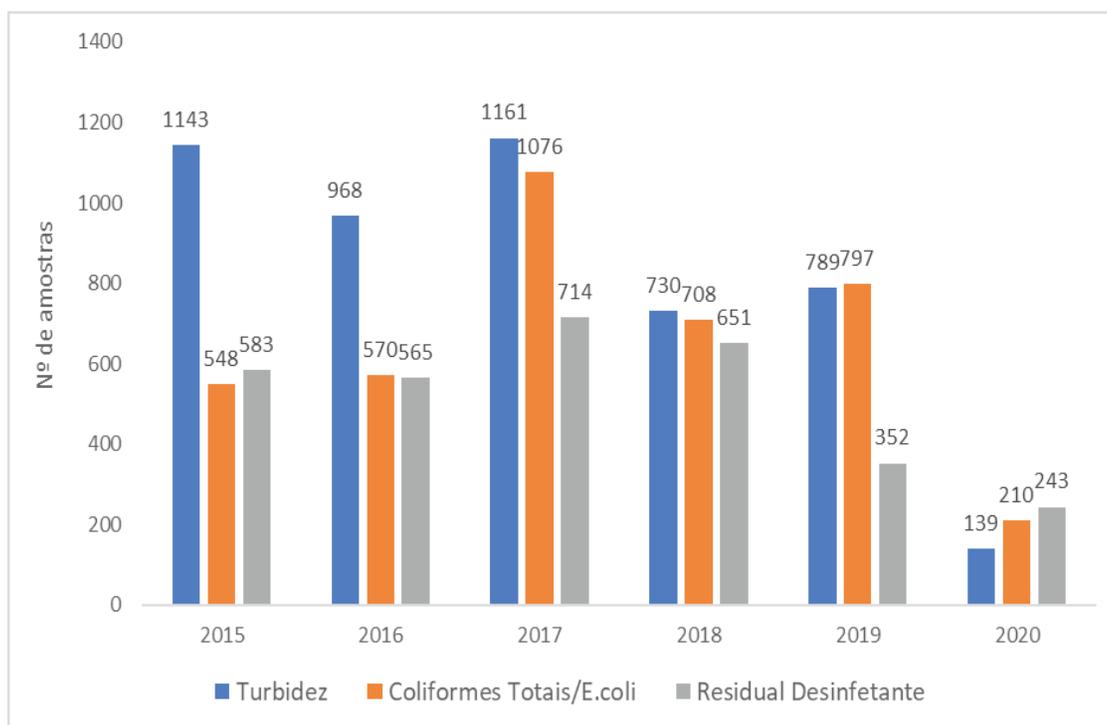
Fonte: DVISA/DVS/SEMUSA/PV/RO, 2021.



Quanto aos locais detectados com água insatisfatória para consumo humano, são realizadas as descontaminações (desinfecção/cloração) e/ou orientado quanto ao tratamento alternativo (filtração, cloração e fervura).

De acordo com as informações do Siságua, o Município de Porto Velho, sempre superou a meta estabelecida das quantidades de amostras estabelecidas pela diretriz nacional, referente aos parâmetros Turbidez, Cloro Residual Livre (CRL) e Coliformes Totais, conforme demonstrado na Figura 114.

Figura 114. Frequência das coletas de amostras de água do VIGIÁGUA, Porto Velho-RO, de 2014 a 2020.



Fonte: DVISA/DVS/SEMUSA/PV/RO, 2021.

Assim como nos indicadores anteriormente apresentados, as coletas de água apresentaram uma frequência semelhante nos anos de 2015 a 2017, no entanto de 2018 a 2020 houve um decréscimo de coleta e análises, em 2020 a pandemia foi o fator preponderante para a diminuição de coleta e consequentemente o monitoramento da qualidade da água para o VIGIÁGUA.

B - PRAISSAN

O Programa de Inclusão Produtiva para segurança Sanitária de Porto Velho PRAISSAN-PVH, descentralizado para o município em setembro de 2019, após seminário realizado no município de Ouro Preto, com a finalidade de nivelar as informações relacionadas a execução do Programa pelos municípios do Estado. O Programa tem como objetivo estabelecer normas para a regularização de atividades de fiscalização da vigilância sanitária. O Público alvo são produtores de bens e prestadores de serviços sujeitos à ação da vigilância sanitária que sejam Microempreendedores Individuais-MEI, Agricultura Familiar e Economia Solidária.

As ações do programa em 2020, consistiu no cadastramento das agroindústrias familiares produtoras de polpas de frutas, farinha de mandioca e derivados e produtos de panificação. Para o registro das empresas incluídas no programa, foi iniciado a criação de um sistema junto a coordenação Municipal da tecnologia da informação-CMTI, para facilitar o acompanhamento e monitoramento das ações de interesse da Vigilância Sanitária, porém, a proposta não foi finalizada. Para dar celeridade ao processo de registro dos estabelecimentos lançamos mãos do sistema de cadastro próprio da Divisão de Vigilância Sanitária-DVISA.



C – SALTA-Z

É uma Solução Alternativa Coletiva Simplificada de Tratamento de Água, a ser destinada ao consumo humano, e que, está em conformidade com a definição preconizada na Portaria Federal (PRC Nº05 de 28/09/2017, Anexo XX, Art. 5º, Inciso VII). Configura-se como uma tecnologia de interesse social que contempla o baixo custo

como atrativo favorável à sua aplicação, além de apresentar viabilidade técnica e operacional, compreendendo-se a capacidade de o projeto ser tecnicamente exequível.

Cerca de 300 famílias das comunidades Nova Aliança e Agrovila Rio Verde, localizadas na Estrada da Penal, em Porto Velho, Rondônia, foram atendidas com a instalação de mais uma unidade da Solução Alternativa Coletiva Simplificada de Tratamento de Água com Zeólita (SALTA-Z). A montagem e a operacionalização da tecnologia ocorreram entre os dias 30 de setembro e 2 de outubro.

A inauguração foi realizada no dia 20 de outubro de 2020. A ação é resultado do Acordo de Cooperação Técnica (ACT) nº 004/2018 entre a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e a Prefeitura de Porto Velho. O ACT prevê a instalação de 20 unidades dos equipamentos até 2021, atendendo cerca de três mil habitantes. Na comunidade de Agrovila Rio Verde, a instalação já foi finalizada e, em Vila Calderita, a previsão é para o 1º trimestre de 2021. Para a instalação da estrutura, foi necessária uma ação conjunta entre Funasa, Prefeitura de Porto Velho, Secretaria Municipal de Saúde/Semusa, Empresa de Desenvolvimento Urbano e Rural/Emdur, Secretaria Municipal de Agricultura e Abastecimento/Semagric e membros da Associação de Moradores da região.

3.10.3. Vigilância ambiental

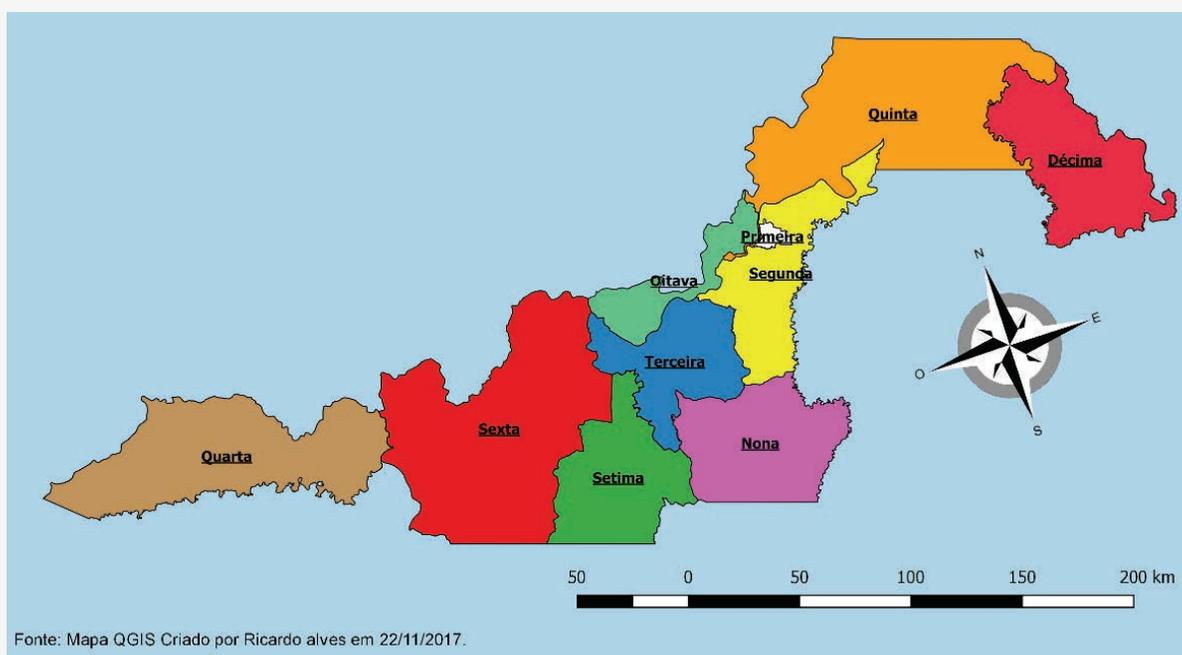




3.10.3.1. Vetores

Para as ações de prevenção e controle vetorial no município de Porto Velho, devido a sua grande extensão territorial, o mesmo está dividido em 10 regiões de monitoramento (Figura 115), assim facilitando as ações de acompanhamento dos indicadores epidemiológicos e organização operacional das ações do controle de doenças transmitidas por vetores, em especial à malária (*Anopheles sp*), dengue, zika vírus, e chikungunya (*Aedes sp*), febre amarela silvestre (*Aedes sp*, próximo a área urbana da cidade) e doença de Chagas (*Rhodnius sp*).

Figura 115. Regiões de monitoramento para o controle de vetores, Porto Velho-RO, 2021.



Fonte: Mapa QGIS, criado pro Ricardo Alves em 22/11/2017, SEMUSA/PV/RO.



A. Anopheles sp.

O gênero *Anopheles* é o responsável pela transmissão da malária no Brasil e muitas espécies possuem importância epidemiológica. Em Porto Velho existe uma vasta quantidade de coleções hídricas, espalhadas por grandes áreas geográficas do município, que contribui para a existência de criadouros do seu principal vetor, o *Anopheles darlingi*.

Os estudos envolvendo a vigilância entomológica do vetor da malária constam de: monitoramento de vetores, com pesquisa larvária e captura de alados, que são realizados nos 228 (duzentos e vinte oito) criadouros de *Anopheles* existentes em Porto Velho, tanto na zona urbana quanto na rural. Esses possuem características que implicam na proliferação da espécie vetora da malária e assim em sua transmissão, como área extensa dentro de bairros, a maioria é permanente, tem sombreamento, possuem água turva, correnteza moderada e outras. Estes estudos são realizados conforme as orientações do Ministério da Saúde, contidas nas Notas Técnicas de Nº 012/2007/CGPN/DEGES/SVS/MS e Nº 016/2008//CGPN/DEGES/SVS/MS.

A.1. – Pesquisa larvária

As pesquisas larvárias são realizadas em criadouros naturais como: rios, lagos, córregos, igarapés e criadouros artificiais criados pelo homem, com objetivo de identificar e avaliar a densidade larvária do criadouro. As pesquisas larvárias realizadas, no período de 2011 a 2020, foram coletados exemplares de larvas do gênero *Anopheles* sp. e identificadas espécimes de *Anopheles*, sendo: *An. argyritarsis*, *An. albitarsis*, *An. benarrochi*, *An. darlingi*, *An. nuneztovari*, *An. mattogrossensis*, *An. triannulatus*, *An. rondoni*, *An. shannoni*, *An. brazilienses*, *An. Evansae*, *An. Gilesi* e *An. oswaldoi*. Sempre a espécie mais coletada foi a *Anopheles darlingi*.

A.2. – Captura de adultos

Para a captura de mosquitos adultos, utilizamos o método de captura por técnica de atração humana protegida/TAHP, que tem a finalidade de identificar o horário de maior intensidade de mosquitos no intra e peridomicílio, por hora. O período dessa atividade acontece nos horários diurno e noturno, com duração entre 3 e 12 horas. Como o município de Porto Velho tem uma grande extensão territorial, o horário de pico desses vetores muda de acordo com a localidade, mas temos como padrão ser às 18h45min.. Dos mosquitos adultos capturados, sempre mais de 95% foi da espécie *Anopheles darlingi*, que é o principal vetor da malária, em nossa região.

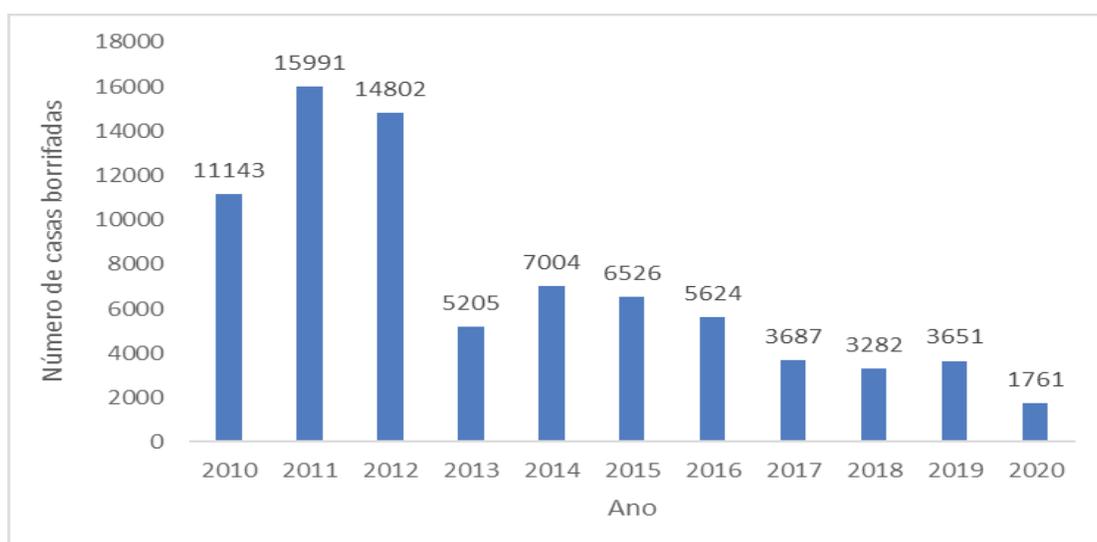
A.3. – Medidas de prevenção e controle

As medidas de prevenção e controle da malária da gestão municipal, são: diagnóstico, tratamento, busca ativa de casos, reinvestigação dos casos de malária, distribuição e instalação de mosquiteiros impregnados de inseticidas de longa duração (MILD), Borrifação Residual Intradomiciliar (BRI), drenagem, pequenas obras de saneamento para eliminação de criadouros do vetor, aterro, limpeza das margens dos criadouros, controle da vegetação aquática, ações de educação em saúde, dentre outras. Em áreas de difícil acesso e próximo a matas, ainda realizamos a borrfiação espacial ou termonebulização.

Observamos na Figura 116, que o município apresentou redução nas ações de BRI, a partir de 2013, quando ocorreu a diminuição da transmissão de casos (2012: 13.85 casos e 2013: 7.838 casos), passamos de médio para baixo risco e manteve a borrfiação nos anos de 2014 a 2018, voltando a subir em 2019, quando também tivemos o aumento de casos e outra redução em 2020, devido a suspensão das visitas domiciliares, devido a pandemia.



Figura 116. Frequência das Borrifações Residuais Intradomiciliar realizadas, Porto Velho-RO, de 2010 a 2020.



Fonte: DCV/DVS/SEMUSA/PV/RO, maio/2021.

O mosquiteiros impregnados de inseticidas de longa duração (MILD) é uma ferramenta de controle vetorial da malária, que é recomendada pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde. É um método utilizado com o objetivo de interromper o ciclo de transmissão da malária, em localidades com alta incidência. Estes mosquiteiros têm suas fibras impregnadas com inseticidas que, evitam o contato dos mosquitos com o homem e podem causar a morte dos mosquitos. Os mosquiteiros impregnados de inseticidas de longa duração (MILD) foram instalados em localidades de difícil acesso e com alto índice parasitário de malária.

Tabela 33. Distribuição de mosquiteiros impregnados de inseticida de longa duração, segundo tipo, Porto Velho-RO, 2017 e 2020.

Ano	Tipo de Mosquiteiro		
	Casal	Solteiro	Rede
2014	2.264	1.581	680
2017	0	96	1891
2020	811	0	251
Total	3.075	1.677	2.822

Fonte: DCV/DVS/SEMUSA/PV/RO, 2021.

A borrifação espacial ou termonebulização pode ser obtida com equipamento portátil ou veicular. Ambas produzem o mesmo tipo de névoa e determinam a eliminação de vetor adulto infectante. Entretanto, a aplicação veicular tem um melhor rendimento, porém a aplicação em equipamento portátil tem maior eficiência, este último é o que utilizamos em Porto Velho. Em 2020, realizamos 1.543 aplicações, foram trabalhadas 174 localidades

A busca ativa de casos é a procura de casos de malária realizada pelos Guardas de Epidemiologia/ GEP, os quais se deslocam nas linhas da zona rural de Porto Velho, em busca de possíveis casos da doença. Eles coletam as amostras de sangue para a pesquisa do *Plasmodium* dos casos suspeitos e levam às unidades de saúde mais próximas, para realização do exame diagnóstico, e caso dê positivo, o mesmo GEP leva o medicamento até a residência do paciente. Em 2020, 15.756 residências foram visitadas e 1.453 amostras foram coletadas, sendo que destas 196 (13,5%) foram positivas.

Aqueles casos que na investigação são colocados como local de transmissão localidades onde não existe mais transmissão autóctone da malária, é realizada uma nova investigação desse caso, com o deslocamento de um Guarda de EP até a residência do caso de malária a ser reinvestigado. Em 2020, foram reinvestigados 225 casos.

B – *Aedes sp*

As medidas de prevenção e controle do *Aedes sp*. são desenvolvidas com objetivo interromper o ciclo de transmissão da dengue, febre chikungunya, zika vírus, e epizootias por febre amarela em PNH, despenhando estratégias simultâneas para eliminação de formas imatura e alada do mosquito. As atividades desenvolvidas são: visitas domiciliares com levantamento de índice mais tratamento, para identificar e eliminar criadouros e evitar a formação dos mesmos, com atividades educativas quanto às medidas de prevenção e controle das doenças transmitidas pelo *Aedes sp*, Levantamento de Índice Rápido do *A.aegypti*/LIRAA, visitas quinzenais em Pontos Estratégicos/PE, bloqueio de casos de dengue, febre chikungunya e zika vírus e também dos casos e epizootias por febre amarela em PNH e outras atividades.

B.1. Levantamento de Índice Rápido do *Aedes aegypti*

O Levantamento de Índice Rápido do *Aedes aegypti* (LIRAA) é uma metodologia estabelecida pelo Ministério da Saúde (2005), que consiste no levantamento amostral de um percentual de imóveis do município, que determina o Índice de Infestação Predial (IIP), pelo mosquito *Aedes aegypti*. É desenvolvido para atender à necessidade dos gestores e profissionais de saúde, permitindo um diagnóstico rápido da situação entomológica de uma localidade, por meio da coleta de formas imaturas do alado (larvas e pupas), bem como os tipos de criadouros predominantes nos imóveis, objetivando assim, nortear as ações de controle ao vetor.

Em 2017, O Ministério da Saúde/MS tornou obrigatória a realização de 03 (três) LIRAA ao ano, em todas as cidades com mais de 2 mil imóveis e a partir de 2019, ficou estabelecido que seriam 04 (quatro) LIRAA ao ano. Porto Velho executou os 04 (quatro) em 2019, mas em 2020, foram executados somente 02 (dois) LIRAA, devido a pandemia por COVID-19. Na Tabela 34 estão as informações sobre a índice de infestação predial e classificação de risco para o *Aedes sp*, de 2013 a 2020.

Tabela 34. Índice de infestação predial e classificação de risco para o *Aedes sp*, Porto Velho-RO, de 2013 a 2020.

ANO	1º LIRAA		2º LIRAA		3º LIRAA		4º LIRAA	
	IIP	Classificação	IIP	Classificação	IIP	Classificação	IIP	Classificação
2013	2,7	Médio risco	-	-	-	-	-	-
2014	4,8	Alto risco	2,0	Médio risco	2,3	Médio risco	-	-
2015	2,8	Médio risco	2,5	Médio risco	1,4	Médio risco	-	-
2016	-	-	-	-	1,7	Médio risco	-	-
2017	1,9	Médio risco	1,2	Médio risco	1,9	Médio risco	-	-
2018	1,6	Médio risco	1,3	Médio risco	2,5	Médio risco	-	-
2019	2,5	Médio risco	1,6	Médio risco	1,1	Médio risco	3,8	Médio risco
2020	4,3	Alto risco	3,2	Médio risco	-	-	-	-

Fonte: DCV/DVS/SEMUSA/PV/RO, 2021.

Observamos que quanto ao risco, dos 20 (vinte) LIRAA realizados no período, 10% foram de alto risco, mas os outros 80% foram de médio risco, colocando sempre o município em alerta para a ocorrência da transmissão das arboviroses.

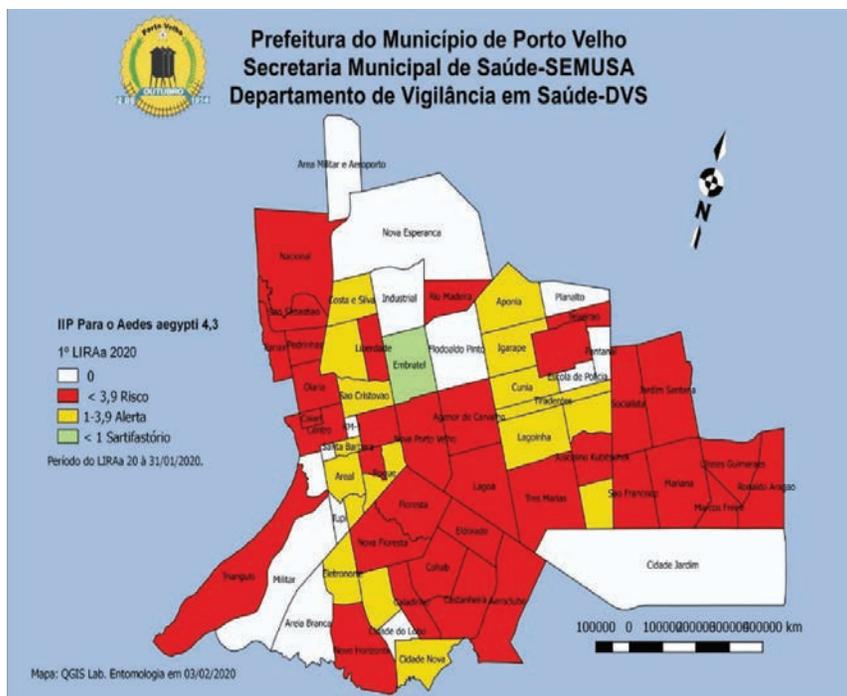
Nesses 07 anos de realização do LIRAA, em todos, o depósito predominante foi D2, que corresponde ao lixo doméstico (recipientes, plásticos, latas), sucatas em pátios, ferro velho e entulhos,



que são passíveis de remoção e/ou proteção pelo proprietário.

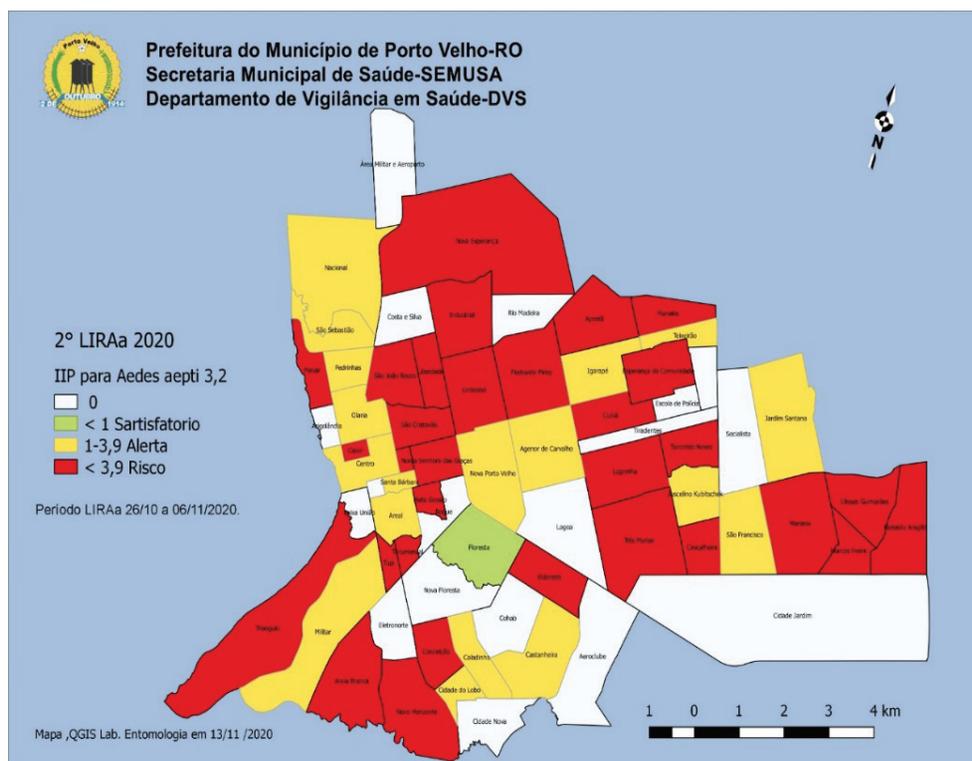
Nas Figuras 117 e 118 estão a distribuição dos índices de infestação predial, segundo bairro, identificados nos 1º e 2º LIRAA realizados em 2020.

Figura 117. Índice de Infestação Predial, segundo bairro, no 1º LIRAA 2020, Porto Velho-RO, 20 a 31/01/2020.



Fonte: DCV/DPDZE/DVS/SEMUSA/PV/RO, 2020.

Figura 118. Índice de Infestação Predial, segundo bairro, no 2º LIRAA 2020, Porto Velho-RO, 26/10 a 06/11/2020.



Fonte: DCV/DPDZE/DVS/SEMUSA/PV/RO, 2020.

B.2. Visitas domiciliares com levantamento de índice e tratamento

As atividades de operação de campo, com as visitas casa a casa, foram executadas com

ações simultâneas de eliminação de criadouros, tratamento focal com o larvicida e, o principal, as orientações de medidas de prevenção e eliminação de depósitos que possam se focos do mosquito. Esta última, realizadas muitas vezes com a participação dos Agentes Comunitário de Saúde/ACS.

O município possui em sua zona urbana 189.192 (cento e oitenta e nove mil e cento e noventa e dois) imóveis e deve realizar seis ciclos anuais de visitas domiciliares, para identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, em imóveis, de acordo com as normas técnicas do PNCD/ Plano Nacional de Controle da Dengue e obter cobertura mínima de 80%, em pelo menos 4 ciclos anuais.

Para realização das visitas domiciliares, contamos com os Agentes de Combate a Endemias/ ACE e os Agentes Comunitários de Saúde/ACS, porém no período analisado não atingimos a meta em nenhum ano, pois o número de agentes que realizam esta atividade é inferior ao necessário. Na tabela X estão os imóveis existentes e visitados, para o controle do *Aedes sp.*

Tabela 35. Imóveis existentes e visitados, depósitos tratados, para o controle do *Aedes sp.*, Porto Velho-RO, 2016 a 2020.

Ano	Imóveis visitados	Depósitos tratados
2016	81.477	126
2017	160.383	6.312
2018	140.950	2385
2019	78.394	704
2020	63.778	270

Fonte: DCV/DPDZE/DVS/SEMUSA/PV/RO, 2021.

B.3.Pontos estratégicos/PE

Nos PE, bem como as atividades rotineiras de visita domiciliar, foram realizadas ações de tratamento focal, eliminação de foco e orientação aos proprietários quanto às medidas de prevenção e eliminação de formas imaturas (larvas e pupas). Para tanto, as atividades de PE são executadas em ciclos de 15 em 15 dias, em locais como: oficinas mecânicas, ferros velhos, lava jato, borracharias e outros. Na Tabela 36, estão os PE existentes e visitados, para o controle do *Aedes sp.*, de 2016 a 2020.

Tabela 36. PE existentes e visitados para o controle do *Aedes sp.*, Porto Velho-RO, 2016 a 2020.

Ano	PE existentes	PE visitados
2016	1.076	10.351
2017	1.076	6.439
2018	1.031	6.247
2019	1.031	8.457
2020	1.031	6.247

Fonte: DCV/DPDZE/DVS/SEMUSA/PV/RO, 2021.

A meta é visitar um PE a cada 15 dias, devido ao número de ACE existente, em média são visitados 6 vezes ao ano, cada PE.

B.4.Broqueio de casos de arboviroses

Atividades de Bloqueio são realizadas em casos notificados e confirmados das doenças transmitidas pelo *Aedes sp.* (dengue, zika vírus e chikungunya), encaminhados pela vigilância epidemiológica, também para os casos de denúncias de foco do mosquito *Aedes aegypti*, via



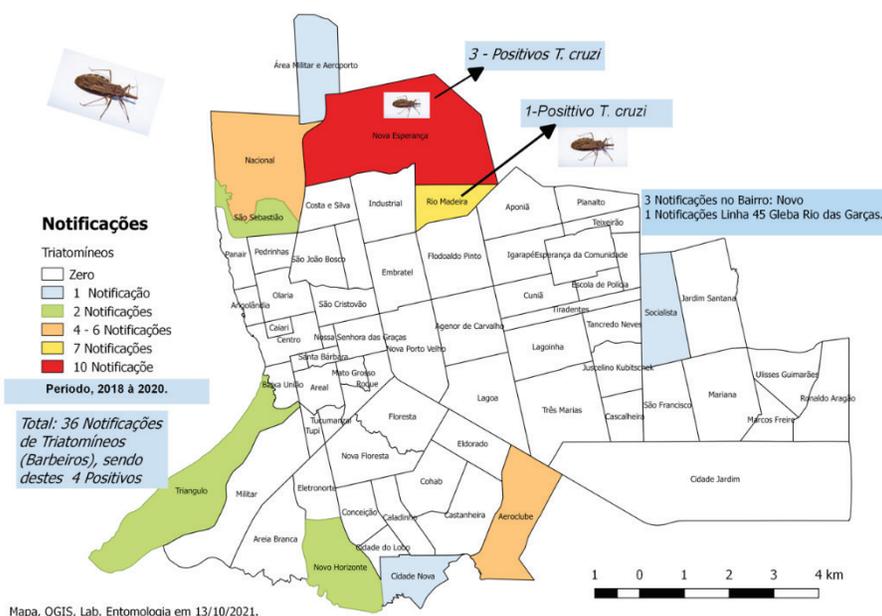
telefone ou por Ofício, tanto de instituições quanto da população. No bloqueio são executadas atividades de coleta de larvas, tratamento e eliminação de criadouros, bem como, aplicação de Ultra Baixo Volume/UBV costal para bloqueio do vírus, num raio de 300 metros a partir da casa notificada e suas adjacências, quando necessário. Excepcionalmente, quando por indicação técnica, é realizada acompanhamento de um Fiscal da Vigilância Sanitária Municipal, a fim de potencializar o cumprimento das ações de controle ao vetor.

C – Vigilância de Triatomíneos

A vigilância de triatomíneos é realizada desde 2016, a partir da notificação da presença do inseto, realizada geralmente pela população, ao encontrar espécimes de insetos nas residências. A equipe técnica da entomologia realiza visita in loco, fazendo inspeção minuciosa em toda a residência e identificando em laboratório os insetos coletados. Já foram identificados espécimes do gênero *Rhodnius* sp (*Rhodnius pictipes*, *Rhodnius robustus*), *Panstrongylus lingnarius* e *Eratyrus mecronatus*.

Em 2020, tivemos 23 notificações da presença de triatomíneos em residências, sendo que destes 21 foram da espécie *Rhodnius robustus*, 01 *Panstrongylus lingnarius*, 01 *Eratyrus mecronatus* e 01 pedrador. Os triatomíneos foram encaminhados para o Lacen/RO e 04 foram positivos para *Trypanosoma cruzi*, no exame parasitológico de fezes, conforme Figura 119.

Figura 119. Distribuição espacial dos triatomíneos capturados e dos positivos para *Trypanosoma cruzi*, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.



Fonte: DPDZE/DVS/SEMUSA/PV/RO, 2021.

D – Vigilância de Escorpiões

A vigilância de escorpiões também realizada a partir da notificação da presença do escorpião, que geralmente é realizada pela população. Em 2017, na comunidade São João (8ª região) foi capturado um da espécie *Tityus obscurus*.



3.10.3.2. Zoonoses

As zoonoses são definidas como doenças ou infecções naturalmente transmissíveis entre os animais vertebrados e o homem, seja diretamente ou através do meio ambiente, incluindo portadores, reservatórios e vetores.

Em 2014, os Centros de Controle de Zoonoses/CCZ, passaram a ser denominados de Unidades de Vigilância em Zoonoses/UVZ e foram vinculadas ao SUS, responsáveis pela execução das ações de e das estratégias referentes a vigilância, à prevenção e ao controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos, de relevância à saúde pública. A atuação das UVZ ficou definido que são instituições especializadas em executar atividades visando a saúde pública, e não um setor de atendimento a animais. Sendo estas relacionadas a proteção, saúde e bem-estar animal, não sendo atribuídas ao SUS (FERREIRA e ZUBEN, 2020)

As zoonoses de importância em saúde pública e monitoradas, em nosso município, são: raiva, leptospirose, hantavirose, doença de Chagas, febre amarela, Leishmaniose Visceral/LV, LTA. Outras doenças de transmissão vetorial que acometem a espécie humana, como dengue, zika vírus, chikungunya e malária, também podem ser parte integrante das atribuições da área de vigilância de zoonoses.

Temos também ações de prevenção de populações de animais de relevância para a saúde pública, que são os considerados sinantrópicos (são animais que vivem próximos às habitações humanas, e se adaptaram a viver junto ao homem, independente da vontade deste), como: roedores, pombos, morcegos, caramujos, abelhas e outros.

Para as atividades de vigilância, prevenção e controle das zoonoses e de prevenção de populações de animais de relevância em saúde pública, realizamos as seguintes atividades:

A – Vigilância

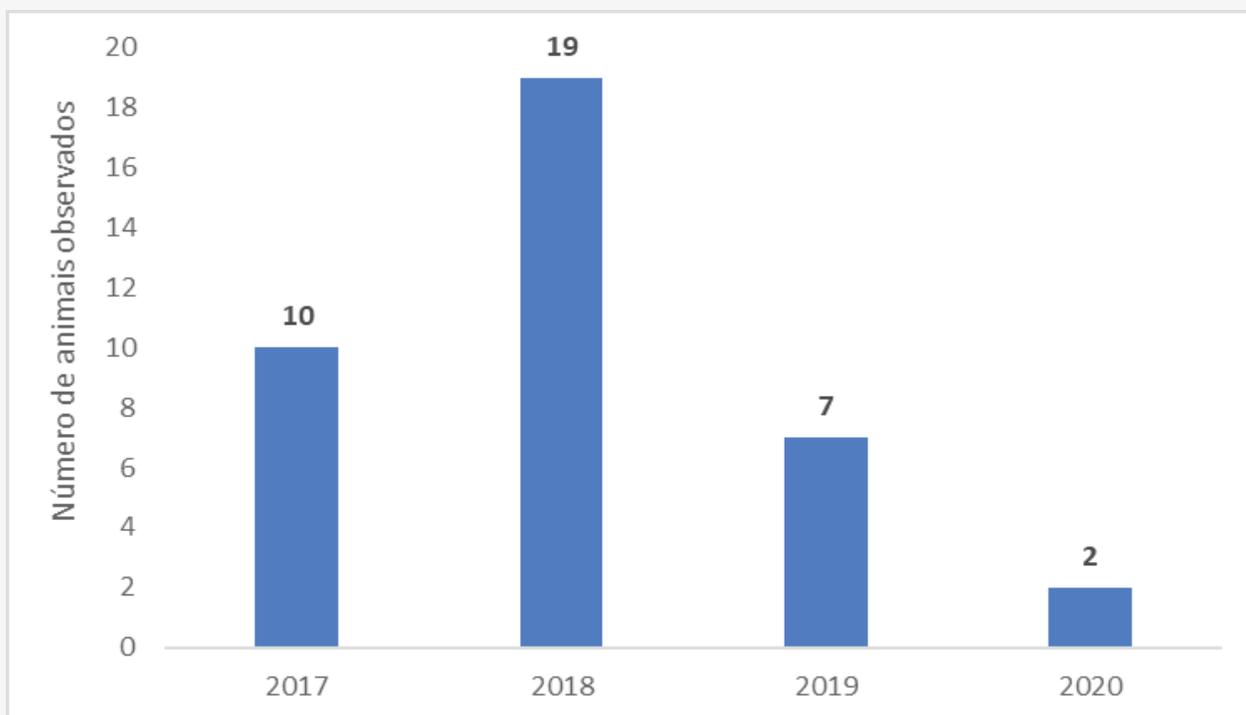
A.1. – Observação de animais

Toda notificação de agressão por animal suspeito que chega ao Controle de Zoonoses, cujo motivo seja a agressão a alguém, geralmente seus proprietários, é realizada observação clínica por



um período de dez dias. Tempo suficiente para o animal, caso raivoso, após desenvolver sinais característicos da doença, ir a óbito. Esse procedimento visa evitar o tratamento desnecessário da pessoa agredida, em caso do animal não portar o vírus, ou de intensificar esse tratamento nos casos onde o vírus esteja presente, além de desencadear todo um conjunto de atividades de controle de foco e busca ativa de pacientes.

Figura 120. Frequência de observação clínica de animais suspeitos de raiva, Porto Velho-RO, 2016 a 2020.



Fonte: DCZADS/DVS/SEMUSA/PV/RO, 2021.

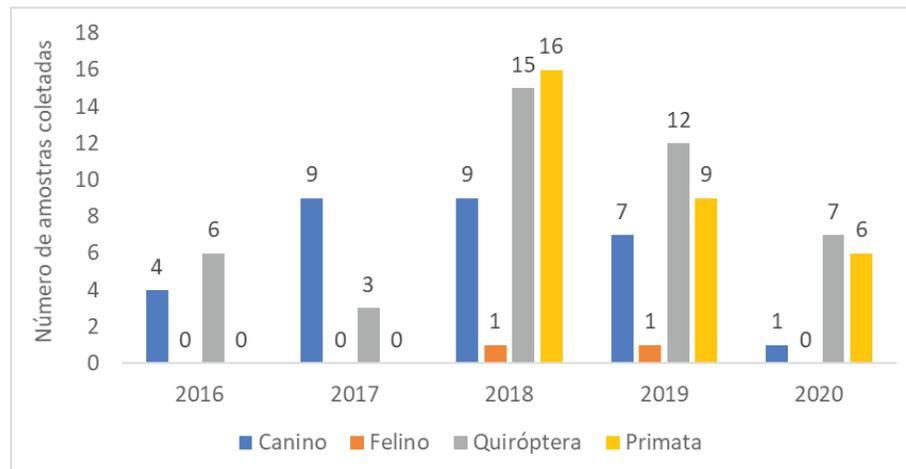
A.2. – Recolhimento de animais

O recolhimento de animais de relevância para a saúde pública é efetuado de maneira seletiva. O animal é avaliado por um Médico Veterinário, após suspeita de ser portador de zoonose. A avaliação é realizada de acordo com a Portaria MS/GM nº 1.138, de 23 de maio de 2014, em se tratando de um “animal de relevância para a saúde pública”. Quando o animal apresenta algum problema relevante, quanto a situação epidemiológica local e a saúde da população humana, ele é recolhido a UVZ, por apresentar risco iminente de transmissão de zoonose de relevância para a saúde pública.

A.3. – Coleta de material para exame

A UVZ recebe animais que apresente o risco de transmissão de zoonose de relevância para a saúde pública. O Médico Veterinário estabelece a avaliação o recebimento dos animais, que podem estar vivos ou mortos. Nos dois casos, é feita uma triagem e os animais recolhidos devem ter história compatível com zoonose relevante. Os animais mortos são encaminhados para necropsia e coleta de material para exame, dependendo da zoonose suspeita. Na Figura 121, estão as amostras laboratoriais, segundo espécie, de 2016 a 2020.

Figura 121. Frequência de amostras laboratoriais, para diagnóstico de zoonoses, segundo espécie, Porto Velho-RO, 2016 a 2020.



Fonte: DCZADS/DVS/SEMUSA/PV/RO, 2021.

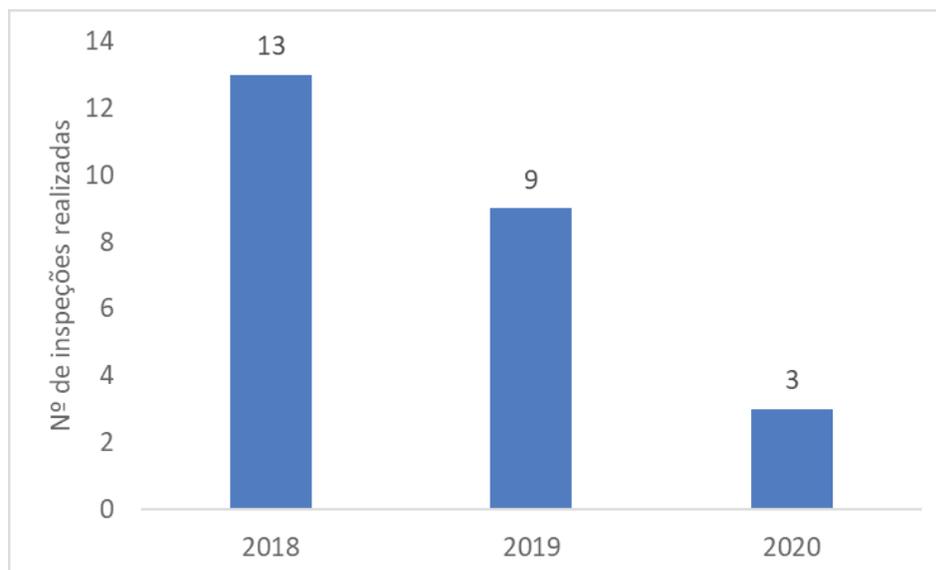
B – Prevenção

Nas ações de prevenção das zoonoses, que foram executadas de forma temporária ou permanente, conforme o contexto epidemiológico, foram desenvolvidas na forma de educação em saúde, manejo ambiental e vacinação animal.

B.1. Educação em saúde – em diversas oportunidades utilizamos os meios de comunicação para atingir a população, com informações sobre as medidas de prevenção das zoonoses, campanhas de vacinações antirrábica animal. Para isso, utilizamos o portal da Prefeitura, as redes sociais e as empresas de televisão/rádio e mídia on line.

B.2. Manejo ambiental ou Inspeção zoossanitária – utilizamos o manejo ambiental para orientar quanto a eliminação de fatores que interferem na população de animais sinantrópicos. Esta atividade tem por finalidade avaliar locais sob condições de vulnerabilidade para transmissão de zoonoses através de animais sinantrópicos (pombos, morcegos, roedores, abelhas, etc) em órgãos públicos, escolas e residências. É realizada uma avaliação pelo Médico veterinário dos pontos críticos de controle e prevenção da infestação e são emitidos relatórios com medidas de prevenção e controle eficientes a pequeno, médio e longo prazo (Figura 122).

Figura 122. Frequência das inspeções zoossanitária realizadas, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.

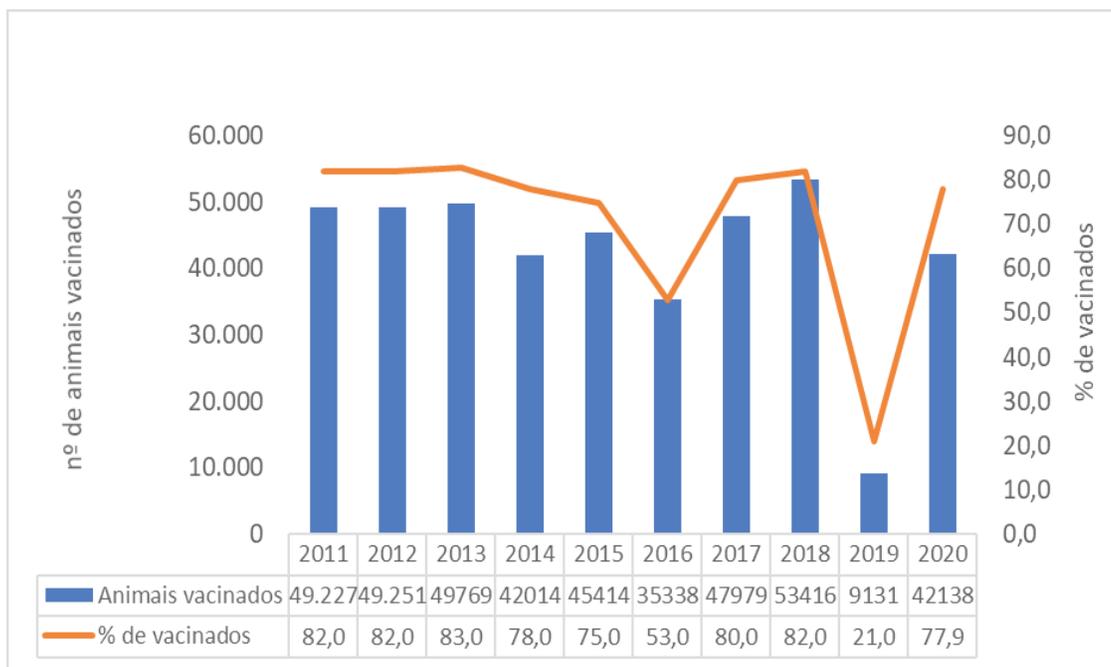


Fonte: DCZADS/DVS/SEMUSA/PV/RO, 2021.



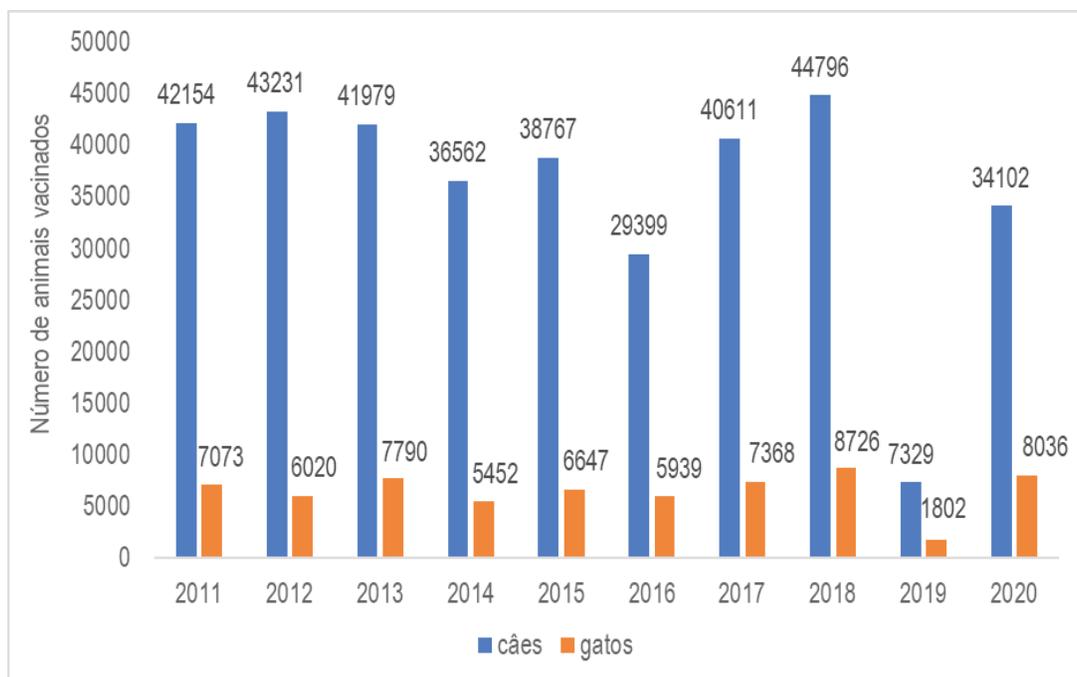
B.3. Vacinação antirrábica animal - a vacinação antirrábica de cães e gatos é realizada conforme o preconizado no Programa Nacional de Vigilância e Controle da Raiva do Ministério da Saúde. Realizamos vacinação de rotina e de campanha. A de rotina acontece na DCZADS/DVS, situado na Avenida Mamoré, nº 1.120 e a de campanha é realizada anualmente. A meta da vacinação antirrábica animal é de 80%, que alcançamos em 2011 a 2013, 2017 e 2018. Em 2019, alcançamos apenas 21% da meta, por falta da vacina, que não foi liberada pelo Ministério da Saúde. A frequência e meta da vacinação antirrábica animal e o número de animais vacinados por espécie estão nas Figuras 123 e 124.

Figura 123. Frequência e meta da vacinação antirrábica animal, Porto Velho-RO, 2011 a 2020.



Fonte: DCZADS/DVS/SEMUSA/PV/RO, 2021.

Figura 124. Número de animais vacinados, segundo espécie, em campanhas de vacinação antirrábica animal, Porto Velho-RO, 2011 a 2020.



Fonte: DCZADS/DVS/SEMUSA/PV/RO, 2021.



Em julho de 2019, foram inaugurados 02 (dois) trailers que receberam a denominação de Unidade Móvel de Vigilância em Zoonoses/UMVZ. A partir desta data, eles passaram a ser colocados em localidades/bairros de Porto Velho, por um período de 15 dias, para que a população tivesse acesso a vacinação antirrábica animal. Essas localidades/bairros foram identificadas e definidas com cada gerente de UBS. Na Tabela 37 está o número de animais vacinados, em 2019 e 2020.

Tabela 37. Número de animais vacinados, segundo espécie, em rotina com a vacina antirrábica animal, na UMVZ (trailers), Porto Velho-RO, 2019 e 2020.

Ano	animal		Total
	cães	gatos	
2019	480	180	660
2020	981	329	1.310

Fonte: DCZADS/DVS/SEMUSA/PV/RO, 2021.

C - Controle

Nos casos de notificações de doenças que são classificadas como zoonoses, que tem relevância para a saúde pública, medidas de controle são tomadas para que ocorra a interrupção do ciclo de transmissão dessas zoonoses. As atividades de controle de zoonoses foram utilizadas para os casos notificados de leptospirose, Febre amarela em PNH, Leishmaniose Visceral Canina/LVC e outras.

C.1. – Controle da leptospirose

Em todos os casos suspeitos foram realizadas investigações, para determinar as características do local provável de infecção e estabelecer as medidas de controle.

C.2. – Controle da Leishmaniose Visceral Canina

Em dezembro de 2018, foram notificados dois casos suspeitos de LVC e solicitado o exame TR-DPP (teste rápido), que teve resultado positivo., após a investigação zoonosológica foi informado que os mesmos já haviam testado reagentes para LVC, na cidade de Uruguaiana-RS. Frente a estes casos várias ações foram desenvolvidas, de vigilância entomológica e de controle de vetores.

C.3. – Controle da epizootia de febre amarela em PNH

De 2018 a 2020, foram notificados 42 (quarenta e dois) casos prováveis de febre Amarela em PNH, sendo confirmados por diagnóstico laboratorial 02 (dois) casos positivos em 2018, provenientes da zona urbana de Porto Velho; 27 (vinte e sete) foram descartados, 02 (dois) ficaram inconclusivos laboratorialmente e 11 (onze) não houve possibilidade de exame devido material estar inviável. Os dois casos positivos laboratorialmente foram coletados nos bairros Rio Madeira (Alphaville) e Tucumanzal (Vila Tupi).

Para cada caso notificado de febre amarela em PNH, estabelecemos medidas a serem desenvolvidas, de imediato, como: georreferenciamento do local, registro fotográfico do PNH, remoção do animal, coleta de amostras clínicas, para sorologia e identificação viral para febre amarela em todos os casos suspeitos e encaminhamento ao LACEN juntamente com a cópia da ficha de Notificação/ Investigação, busca ativa de outras espécies, visita domiciliar para Levantamento de índice e Tratamento para o *Aedes aegypti*, vacinação da população da localidade contra febre amarela, vigilância entomológica, educação em saúde.



3.11. Gestão em Saúde

3.11.1. Recursos financeiros

3.11.1.1. Planejamento orçamentário do Fundo Municipal de Saúde

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) de Porto Velho, criado pela Lei nº 944 de 03 de abril de 1991, tem como objetivo gerenciar os recursos destinados ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde executadas e/ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Velho (PV).

Para realização do processo orçamentário das ações em saúde, este deve ser vinculado aos programas constantes na Lei Orçamentária Anual (LOA), que são Medicamento Consciente, Atenção Básica Mais Perto de Você, Integração da Rede de Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e Gestão em Desenvolvimento. Cada programa inserido na LOA deve conter objetivos quantificados, metas e indicadores que permitem acompanhar, controlar e avaliar a sua execução. Os Fundos de Saúde são unidades orçamentárias, financeiras e contábeis, bem como seus demonstrativos (Balanços anuais, orçamentário, financeiro, patrimonial e demais demonstrações orçamentárias e financeiras), e a concretização do planejamento na Administração Pública se dá pelo Plano Plurianual – PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

O Quadro 31, apresenta o orçamento destinado às ações de saúde no período de 2018 a 2021. Percebe-se que esta reserva é crescente, destacando como maior incremento o ano de 2020, para apoiar as ações de saúde pública relacionadas ao controle da pandemia por COVID-19. O percentual de incremento no ano de 2021, de 17,77%, tem como referência o mês de julho, o que mostra uma tendência de ultrapassar o ano anterior.



Quadro 31. Série Histórica do orçamento da LOA, Porto Velho-RO, 2018 a 2021.

ANO	LOA MUNICIPAL	ORÇAMENTO SAÚDE			
		DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	INCREMENTO	% INCREMENTO
2018	Lei nº 2.036 de 18 de dezembro de 2017	270.001.042,00	280.366.067,37	10.365.025,37	3,84
2019	Lei nº 2.580 de 19 de dezembro de 2018	285.080.474,00	304.557.446,10	19.476.972,10	6,83
2020	Lei nº 2.725 de 20 de dezembro de 2019	300.751.645,00	368.938.735,08	68.187.090,05	22,67
2021	Lei nº 2.783 de 21 de dezembro de 2020	299.025.268,00	352.167.723,99	53.142.455,99*	17,77

Fonte: CFMS/SEMUSA, 2021. *Incremento orçamentário de 2021 até o mês de julho.

3.11.1.2. Repasses financeiros oriundos do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde

Os recursos repassados aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal eram organizados conforme os Blocos de Financiamento Custeio e Investimento, nomenclatura dada conforme Portaria nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017, sendo alterada para Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Custeio) e Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (Investimento), conforme Portaria nº 828 de 17 de abril de 2020 e recomendações do Acórdão nº 847/2019 – Tribunal de Contas da União, demonstrado no Quadro 32 abaixo:

Quadro 32. Blocos de Financiamento e repasses financeiros do Ministério da Saúde/FNS.

BLOCOS DE FINANCIAMENTO	AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
Bloco de Manutenção: recursos destinados à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações, como por exemplo: reparos, consertos, revisões, pinturas, instalações elétricas e hidráulicas, reformas e adaptações de bens imóveis sem que ocorra a ampliação do imóvel, dentre outros	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atenção Primária ➤ Atenção Especializada ➤ Assistência Farmacêutica ➤ Vigilância em Saúde ➤ Gestão do SUS
Bloco de Estruturação: recursos aplicados conforme definidos no ato normativo que lhe deu origem e serão destinados exclusivamente para aquisição de equipamentos voltados para realização de ações e serviços públicos de saúde; obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e obras de reforma de imóveis já existentes utilizados para realização de ações e serviços públicos de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atenção Primária ➤ Atenção Especializada ➤ Assistência Farmacêutica ➤ Vigilância em Saúde ➤ Gestão do SUS

Fonte: Ministério da Saúde.

O Quadro 33 apresenta resumidamente os valores repassados pelos Blocos de Financiamento Manutenção e Estruturação (Custeio e Investimento), demonstrando os repasses totais em 2018, 2019 e 2020.



Quadro 33. Repasses financeiros do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, Porto Velho-RO, 2018 a 2021.

BLOCOS	VALORES POR ANO			
	2018	2019	2020	2021
Manutenção	82.683.736,35	85.564.539,11	114.918.374,03	71.351.587,29
Estruturação	2.626.720,00	4.681.980,00	1.637.513,00	1.172.316,00
SOMA	85.310.456,35	90.288.519,11	116.597.887,03	72.523.903,29

Fonte: FNS/CFMS/SEMUSA/PV/RO.

Observa-se que as demonstrações do Quadro 34, são receitas oriundas do Fundo Nacional de Saúde, que estão sendo repassadas mês a mês, até o mês de agosto de 2021, conforme cronograma de desembolso do Ministério, havendo ainda alguns incrementos através de emendas parlamentares.

No ano de 2020, os repasses federais totalizaram o valor de R\$ 116.597.887,03 (Cento e dezesesseis milhões quinhentos e noventa e sete mil oitocentos e oitenta e sete reais e três centavos), valores estes destinados as ações de saúde e investimentos na atenção Básica, especializada de saúde e vigilância em saúde, bem como para as ações contidas no Plano de Contingência para o COVID 19, distribuídos conforme Quadro 33 abaixo:

Quadro 34. Repasses financeiros do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, por bloco, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.

BLOCOS DE FINANCIAMENTO	2018	2019	2020
BLAFT – Bloco Assistência Farmacêutica	2.852.601,95	2.875.244,26	3.124.309,56
BLATB – Bloco Atenção Básica	28.854.876,08	29.966.233,94	37.075.748,12
BLMAC – Bloco Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	40.940.658,83	45.789.616,51	43.335.520,64
BLGES – Bloco Gestão do SUS	76.000,00	50.000,00	50.000,00
BLINV – Bloco Investimento	2.626.720,00	4.681.980,00	1.034.958,00
BLVIG – Bloco Vigilância em Saúde	7.546.846,31	6.883.444,40	7.276.726,84
Apoio financeiro extraordinário	2.412.753,18	0,00	0,00
Apoio financeiro extraordinário coronavírus (Covid-19) - custeio	0,00	0,00	24.056.068,87
Apoio financeiro extraordinário coronavírus (Covid-19) - investimento	0,00	0,00	602.555,00
TOTAL ANUAL	85.310.456,35	90.246.519,11	116.597.887,03

Fonte: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada> em 30/12/2020.



3.11.1.3. Receitas anuais 2020 por bloco e grupo de financiamento

Quadro 35. Demonstrativo das receitas por bloco e grupo de financiamento e ação detalhada, Porto Velho-RO, 2020.

FUNDO A FUNDO	2020
BLOCO: MANUTENÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	
Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar	
Atenção à saúde da população para procedimentos no MAC	40.236.260,64
Incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial	200.000,00
SAMU 192	2.899.260,00
SUB-TOTAL	43.335.520,64
Assistência Farmacêutica	
Suporte Profilático e Terapêutico	3.124.309,56
	3.124.309,56
Vigilância Sanitária	
Incentivo financeiro aos estados, distrito federal e municípios para execução de ações de vigilância sanitária	357.887,02
SUB-TOTAL	357.887,02
Vigilância Epidemiológica	
Assistência financeira complementar aos estados, distrito federal e municípios para agentes de combate às endemias	2.489.050,00
Incentivo financeiro aos estados, distrito federal e municípios para a vigilância em saúde - despesas diversas	4.149.789,86
Incentivo financeiro às ações de vigilância e prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais	279.999,96
SUB-TOTAL	6.918.839,82
Gestão do SUS	
Implementação da segurança alimentar e nutricional na Saúde	50.000,00
SUB-TOTAL	50.000,00
TOTAL	R\$ 53.786.557,04

BLOCO: ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (INVESTIMENTO)	
Atenção Especializada	
Estruturação de unidades de atenção especializada em saúde	169.980,00
Atenção Básica	
Estruturação da rede de serviços de atenção básica em saúde	864.978,00

Fonte: CFMS/SEMUSA/PV/RO.

3.11.2. Despesas por fonte de recursos

De acordo com o Manual Técnico de Orçamento (MTO), ano 2020, a classificação por natureza da receita busca a melhor identificação da origem do recurso segundo seu fato gerador. No entanto,



existe a necessidade de classificar a receita conforme a destinação legal dos recursos arrecadados. As fontes de recursos constituem-se de determinados agrupamentos de naturezas de receitas, atendendo a uma determinada regra de destinação legal, e servem para indicar como são financiadas as despesas orçamentárias. Entende-se por fonte de recursos a origem ou a procedência dos recursos que devem ser gastos com uma determinada finalidade. É necessário, portanto, individualizar esses recursos de modo a evidenciar sua aplicação segundo determinação legal.

O quadro 36 e 37 demonstram a série histórica de empenhos pagos entre os exercícios de 2018 a 2020, separadamente por fonte de recursos, e nota-se um aumento gradativo das despesas, e relação ao ano de 2018, onde a despesa empenhada totalizava o valor de R\$ 255.318.783,65 (Duzentos e cinquenta e cinco milhões, trezentos e dezoito mil, setecentos e oitenta e três reais e sessenta e cinco centavos), salientando que já se trabalhava com 08 (oito) fontes de recursos, e que no ano de 2019 foram criadas novas fontes de recursos (quadro 37) que teve como objetivo evidenciar a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros onde está sendo utilizado até hoje.

Quadro 36. Empenhos pagos por fonte de recursos exercício 2018, Porto Velho-RO.

EMPENHOS PAGOS	
FONTE DE RECURSOS	2018
102 - Recursos do Tesouro - Receitas de Impostos e de Transferências de Imposto - Saúde	170.948.177,36
107 - Recursos do Tesouro – Transferência de Recursos do Sistema Único de Saúde -SUS	67.192.860,77
123 – Cota-parte da Compensação Financeira dos Recursos Hídricos	12.169.589,71
194 - Recursos do Tesouro - Remuneração de Depósitos Bancários	1.371.587,05
213 - Recursos de Outras Fontes - Transferências de Convênios – Saúde	378.029,94
294 - Recursos de Outras Fontes - Remuneração de Depósitos Bancários	45.676,73
300 - Recursos do Tesouro – Exercícios Anteriores	1.116.512,64
307 - Recursos do Tesouro - Exercícios Anteriores – Sistema Único de Saúde - SUS	2.096.349,45
TOTAL	255.318.783,65

Fonte: CPcetil/DOF/CFMS/SEMUSA/PV/RO.

Quadro 37. Empenhos pagos por fonte de recurso, exercício 2019 e 2020, Porto Velho-RO.

EMPENHOS PAGOS		
FONTE DE RECURSOS	EXERCÍCIOS	
	2019	2020
1.000 - Recursos do Tesouro - Recursos Ordinários	-	10.627.569,74
1.002 - Recursos do Tesouro - Receitas de Impostos e de Transferências de Imposto – Saúde	182.044.897,14	186.298.752,38
1.022 - Recursos Destinados ao Enfrentamento da Calamidade Publica	-	7.660.641,83
1.023 - Cota-parte da Compensação Financeira dos Recursos Hídricos	16.645.897,92	25.414.937,70
1.025 - Recursos do Tesouro - Royalties - Lei 12.858/2013	248.515,22	682.212,61

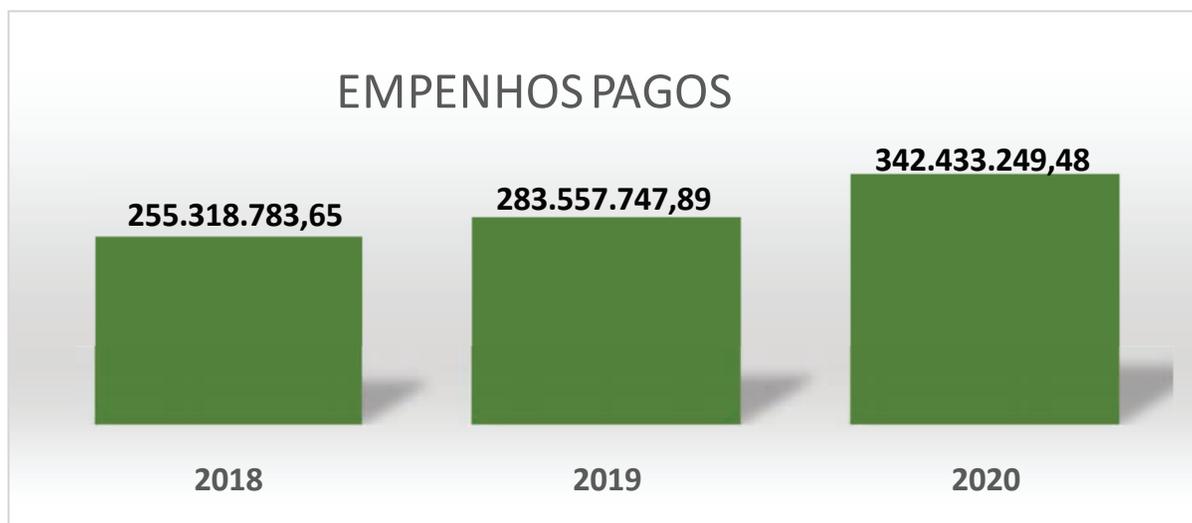


1.027 - Recursos do Tesouro – Transferência de Recursos do SUS	71.688.303,06	93.480.436,01
1.028 - Recursos do Tesouro – Transferência de Recursos do SUS - Investimentos	573.586,53	81.061,06
1.094 - Recursos do Tesouro - Remuneração de Depósitos Bancários	2.693.850,15	676.491,38
2.013 - Recursos de Outras Fontes - Transferências de Convênios – Saúde	1.130.135,43	159.852,67
2.094 - Recursos de Outras Fontes - Remuneração de Depósitos Bancários	0,00	0,00
3.000 - Recursos do Tesouro – Exercícios Anteriores	10.000,00	3.528.518,96
3.002 - Recursos do Tesouro - Receitas de Impostos e de Transferências de Imposto - Saúde – Exercícios Anteriores	-	400.533,80
3.023 - Recursos do Tesouro - Exercícios Anteriores - Cota-parte da Compensação Financeira dos Recursos Hídricos	-	1.529.162,88
3.025 - Recursos do Tesouro - Exercícios Anteriores - Royalties de Petróleo	-	0,00
3.027 - Recursos do Tesouro - Exercícios Anteriores – Transferência de Recursos do SUS – Custeio	5.338.546,58	10.535.886,53
3.028 - Recurso do Tesouro - Exercícios Anteriores - Sistema Único de Saúde – SUS – Investimento	3.184.015,86	1.357.191,93
TOTAL	283.557.747,89	342.433.249,48

Fonte: CPcetil/DOF/CFMS/SEMUSA/PV/RO.

Na Figura 125 abaixo evidencia as despesas ocorridas nos exercícios de 2018 a 2020, percebendo que em 2020 houve aumento considerável, por conta das despesas extraordinárias para o Enfrentamento da Calamidade Pública decorrente do novo Coronavírus – COVID 19.

Figura 125. Empenhos pagos, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.



Fonte: CFMS/SEMUSA/PV/RO.



Para Enfrentamento da Calamidade Pública decorrente do Novo Coronavírus – COVID 19 foram realizados repasses financeiros extraordinários, pelo Ministério da Saúde, Estado e Município, para atender o plano de contingência, o qual realizou abertura de crédito adicional extraordinário, por *superávit*, excesso e remanejamento, para que fossem atendidas as despesas emergenciais, conforme demonstrado Quadro 38, separado por fonte de recursos.

Quadro 38. Despesas por fonte de recursos com COVID 19, Porto Velho, 2020.

EMPENHOS PAGOS	
FONTE	2020
1.000 - Recursos do Tesouro - Recursos Ordinários	708.601,02
1.002 - Recursos do Tesouro - Receitas de Impostos e de Transferências de Imposto - Saúde	2.484.674,26
1.022 - Recursos destinados ao Enfrentamento da Calamidade Pública	299.796,43
1.023 - Cota-parte da Compensação Financeira dos Recursos Hídricos	3.179.862,25
1.027 - Recursos do Tesouro – Transferência de Recursos do SUS - Custeio	19.348.065,90
3.000 - Recursos do Tesouro – Exercícios Anteriores	1.739.057,50
3.027 - Recursos do Tesouro - Exercícios Anteriores – Transferência de Recursos do SUS – Custeio	2.569.250,60
TOTAL	30.329.307,96

Fonte: CPcetil/DOF/CFMS/SEMUSA/PV/RO.

As despesas realizadas com folha de pagamento dos recursos humanos destacam-se diante das demais, frente aos recursos financeiros liberados para o setor. Observa-se que em 2020, em decorrência da entrada de recursos extras para o combate do novo coronavírus, a COVID 19, aparenta a ocorrência de uma queda nesta relação, porém, na realidade, pode-se identificar é um aumento crescente das despesas de pessoal (Tabela 38).

Tabela 38. Relação entre a despesa com pessoal na despesa total com saúde, Porto Velho-RO, 2018 a 2020.

ANO	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ATUALIZADA	VALOR TOTAL EM FOLHA DE PESSOAL (R\$)	PARTICIPAÇÃO DA DESPESA COM PESSOAL NA DESPESA TOTAL COM SAÚDE (%)
2018	280.366.067,37	215.656.693,13	71,00
2019	304.557.446,10	232.493.486,58	70,51
2020	368.938.735,08	271.098.621,00	67,78

Fonte: CFMS/SEMUSA/PV/RO.

3.11.3. Iniciativas para aprimorar a gestão da saúde

3.11.3.1. Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria Pública deve atuar no processo de interlocução entre o cidadão e a Administração Pública, de modo que as manifestações decorrentes do exercício da cidadania provoquem a melhoria dos serviços públicos prestados. Nesse sentido, a Ouvidoria Pública funciona como um agente promotor de mudanças: “de um lado, favorece uma gestão flexível, comprometida com a satisfação



das necessidades do cidadão; de outro, estimula a prestação de serviços públicos de qualidade, capazes de garantir direitos. Em síntese, é um instrumento a serviço da democracia.”¹

A Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) tem a função de intermediar as relações entre os(as) cidadãos(ãs) e os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a formação de laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania. Promovem a cidadania em saúde e produzem informações que subsidiam o gestor nas tomadas de decisão.

Por sua vez, o processo legal de criação a Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) de Porto Velho (PV) iniciou com a OUVIDORIA GERAL DE PORTO VELHO com a instituição do DECRETO Nº. 14.440 , DE 30 DE MARÇO DE 2017, no entanto, não há qualquer menção a Ouvidoria do SUS. Especificamente, a OUVIDORIA do SUS de Porto Velho/Rondônia foi criada pela Lei Complementar nº 648/2017 ao criar o cargo de OUVIDOR DO SUS, a última alteração legal foi realizada pela lei complementar nº 832/2020.

A implementação da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) de Porto Velho (PV) é recente, data-se de 2017/2018, no entanto, até hoje não fora estruturada da forma adequada para atender as necessidades.

A proposta de implantação da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Velho (PV) constava como meta no Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2018-2022, sendo as ações para tal programadas em todas as programações anuais, porém, nem todas foram concretizadas.

Os canais de atendimento da ouvidoria são: presencial, e-mail (ouvidoriasuspvh@gmail.com), WhatsApp (69-9-8473-6050), Fala.BR, E-Sic, está em desenvolvimento um sistema próprio para ouvidoria do SUS pela Superintendência Municipal de Tecnologia da Informação (SMTI). A média de atendimentos/dia em cada um dos canais, segue da seguinte forma: E-sic – 1 atendimento/dia, Fala.Br – 2 atendimentos/dia, e-mail – 3 atendimentos/dia, WhatsApp – 10 atendimentos/dia, presencial – 1 atendimento/dia, totalizando uma média geral de 17 atendimentos/dia. Ressalta-se que este quantitativo poderá ser alterado conforme confecção de outros relatórios periódicos e divulgação do canal da Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS).

É possível constatar que há problemas na Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) que são passíveis de solução com implementação de instrumentos de gestão de trabalho, elaboração de relatórios e análise estratégica das demandas da população. Para isso, é necessário metas adequadas para Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) no Novo Plano Municipal de Saúde para concretização da saúde pública, gratuita e qualidade para população de Porto Velho (PV).

3.11.3.2. Comunicação

As atividades de Comunicação exercidas no âmbito da Prefeitura do município de Porto Velho têm suas ações coordenadas pela Superintendência Municipal de Comunicação (SMC) , criada através da Lei complementar nº 832, de 31 de dezembro de 2020, com a finalidade de servir a todos os órgãos da Administração Direta, vinculada à Secretaria Geral de Governo (SGG).

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) possui atualmente em sua estrutura um Assessor de Comunicação disponibilizado pela Superintendência, para gerir e executar as atividades de comunicação do setor, sejam estas:

- Clipping de notícias;
- Levantamento de assuntos com as unidades que devem ser comunicados (divulgação imprensa, redes sociais, públicos de interesse);
- Produção de textos com os assuntos mais relevantes para distribuição (imprensa, em espe-



cial, redes sociais);

- Conferência de textos elaborados pela Superintendência Geral de Comunicação (SGC) - checagem com as unidades;
- Diagnóstico da imagem institucional da unidade (imprensa, redes sociais, públicos de interesse);
- Planejamento de comunicação (e todas as áreas/divisões na comunicação);
- Acompanhamento de entrevistas;
- Preparo e orientação aos porta-vozes (media training), etc.

Na dinâmica deste trabalho na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) percebe-se grande dificuldades para atender as demandas dos setores, sendo detectados atrasos para obter respostas nas informações e nas checagens dos dados, frente as solicitações que envolvem os processos de trabalho da Rede Atenção à Saúde (RAS) no município.

Dentre os problemas levantados pela Assessoria de Comunicação estão:

- Ausência de unidade de comunicação na instituição, sem histórico, apenas como parte da unidade de educação (legislação municipal confusa e/ou inadequada);
- Ausência de planejamento de comunicação; e
- Ausência de quadro de recursos humanos para atender o intenso volume de demandas de comunicação da Secretaria.

3.12. Gestão de pessoas

3.12.1. Gestão do trabalho

Para manter em funcionamento os 106 Estabelecimentos de Saúde que conformam os pontos de atenção da rede municipal, incluindo a sede administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), a administração municipal possui cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), 4.279 servidores, sendo 84,4% funcionários do grupo saúde. Segundo o Cadastro



Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), nos últimos quatro anos, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) aumentou o contingente da força de trabalho em 32%, porém ainda não conseguiu, suprir a totalidade das demandas programadas no Plano Municipal de 2018-2020, para a implantação de novos serviços, tais como: Aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 70%; implantação de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); novos modelos de farmácia básica, cobertura nas ações de controle vetoriais, entre outros.

O Departamento de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), registrou no final do ano de 2020, através do sistema e-cidade, um total de 3.937 servidores efetivos contratados, estando incluso aqueles em funções administrativas e não assistenciais. Em contratos temporários e cargos em comissão registrou 687 contratados (Tabela 39).

Tabela 39. Recursos humanos segundo ocupações por nível CBO-2002, Porto Velho-RO, 2016 a 2020.

OCUPAÇÕES	2016/DEZ	2017/DEZ	2018/DEZ	2019/DEZ	2020/DEZ
Nível Superior - grupo saúde	938	989	1081	1284	1815
Nível Técnico Auxiliar - grupo saúde	652	675	633	693	1098
Nível Elementar - grupo saúde	668	653	642	673	698
TOTAL	2258	2317	2356	2650	3611
Ocupações administrativas	627	613	612	664	668
TOTAL GERAL	2885	2930	2968	3314	4279

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil
 acesso por TABNET – CNES em 04/08/2021.

Tabela 40. Recursos humanos do grupo saúde segundo ocupações de nível superior CBO-2002, Porto Velho-RO, 2016 a 2020.

OCUPAÇÕES DE NÍVEL SUPERIOR	2016/DEZ	2017/DEZ	2018/DEZ	2019/DEZ	2020/DEZ
Assistente Social	32	30	29	31	28
Bioquímico/Farmacêutico	20	33	43	90	172
Médico clínico geral	108	111	114	138	171
Médico Saúde da Família	63	58	54	57	57
Médico Generalista Alopata	-	-	-	2	2
Médico especialista	86	87	95	115	212
Enfermeiro	180	170	173	183	344
Fisioterapeuta	31	35	36	58	102
Fonoaudiólogo	20	24	30	32	46
Nutricionista	12	13	20	21	33
ODONTÓLOGO	261	284	326	364	398
PSICÓLOGO	59	66	82	92	112
Biólogo	1	1	1	13	15
BioMédico	51	61	59	66	93
Médico veterinário	7	7	10	11	11
Engenheiro Agrônomo	1	1	1	1	1
Físico	-	-	-	1	1
Químico	2	2	2	1	1
Terapeuta ocupacional	4	6	6	8	16
TOTAL	938	989	1081	1284	1815

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil
 acesso por TABNET – CNES em 04/08/2021.



Tabela 41. Recursos Humanos do Grupo Saúde segundo ocupações de nível técnico auxiliar CBO-2002, Porto Velho-RO, 2016 a 2020.

OCUPAÇÕES DE NÍVEL TÉC AUX	2016/DEZ	2017/DEZ	2018/DEZ	2019/DEZ	2020/DEZ
Auxiliar de enfermagem	81	84	72	73	67
Fiscal Sanitário	23	23	23	23	23
Técnico de enfermagem	346	374	352	389	762
Técnico e auxiliar de farmácia	15	13	15	15	24
Técnico e auxiliar de laboratório	120	116	121	119	120
Técnico e auxiliar de saúde oral	20	21	9	29	32
Técnico e auxiliar de radiologia médica	38	35	33	36	56
Auxiliar de Saúde Navegação Marítima	4	4	4	4	4
Instrumentador Cirúrgico	-	-	-	-	5
Mecânico de Manut. Automóveis Motoc.	1	1	1	1	1
Técnico de Saneamento	4	4	3	4	4
TOTAL	652	675	633	693	1.098

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil acesso por TABNET – CNES em 04/08/2021.

Tabela 42. Recursos humanos do grupo saúde segundo ocupações de nível elementar CBO-2002, Porto Velho-RO, 2016 a 2020.

OCUPAÇÕES DE NÍVEL ELEMENTAR	2016/DEZ	2017/DEZ	2018/DEZ	2019/DEZ	2020/DEZ
Agente comunitário de saúde	504	483	473	473	501
Agente de saúde pública agente de saneamento	119	127	128	131	130
Atendente de consultório dentário	30	27	23	25	25
Atendente de enfermagem atend. berçário	4	4	3	3	2
Atendente de farmácia balconista	11	12	15	41	40
TOTAL	668	653	642	673	698

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil acesso por TABNET – CNES em 04/08/2021.

Ultimamente, a secretaria vem sofrendo com a urgente necessidade de adequação do seu quadro de pessoal para fins de conseguir atender com a necessária eficiência e eficácia os serviços de sua competência, considerando o aumento populacional destes últimos anos. Os dois últimos concursos efetivos realizados pela Prefeitura, foram nos anos de 2011 e 2015, contemplando alguns cargos para o preenchimento de vagas existentes a época, conforme demonstrado no Quadro 39.

Quadro 39. Demonstrativo do chamamento de recursos humanos do concurso público, Porto Velho-RO, comparativo de 2011 e 2015.

CARGO	CONCURSO 2011	CONCURSO 2015	TOTAL
	QUANTITATIVO CHAMAMENTO	QUANTITATIVO CHAMAMENTO	
Enfermeiro – Zona Urbana	106	0	106
Enfermeiro – Zona Rural	11	0	11
Médico- Zona Urbana	249	313	562
Médico- Zona Rural	08	08	16



Odontólogo- Zona Urbana	11	29	40
Odontólogo- Zona Rural	04	0	04
Técnico de Enfermagem- Zona Urbana	262	0	262
Técnico de Enfermagem- Zona Rural	05	0	05
Técnico de Higiene Dental- Zona Urbana	0	51	51
TOTAL	656	401	1057

Fonte: SEMAD/Prefeitura do Município de Porto Velho/RO.

Observa-se que do ano de 2011 até o momento atual houve uma evolução quanto ao surgimento de novos atendimentos na saúde. Muitos serviços foram inaugurados, ampliados, podendo-se citar: a inauguração do Call Center, da Upa de Jaci Paraná, ampliação dos leitos das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), evidenciando a necessidade de adequação do quadro de recursos humanos. Como consequência desta situação, atualmente há uma grande utilização do pagamento de extras aos servidores para manter a continuidade dos serviços.

Conforme Lei nº 391 de 06 de julho de 2010, Lei nº 449 de 09 de abril de 2012 e Lei nº 596 de 23 de dezembro de 2015 foram criados os cargos para fins de suprir o quadro de pessoal desta Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA). No entanto, do total criado por Lei, todos os cargos ainda se encontram com vagas a serem providas, mesmo considerando os emergenciais contratados temporariamente.

Diante do cenário vivenciado com o surgimento do novo coronavírus (COVID-19) em dezembro de 2019 na China, o município de Porto Velho precisou organizar sua rede municipal de saúde para atender as demandas previstas pela pandemia. Com a escassez de profissionais e posterior adoecimento dos mesmos, foi requisitado pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), a elaboração de Processo Seletivo Simplificado para profissionais da saúde, destinado a Contratação Temporária de Excepcional de Interesse Público.

Através dos EDITAIS Nº 016/SEMAD/2020, Nº 17/SEMAD/2021 e Nº 21/SEMAD/2021, foi realizada a Contratação Temporária Excepcional de Interesse Público, dos seguintes cargos: biomédico, bioquímico, farmacêutico, técnico de laboratório, enfermeiro, médico clínico geral, médico radiologista, técnico em radiologia, assistente administrativo e técnico em enfermagem, para atuarem no enfrentamento da Pandemia.

Além dessa iniciativa, a Prefeitura autorizou a reclassificação para 40% de insalubridade para os servidores e profissionais diretamente envolvidos com assistência a pacientes com COVID.

Como consequência do quadro exposto, atualmente a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) possui um gasto total de folha de pagamento que atinge a 79% dos gastos anuais em Saúde.



3.12.2. Gestão da educação permanente em saúde

A Educação Permanente em saúde faz parte de uma política que se baseia na interpretação da aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, transformando as práticas profissionais.

Na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) esta política é coordenada pelo Núcleo de Gerenciamento Permanente (NUGEP) e as ações são desenvolvidas em três eixos organizacionais.

Eixos 1 - Gerência de ensino e pesquisa

Os objetivos desse eixo são:

I - Ampliar e qualificar as parcerias com as Intuições de Ensino Superior e Escolas Técnicas de formação da área da saúde, para desenvolvimento de projetos de formação e pesquisa vinculados a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA).

II- Definir e nortear quais equipamentos e unidades da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) serão utilizados como cenários de práticas na formação de novos profissionais de saúde.

III- Normatizar e regimentar junto as Instituições de Ensino Superior (IES) e Escolas técnicas as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) para o uso dos cenários de prática.

Neste sentido foram realizadas ações de monitoramento das formações de Pós-Graduações *Lato e Stricto Sensu*, em especial, as formações dos Programas de Residências Uni e Multiprofissionais em Saúde conveniadas com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), desenvolvidas nos cenários de práticas nos pontos de atenção da rede do sistema municipal de saúde

Ao longo da gestão 2018-2021, foram implementados novos programas e potencializados outros, no sentido de ampliar o escopo de ofertas e produções de cuidados nos serviços de Porto Velho (PV).



Eixo 2 - Pesquisa e Extensão,

Neste eixo são acompanhados e emitidos de Termos de Anuência e Pareceres Técnicos de Avaliação de Estudos e Pesquisas que tem como campo a rede municipal, com objetivo de coparticipar da produção científica, bem como monitorar a execução dos mesmos juntos aos serviços, profissionais, usuários e comunidade.

Eixo 3 - Gerência dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde

Este eixo tem como finalidade a ampliação e descentralização da aprendizagem em serviços realizados em toda a rede de atenção à saúde, através dos Núcleo de Educação Permanente (NEPS).

Os núcleo de educação permanente (NEPS) têm como objetivos:

- Organizar a agenda de educação permanente anual com ações que respondam às necessidades específicas dos servidores da Unidade por categoria profissional e encaminhar para o Núcleo Gestor de Educação Permanente em Saúde (NUGEP);
- Elaborar os projetos voltados para a Capacitação dos recursos humanos da unidade em conformidade com as demandas de formação levantadas;
- Organizar e executar os projetos de educação desenvolvidos dentro da unidade;
- Elaborar regimento interno, protocolos de atendimento, normas e rotinas das unidades em conjunto com as gerências administrativas, de enfermagem e médica;
- Acompanhar as atividades de residência médica, dos estágios acadêmicos e de escolas técnicas com a observância das normativas instituídas pelo NUGEP;
- Prover material e recursos necessários para a realização dos eventos dos Núcleos de Educação Permanente (NEP) dentro das unidades de saúde;
- Participar das reuniões de planejamento convocados pelo Núcleo Gestor de Educação Permanente em Saúde (NUGEP);
- Manter arquivos atualizados e elaborar relatório mensal de atividades desenvolvidas pela equipe do núcleo de educação permanente (NEP).

De 2018 a 2020 o NUGEP, implantou e qualificou 25 Núcleos Descentralizados na zona urbana, portariados a partir de 24 julho de 2019, distribuídos pelas unidades de Média e Alta Complexidade, bem como as responsáveis pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Na zona rural foram implantados, 23 Núcleos de educação permanente (NEP)/terrestres, com seus integrantes ainda em qualificação.



4. DIRETRIZES E OBJETIVOS PARA O QUADRIÊNIO 2022-2025

DIRETRIZ 1

A Diretriz 1 do PMS (2022-2025) trata do **“Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização das Redes de Atenção à Saúde”**. Essa diretriz tem como base os seguintes objetivos:

- Assegurar a estratégia de saúde da família como fortalecedora da atenção básica e orientadora da Rede de Atenção à saúde (RAS).
- Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.
- Organizar a atenção a saúde nos ciclos de vida promovendo fortalecimento das linhas de cuidados nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Nesse contexto, para cumprir o que está proposto por essa diretriz será necessário levar em consideração os atributos e as funções da Atenção Primária à Saúde (APS) descritas por Starfield (2002) e Mendes (2012).

São atributos principais: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família, a orientação comunitária e a competência cultural.

Além dos atributos, é importante ressaltar que para cumprir os objetivos propostos acima será necessário ainda ter como foco as funções essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS): a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização.

Um dos grandes desafios para a Atenção Primária à Saúde (APS) é organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema de saúde, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, minimizando os custos econômicos e a satisfazendo as demandas da população utilizando a estratégia saúde da família como modelo de atenção, buscando não somente atender apenas a demanda de eventos agudos de saúde, mas sim, alcançar o modelo de atenção proposto por Mendes (2011) que traz o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) que leva em consideração a estratificação da população em riscos de saúde, os determinantes sociais da saúde e as intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica.





DIRETRIZ 2

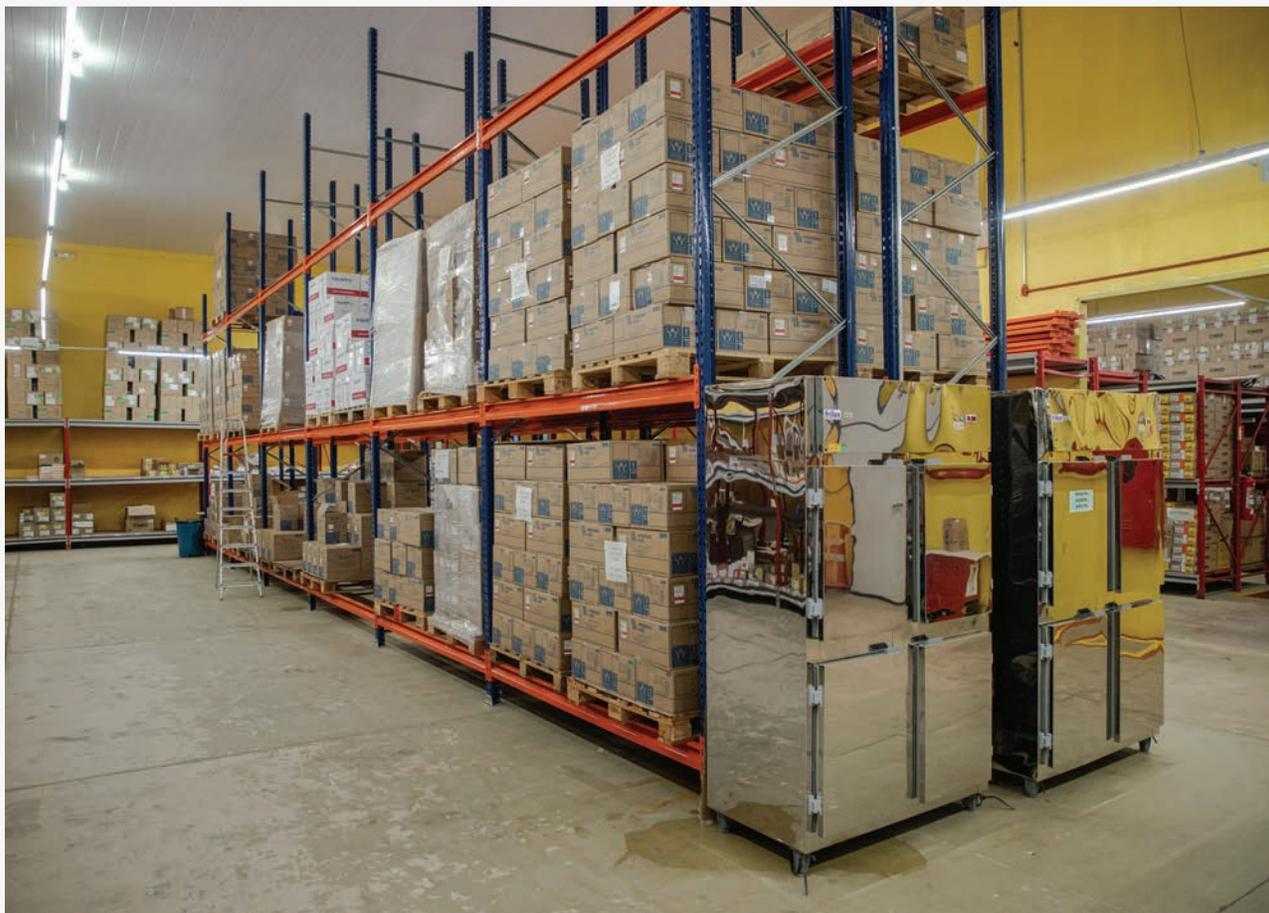
A Diretriz 2 visa **“Ampliar a resolutividade, integração e qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS)”**. Essa diretriz tem como base os seguintes objetivos:

- Promover a oferta de serviços de atenção especializada com vistas a qualificação da atenção integral à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Promover a oferta dos serviços de urgência e emergência, reduzindo os impactos da morbimortalidade por causas externas e problemas de condições agudas na rede de saúde

As Redes de Atenção à Saúde devem ser organizadas de forma poliárquica como um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitam ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS) (Mendes, 2011).

Este modelo hegemônico e hierárquico ainda presente em muitos serviços de saúde mostra que a oferta nunca será suficiente se trabalhada nessa lógica de atender a tudo e a todos sem uma estratificação de risco da população e sem uma organização dos pontos de atenção para que os serviços se conectem entre si por meio da coordenação do cuidado de acordo com a densidade tecnológica dos níveis de atenção primário, secundário e terciário.

O grande desafio das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é o conflito entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde que hoje ainda é praticado de forma hegemônico e hierárquico e que constitui um dos problemas fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo das metas propostas nessa Diretriz deve ter como proposta melhorar a qualidade da atenção e a qualidade de vida dos usuários, bem como aprimorar os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde.



DIRETRIZ 3

A Diretriz 3 trata da **“Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da Rede da Atenção à Saúde (RAS) municipal”**. Essa diretriz tem como base os seguintes objetivos:

- Manter a cobertura de medicamentos em todas as unidades da rede municipal promovendo o Uso Racional de medicamentos (URM).
- Fortalecer os serviços da Assistência Farmacêutica em todas as etapas do ciclo assistencial.
- Fortalecer o gerenciamento da rede de laboratórios de análise clínicas otimizando a capacidade instalada e ampliando o acesso dos usuários aos serviços.
- Aprimorar o sistema logístico de aquisição, armazenagem, monitoramento de estoques e distribuição de materiais.
- Implementar e fortalecer a Política Municipal de Avaliação, Controle, e Regulação com seus componentes.
- Modernizar e ampliar a capacidade operacional do apoio diagnóstico de imagem

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que devem ser integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado.

Os Sistemas de Apoio são os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica que envolve



a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos; e pelos sistemas de informação em saúde.

Os Sistemas Logísticos são soluções em saúde, que utiliza as ferramentas da tecnologia de informação, trazendo um conceito de integração vertical. Consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na rede de atenção à saúde. Estão voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos da rede de atenção à saúde são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários.

A governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Exercer uma governança solidária nas regiões de saúde implica o compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e de apoio, e de um processo contínuo de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). No processo de governança são utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistema de monitoramento e avaliação.

O desafio de atingir os objetivos dessa Diretriz são: melhorar os resultados sanitários nas condições crônicas; diminuir as referências para as especialidades ambulatoriais e hospitalares; aumentar a eficiência dos sistemas de atenção à saúde e aumentar a satisfação dos usuários.

DIRETRIZ 4

A Diretriz 4 trata do **“Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população”**. Essa diretriz tem como base os seguintes objetivos:





- Promover a prevenção, redução, eliminação dos riscos à saúde, e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens, e da prestação de serviços de interesse da saúde.
- Promover a detecção, prevenção e monitoramento de doenças e agravos transmissíveis, não transmissíveis e doenças negligenciadas, bem como os fatores que as condicionam.
- Detectar e intervir nos fatores de riscos ambientais que interferem na saúde humana transmitida por vetores e zoonoses de relevância.
- Garantir a capacidade de alerta e resposta rápida frente as emergências de saúde pública.

É a diretriz que engloba as atividades da Vigilância em Saúde, e esta por sua vez se constitui num processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013).

A Vigilância em Saúde, visa a integralidade do cuidado, e deve estar inserida na construção das Redes de Atenção à Saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde. Em Porto Velho está constituída pelas Vigilâncias: Epidemiológica, Sanitária, e ambiental, e também pelo Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde.

Um dos grandes desafios é a integração entre as ações de vigilância e a atenção primária, de modo a compartilhar ações em comum no território de abrangência das equipes e dessa forma avançar em um trabalho planejado de forma integrada entre vigilância e assistência.

DIRETRIZ 5

A Diretriz 5 aborda o **“Fortalecimento do controle social, da comunicação e informação em saúde junto à população”**. Essa diretriz tem como base os seguintes objetivos:





- Promover e modernizar os sistemas de informação e comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).
- Ampliar a participação da população no controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Fortalecer e modernizar os serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa Diretriz tem como base legal o próprio conceito constitucional de saúde, expresso como um direito da cidadania. Para fortalecer esse direito torna-se importante envolver e incentivar os munícipes a participarem do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), não apenas para reivindicar novas ações e serviços, mas para conhecer as formas de acessá-los e utilizá-los, promovendo ainda, o sentimento de pertença e de defesa desse sistema.

O desafio da comunicação e informação é universalizar essas ferramentas nos processos de trabalho internos do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando transparente entre os servidores as decisões e estratégias de gestão produzidas por cada setor da saúde; externamente, no sentido de promover e assegurar a participação dos cidadãos na construção das políticas públicas da área.

A ouvidoria deve trabalhar no sentido de acolher as manifestações de satisfação e expectativas dos cidadãos frente aos serviços disponibilizados a população. O Conselho Municipal de Saúde (CMS), é a forma de participação popular representativa diante das decisões da gestão do sistema.

DIRETRIZ 6

A Diretriz 6 versa sobre o **“Fortalecimento da gestão de pessoas e dos processos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS)”**. Essa diretriz tem como base os seguintes objetivos:

- Desenvolver estratégias para o fortalecimento da Política Nacional e Municipal de Educação Permanente.
- Promover a formação e qualificação de recursos humanos em saúde, a partir das necessidades em saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Promover a valorização dos trabalhadores, desprecarização e a democratização das relações de trabalho.
- Desenvolver a vocação formadora da Rede Municipal de Saúde, alinhada às necessidades do





Sistema Único de Saúde (SUS)/Escola.

- Reorganizar e fortalecer o modelo administrativo e estrutural da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) para as ações de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O exercício de uma boa Gestão de Pessoas é fundamental para a produção dos bens e serviços de uma instituição, sendo também ímpar para dar prosseguimento as transformações exigidas no próprio planejamento desta.

A Gestão de Pessoas envolve dois aspectos das relações com os recursos humanos da instituição. De um lado, aquelas questões relacionadas com o sistema de produção de recursos humanos – a formação/preparação para o trabalho; de outro lado, as questões relativas ao sistema de utilização de Recursos Humanos – a gestão do trabalho.

Quanto ao aspecto da formação para o trabalho, essa diretriz enfatizará o desenvolvimento das políticas de educação permanente, que buscam garantir um processo de aprendizagem contínua dos envolvidos, promovendo o protagonismo dos sujeitos que participam e constroem o Sistema Único de Saúde (SUS).

No lado da gestão do trabalho, nessa diretriz, serão apresentados compromissos em desenvolver ações que envolvem a atenção a saúde do servidor e a segurança no trabalho.

Por fim, também abordará a importância do planejamento para conduzir o cumprimento dos objetivos, metas e ações propostas para o período, assim como, dar instrumentos a gestão para a análise e tomadas de decisão mediante o desvio dos propósitos deste sistema.

5. PLANILHA DE METAS PARA O QUADRIÊNIO

A seguir apresentaremos o Quadro 40 que contempla a planilha de metas para o quadriênio 2022-2025 que descreve todas as metas propostas no plano municipal de saúde, o indicador de monitoramento e a linha de base de partida com as propostas de metas ano a ano elaborado pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA).





Quadro 40. Planilha de metas para o Quadrênio 2022-2025, Porto Velho-RO.

DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização as RAS.												
OBJETIVO Nº 1.1. Assegurar a estratégia de saúde da família como fortalecedora da atenção básica e orientadora da RAS.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
1.1.1	Ampliar para 70% a cobertura populacional das equipes na Atenção Básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	52,8	2020	Porcentagem	70%	Cresce em relação a linha de base	Porcentagem	57,1	61,4	65,7	70,0
1.1.2	Equipar 100% das Unidades Básicas de Saúde com reformas ou construções concluídas.	Proporção de UBS equipadas no ano considerado.	0	2021	Porcentagem	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100
1.1.3	Manter 100% das Equipes de Saúde da Família existentes com composição mínima (01 médicos, 01 enfermeiros, 02 técnicos de enfermagem, 01 cirurgiões dentistas, 01 auxiliares/técnicos de saúde bucal, 06 agentes comunitários de saúde).	Proporção de 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.	100	2020	Porcentagem	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100



Quadro 41. Disponibilidade orçamentária para o quadriênio 2022-2025, Porto Velho-RO. Fonte: CFM/SEMUSA/PV/RO.

DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização as RAS.												
OBJETIVO Nº 1.1. Assegurar a estratégia de saúde da família como fortalecedora da atenção básica e orientadora da RAS.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
1.1.4	Cadastrar 100% das pessoas do território de atuação das equipes de saúde da família.	Proporção de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família.	66	2020	Porcentagem	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100
1.1.5	Criar 01 núcleo Gestor de Alimentação e Nutrição do SUS.	Número núcleo gestor de ações de alimentação e nutrição do SUS implantado.	00	2019	Número	01	Absoluta	Número	00	01	00	00
1.1.6	Criar o Centro de Referência de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.	Número o Centro de Referência de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde criado.	0	2021	Número	1	Absoluta	Número	1	00	00	00

DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização as RAS.												
OBJETIVO Nº 1.1. Assegurar a estratégia de saúde da família como fortalecedora da atenção básica e orientadora da RAS.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
1.1.7	Implantar Práticas Integrativas Complementares em 13 Unidades Básicas de Saúde (12 urbanas e 1 rural)	Número de unidades implantadas no ano	2	2021	Número	13	Cumulativa para atingir a meta plano	Número	4	3	3	3
1.1.8	Implantar 20 Pontos de Telessaúde nas Unidades Básicas de Saúde	Número de unidades básicas de saúde com a ferramenta de telessaúde implantada.	-	2021	Número	20	Cumulativa para atingir a meta plano	Número	05	10	15	20

DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização as RAS.												
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
1.2.1	Aumentar em 80% a cobertura por equipe multiprofissional à população de rua.	Cobertura da equipe multiprofissional de consultório de rua.	61,1%	2020	Porcentagem	80%	Crescente em relação a linha de base	Porcentagem	63,5	69	74,5	80



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização as RAS.
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.

Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
1.2.2	Implantar 01 unidade móvel de atendimento clínico e odontológico à população de rua no município.	Número de Unidade Móvel implantada.	0	2020	Número	01	Absoluta	Número	00	01	00	00
1.2.3	Aumentar para 60% o número de gestantes cadastradas no e-SUS, com atendimento odontológico realizado.	Proporção de gestantes cadastradas no e-SUS com atendimento odontológico, no mesmo local e período.	46,3	2019	Porcentagem	60%	Crescente em relação a linha de base	Porcentagem	50	55	60	60

DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização das RAS.
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.

Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
1.2.4	Reduzir para 5% a proporção de exodontia em relação aos procedimentos odontológicos	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos em	10,7	2019	Porcentagem	5%	Decrescente em relação a linha de base	Porcentagem	10	7	6	5



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização das RAS.												
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
	até 2025.	determinado local e período (SISPACTO).										
1.2.5	Aumentar a média da ação de escovação dental supervisionada direta na população de 5 a 14 anos para 2 % até 2025.	Média da ação de escovação dental supervisionada direta na população de 5 a 14 anos	0,8	2019	Média	2	Crescente em relação a linha de base	Média	1	1,5	2	2
1.2.6	Ampliar para 65% a cobertura de equipes de saúde bucal na atenção básica.	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.	57,3	2020	Porcentagem	65%	Crescente em relação a linha de base	Porcentagem	59,2	61,1	63	65



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização das RAS.												
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
1.2.7	Ampliar para 110 o número de escolas com ações de saúde bucal, a cada biênio, conforme adesão ao PSE.	Número de escolas com ação de saúde bucal, conforme adesão ao PSE.	92	2019	Número	110	Crescente em relação a linha de base	Número	92	106	106	110
1.2.8	Manter em no mínimo um, a razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas Odontológicas Programáticas até 2025.	Razão entre Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas.	0,4	2019	Razão	1	Fixa	Razão	1	1	1	1
1.2.9	Ofertar 6.883 (população estimada com necessidade de prótese) próteses dentárias total ou removível para população cadastrada nas Equipes de Saúde da Família.	Número de instalação de prótese dentária total ou removível realizada pela equipe de saúde bucal, em determinado local e período.	0	2020	Número	6883	Fixa	Número	6883	6883	6883	6883



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização das RAS.											
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.											
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024
1.2.10	Ampliar a capacidade de uma rede de frio municipal certificando o alcance das coberturas vacinais conforme parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde.	Uma Rede de Frio em operação cumprindo 100% das normas indicadas pelo Manual da Rede de Frio do Ministério da Saúde.	50%	2021	100%	Crescente em relação a linha de base	Porcentagem	65	80	90	100
1.2.11	Atingir anualmente cobertura vacinal de 95% da vacina poliomielite em população menor de dois anos.	Cobertura com a vacina poliomielite em menores de dois anos.	25%	2019	95%	Fixa	Porcentagem	95	95	95	95
1.2.12	Atingir anualmente cobertura vacinal de 95% da vacina pentavalente em população menor de dois anos.	Cobertura com a vacina pentavalente em menores de dois anos.	25%	2019	95%	Fixa	Porcentagem	95	95	95	95



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização das RAS.												
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
1.2.13	Atingir anualmente cobertura vacinal de 95% da vacina pneumocócica 10 valente em população menor de dois anos.	Cobertura com a vacina pneumocócica 10 valente em menores de dois anos	25%	2019	Porcentagem	95%	Fixa	Porcentagem	95	95	95	95
1.2.14	Atingir anualmente cobertura vacinal de 95% da vacina tríplice em população menor de dois anos.	Cobertura com a vacina tríplice em menores de dois anos.	25%	2019	Porcentagem	95%	Fixa	Porcentagem	95	95	95	95
1.2.15	Manter em 100% a cobertura de suplementação de Vitamina A de 100.000 UI em crianças na faixa etária de 6 a 11 meses.	Cobertura de suplementação de vitamina A de 100.000 UI em crianças na faixa etária de 6 a 11 meses.	131%	2020	Porcentagem	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização das RAS.												
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
1.2.16	Aumentar para 80% a cobertura da 1ª dose de Vitamina A de 200.000 UI em crianças na faixa etária de 12 a 59 meses.	Cobertura da 1ª dose de suplementação de vitamina A de 100.000 UI em crianças na faixa etária de 12 a 59 meses.	64,5%	2020	Porcentagem	80%	Fixa	Porcentagem	80	80	80	80
1.2.17	Aumentar para 50% a Cobertura da 2ª dose de suplementação de vitamina A de 100.000 UI em crianças na faixa etária de 12 a 59 meses.	Cobertura da 2ª dose de suplementação de vitamina A de 100.000 UI em crianças na faixa etária de 12 a 59 meses.	28,8%	2020	Porcentagem	50%	Fixa	Porcentagem	50	50	50	50
1.2.18	Aumentar para 80% a cobertura de suplementação de mega dose de Vitamina A	Cobertura de suplementação de mega dose de vitamina A em mulheres no pós-parto imediato.	60,7%	2020	Porcentagem	80%	Fixa	Porcentagem	80	80	80	80



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização das RAS.													
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.													
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista				
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025	
	em mulheres no pós-parto imediato.												
1.2.19	Aumentar para 50% a cobertura de suplementação de sulfato ferroso em crianças na faixa etária de 6 a 24 meses.	Cobertura de suplementação de sulfato ferroso em crianças na faixa etária de 6 a 24 meses.	11,7%	2020	Porcentagem	50%	Fixa	Porcentagem	50	50	50	50	
1.2.20	Manter em 100% a cobertura de suplementação de Sulfato Ferroso em gestantes.	Cobertura de suplementação de sulfato ferroso em gestantes.	100%	2020	Porcentagem	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100	



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização das RAS.											
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.											
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024
1.2.21	Manter em 100% a cobertura de suplementação de Ácido Fólico em gestantes.	Cobertura de suplementação de ácido fólico em gestantes.	100%	2020	Porcentagem	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100
1.2.22	Aumentar para 80% a cobertura de suplementação de Sulfato Ferroso em puérperas.	Cobertura de suplementação de Sulfato Ferroso em puérperas.	68,7%	2020	Porcentagem	Fixa	Porcentagem	80	80	80	80
1.2.23	Ampliar a Estratégia de Fortificação Alimentar-NutriSus - para 10 escolas municipais de ensino infantil.	Número de escolas de ensino infantil aderidas ao NutriSus.	03	2019	Número	Cumulativa para atingir a meta plano	Número	01	03	05	07
1.2.24	Implementar em 60 % das Unidades de Saúde o Sistema de Vigilância alimentar e Nutricional.	Proporção de Unidades de Saúde com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional implantado.	00	2020	Porcentagem	Crescente em relação a linha de base	Porcentagem	15	30	45	60



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização das RAS.
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.

Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
1.2.25	Implantar o programa Crescer Saudável em 50% das escolas aderidas ao PSE.	Proporção de Escolas aderidas ao PSE com o Programa Crescer Saudável implantado.	00	2020	Porcentagem	50%	Crescente em relação a linha de base	Porcentagem	13	25	38	50

DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização das RAS.
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.

Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
1.2.26	Aumentar para 65% a cobertura do monitoramento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	45	2019	Porcentagem	65%	Crescente em relação a linha de base	Porcentagem	50	55	60	65



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização das RAS.												
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
1.2.27	Aumentar a adesão do Programa Saúde na Escola (PSE), a cada biênio para 110 escolas (Prioritária e não prioritária).	Número de escolas prioritárias e não prioritárias aderidas ao PSE.	92	2021	Número	110	Crescente em relação a linha de base	Número	92	106	106	110
1.2.28	Aumentar para 80% a proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase, diagnosticados nos anos das coortes.	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	60%	2020	Porcentagem	80%	Crescente para atingir a meta plano	Porcentagem	65	70	75	80
1.2.29	Aumentar para 90% a proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes.	Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes.	82%	2020	Porcentagem	90%	Crescente para atingir a meta plano	Porcentagem	83	85	87	90



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização das RAS.												
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
1.2.30	Aumentar para 80% a proporção de cura nos casos novos de tuberculose pulmonar positiva com confirmação laboratorial.	Proporção de cura nos casos novos de tuberculose pulmonar positiva com confirmação laboratorial.	63,3%	2020	Porcentagem	80%	Crescente para atingir a meta plano	Porcentagem	68	73	78	80
1.2.31	Aumentar para 50% a proporção dos contatos examinados entre os casos novos de tuberculose pulmonar positiva com confirmação laboratorial.	Proporção de contatos examinados dos casos novos de tuberculose pulmonar positiva com confirmação laboratorial, no ano da coorte.	21,4%	2020	Porcentagem	50%	Crescente para atingir a meta plano	Porcentagem	28	32	40	50



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização das RAS. OBJETIVO Nº 1.3. Organizar a atenção a saúde nos ciclos de vida promovendo fortalecimento das linhas de cuidados nas RAS.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
1.3.1	Reduzir a taxa de mortalidade infantil em 5% ao ano.	Taxa de mortalidade infantil.	17,63	2020	Taxa	5%	Decrescente em relação a linha de base	Porcentagem	16,7	15,8	14,9	14,1
1.3.2	Reduzir 10% em relação ao ano anterior, o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano residente em determinado espaço geográfico no ano considerado.	57	2019	Número	37	Decrescente em relação a linha de base	Número	51	46	41	37
1.3.3	Reduzir à zero o número de casos de AIDS em menores de 5 anos.	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	1	2020	Número	00	Fixa	Número	00	00	00	00



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização das RAS.												
OBJETIVO Nº 1.3. Organizar a atenção a saúde nos ciclos de vida promovendo fortalecimento das linhas de cuidados nas RAS.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
1.3.4	Reduzir para 10% o percentual de gravidez na adolescência até 2025.	Proporção de gravidez na adolescência.	15,3	2020	Porcentagem	10%	Decrescente em relação a linha de base	Porcentagem	13,9	12,6	11,3	10
1.3.5	Aumentar para 60% a proporção de gestantes com 6 semanas de gestação/ N° de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.	N° de gestantes com 6 consultas pré-natal sendo a 1° até 20 semanas de gestação/ N° de gestantes identificadas.	35	2019	Porcentagem	60% (6,2%/ano)	Crescente em relação a linha de base	Porcentagem	41,2	47,5	53,7	60



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização das RAS.												
OBJETIVO Nº 1.3. Organizar a atenção a saúde nos ciclos de vida promovendo fortalecimento das linhas de cuidados nas RAS.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
1.3.6	Reduzir para cinco o número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	07	2019	Número	5	Fixa	Número	5	5	5	5
1.3.7	Ampliar para 44% a cobertura de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.	Cobertura de exame citopatológico.	14	2019	Porcentagem	44	Crescente em relação a linha de base	%	20	31	37	44
1.3.8	Aumentar de 0,4 para 0,5 a razão de exame para rastreamento do câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos realizado pelas eSF e AB.	Razão de exame de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos/População feminina da mesma faixa etária e local de residência.	0,4	2029	Razão	0,50	Crescente em relação a linha de base	Razão	0,4	0,4	0,5	0,5
1.3.9	Aumentar para 100% o número de UBS que desenvolvem ações em Atenção à Saúde do Homem.	Proporção de UBS que realizam ações em Atenção à Saúde do Homem.	0	2020	Porcentagem	100	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenamento e organização das RAS.												
OBJETIVO Nº 1.3. Organizar a atenção a saúde nos ciclos de vida promovendo fortalecimento das linhas de cuidados nas RAS.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
1.3.10	Reduzir em 2%, ao ano, a taxa de óbitos precoces (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças DCNT.	Mortalidade prematura de (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças DCNT.	222,8	2020	Taxa	204,9	Decrescente em relação a linha de base	Taxa	218,3	213,8	209,4	204,9
1.3.11	Reduzir em 2,5% a prevalência de fumantes adultos, em relação ao ano anterior.	Prevalência de fumantes adultos na faixa etária de 18 anos ou mais, em determinado local e período.	8%	2019	Porcentagem	7,2	Decrescente em relação a linha de base	Porcentagem	7,8	7,6	7,4	7,2
1.3.12	Reduzir 2% a proporção de internações na população de 60 anos ou mais.	Proporção de internações da população idosa de 60 anos ou mais, em determinado local e período.	14,3	2020	Porcentagem	13,1	Decrescente em relação a linha de base	Porcentagem	14,0	13,7	13,4	13,1



DIRETRIZ 2. Ampliar a resolutividade, integração e qualificação das RAS.												
OBJETIVO Nº 2.1. Promover a oferta de serviços de atenção especializada com vistas a qualificação da atenção integral à saúde dos usuários do SUS.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
2.1.1	Ampliar o acesso da atenção psicossocial a crianças e adolescentes com a implantação 02 de novos serviços.	Número de serviço de atenção psicossocial a crianças e adolescentes implantados.	00	2021	Número	02	Crescente em relação a linha de base	Número	01	00	01	00
2.1.2	Assegurar o matriciamento sistemático com a APS em 100% dos Pontos de Atenção Psicossocial.	Proporção de CAPS com ações de matriciamento na APS.	25%	2020	Porcentagem	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100
2.1.3	Ampliar o acesso da atenção à saúde a Pessoas com Deficiência, implantando 01 novo serviço especializado.	Número de Pontos de Atenção à saúde a Pessoas com Deficiência implantados.	00	2021	Número	01	Crescente em relação a linha de base	Número	00	01	00	00
2.1.4	Ampliar em 15% o acesso e a cobertura de atendimentos às demandas por problemas relacionados ao uso de drogas, suicídios e atendimentos às emergências psiquiátricas frente ao ano anterior.	Número de atendimentos individuais psicossocial do CAPSad frente ao ano base.	34.520	2019	Número	39.698	Crescente em relação a linha de base	Número	34.520	36.246	37.972	39.698
2.1.5	Assegurar o atendimento ambulatorial especializado compartilhado a 100% das gestantes de alto e muito alto risco acompanhadas na APS.	Proporção das consultas especializadas realizadas a gestante de alto e muito alto risco.	81,6%	2020	Porcentagem	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100



DIRETRIZ 2. Ampliar a resolutividade, integração e qualificação das RAS.											
OBJETIVO Nº 2.1. Promover a oferta de serviços de atenção especializada com vistas a qualificação da atenção integral à saúde dos usuários do SUS.											
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024
2.1.6	Assegurar o atendimento ambulatorial especializado compartilhado com a APS a 100% das crianças de alto risco de 0 – 2 anos cadastradas na APS.	Proporção das consultas realizadas as crianças de 0-2 anos classificadas de alto e muito alto risco em trabalho compartilhado com unidade especializada.	2,1%	2020	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100
2.1.7	Manter no mínimo 70% a proporção de parto normal na Maternidade Municipal Mãe Esperança - MIMME.	Proporção de parto normal na Maternidade Municipal Mãe Esperança - MIMME.	68%	2020	70%	Fixa	Porcentagem	70	70	70	70
2.1.8	Assegurar consultas ginecológicas em 100% das mulheres com exames alterados de citologia.	Proporção de consultas ginecológicas de prevenção ao câncer ofertadas frente ao número de consultas previstas para mulheres com exames citológicos alterados no período.	-	2020	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100
2.1.9	Assegurar consultas ginecológica em 100% das mulheres com exames alterados voltados a prevenção do câncer de mama.	Proporção de consultas ginecológicas em mastologia ofertadas frente o número previsto de consultas para mulheres com exames de mamografia com alterações no período.	-	2021	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100



DIRETRIZ 2. Ampliar a resolutividade, integração e qualificação das RAS.											
OBJETIVO Nº 2.2. Promover a oferta dos serviços de urgência e emergência, reduzindo os impactos da morbimortalidade por causas externas e problemas de condições agudas na rede de saúde.											
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024
2.2.1	Ampliar o acesso à atenção pré-hospitalar em 02 distritos da zona rural.	Número de bases descentralizadas do SAMU em distritos da zona rural.	01	2021	02	Crescente em relação a linha de base	Número	00	01	01	00
2.2.2	Ampliar os serviços de urgência e emergência pediátrica em uma unidade de Pronto Atendimento.	Número de serviço de urgência pediátrica implantado.	00	2021	01	Crescente em relação a linha de base	Número	00	00	01	00
2.2.3	Atender em 100% os parâmetros da Portaria GM/MS nº 10 de janeiro de 2017 que classifica unidades de pronto atendimento em relação aos atendimentos médicos individuais.	Proporção do número de atendimentos individuais produzidos pelas UPA's frente ao pactuado através da Portaria GM/MS nº 10 de janeiro de 2017, no ano.	234%	2019	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100
2.2.4	Atender em 100% os parâmetros da Portaria GM/MS nº 10 de janeiro de 2017 que classifica unidades de pronto atendimento em relação aos atendimentos de pacientes com acolhimento e classificação de risco.	Proporção de atendimentos individuais realizados com acolhimento e classificação de risco nas UPA's no período.	213%	2019	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100



DIRETRIZ 2. Ampliar a resolutividade, integração e qualificação das RAS.
OBJETIVO Nº 2.2. Promover a oferta dos serviços de urgência e emergência, reduzindo os impactos da morbimortalidade por causas externas e problemas de condições agudas na rede de saúde.

Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024
2.2.5	Reduzir em 5 % a média do tempo de resposta do SAMU (USA) até a unidade de referência.	Média de tempo resposta de cada chamada atendida para atender as remoções.	26'	2021	24' minutos	Decrescente em relação a linha de base	horas	24'	22'	21'	20'
2.2.6	Ampliar para 100% a classificação de risco obstétrico para as usuárias da Maternidade Mãe Esperança- MIMME.	Percentual de grávidas com atendidas com classificação risco na MIMME no período.	68%	2020	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100

DIRETRIZ 3. Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS.
OBJETIVO Nº 3.1. Manter a cobertura de medicamentos em todas as unidades da rede municipal, promovendo o Uso Racional de Medicamentos – URM.

Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de meta	Unidade de Medida	Meta prevista				
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024	2025
3.1.1	Assegurar que 100% das unidades de saúde sejam abastecidas com todos os medicamentos elencados na REMUME e de acordo com o perfil assistencial.	Proporção de medicamentos elencados na REMUME adquiridos no período.	90%	2020	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100	100
3.1.2	Fiscalizar perdas de medicamentos em 100% das unidades de saúde.	Proporção de Farmácia das Unidades de Saúde fiscalizadas.	00	2021	100%	Crescente	Porcentagem	70	80	90	100	
3.1.3	Estruturar em 100% a central de medicamento Farmacêutica modelo de acordo com as normas técnicas vigentes até 2025.	Percentual de itens atendidos das normas vigentes para Assistência Farmacêutica no período e ano.	20%	2020	100%	Crescente para atingir a meta plano	Porcentagem	30	40	50	100	



DIRETRIZ 3. Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS.											
OBJETIVO Nº 3.2. Fortalecer os serviços da Assistência Farmacêutica em todas as etapas do ciclo assistencial											
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024
3.2.1	Estruturar 100% das Farmácias das Unidades de Saúde para dispensação de medicamentos de acordo com o perfil assistencial.	Percentual de unidades farmacêuticas estruturadas para a dispensação de medicamentos, no período e ano.	18%	2020	Porcentagem	Crescente para atingir a meta plano	Porcentagem	25%	50%	75%	100%
3.2.2	Implantar 2 farmácias modelos com inserção do serviço de consulta farmacêutica.	Número de farmácia modelo com serviço de consulta farmacêutica implantado no ano.	01	2020	Número	Crescente para atingir a meta plano	Número	00	1	1	00

Diretriz 3. Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS municipal.

OBJETIVO 3.3. Fortalecer o gerenciamento da rede de laboratórios de análise clínicas otimizando a capacidade instalada e ampliando o acesso dos usuários aos serviços.

Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024
3.3.1	Attingir o quantitativo de 2.000.000 de exames realizados no âmbito da rede municipal de laboratório.	Número de exames realizados no ano base.	1.181.000	2019	Número	Crescente em relação a linha de base	Número	1.385.750	1.590.500	1.795.250	2.000.000



Diretriz 3. Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS municipal.												
OBJETIVO 3.3. Fortalecer o gerenciamento da rede de laboratórios de análise clínicas otimizando a capacidade instalada e ampliando o acesso dos usuários aos serviços.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista				
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024	2025
3.3.2	Aumentar o rol de exames especializados cobertos pelo SUS municipal, com a implantação de marcadores tumorais, alérgenos e cardíacos).	Número de Marcadores tumorais, alérgenos e cardíacos implantados.	0	2021	Número	03	Crescente em relação a linha de base	Número	01	02	03	03
3.3.3	Implantar a automação de exames em hematologia e Semi automação para coagulação em 04 (quatro) laboratórios da zona rural (União Bandeirantes, Extrema, São Carlos e Calama).	Número laboratórios da zona rural com automação de exames em hematologia e Semi automação para coagulação implantados.	0	0	Número	04	Crescente em relação a linha de base	Número	01	02	03	04



Diretriz 3. Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS municipal.											
OBJETIVO 3.3. Fortalecer o gerenciamento da rede de laboratórios de análise clínicas otimizando a capacidade instalada e ampliando o acesso dos usuários aos serviços.											
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de Meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano				Ano	2022	2023	2024
3.3.4	Implantar um protocolo de segurança para coleta e transporte de amostras no âmbito da Rede Municipal de Laboratório.	Número de protocolo implantado.	0	2021	Número	Absoluta	Número	00	01	00	00
3.3.5	Implantar 01 um protocolo operacional padrão no âmbito da Rede Municipal de Laboratório.	Número de Protocolo Operacional Padrão implantado.	0	2021	Número	Absoluta	Número	00	01	00	00
3.3.6	Manter o mínimo de 80% a coleta dos casos de Síndrome Gripal notificados – SG.	Proporção dos casos Síndrome Gripal – SG notificados com coletas	100%	2020	%	Fixa	%	80	80	80	80



DIRETRIZ 3. Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS municipal.
OBJETIVO Nº 3.4. Modernizar e ampliar a capacidade operacional do apoio diagnóstico de imagem

Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de meta	Unidade de Medida	Meta prevista				
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024	2025
3.4.1	Alcançar 100% dos Pontos de Atenção da rede, com serviços de apoio diagnóstico digital. (UPAS Leste e Sul, Pronto Atendimento Ana Adelaide José Adelino, Centro de Especialidades Médicas e Pol. Rafael Vaz e Silva e MMME).	Proporção de Pontos de Atenção com serviço de apoio diagnóstico de imagem digital no município.	00%	2021	Porcentagem	100%	Crescente em relação a linha de base	Porcentagem	25%	75%	100%	100

DIRETRIZ 3. Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS.
OBJETIVO Nº 3.5. Aprimorar o sistema logístico de aquisição, armazenamento, monitoramento de estoques e distribuição de materiais.

Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de meta	Unidade de Medida	Meta prevista				
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024	2025
3.5.1	Padronizar a aquisição e distribuição de insumos e materiais de forma a atender a 100% das necessidades das Unidades de atenção à saúde na Rede.	Proporção de aquisições de insumos atendidas integralmente	00%	2020	Porcentagem	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100



DIRETRIZ 3. Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS municipal. OBJETIVO Nº 3.6. Implementar e fortalecer a Política Municipal de Avaliação, Controle e Regulação da RAS.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de meta	Unidade de Medida	Meta prevista				
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024	2025
3.6.1	Implantar o processo de regulação em 100% das consultas e exames especializados cirurgias eletivas (laqueadura, vasectomia e cirurgias ginecológicas), dos serviços de atenção à saúde.	Proporção de procedimentos de consultas e exames especializados e cirurgias eletivas regulados.	78%	2021	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100	
3.6.2	Reduzir para 20% o absenteísmo de exames e consultas.	Média do índice de absenteísmo por procedimento agendado.	30%	2020	20%	Fixa	Porcentagem	20	20	20	20	
3.6.3	Reduzir o tempo de espera para 30 dias para exames e consultas até 2025.	Média do tempo de espera da solicitação no SISREG até o dia de realização do procedimento.	60 dias	2019	30 dias	Decrescente em relação a linha de base	Dias de espera	45	40	35	30	
3.6.4	Criar protocolos de acesso em 100% dos serviços regulados.	Número de protocolos de acesso e priorização criados	0	2021	02	Absoluto	Número	01	02	00	00	
3.6.5	Aplicar instrumentos de avaliação anualmente, em 100% dos serviços de urgência e especializados da rede municipal.	Proporção de serviços de urgência e de especialidades da rede municipal com instrumento de avaliação aplicados no período.	00%	2021	100%	Crescente em relação a linha de base	Porcentagem	50	75	75	100	
3.6.6	Manter o banco de dados atualizado de 100% dos Sistemas de Informação de Saúde (SIA-SUS, SIH-SUS, CIHA, CNS, CNES, Cartão SUS).	Porcentual de sistemas de informação com dados atualizado ao transmitidos pelo Ministério s pelo DRAC.	100%	2021	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100	



DIRETRIZ 4. Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.												
OBJETIVO Nº 4.1. Promover a prevenção, redução, eliminação dos riscos à saúde, e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens, e da prestação de serviços de interesse da saúde.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Tipo de Meta	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
4.1.1	Atingir 60% dos estabelecimentos sujeitos às ações de vigilância sanitária (n. 19.000), para que estejam aptos ao desenvolvimento de suas atividades de interesse sanitário.	Proporção de estabelecimentos cadastrados com alvará de licenciamento sanitário atualizado.	58,1% (11.040)	2018	Porcentagem	60%	Porcentagem	Fixa	60	60	60	60
4.1.2	Ampliar o acesso do programa SALTA-Z, para mais 12 comunidades.	Número absoluto de comunidades com programas implantados.	03	2020	Número	12	Número	Fixa	03	03	03	03
4.1.3	Ampliar o acesso do programa PRAISSAN (Programa de Inclusão Produtiva para segurança sanitária) para mais 12 comunidades.	Número absoluto de comunidades com programas implantados.	03	2020	Número	12	Número	Fixa	03	03	03	03



DIRETRIZ 4. Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.												
OBJETIVO Nº 4.1. Promover a prevenção, redução, eliminação dos riscos à saúde, e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens, e da prestação de serviços de interesse da saúde.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Tipo de Meta	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
4.1.4	Coletar amostras de água, para avaliação da qualidade para o consumo humano, quanto aos parâmetros de Coliformes Totais, Turbidez, Cloro Residual Livre no ano base.	Número de amostras de água coletada para avaliação da qualidade para o consumo humano, quanto aos parâmetros de Coliformes Totais, Turbidez, Cloro Residual Livre, no ano base.	592	2020	Número	600	Número	Fixa	600	600	600	600



DIRETRIZ 4. Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.												
OBJETIVO Nº 4.2. Promover a detecção, prevenção e monitoramento de doenças e agravos transmissíveis, não transmissíveis e doenças negligenciadas, bem como os fatores que as condicionam.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Tipo de Meta	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
4.2.1	Instituir o serviço de notificação de agravos a saúde do trabalhador nas 19 Unidades de Saúde da Família da zona rural.	número de unidades de saúde da família da zona rural com serviço de notificação instituído no ano base.	0	2021	Número	19	Número	Crescente em relação a linha de base	4	5	5	5
4.2.2	Monitorar 100% dos casos de sífilis congênita menor de ano de idade notificada no ano base.	Proporção de casos de sífilis congênita em menor de ano monitoradas.	100%	2019	Proporção	100%	Proporção	Fixa	100	100	100	100
4.2.3	Monitorar 100% os casos notificados de AIDS em menores de 5 anos.	Proporção de casos notificados de AIDS em menores de 5 anos monitorados.	100%	2020	Proporção	100	Proporção	Fixa	100	100	100	100



DIRETRIZ 4. Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.												
OBJETIVO Nº 4.2. Promover a detecção, prevenção e monitoramento de doenças e agravos transmissíveis, não transmissíveis e doenças negligenciadas, bem como os fatores que as condicionam.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Tipo de Meta	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
4.2.4	Aumentar em 40% as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências de residentes de Porto Velho, Porto Velho até 2025.	Número absoluto de notificações de violência doméstica, sexual e outras violências de residentes de Porto Velho no ano.	632	2019	Número	884	Número	Crescente em relação a linha de base	695	758	821	884
4.2.5	Manter em 80% o encerramento das doenças de notificação compulsória imediata (conforme Portaria/MS vigente) registrada no SINAN em até 60 dias a partir da data da notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após.	93,3%	2020	Proporção	80%	Proporção	Fixa	80	80	80	80



DIRETRIZ 4. Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.												
OBJETIVO Nº 4.2. Promover a detecção, prevenção e monitoramento de doenças e agravos transmissíveis, não transmissíveis e doenças negligenciadas, bem como os fatores que as condicionam.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Tipo de Meta	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
4.2.6	Manter o registro de óbitos com causa básica definida em 95%.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida do ano base.	95%	2020	Proporção	95%	Proporção	Fixa	95	95	95	95
4.2.7	Manter acima de 90% a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil - MIF (10 a 49 anos) investigados.	93%	2020	Proporção	91%	Proporção	Crescente	90,4	90,6	90,8	91,0
4.2.8	Manter em 100% a investigação de óbitos maternos (OM).	Proporção de óbitos maternos investigados.	100%	2020	Proporção	100%	Proporção	Fixa	100	100	100	100
4.2.9	Manter a investigação de óbitos infantis e fetais (OI e OF) investigados.	Proporção de óbitos infantis e fetais (OI e OF) investigados.	99%	2020	Proporção	80%	Proporção	Crescente	75	75	80	80
4.2.10	Monitorar 100% dos casos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Proporção de casos monitorados de hanseníase diagnosticados	100%	2020	Proporção	100%	Proporção	Fixa	100	100	100	100

DIRETRIZ 4. Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.												
OBJETIVO Nº 4.2. Promover a detecção, prevenção e monitoramento de doenças e agravos transmissíveis, não transmissíveis e doenças negligenciadas, bem como os fatores que as condicionam.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Tipo de Meta	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
4.2.11	Monitorar 100% dos casos diagnosticados de tuberculose	Proporção de casos monitorados de tuberculose diagnosticados	100%	2020	Proporção	100%	Proporção	Fixa	100	100	100	100
4.2.12	Manter em 100% a investigação dos surtos alimentares.	Proporção de surtos por alimentos investigados.	100%	2020	Proporção	100%	Proporção	Fixa	100	100	100	100
4.2.13	Ampliar em 20% a notificação das hepatites virais confirmadas laboratorialmente.	Proporção de hepatites virais confirmadas laboratorialmente no ano base.	0,0%	2021	Proporção	20%	Proporção	Acumulativa para atingir a meta plano	5	10	15	20
4.2.14	Monitorar 100% a notificação das Síndromes Respiratórias Agudas Grave - SRAG.	Proporção de notificação das Síndromes Respiratórias Agudas Grave monitoradas.	100%	2020	Proporção	100%	Proporção	Fixa	100	100	100	100
4.2.15	Monitorar 100 % dos casos de Síndrome Gripal - SG.	Proporção de casos Síndrome Gripal notificadas monitoradas.	100%	2019	Proporção	100%	Proporção	Fixa	100	100	100	100



DIRETRIZ 4. Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.												
OBJETIVO Nº 4.2. Promover a detecção, prevenção e monitoramento de doenças e agravos transmissíveis, não transmissíveis e doenças negligenciadas, bem como os fatores que as condicionam.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Tipo de Meta	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
4.2.16	Reduzir 10% os casos autóctones de malária	Número absoluto de casos	5.998	2020	Índice	5.399	Número	Decrescente em relação a linha de base	5.702	5.699	5.549	5.399
4.2.17	Monitorar 100% dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana/LTA notificados	Proporção de casos de LTA notificados monitorados	100%	2019	Proporção	100%	Proporção	Fixa	100	100	100	100
4.2.18	Monitorar 100% das notificações de arboviroses	Proporção de casos de arboviroses notificadas monitoradas	100%	2020	Proporção	100%	Proporção	Fixa	100	100	100	100
4.2.19	Monitorar 100% dos casos de toxoplasmoose congênita menor de ano de idade notificada no ano base.	Proporção de casos de toxoplasmoose congênita menor de ano de idade notificados monitorados	100%	2020	Proporção	100%	Proporção	Fixa	100	100	100	100



DIRETRIZ 4. Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.											
OBJETIVO Nº 4.3. Detectar e intervir nos fatores de riscos ambientais que interferem na saúde humana transmitida por vetores e zoonoses de relevância											
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Tipo de Meta	Meta prevista		
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024
4.3.1	Manter a vigilância em 80% das áreas com notificação de doenças transmitidas por vetores.	Proporção de áreas em vigilância.	80%	2020	Proporção	80%	Proporção	Fixa	80	80	80
4.3.2	Manter a vigilância em 95% das áreas com notificação de zoonoses relevantes a saúde pública.	Proporção de áreas com notificação de zoonoses relevantes em vigilância.	90	2020	Proporção	95%	Proporção	Fixa	95	95	95
4.3.2	Atingir 80% da população animal doméstica estimada (cão e gato) vacinados anualmente.	Proporção da população animal doméstica estimada (cão e gato) vacinada.	79,8% (42.138)	2020	Proporção		Proporção	Fixa	80	80	80



DIRETRIZ 4. Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.
OBJETIVO Nº 4.4. Garantir a capacidade de alerta e resposta rápida frente às emergências em saúde pública.

Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Unidade de medida	Tipo de Meta	Meta prevista			
			Valor	Ano				Unidade de Medida	2022	2023	2024
4.4.1	Manter em 100% a investigação das situações de emergência em saúde pública.	Proporção das investigações de emergência em saúde pública.	100%	2020	100%	Proporção	Fixa	100	100	100	100

DIRETRIZ 5. Fortalecimento do controle social, da comunicação e informação em saúde junto à população.
OBJETIVO Nº 5.1. Promover e modernizar os sistemas de informação e comunicação das RAS.

Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024
5.1.1	Implantar um Núcleo Técnico de Comunicação no organograma da SEMUSA.	Número de Núcleo Técnico instalado.	00	2021	01	Absoluta	Número	01	00	00	00
5.1.2	Implantar de iniciativas de comunicação que promovam a disseminação das informações e externas dos estabelecimentos de saúde e coordenações técnicas até 2025.	Proporção de estabelecimentos de saúde e coordenações técnicas com de iniciativas de comunicação implantadas.	00%	2021	100%	Crescente em relação a linha de base	Porcentagem	25	50	75	100



DIRETRIZ 5. Fortalecimento do controle social, da comunicação e informação em saúde junto à população.												
OBJETIVO Nº 5.1. Promover e modernizar os sistemas de informação e comunicação das RAS.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de meta	Unidade de Medida	Meta prevista				
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024	2025
5.1.3	Aprimorar em 100% o processo de informatização dos estabelecimentos de saúde dos Distritos de Porto Velho até 2025.	Proporção de estabelecimentos de saúde dos Distritos com acesso em tempo real aos sistemas informatizados da saúde.	00%	2021	Porcentagem	100%	Crescente em relação a linha de base	Porcentagem	25	50	75	100
5.1.4	Manter em 100% dos estabelecimentos de saúde da zona urbana com acesso em tempo real aos sistemas informatizados de saúde.	Proporção de estabelecimentos da zona urbana com acesso em tempo real aos sistemas informatizados da saúde.	100%	2021	Porcentagem	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100
5.1.5	Aumentar a capacidade de armazenamento dos dados informatizados da SEMUSA.	Proporção de estabelecimentos de saúde de urgência especializados com sistema e-cidade funcionando integralmente.	-	2021	Porcentagem	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100



DIRETRIZ 5. Fortalecimento do controle social, da comunicação e informação em saúde junto à população.
OBJETIVO Nº 5.1. Promover e modernizar os sistemas de informação e comunicação das RAS.

Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024
5.1.6	Criar um sistema de gestão para dar transparência às filas de espera da Regulação Municipal	Número de sistema de gestão para dar transparência às filas de espera da Regulação Municipal criado	0	2021	01	Absoluta	Número	01	00	00	00

DIRETRIZ 5. Fortalecimento do controle social, da comunicação e informação em saúde junto à população.
OBJETIVO Nº 5.2. Ampliar a participação da população no controle social do SUS.

Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024
5.2.1	Prover 100% das necessidades físicas e recursos humanos do Conselho Municipal de Saúde, conforme regimento interno da instituição.	Estrutura atendida de segundo regulamentação.	50%	2021	100	Cumulativa para atingir a meta plano	Porcentagem	60%	70%	80%	100%
5.2.2	Manter o funcionamento sistemático do CMS e Câmaras Técnicas afins, garantindo 100% do cumprimento de sua agenda regimental.	Percentual de cumprimento da agenda de reuniões regimentadas pelo Conselho Municipal de Saúde para o ano.	100%	2020	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100
5.2.3	Realizar o mínimo de três eventos anuais com foco na mobilização popular para o SUS.	Número de eventos anuais com foco na mobilização popular para o SUS.	00	2021	03	Fixa	Número	3	3	3	3



DIRETRIZ 5. Fortalecimento do controle social, da comunicação e informação em saúde junto à população.

OBJETIVO Nº 5.2. Ampliar a participação da população no controle social do SUS.

Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024
5.2.4	Coordenar a realização das Conferências Municipais de Saúde.	Número de Conferências realizadas.	00	2021	01	Absoluta	Número	00	01	00	00
5.2.5	Promover a formação dos Conselheiros de Saúde.	Proporção de conselheiros formados no período.	00%	2021	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100

DIRETRIZ 5. Fortalecimento do controle social, da comunicação e informação em saúde junto à população.

OBJETIVO Nº 5.3. Fortalecer e modernizar os serviços de ouvidoria do SUS

Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024
5.3.1	Ampliar em 100% as manifestações da população, via sistema Fala.BR, até 2025.	Taxa de crescimento do número de manifestações recebidas	00%	08/2021	100%	Crescente em relação a linha de base	Porcentagem	20%	50%	80%	100%



DIRETRIZ 6. Fortalecimento da gestão de pessoas e dos processos de trabalho no SUS.
OBJETIVO Nº 6.1. Desenvolver estratégias para o fortalecimento da Política Nacional e Municipal de Educação Permanente em Saúde

Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de meta	Unidade de Medida	Meta prevista				
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024	2025
6.1.1	Ampliar 16 Núcleos de Educação Permanentes – Nep's nos pontos de atenção da RAS.	Número de Núcleos de Educação Permanentes – Nep's implantados no ano.	52	2020	Número	16	Cumulativo para atingir a meta plano	Número	05	05	03	03
6.1.2	Manter e/ou fortalecer em as atividades de 100% dos Núcleos de Educação Permanente - NEPS das Unidades de Urgência e Emergência, do SAMU 192, Maternidade Municipal e Unidades Básicas de Saúde.	Número de planos de ação de atividade educativa monitorados dos estabelecimentos de saúde com NEP's.	52	2020	Número	67	Crescente em relação a linha de base	Número	56	61	64	67

DIRETRIZ 6. Fortalecimento da gestão de pessoas e dos processos de trabalho no SUS.
OBJETIVO Nº 6.2. Promover a formação e qualificação de recursos humanos em saúde a partir das necessidades em saúde e do SUS.

Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de meta	Unidade de Medida	Meta prevista				
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024	2025
6.2.1	Qualificar servidores da SEMUSA, através de 06 cursos de aperfeiçoamento nas modalidades de Ensino Técnico, Pós-Graduação <i>lato-sensu e stricto sensu</i> , por meio de parcerias com as instituições de ensino.	Número de cursos ofertados no ano.	03	2020	Número	06	Cumulativo para atingir a meta plano	Número	01	02	02	01



DIRETRIZ 6. Fortalecimento da gestão de pessoas e dos processos de trabalho no SUS.												
OBJETIVO Nº 6.3: Promover a valorização dos trabalhadores, despreciação e a democratização das relações de trabalho.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
6.3.1	Acolher 100% dos servidores admitidos até 2025, através do programa de acolhimento da SEMUSA.	Percentual de servidores admitidos com certificação de acolhimento no ano.	00 %	2021	Porcentagem	100%	Fixa	Porcentagem	100%	100%	100%	100%
6.3.2	Realizar os exames ocupacionais anuais em 100% dos servidores municipais da SEMUSA até 2025.	Proporção de servidores municipais da SEMUSA com exames ocupacionais periódicos (ASO) realizados no ano.	7,5 %	2021	Porcentagem	100%	Crescente em relação a linha de base	Porcentagem	50	75	100	100
6.3.3	Implantar o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRAs em 100% dos estabelecimentos de Saúde vinculados a SEMUSA.	Proporção de estabelecimentos de Saúde vinculados a SEMUSA com PPRAs implantados.	00	2021	Porcentagem	100%	Crescente em relação a linha de base	Porcentagem	50	75	100	100



DIRETRIZ 6. Fortalecimento da gestão de pessoas e dos processos de trabalho no SUS.												
OBJETIVO Nº 6.4: Desenvolver a vocação formadora da Rede Municipal de Saúde, alinhada às necessidades do SUS												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)			Meta Plano (2022-2025)	Tipo de meta	Unidade de Medida	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de medida				2022	2023	2024	2025
6.4.1	Acolher 100% dos discentes nos cenários de prática, através de um programa de acolhimento da SEMUSA.	Percentual de discentes acolhidos pela SEMUSA.	00	2021	Porcentagem	100%	Fixa	Porcentagem	100	100	100	100
6.4.2	Manter um programa de residência uniprofissional.	Número de programas instituídos	01	2021	Número	01	Fixa	Número	01	01	01	01
6.4.3	Instituir um programa de residência multiprofissional.	Número de programas instituídos	00	2021	Número	01	Fixa	Número	0	01	01	01



DIRETRIZ 6. Fortalecimento da gestão de pessoas e dos processos de trabalho no SUS.												
OBJETIVO Nº 6.5. Reorganizar e fortalecer o modelo administrativo e estrutural da SEMUSA para as ações de planejamento do SUS.												
Nº	Descrição da meta	Indicador de monitoramento	Indicador (Linha de Base)		Meta Plano (2022-2025)	Tipo de meta	Unidade de Medida	Meta prevista				
			Valor	Ano				Unidade de medida	2022	2023	2024	2025
6.5.1	Promover a revisão e atualização da Estrutura Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde.	Lei Complementar da Estrutura Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde aprovada e publicada.	00	2021	Número	01	Absoluto	Número	01	00	00	00
6.5.2	Executar 20 novos projetos de Construção, Reforma ou Ampliação em Pontos de Atenção da RAS (Anexo III).	Número de projetos homologados.	00	2021	Número	20	Cumulativo para atingir a meta plano	Número	-	10	10	10
6.5.3	Concluir 100% das obras remanescentes de Construção, Reforma ou Ampliação em Pontos de Atenção da RAS. (Anexo IV)	Percentual de obras finalizadas.	00	2021	Número	100%	Crescente em relação a linha de base	Porcentagem	50	100	-	-



6. DISPONIBILIDADE ORÇAMENTÁRIA PARA O PMS 2022-2025

O orçamento da Secretaria Municipal de Saúde é definido por meio do Plano Plurianual (PPA) por sua vez irá nortear a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) tendo como base legal o Artigo 165 da Constituição Federal de 1988 que estabeleceu como iniciativa para o Poder Executivo a elaboração de 3 componentes para o planejamento orçamentário: I- o plano plurianual; II - as diretrizes orçamentárias; III - os orçamentos anuais.

Com isso, por meio de audiências públicas e reuniões com as unidades setoriais da prefeitura (Secretarias e Órgãos da Administração Indireta e Fundacional), coordenada pela Secretaria Municipal de Planejamento (SEMPOG) foi instituído indicadores, metas e resultados a serem alcançados para compor a base estratégica do Plano Plurianual para o próximo quadriênio expressa no Projeto de Lei n.º 08, de 30 de Setembro de 2021.

Dessa forma a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), dentro do planejamento da prefeitura municipal enquadrou-se dentro do Segmento Social juntamente com a Secretaria Municipal de Educação (SEMED), Secretaria Municipal de Assistência Social e da Família (SEMASF). Assim, esse segmento assume a **Diretriz Política** de “fortalecer o segmento social (educação, saúde e assistência social) com ações públicas estruturantes visando a integração institucional e sistêmica, o aprimoramento operacional e a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade”.

Diante desse contexto apresentamos o Quadro 41 que mostra o detalhamento das Diretrizes e Objetivos do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025 bem como Programa e a Ação/Produto do Plano Plurianual (PPA) 2022-2025 identificando a distribuição do orçamento num montante de R\$ 448.050.705,00 (quatrocentos e quarento e oito milhões, cinquenta mil e setecentos e cinco reais) previsto no planejamento da saúde.



Quadro 41. Disponibilidade orçamentária para o quadriênio 2022-2025, Porto Velho-RO.

DIRETRIZ PMS 2022 -2025	OBJETIVO PMS 2022 -2025	PROGRAMA PPA 2022 – 2025	AÇÃO/ PRODUTO DO PPA 2022- 2025	2022	2023	2024	2025	TOTAL
Diretriz 1 - Fortalecimento da APS para realização de coordenação do cuidado, ordenar e organizar as RAS.	<p>1.1. Assegurar a estratégia de saúde da família como fortalecedora da atenção básica e orientadora da RAS.</p> <p>1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção a saúde.</p> <p>1.3. Organizar a atenção a saúde nos ciclos de vida promovendo fortalecimento das linhas de cuidados nas RAS.</p>	317 - ATENÇÃO BÁSICA MAIS PERTO DE VOCE	0662 - Manutenção dos serviços do Centro de Especialidades Odontológicas	R\$ 631.000,00	R\$ 351.000,00	R\$ 351.000,00	R\$ 351.000,00	R\$ 1.684.000,00
			0664 - Manutenção dos serviços das Unidades Básicas de Saúde	R\$ 31.221.385,00	R\$ 33.963.443,00	R\$ 34.795.773,00	R\$ 34.853.725,00	R\$ 134.834.326,00
			0667 - Manutenção da Rede de Frio Municipal de Porto Velho	R\$ 210.000,00	R\$ 180.000,00	R\$ 180.000,00	R\$ 180.000,00	R\$ 750.000,00
Diretriz 2 -Ampliar a resolutividade, integração e qualificação das RAS.	<p>2.1. Promover a oferta de serviços de atenção especializada com vistas a qualificação da atenção integral à saúde dos usuários do SUS.</p> <p>2.2. Promover a oferta dos serviços de urgência e emergência, reduzindo os impactos da morbimortalidade por causas externas e problemas de condições agudas na rede de saúde.</p>	329 - INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO SAÚDE	0280 - Manutenção dos Serviços de Atendimento Móvel as Urgências - SAMU (RAU - SAMU) 192	R\$ 4.524.000,00	R\$ 4.524.000,00	R\$ 4.524.000,00	R\$ 4.524.000,00	R\$18.096.000,00
			0396 - Manutenção de Maternidade Pública Municipal	R\$ 8.080.000,00	R\$ 7.880.000,00	R\$ 7.880.000,00	R\$ 7.880.000,00	R\$ 31.720.000,00
Diretriz 3 - Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS municipal.	<p>3.4-Fortalecer o gerenciamento da rede de laboratórios de análise clínicas otimizando a capacidade instalada e ampliando o acesso dos usuários aos serviços.</p> <p>3.5- Aprimorar o sistema logístico de aquisição, armazenagem, monitoramento de estoques e distribuição de materiais.</p> <p>3.7 -Modernizar e ampliar a capacidade operacional do apoio diagnóstico de imagem.</p>	316 - MEDICAMENTO CONSCIENTE	0669 - Manutenção das Unidades de Saúde de Média Complexidade	R\$ 22.518.260,00	R\$ 26.332.630,00	R\$ 28.149.570,00	R\$ 29.009.900,00	R\$ 106.010.360,00
			0302 - Apoio ao Programa Atenção a Saúde dos Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	R\$ 800.000,00	R\$ 800.000,00	R\$ 800.000,00	R\$ 800.000,00	R\$ 3.200.000,00
			0627 - Aquisição de medicamentos da assistência farmacêutica	R\$ 5.700.000,00	R\$ 5.450.000,00	R\$ 4.450.000,00	R\$ 4.750.000,00	R\$ 20.350.000,00
Diretriz 3 - Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS municipal.	<p>3.1 - Manter a cobertura de medicamentos em todas as unidades da rede municipal promovendo o Uso Racional de medicamentos-URM.</p> <p>3.2 - Fortalecer os serviços de gerência e assistência farmacêutica em todas as etapas do ciclo assistencial.</p>	0661 - Manutenção da assistência farmacêutica	R\$ 360.000,00	R\$ 360.000,00	R\$ 360.000,00	R\$ 360.000,00	R\$ 1.440.000,00	

Fonte: CFM/SEMUSA/PV/RO.



Quadro 41. Disponibilidade orçamentária para o quadriênio 2022-2025, Porto Velho-RO (Continuação).

DIRETRIZ PMS 2022 -2025	OBJETIVO PMS 2022 -2025	PROGRAMA PPA 2022 – 2025	AÇÃO/ PRODUTO DO PPA 2022- 2025	2022	2023	2024	2025	TOTAL
Diretriz 4 – Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.	<p>4.1. Promover a prevenção, redução, eliminação dos riscos à saúde, e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens, e da prestação de serviços de interesse da saúde.</p> <p>4.2. Promover a detecção, prevenção e monitoramento de doenças e agravos transmissíveis, não transmissíveis e doenças negligenciadas, bem como os fatores que as condicionam.</p> <p>4.3. Detectar e intervir nos fatores de riscos ambientais que interferem na saúde humana transmitida por vetores e zoonoses de relevância.</p> <p>4.4. Garantir a capacidade de alerta e resposta rápida frente as emergências de saúde pública.</p>	335 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE	0057 - Manutenção das Ações de Vigilância Sanitária	R\$ 255.000,00	R\$ 255.000,00	R\$ 255.000,00	R\$ 255.000,00	R\$ 1.020.000,00
			0058 - Manutenção das Ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental	R\$ 9.779.400,00	R\$ 12.279.400,00	R\$ 11.779.400,00	R\$ 12.279.400,00	R\$ 46.117.600,00
Diretriz 5 – Fortalecimento do controle social, da comunicação e informação em saúde junto à população.	<p>5.1. Promover e modernizar os sistemas de informação e comunicação das RAS.</p> <p>5.2. Ampliar a participação da população no controle social do SUS.</p> <p>5.3. Fortalecer e modernizar os serviços de ouvidoria do SUS.</p>		0315 - Manutenção das Ações do Conselho Municipal de Saúde, ouvidoria e comunicação.	R\$ 375.000,00	R\$ 305.000,00	R\$ 305.000,00	R\$ 305.000,00	R\$ 1.290.000,00
Diretriz 6 - Fortalecimento da gestão de pessoas e dos processos de trabalho no SUS.	<p>6.1. Desenvolver estratégias para o fortalecimento da Política Nacional e Municipal de Educação Permanente.</p> <p>6.2. Promover a formação e qualificação de recursos humanos em saúde, a partir das necessidades em saúde e do SUS.</p> <p>6.3. Promover a valorização dos trabalhadores, despreciação e a democratização das relações de trabalho.</p> <p>6.4. Desenvolver a vocação formadora da Rede Municipal de Saúde, alinhada às necessidades do SUS.</p>	336- GESTÃO EM DESENVOLVIMENTO	0674 - Manutenção da política de gestão do trabalho e educação permanente	R\$ 320.000,00	R\$ 320.000,00	R\$ 320.000,00	R\$ 320.000,00	R\$ 1.280.000,00
Diretriz 3 – Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS municipal.	<p>3.3 - Criar, implantar o Sistema de Informação e Saúde para gerir todos os serviços de apoio logístico integrando os pontos de atenção das RAS.</p> <p>3.6 - Implementar e fortalecer a Política Municipal de Avaliação, Controle, e regulação com seus componentes: regulação da atenção, do acesso e do sistema de saúde.</p>		0675 - Manutenção dos Serviços Administrativos	R\$ 16.731.673,00	R\$ 21.084.288,00	R\$ 20.328.528,00	R\$ 22.105.836,00	R\$ 80.250.325,00
			0042 - Auxílio-Alimentação ao Servidor	R\$ 16.600.000,00	R\$ 16.600.000,00	R\$ 16.600.000,00	R\$ 15.000.000,00	R\$ 64.800.000,00
			0044 - Auxílio-Transporte a Servidores e Empregados	R\$ 8.600.000,00	R\$ 8.600.000,00	R\$ 8.600.000,00	R\$ 9.600.000,00	R\$35.400.000,00
			0217 - Remuneração de Pessoal Ativo e Encargos Sociais	R\$ 234.684.708,00	R\$ 235.091.578,00	R\$ 249.640.504,00	R\$ 262.427.360,00	R\$ 981.844.150,00
			0676 - Construir, ampliar, reformar e recuperar bens imóveis da Semusa	R\$ 4.259.937,00	R\$ 6.096.625,00	R\$ 6.008.720,00	R\$ 7.008.720,00	R\$23.374.002,00
TOTAL				R\$ 101.507.740,00	R\$ 114.086.784,00	R\$ 114.480.295,00	R\$ 117.975.886,00	R\$ 448.050.705,00

Fonte: CFM/SEMUSA/PV/RO.



7. MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE SAÚDE

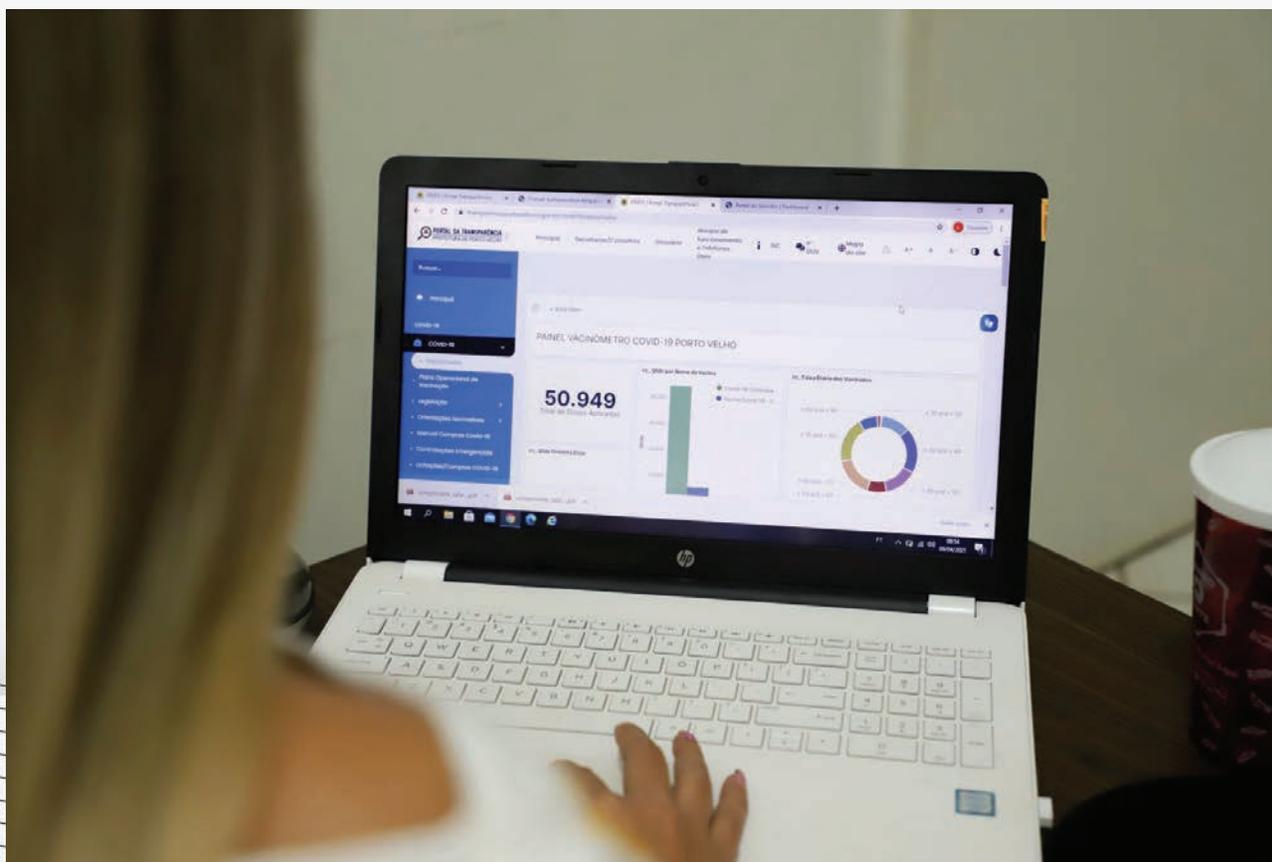
Os instrumentos de monitoramento e avaliação do planejamento no SUS são normatizados, pela Nota Técnica nº 1/2018-CGAIG/DAI/SE do Ministério da Saúde considerando o previsto na Lei Complementar nº 141/2012.

O monitoramento do PMS 2022 – 2025, será realizado pelo acompanhamento quadrimestral das ações programadas anualmente e executadas para o cumprimento das metas. Para tal será apresentado no Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) os resultados dos indicadores referentes aos objetivos e metas, respeitando a periodicidade e as peculiaridades de monitoramento dos agravos para o levantamento dos dados.

Da mesma forma, a cada quadrimestre serão monitorados os resultados orçamentários e financeiros frente o desempenho da gestão para o cumprimento das metas estabelecidas.

Ao final do ano, realiza-se uma avaliação ampliada do executado frente a Programação Anual de Saúde – PAS, com apresentação do Relatório Anual de Gestão, sendo estes, as bases utilizadas para as possíveis alterações e ajustes no PMS e de medidas corretivas para melhorar sua operacionalização para o ano posterior.

A seguir, apresenta-se o Quadro 42 com as Planilhas de Indicadores para o Monitoramento e Avaliação das Diretrizes, objetivos e metas do Plano.





Quadro 42. Planilhas de Indicadores para o monitoramento e avaliação das diretrizes, objetivos e metas do PMS (2022-2025), Porto Velho-RO.

DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenar e organizar as RAS.					
OBJETIVO Nº 1.1. Assegurar a estratégia de saúde da família como fortalecedora da atenção básica e orientadora da RAS.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
1.1.1	Ampliar para 70% a cobertura populacional das equipes na Atenção Básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Método de cálculo municipal, estadual, regional e Distrito Federal: $(N^{\circ} \text{ de eSF} \times 3.450 + (N^{\circ} \text{ eAB} + N^{\circ} \text{ eSF equivalente}) \text{ em determinado local e período} \times 3.000) / \text{Estimativa da população do ano anterior} (x100)$ Numerador: $N^{\circ} \text{ de eSF} \times 3.450 + (N^{\circ} \text{ eAB} + N^{\circ} \text{ eSF equivalente}) \times 3.000$ em determinado local e período Denominador: Estimativa da população do ano anterior Fator de multiplicação: 100	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estimativas populacionais anuais de população, com referência em 1º de julho.	Quadrimestral
1.1.2	Equipar 100% das Unidades Básicas de Saúde com reformas ou construções concluídas.	Proporção de UBS equipadas no ano considerado.	Percentual de UBS equipadas no ano considerado	DAB	Anual
1.1.3	Manter 100% das Equipes de Saúde da Família existentes com composição mínima (01 médicos, 01 enfermeiros, 02 técnicos de enfermagem, 01 cirurgiões dentistas, 01 auxiliares/técnicos de saúde bucal, 06 agentes comunitários de saúde).	Proporção de 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.	Número de Equipes de SF com composição mínima/Nº de Equipes de SF existentes (x100)	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e e-SUS APS.	Anual
1.1.4	Cadastrar 100% das pessoas do território de atuação das equipes de saúde da família.	Proporção de pessoas cadastradas no território das equipes de saúde da família.	Número de pessoas cadastradas nas equipes saúde da família, do mesmo período e ano/Estimativa da população cobertas pela equipe saúde da família, do mesmo período e ano (x100)	e-SUS	Quadrimestral
1.1.5	Criar 01 núcleo Gestor de Alimentação e Nutrição do SUS.	Número núcleo gestor de ações de alimentação e nutrição do SUS implantado.	Número núcleo gestor de ações de alimentação e nutrição do SUS implantado.	DAB	Quadrimestral



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenar e organizar as RAS.					
OBJETIVO Nº 1.1. Assegurar a estratégia de saúde da família como fortalecedora da atenção básica e orientadora da RAS.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
1.1.6	Criar o Centro de Referência de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.	Número o Centro de Referência de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde criado.	Número o Centro de Referência de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde criado.	DAB	Quadrimestral
1.1.7	Implantar Práticas Integrativas Complementares em 13 Unidades Básicas de Saúde (12 urbanas e 1 rural)	Número de unidades implantadas no ano.	Número de unidades implantadas	DAB	Quadrimestral
1.1.8	Implantar 20 Pontos de Telessaúde nas Unidades Básicas de Saúde	Número de unidades básicas de saúde com a ferramenta de telessaúde implantada.	Número de unidades básicas de saúde com a ferramenta de telessaúde implantada.	DAB	Quadrimestral
DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenar e organizar as RAS.					
OBJETIVO Nº 1.2 Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.					
Nº	Meta	Indicador de Monitoramento	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade
1.2.1	Aumentar em 80% cobertura por equipe multiprofissional à população de rua.	Cobertura da equipe multiprofissional de consultório de rua.	Número de pessoas cadastradas e atendidas no mesmo local e período/população na rua existente no mesmo local e período (x100)	E-sus IBGE	Quadrimestral
1.2.2	Implantar uma unidade móvel de atendimento clínico e odontológico à população de rua no município.	Número de Unidade Móvel implantada.	Número de Unidade Móvel existente.	DAB	Anual
1.2.3	Aumentar para 60% o número de gestantes cadastradas no e-SUS, com atendimento odontológico realizado.	Proporção de gestantes cadastradas no e- SUS com atendimento odontológico, no mesmo local e período.	Número de gestantes cadastradas com atendimento odontológico realizado no e-SUS no período / Número de gestantes cadastradas no e-SUS no mesmo período) X 100	e-SUS	Quadrimestral



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenar e organizar as RAS.					
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.					
Nº	Meta	Indicador de Monitoramento	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade
1.2.4	Reduzir para 5 % a proporção de exodontia em relação aos procedimentos curativos em determinados períodos até 2025.	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos em determinado local e período. Obs - Parâmetro: A média do Brasil é 9,83, Região Norte - 19,84.	Número de extrações dentárias realizadas no mesmo local e período/ Total de procedimentos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período (X100) Obs: Selecionar os procedimentos conforme orientação da Ficha de indicadores nº 21 do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html)	SIA, SIH e IDSUS	Quadrimestral
1.2.5	Aumentar para 2% a média da ação de escovação dental supervisionada direta na população de 5 a 14 anos até 2025.	Média da ação de escovação dental supervisionada direta da população de 5 a 14 anos.	Nº de procedimentos coletivos de ação de escovação dental supervisionada na faixa etária de 5 a 14 anos em determinado local e período x 100 / população geral da mesma faixa etária. Procedimento Procedimento 01.01.02.003-1 - Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada.	SIA, SIH e IDSUS	Quadrimestral

DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenar e organizar as RAS.					
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.					
Nº	Meta	Indicador de Monitoramento	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade
1.2.6	Ampliar para 65% a cobertura de equipes de saúde bucal na atenção básica.	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.	$((no\ eSB * 3.450) + (no\ eSB\ em\ determinado\ local\ e\ período / Estimativa\ populacional\ em\ determinado\ local\ e\ período) \times 100)$	e-SUS	Anual
1.2.7	Ampliar para 110 o número de escolas com ações de saúde bucal, a cada biênio, conforme adesão ao PSE.	Número de escolas com ação de saúde bucal, conforme adesão ao PSE.	Número de escolas com ação de saúde bucal, conforme adesão ao PSE.	e-SUS	Anual
1.2.8	Manter em no mínimo um, a razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas Odontológicas Programáticas até 2025.	Razão entre Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas.	Número de Tratamentos Concluídos (TC) pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal em determinado local e período/ Número de Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas realizadas pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal em determinado local e período	e-SUS	Quadrimestral
1.2.9	Ofertar 6.883 próteses dentárias total ou removível para população cadastrada nas Equipes de Saúde da Família.	Número de instalação de prótese dentária total ou removível realizada pela equipe de saúde bucal, em determinado local e período.	Número de instalação de prótese dentária total ou removível realizada pela equipe de saúde bucal, em determinado local e período.	e-SUS	Quadrimestral



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenar e organizar as RAS.					
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade
1.2.10	Ampliar para 100% a capacidade da rede de frio municipal certificando o alcance das coberturas vacinais conforme parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde.	Rede de Frio em operação cumprindo 100% das normas indicadas pelo Ministério da Saúde.	Utilizar como parâmetro o Manual da Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações.	Divisão de Imunização/SE MUSA	Anual
1.2.11	Atingir anualmente cobertura vacinal de 95% da vacina poliomielite em população menor de dois anos.	Cobertura com a vacina poliomielite em menores de dois anos.	Número de terceira dose da poliomielite aplicada em menores de dois anos/Número de nascidos vivos de dois anos de mães residentes no município(x100)	SI-PNI IBGE SINASC	Anual
1.2.12	Atingir anualmente cobertura vacinal de 95% da vacina pentavalente em população menor de dois anos.	Cobertura com a vacina pentavalente em menores de dois anos.	Número de terceira dose da pentavalente aplicada em menores de dois anos/Número de nascidos vivos de dois anos de mães residentes no município(x100)	SI-PNI IBGE SINASC	Anual



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenar e organizar as RAS.					
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula de Cálculo	Fonte	Periodicidade
1.2.13	Atingir anualmente cobertura vacinal de 95% da vacina pneumocócica 10 valente em população menor de dois anos.	Cobertura com a vacina pneumocócica 10 valente em menores de dois anos.	Número de segunda dose da pneumocócica aplicada em menores de dois anos/Número de nascidos vivos de dois anos de mães residentes no município(x100)	SI-PNI IBGE SINASC	Anual
1.2.14	Atingir anualmente cobertura vacinal de 95% da vacina tríplice em população menor de dois anos.	Cobertura com a vacina tríplice em menores de dois anos.	Número de primeira dose da tríplice viral aplicada em menores de dois anos/Número de nascidos vivos de dois anos de mães residentes no município(x100)	SI-PNI IBGE SINASC	Anual
1.2.15	Manter em 100% a cobertura de suplementação de Vitamina A de 100.000 UI em crianças na faixa etária de 6 a 11 meses.	Cobertura de suplementação de vitamina A de 100.000 UI em crianças na faixa etária de 6 a 11 meses.	Número de doses administradas / Número de crianças na faixa etária de 6 a 11 meses (x100)	Sistema de micronutrientes-e-Gestor/MS	Quadrimestral
1.2.16	Aumentar para 80% a cobertura da 1ª dose de Vitamina A de 200.000 UI em crianças na faixa etária de 12 a 59 meses	Cobertura da 1ª dose de suplementação de vitamina A de 100.000 UI em crianças na faixa etária de 12 a 59 meses.	Número de doses administradas / Número de crianças na faixa etária de 12 a 59 meses dose (x100)	Sistema de micronutrientes-e-Gestor/MS	Quadrimestral



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenar e organizar as RAS.					
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula de Cálculo	Fonte	Periodicidade
1.2.17	Aumentar para 50 % a Cobertura da 2ª dose de suplementação de vitamina A de 100.000 UI em crianças na faixa etária de 12 a 59 meses.	Cobertura da 2ª dose de suplementação de vitamina A de 100.000 UI em crianças na faixa etária de 12 a 59 meses.	Número de doses administradas/ Número de crianças na faixa etária de 12 a 59 meses (x100)	Sistema de micronutrientes-es-e-Gestor/MS	Quadrimestral
1.2.18	Aumentar para 80% a cobertura de suplementação de mega dose de Vitamina A em mulheres no pós-parto imediato.	Cobertura de suplementação de mega dose de vitamina A em mulheres no pós-parto imediato.	Número de doses administradas/ Nº de mulheres parturientes da Maternidade Municipal Mãe Esperança (x100)	Sistema de micronutrientes-es-e-Gestor/MS	Quadrimestral
1.2.19	Aumentar para 50% a cobertura de suplementação de sulfato ferroso em crianças na faixa etária de 6 a 24 meses.	Cobertura de suplementação de sulfato ferroso em crianças na faixa etária de 6 a 24 meses.	Número crianças suplementadas com sulfato ferroso/Número de crianças na faixa etária de 6 a 24 meses (x100)	Sistema de micronutrientes-es-e-Gestor/MS	Quadrimestral
1.2.20	Manter em 100% a cobertura de suplementação de Sulfato Ferroso em gestantes.	Cobertura de suplementação de sulfato ferroso em gestantes.	Número de gestantes suplementadas com sulfato ferroso/Número de gestantes (x100)	Sistema de micronutrientes-es-e-Gestor/MS	Quadrimestral
1.2.21	Manter em 100% a cobertura de suplementação de Ácido Fólico em gestantes.	Cobertura de suplementação de ácido fólico em gestantes.	Número de gestantes suplementadas com ácido fólico/Número de gestantes (x 100)	Sistema de micronutrientes-es-e-Gestor/MS	Quadrimestral



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenar e organizar as RAS.					
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção à saúde.					
Nº	Meta	Indicador de Monitoramento	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade
1.2.22	Aumentar para 80% a cobertura de suplementação de Sulfato Ferroso em puérperas.	Cobertura suplementação de Sulfato Ferroso em puérperas.	Número de puérperas suplementadas com ácido fólico/Número de parturientes atendidas na Maternidade Municipal Mãe Esperança (x100)	Sistema de micronutrientes-es-Gestor/MS	Quadrimestral
1.2.23	Ampliar a Estratégia de Fortificação Alimentar - NutriSus - para 10 escolas municipais de ensino infantil.	Número de escolas de ensino infantil aderidas ao NutriSus.	Número de escolas de ensino infantil aderidas ao NutriSus.	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	Anual
1.2.24	Implementar em 60 % das Unidades de Saúde o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.	Proporção de Unidades de Saúde com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional implantado.	Número de unidades de saúde qualificadas/Número de unidades de saúde existentes (x100)	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	Anual
1.2.25	Implantar o programa Crescer Saudável em 50% das escolas aderidas ao PSE.	Proporção de Escolas aderidas ao PSE com o Programa Crescer Saudável implantado.	Número de escolas aderidas ao PSE com Programa crescer saudável/ Número de escolas municipais aderidas ao PSE (x100)	Programa na Escola e Programa Crescer Saudável	Anual
1.2.26	Aumentar para 65% a cobertura do monitoramento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) na 1ª e 2ª vigência do ano, realizado na APS.	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Número de famílias PBF com perfil de acompanhamento na saúde pela AB/Número total de família com perfil saúde da última vigência do ano	Programa Bolsa Família	Quadrimestral
1.2.27	Aumentar a adesão do Programa Saúde na Escola (PSE), para 110 escolas (Prioritária e não prioritária).	Número de escolas prioritárias e não prioritárias aderidas ao PSE no ano vigente.	Número de escolas prioritárias e não prioritárias aderidas ao PSE no ano vigente.	Programa Saúde na Escola	Quadrimestral



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenar e organizar as RAS.					
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção a saúde.					
Nº	Meta	Indicador de Monitoramento	Fórmula de Cálculo	Fonte	Periodicidade
1.2.28	Aumentar para 80% a proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase, diagnosticados nos anos das coortes.	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Número de contatos intradomiciliares examinados de hanseníase por local de residência atual entre os casos novos diagnosticados nos anos de coortes (Paucibacilares – PB – diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e Multibacilares – MB – diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação) X 100 / Número de contatos intradomiciliares registrados de hanseníase por local de residência atual, entre os casos novos em determinado local e 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).	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – SVS / MS.	Quadrimestral
1.2.29	Aumentar para 90% a proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes.	Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes.	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 X 100 / Total de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – SVS / MS.	Anual



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenar e organizar as RAS.					
OBJETIVO Nº 1.2. Aumentar o acesso da população vulnerável e grupos prioritários aos programas estratégicos de atenção a saúde.					
Nº	Meta	Indicador de Monitoramento	Fórmula de Cálculo	Fonte	Periodicidade
1.2.30	Aumentar para 80% a proporção de cura nos casos novos de tuberculose pulmonar positiva com confirmação laboratorial.	Proporção de cura nos casos novos de tuberculose pulmonar positiva com confirmação laboratorial.	Número de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial curados X 100 / Número de casos novos de tuberculose pulmonar positiva com confirmação laboratorial diagnosticados.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – SVS / MS.	Anual
1.2.31	Aumentar para 50% a proporção dos contatos examinados entre os casos novos de tuberculose pulmonar positiva com confirmação laboratorial.	Proporção de contatos examinados dos casos novos de tuberculose pulmonar positiva com confirmação laboratorial, no ano da coorte.	Número contatos de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados/ Número contatos de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial x 100	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – SVS / MS.	Anual
DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenar e organizar as RAS.					
OBJETIVO Nº 1.3. Organizar a atenção a saúde nos ciclos de vida promovendo fortalecimento das linhas de cuidados nas RAS.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula de Cálculo	Fonte	Periodicidade
1.3.1	Reduzir a taxa de mortalidade infantil em 5% ao ano.	Taxa de mortalidade infantil.	<p>1) Para cálculo da taxa de mortalidade:</p> <p>Número de óbitos no primeiro ano de vida /Número de nascidos vivos residentes no período (x1000)</p> <p>2) Para Cálculo do percentual de cumprimento:</p> <p>taxa de mortalidade infantil do ano anterior – 0,05/ Taxa de mortalidade Infantil do ano vigente</p>	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)	Anual
1.3.2	Reduzir 10% em relação ao ano anterior, o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	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 1 ano residente em determinado espaço geográfico no ano considerado.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – SVS / MS	Anual



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenar e organizar as RAS.					
OBJETIVO Nº 1.3. Organizar a atenção a saúde nos ciclos de vida promovendo fortalecimento das linhas de cuidados nas RAS.					
Nº	Meta	Indicador de Monitoramento	Fórmula de Cálculo	Fonte	Periodicidade
1.3.3	Reduzir à zero o número de casos de AIDS em menores de 5 anos.	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel)	Anual
1.3.4	Reduzir para 10% o percentual de gravidez na adolescência até 2025.	Proporção de gravidez na adolescência.	Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos, residentes em determinado local e período/Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período (x 100)	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).	Anual
1.3.5	Aumentar para 60% a proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.	Número de gestantes com 6 consultas pré-natal sendo a 1º até 20 semanas de gestação/Número de gestantes cadastradas	SISAB	Quadrimestral
1.3.6	Reduzir para cinco o número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	Número de óbitos maternos (morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais) em determinado período e local de residência	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).	Quadrimestral



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenar e organizar as RAS.					
OBJETIVO Nº 1.3. Organizar a atenção a saúde nos ciclos de vida promovendo fortalecimento das linhas de cuidados nas RAS.					
Nº	Meta	Indicador de Monitoramento	Fórmula de Cálculo	Fonte	Periodicidade
1.3.7	Ampliar para 44% a cobertura de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.	Cobertura de exame citopatológico.	Número de mulheres de 25 a 64 anos que realizam exames citopatológico nos últimos 3 anos/(Parâmetro de cadastro/população IBGE X Projeção de mulheres de 25 a 64 anos ou Número de mulheres de 25 a 64 anos cadastrada)* *O denominador será o que apresentar o maior valor	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica - SISAB e Projeção populacional 2020 - IBGE	Quadrimestral
1.3.8	Aumentar de 0,4 para 0,5 a razão de exame para rastreamento do câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos realizado pelas eSF e AB.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente determinado local e população da mesma faixa etária.	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/População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano / 2	Sistema de Informação ambulatorial (SIA) Estimativa da população, segundo município, sexo e idade, 2000-2015 RIPSa (http://tabnet.data.sus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?novapop)	Quadrimestral
1.3.9	Aumentar para 100% o número de UBS que desenvolvem ações em Atenção à Saúde do Homem.	Proporção de UBS que realizam ações em Atenção à Saúde do Homem.	Considera-se Unidade de Saúde que desenvolve as ações de Saúde do Homem aquela que apresenta em sua produção os seguintes procedimentos: 0214010082 – Teste rápido para sífilis na gestante ou pai/parceiro. 0214010040 – Teste rápido para detecção de HIV na gestante ou pai/parceiro. 0301010234 – Pré-natal do parceiro. Dosagem de antígeno prostático específico (PSA).	e-SUS	Quadrimestral



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenar e organizar as RAS.					
OBJETIVO Nº 1.3. Organizar a atenção a saúde nos ciclos de vida promovendo fortalecimento das linhas de cuidados nas RAS.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade
1.3.10	Reduzir em 2%, ao ano, a taxa de óbitos precoces (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças DCNT.	Mortalidade prematura de (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT. (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	<p>1) Para cálculo da taxa de mortalidade:</p> <p>Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID- 10: I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10 - E14, em determinado ano e local/População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local. (x 100.000).</p> <p>2) Para Cálculo do percentual de cumprimento:</p> <p>Taxa de mortalidade prematura de (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) do ano anterior – 0,02/ taxa de mortalidade prematura de (30 a 39 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) do ano vigente.</p>	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Estimativa populacional de 2015 - IBGE/RIPSA.	Anual



DIRETRIZ 1. Fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado, ordenar e organizar as RAS.					
OBJETIVO Nº 1.3. Organizar a atenção a saúde nos ciclos de vida promovendo fortalecimento das linhas de cuidados nas RAS.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade
1.3.11	Reduzir em 2,5% a prevalência de fumantes adultos, em relação ao ano anterior.	Prevalência de fumantes adultos na faixa etária de 18 anos ou mais, em determinado local e período.	<p>1) Para cálculo da prevalência:</p> <p>Número de adultos fumantes na faixa etária de 18 anos ou mais/População adulta na faixa etária de 18 anos ou mais (x100)</p> <p>2) Para cálculo do percentual de cumprimento:</p> <p>Prevalência de fumantes adultos na faixa etária de 18 anos ou mais, em determinado local e período, do ano anterior – (0,025) /Prevalência de fumantes adultos na faixa etária de 18 anos ou mais, em determinado local e período, do ano vigente.</p>	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel.	Anual
1.3.12	Reduzir 2% a proporção de internações na população de 60 anos ou mais.	Proporção de internações da população idosa de 60 anos ou mais, em determinado local e período.	<p>1) Para cálculo da proporção:</p> <p>Número de internações na população idosa de 60 anos ou mais, em determinado local e período/ População idosa de 60 anos ou mais em determinado local e período (x100)</p> <p>2) Para cálculo do percentual de cumprimento:</p> <p>Proporção de internações na população idosa de 60 anos ou mais, em determinado local e período do ano anterior – (0,02) /Proporção de internações na população idosa de 60 anos ou mais, em determinado local e período do ano vigente.</p>	Sistema de Informações Hospitalares (SIH).	Quadrimestral



Diretriz 2. Ampliar a resolutividade, integração e qualificação das RAS.					
OBJETIVO 2.1. Promover a oferta de serviços de atenção especializada com vistas a qualificação da atenção integral à saúde dos usuários do SUS.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
2.1.1	Ampliar o acesso da atenção psicossocial a crianças e adolescentes com a implantação 02 de novos serviços.	Número de serviços implantados no período.	Somatório dos serviços implantados no período.	CNES/DRAC//SEMUSA	Quadrimestral
2.1.2	Assegurar o matriciamento sistemático com a APS em 100% dos Pontos de Atenção Psicossocial.	Proporção de CAPS com ações de matriciamento na APS.	Número de CAPS com ações de matriciamento mensais com equipe de saúde da família x 100/Nº de CAPS existentes	Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS	Quadrimestral
2.1.3	Ampliar o acesso da atenção à saúde a Pessoa com Deficiência, implantando 01 novo serviço especializado.	Número de Pontos de Atenção à saúde a Pessoas com Deficiência implantados.	Somatório do número de pontos de atenção da Rede de Atenção a Pessoa com deficiência implantados no período.	CNES /DRAC /SEMUSA	Quadrimestral
2.1.4	Ampliar em 15% o acesso e a cobertura de atendimentos às demandas por problemas relacionados ao uso de drogas, suicídios e atendimentos às emergências psiquiátricas.	Número de atendimentos individuais psicossocial do CAPSad frente ao ano base. (Em 2019 foram realizados 34.520 atendimentos)	Número total de procedimentos individuais psicossocial no ano.	Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS	Quadrimestral
2.1.5	Assegurar o atendimento ambulatorial especializado compartilhado com a APS de 100% das gestantes de alto e muito alto risco.	Proporção das consultas especializadas realizadas a gestante de alto e muito alto risco.	Número de consultas a gestantes classificadas de alto e muito alto risco com trabalho compartilhado em unidade especializada x 100/ total de gestantes estimadas de alto e muito alto risco x 5 OBS: Denominador= 1200 gestantes estimadas x 5 consultas/ano	Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS.	Quadrimestral



Diretriz 2. Ampliar a resolutividade, integração e qualificação das RAS.					
OBJETIVO 2.1. Promover a oferta de serviços de atenção especializada com vistas a qualificação da atenção integral à saúde dos usuários do SUS.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
2.1.6	Assegurar o atendimento ambulatorial especializado compartilhado com a APS a 100% das crianças de alto risco de 0 – 2 anos cadastradas na APS.	Proporção das consultas realizadas as crianças classificadas de alto e muito alto risco em trabalho compartilhado com unidade especializada.	Número de consultas a crianças de 0-2 anos classificadas de alto e muito alto risco em trabalho compartilhado em unidade especializada x 100/total de crianças estimadas de 0 – 2 anos de alto risco x 3. Obs: Denominador = 4.000 crianças de alto risco x 3 consultas/ano.	Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS.	Quadrimestral
2.1.7	Manter no mínimo 70% a proporção de parto normal na Maternidade Municipal Mãe Esperança.	Proporção de parto normal na Maternidade Municipal Mãe Esperança – MMME.	Total do número de partos normais no período x 100 / total do número de partos no mesmo período	Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS.	Quadrimestral
2.1.8	Assegurar consultas ginecológicas em 100% das mulheres com exames alterados de citologia.	Proporção de consultas ginecológicas de prevenção ao câncer ofertadas frente ao número de consultas previstas para mulheres com exames citológicos alterados no período.	Número de consultas ginecológicas ofertadas por problemas relacionados a prevenção do câncer de colo de útero x 100/ Número de usuárias com exames citológicos alterados x 1,5 consultas/ano OBS: Os casos alterados de mamografia que devem ser considerados são BIRADS 3,4 e 5.	Sistema de Regulação - SISREG e Sistema de Informação do Câncer – SISCAN.	Quadrimestral
2.1.9	Assegurar consultas ginecológica em 100% das mulheres com exames alterados voltados a prevenção do câncer de mama.	Proporção de consultas ginecológicas em mastologia ofertadas frente o número previsto de consultas para mulheres com exames de mamografia com alterações no período.	Número de consultas ginecológicas em mastologia ofertadas x 100/ N° de usuárias com exames de mamografia alterados x 1,5 consultas/ano	Sistema de Regulação - SISREG e Sistema de Informação do Câncer – SISCAN.	Quadrimestral



Diretriz 2. Ampliar a resolutividade, integração e qualificação das RAS					
OBJETIVO 2.2. Promover a oferta dos serviços de urgência e emergência, reduzindo os impactos da morbimortalidade por causas externas e problemas de condições agudas na rede de saúde.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
2.2.1	Ampliar o acesso à atenção pré-hospitalar em 02 distritos da zona rural.	Número de bases descentralizadas do SAMU em distritos da zona rural.	Somatório do número de bases descentralizadas em distritos da zona rural.	CNES/SEMUSA	Quadrimestral
2.2.2	Ampliar os serviços de urgência e emergência pediátrica em uma unidade de Pronto Atendimento.	Número de serviço de urgência pediátrica implantado.	Somatório do Número de serviço de urgência pediátrica implantados em Porto Velho no período.	CNES/ DRAC	Quadrimestral
2.2.3	Atender em 100% os parâmetros da Portaria GM/MS nº 10 de janeiro de 2017 que classifica unidades de pronto atendimento em relação aos atendimentos médicos individuais.	Proporção do número de atendimentos individuais produzidos pelas UPA's frente ao pactuado através da Portaria GM/MS nº 10 de janeiro de 2017.	Número de atendimento individuais x 100/ total de atendimentos individuais pactuados junto ao MS, segundo Portaria GM/MS nº 10 de janeiro de 2017. Códigos: 03.01.06.010-003.01.06.009-6 03.01.06.002-9	Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS e Portaria GM/MS nº 10 de janeiro de 2017.	Quadrimestral
2.2.4	Atender em 100% os parâmetros da Portaria GM/MS nº 10 de janeiro de 2017 que classifica unidades de pronto atendimento em relação aos atendimentos de pacientes acolhimento e classificação de risco.	Proporção de atendimentos individuais realizados com acolhimento e classificação de risco nas UPA's no período.	Número atendimento individuais com acolhimento e classificação de riscox100 / total de atendimentos individuais com classificação de risco pactuados junto ao MS pela Portaria GM/MS nº 10 de janeiro de 2017, no ano. Código: 03.01.06.011-8	Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS e Portaria GM/MS nº 10 de janeiro de 2017.	Quadrimestral

Diretriz 2. Ampliar a resolutividade, integração e qualificação das RAS					
OBJETIVO 2.2. Promover a oferta dos serviços de urgência e emergência, reduzindo os impactos da morbimortalidade por causas externas e problemas de condições agudas na rede de saúde.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
2.2.5	Reduzir em 5 % a média do tempo de resposta do SAMU (USA) até a unidade.	Média de tempo resposta de cada chamada atendida para atender as remoções.	Somatório do tempo resposta de cada chamada atendida pelo SAMU (USA) /Número de chamadas atendidas pelo SAMU (USA) no período.	Sistema de Informação do Serviço de Urgência – SAMU.	Quadrimestral
2.2.6	Ampliar para 100% a classificação de risco obstétrico para as usuárias da Maternidade Mãe Esperança- MIMME.	Percentual de grávidas com atendidas com classificação risco na MIMME no período.	Número de grávidas atendidas com classificação de risco na MIMME x 100/Número de grávida atendida na porta de urgência.	Sistema de Registro Estatístico da MIMME e Prontuários das Gestantes.	Quadrimestral
DIRETRIZ 3. Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS.					
OBJETIVO Nº 3.1. Manter a cobertura de medicamentos em todas as unidades da rede municipal, promovendo o Uso Racional de Medicamentos – URM.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
3.1.1	Assegurar que 100% das unidades de saúde sejam abastecidas com todos os medicamentos elencados na REMUME e de acordo com o perfil assistencial.	Proporção de medicamentos elencados na REMUME adquiridos no período.	Quantidade de itens de medicamentos elencados na REMUME Quantidade de itens de medicamentos elencados na REMUME	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - Sistema Hórus /MS Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME / SEMUSA	Quadrimestral
3.1.2	Fiscalizar perdas de medicamentos em 100% das unidades de saúde.	Proporção de Farmácia das Unidades de Saúde fiscalizadas.	Número de farmácias fiscalizadas x100/ Número de farmácias existentes	Relatório descritivo do departamento de assistência farmacêutico/Hórus/Farmapub	Quadrimestral
3.1.3	Estruturar em 100% a central de medicamento de Farmacêutica modelo de acordo com as normas técnicas vigentes até 2025.	Percentual de itens atendidos segundo normas vigentes para Assistência Farmacêutica no período e ano.	Número de itens previstos nas normas vigentes atendidos x 100 / total de itens previstos nas normas no mesmo período e ano.	Normas Técnicas Vigentes – MS Departamento de Assistência Farmacêutica – DAS/SEMUSA.	Quadrimestral



DIRETRIZ 3. Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS municipal.					
OBJETIVO Nº 3.2. Fortalecer os serviços da Assistência Farmacêutica em todas as etapas do ciclo assistencial.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
3.2.1	Estruturar 100% das Farmácias das Unidades de Saúde para dispensação de medicamentos de acordo com o perfil assistencial.	Percentual de unidades farmacêuticas estruturadas para a dispensação de medicamentos, no período e ano.	Número de unidades farmacêuticas estruturadas para a dispensação de medicamentos x 100/ Total de unidades farmacêuticas do município na RAS.	Departamento de Assistência Farmacêutica – DASF/SEMUSA.	Quadrimestral.
3.2.2	Implantar 2 farmácias modelos com inserção do serviço de consulta farmacêutica.	Número de farmácia modelo com serviço de consulta farmacêutica implantado no ano.	Total de unidades farmacêuticas com serviço de consulta implantado.	Departamento de Assistência Farmacêutica – DASF/SEMUSA.	Quadrimestral
DIRETRIZ 3. Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS municipal.					
OBJETIVO Nº 3.3. Fortalecer o gerenciamento da rede de laboratórios de análise clínicas otimizando a capacidade instalada e ampliando o acesso dos usuários aos serviços.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
3.3.1	Atingir o quantitativo de 2.000.000 de exames realizados no âmbito da rede municipal de laboratório.	Número de exames realizados no ano base.	Número de exames realizados no ano base.	Sistema de informação Ambulatorial-SIA/SUS	Quadrimestral
3.3.2	Aumentar o rol de exames especializados cobertos pelo SUS municipal, com a implantação de marcadores tumorais, alérgenos e cardíacos).	Número de Marcadores tumorais, alérgenos e cardíacos implantados.	Número de Marcadores tumorais, alérgenos e cardíacos implantados.	Sistema de informação Ambulatorial-SIA/SUS	Quadrimestral
3.3.3	Implantar a automação de exames em hematologia e Semi automação para coagulação em 04 (quatro) laboratórios da zona rural (União Bandeirantes, Extrema, São Carlos e Calama).	Número laboratórios da zona rural (União Bandeirantes, Extrema, São Carlos e Calama) com automação de exames em hematologia e Semi automação para coagulação implantados.	Número laboratórios da zona rural (União Bandeirantes, Extrema, São Carlos e Calama) com automação de exames em hematologia e Semi automação para coagulação implantados.	Relatório Técnico do Departamento de Apoio Diagnóstico – DAD-SEMUSA	Quadrimestral

DIRETRIZ 3. Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS municipal.					
OBJETIVO Nº 3.3. Fortalecer o gerenciamento da rede de laboratórios de análise clínicas otimizando a capacidade instalada e ampliando o acesso dos usuários aos serviços.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
3.3.4	Implantar um protocolo de segurança para coleta e transporte de amostras no âmbito da Rede Municipal de Laboratório.	Número de protocolo implantado.	Protocolo implantado.	Relatório Técnico do Departamento de Apoio Diagnóstico – DAD-SEMUSA	Quadrimestral
3.3.5	Implantar 01 um protocolo operacional padrão no âmbito da Rede Municipal de Laboratório.	Número de Protocolo Operacional Padrão implantado.	Protocolo Operacional Padrão implantado.	Relatório Técnico do Departamento de Apoio Diagnóstico – DAD-SEMUSA	Quadrimestral
3.3.6	Manter o mínimo de 80% a coleta dos casos de Síndrome Gripal notificados –SG.	Proporção dos casos Síndrome Gripal – SG notificados com coletas.	Número de casos de síndrome gripal notificado com coletas x 80/ Número de casos Síndrome Gripal – SG notificados.	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe – SIVEP-GRIFE.	Quadrimestral
DIRETRIZ 3. Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS.					
OBJETIVO Nº 3.4. Modernizar e ampliar a capacidade operacional do apoio diagnóstico de imagem.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
3.4.1	Alcançar 100% dos Pontos de Atenção da rede, com serviços de apoio diagnóstico digital (UPAS Leste e Sul, Pronto Atendimento Ana Adelaide José Adelino, Centro de Especialidades Médicas e Pol. Rafael Vaz e Silva e MMME).	Proporção de Pontos de Atenção com serviço de apoio diagnóstico de imagem digital no município.	Número de Pontos de Atenção com serviço de apoio diagnóstico de imagem digital x 100/ Total de Pontos de Atenção de apoio diagnóstico de imagem Total de Pontos de Atenção = 7	CNES /DRAC/SEMUSA	Quadrimestral



DIRETRIZ 3. Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS municipal.					
OBJETIVO Nº 3.5. Aprimorar o sistema logístico de aquisição, armazenagem, monitoramento de estoques e distribuição de materiais.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
3.5.1	Padronizar a aquisição e distribuição de insumos e materiais de forma a atender a 100% das necessidades das Unidades de atenção à saúde na Rede.	Proporção de requisições de insumos atendidas integralmente.	Número de requisições apresentadas e atendidas integralmente x 100 / nº pelo requisições apresentadas pela unidade *requisição: solicitação de insumos realizados semanalmente para almoxarifado	Sector de Almoxarifado/ SEMUSA.	Quadrimestral
DIRETRIZ 3. Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS.					
OBJETIVO Nº 3.6. Implementar e fortalecer a Política Municipal de Avaliação, Controle, Auditoria e Regulação da RAS.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
3.6.1	Implantar o processo de regulação em 100% das consultas e exames especializados cirurgias.	Proporção de procedimentos de consultas e exames especializados e cirurgias eletivas regulados.	Número de procedimentos de consultas, exames especializados e cirurgias eletivas regulados x 100 / Total de procedimentos de consultas, exames especializados e cirurgias eletivas realizados no período.	Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, Sistema de Regulação – SISREG/ SUS.	Quadrimestral
3.6.2	Reduzir para 20% o absenteísmo de exames e consultas.	Média do índice de absenteísmo por procedimento agendado.	Somatório do (Número de cada tipo de consulta e exame especializado regulado realizado x 100/ Total ofertado para cada consulta e exame especializado regulado) / Total de tipos de exames e consultas regulados no período.	Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, Sistema de Regulação – SISREG/ SUS.	Quadrimestral
3.6.3	Reduzir o tempo de espera para 30 dias para exames e consultas até 2025.	Média do tempo de espera da solicitação no SISREG até o dia de realização do procedimento.	Somatório do (Número do tempo e espera na fila de agendamento de cada tipo de consulta e exame especializado) / Total de tipos de consulta e exame especializado.	Sistema de Regulação – SISREG/ SUS.	Quadrimestral
3.6.4	Criar protocolos de acesso em 100% dos serviços regulados.	Número de protocolos de acesso e priorização criados	Número de protocolos de acesso e priorização criados	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC/SEMUSA	Anual



DIRETRIZ 3. Reestruturação da gestão dos sistemas de apoio logístico assegurando-os em todos os pontos da RAS.					
OBJETIVO Nº 3.6. Implementar e fortalecer a Política Municipal de Avaliação, Controle, Auditoria e Regulação da RAS.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	
3.6.5	Aplicar instrumentos de avaliação anual, em 100% dos serviços de urgência e especializados da rede municipal.	Proporção de serviços de urgência e de especialidades da rede municipal com instrumento de avaliação aplicados no período.	Número de serviços de urgência e de especialidades com instrumento de avaliação aplicado x 100 / total de serviços de urgência e de especialidades na RAS municipal.	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC/SEMUSA.	Quadrimestral
3.6.6	Manter o banco de dados atualizado de 100% dos Sistemas de Informação de Saúde (SIA-SUS, SIH-SUS, CHA, CNS, CNES, Cartão SUS).	Porcentual de sistemas de informação com dados atualizado transmitidos ao Ministério da Saúde pelo DRAC.	Número de Sistemas de Informações com dados transmitidos ao Ministério da Saúde pelo DRAC com dados atualizados no período x 100/ total de Sistemas de Informações com dados transmitidos ao Ministério da Saúde pelo DRAC.	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC/SEMUSA.	Quadrimestral

DIRETRIZ 4. Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.					
OBJETIVO 4.1. Promover a prevenção, redução, eliminação dos riscos à saúde, e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens, e da prestação de serviços de interesse da saúde.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	
4.1.1	Atingir 60% dos estabelecimentos sujeitos às ações de vigilância sanitária (n. 19.000), para que estejam aptos ao desenvolvimento de suas atividades de interesse sanitário.	Proporção de estabelecimentos cadastrados com alvará de licenciamento sanitário atualizado.	Número de estabelecimentos sujeitos às ações de vigilância sanitária com alvará de licenciamento sanitário atualizado/ Número de estabelecimentos sujeitos às ações de vigilância sanitária x 100%.	Cadastro de Vigilância Sanitária – CVISA Rede Nacional para a Simplificação do Registro de Legalização de Empresas e Negócios – REDESIM OU SIGFÁCIL.	Quadrimestral
4.1.2	Ampliar o acesso do programa SALTA-Z, para mais 12 comunidades.	Número absoluto de comunidades com programas implantados.	Somatório do número de comunidades com programa implantado.	Cadastro de Vigilância Sanitária – CVISA.	Anual
4.1.3	Ampliar o acesso do programa PRAISSAN (Programa de Inclusão Produtiva para Segurança Sanitária) para mais 12 comunidades.	Número absoluto de comunidades com programas implantados.	Somatório do número de comunidades com programa implantado.	Cadastro de Vigilância Sanitária – CVISA.	Anual
4.1.4	Coletar 600 amostras de água, para avaliação da qualidade para o consumo humano, quanto aos parâmetros de Coliformes Totais, Turbidez, Cloro Residual Livre no ano base.	Número de amostras de água coletada para avaliação da qualidade para o consumo humano, quanto aos parâmetros de Coliformes Totais, Turbidez, Cloro Residual Livre, no ano base.	Número de amostras de água coletada para avaliação da qualidade para o consumo humano, quanto aos parâmetros de Coliformes Totais, Turbidez, Cloro Residual Livre, no ano base.	O Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA.	Quadrimestral



DIRETRIZ 4. Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.					
OBJETIVO Nº 4.2. Promover a detecção, prevenção e monitoramento de doenças e agravos transmissíveis, não transmissíveis e doenças negligenciadas, bem como os fatores que as condicionam.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
4.2.1	Instituir o serviço de notificação de agravos a saúde do trabalhador nas 19 Unidades de Saúde da Família da zona rural.	Número absoluto de unidades de saúde da família da zona rural com serviço de notificação instituído no ano base.	Número absoluto de unidades de saúde da família da zona rural com serviço de notificação instituído.	Departamento de Vigilância em Saúde – DVS/Coordenação de Saúde do Trabalhador	Anual
4.2.2	Monitorar 100% dos casos de sífilis congênita menor de ano de idade notificada no ano base.	Proporção de casos de sífilis congênita em menor de ano monitoradas.	Número de casos de sífilis congênita em menor de ano monitoradas/ de sífilis congênita em menor de ano notificadas x 100.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – SVS / MS.	Quadrimestral
4.2.3	Monitorar 100% os casos notificados de AIDS em menores de 5 anos.	Proporção de casos notificados de AIDS em menores de 5 anos monitorados.	Número de casos de AIDS em menores de 5 anos monitorados/Número de casos notificados de AIDS em menores de 5 anos.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – SVS / MS.	Quadrimestral
4.2.4	Aumentar em 40% as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências de residentes de Porto Velho, Porto Velho até 2025.	Número absoluto de notificações de violência doméstica, sexual e outras violências de residentes de Porto Velho no ano.	Número absoluto de notificações de violência doméstica, sexual e outras violências de residentes de Porto Velho no ano.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – SVS / MS.	Anual

DIRETRIZ 4. Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.					
OBJETIVO Nº 4.2. Promover a detecção, prevenção e monitoramento de doenças e agravos transmissíveis, não transmissíveis e doenças negligenciadas, bem como os fatores que as condicionam.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
4.2.5	Manter em 80% o encerramento das doenças de notificação compulsória imediata (conforme Portaria/MS vigente) registrada no SINAN em até 60 dias a partir da data da notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após.	Número de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) notificadas conforme Portaria/MS vigente) no SINAN/ Número de doenças de notificação compulsória imediata (conforme Portaria/MS vigente) encerradas no SINAN em até 60 dias a partir da data da notificação x 100	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – SVS / MS.	Anual
4.2.6	Manter o registro de óbitos com causa básica definida em 95%.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida do ano base.	Número de registro de óbitos com causa básica definida do ano base/ Número de registro de óbitos x 95%	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) – SVS / MS.	Anual
4.2.7	Manter acima de 90% a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos).	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil - MIF (10 a 49 anos) investigados.	Número de óbitos de mulheres em idade fértil - MIF (10 a 49 anos) x 90%	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) – SVS / MS.	Anual
4.2.8	Manter em 100% a investigação de óbitos maternos (OM).	Proporção de óbitos maternos (OM) investigados.	Número de óbitos maternos (OM) investigados/ de óbitos maternos (OM) notificados x 100.	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) – SVS / MS.	Anual



DIRETRIZ 4. Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.					
OBJETIVO Nº 4.2. Promover a detecção, prevenção e monitoramento de doenças e agravos transmissíveis, não transmissíveis e doenças negligenciadas, bem como os fatores que as condicionam.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
4.2.9	Manter a investigação de óbitos infantis e fetais (OI e OF) acima 75%.	Proporção de óbitos infantis e fetais (OI e OF) investigados.	Número de óbitos infantis e fetais (OI e OF) investigados/ Número de óbitos infantis e fetais (OI e OF) notificados x 75%	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) – SVS / MS.	Anual
4.2.10	Monitorar 100% dos casos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Proporção de casos monitorados de hanseníase diagnosticados	Número de casos de hanseníase monitorados/ Número de casos de hanseníase diagnosticados x 100%	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – SVS / MS.	Quadrimestral
4.2.11	Monitorar 100% dos casos diagnosticados de tuberculose	Proporção de casos monitorados de tuberculose diagnosticados	Número de casos de tuberculose monitorados/ Número de casos de tuberculose diagnosticados x 100%	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – SVS / MS.	Quadrimestral

DIRETRIZ 4. Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.					
OBJETIVO Nº 4.2. Promover a detecção, prevenção e monitoramento de doenças e agravos transmissíveis, não transmissíveis e doenças negligenciadas, bem como os fatores que as condicionam.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
4.2.12	Manter em 100% a investigação dos surtos por alimentos.	Proporção de surtos por alimentos investigados.	Número de surtos por doenças transmitidas por alimentos investigados / número de surtos por doenças transmitidas por alimentos notificados X 100	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – SVS / MS.	Quadrimestral
4.2.13	Ampliar em 20% a notificação das hepatites virais confirmadas laboratorialmente.	Proporção de hepatites virais confirmadas laboratorialmente no ano base.	Número de hepatites virais notificadas / Número de hepatites virais confirmadas laboratorialmente X 100	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – SVS / MS.	Quadrimestral
4.2.14	Monitorar 100% a notificação das Síndromes Respiratórias Agudas Grave -SRAG.	Proporção de notificação das Síndromes Respiratórias Agudas Grave monitoradas.	Número de casos de SRAG monitoradas/Número de SRAG notificadas X 100	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe SIVEP_gripe.	Quadrimestral
4.2.15	Monitorar 80% dos casos notificados de Síndrome Gripal – SG.	Proporção de casos de Síndrome Gripal notificadas monitoradas.	Número de casos SG monitoradas / Número de casos de SG notificados X 80	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe SIVEP_gripe.	Quadrimestral



DIRETRIZ 4. Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.					
OBJETIVO Nº 4.2. Promover a detecção, prevenção e monitoramento de doenças e agravos transmissíveis, não transmissíveis e doenças negligenciadas, bem como os fatores que as condicionam.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
4.2.16	Reduzir 10% os casos autóctones de malária	Número absoluto de casos	Número absoluto de casos	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária – SIVEP_malária.	Anual
4.2.17	Monitorar 100% dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana/LTA notificados	Proporção de casos de LTA notificados monitorados	Número de casos de LTA monitorados /Número de LTA notificados X 100	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – SVS / MS.	Quadrimestral
4.2.18	Monitorar 100% das notificações de arboviroses (dengue, zika vírus, Chikungunya e febre amarela)	Proporção de casos de arboviroses notificadas monitoradas	Número de casos de arboviroses monitorados/número de casos de arboviroses notificados X 100	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN on line e SINAN) – SVS / MS.	Quadrimestral
4.2.19	Monitorar 100% dos casos de toxoplasmose congênita menor de ano de idade notificada no ano base.	Proporção de casos de toxoplasmose congênita menor de ano de idade notificados monitorados	Número de casos de toxoplasmose congênita menor de idade monitorados/número de toxoplasmose congênita menor de ano de idade notificados X 100	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – SVS / MS.	Quadrimestral



DIRETRIZ 4. Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.					
OBJETIVO Nº 4.3. Detectar e intervir nos fatores de riscos ambientais que interferem na saúde humana transmitida por vetores e zoonoses de relevância.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
4.3.1	Manter a vigilância em 80% das áreas com notificação de doenças transmitidas por vetores de casos positivos nas áreas endêmicas.	Proporção de áreas com notificação de casos positivos de doenças transmitidas por vetores nas áreas endêmicas em vigilância.	Número de áreas com notificação de casos positivos/Número de áreas positivas em vigilância x 80	Sistema de Informações e Controle de Vetores - VETORES_MALÁRIA - SIVEP-MALÁRIA - Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica_notificação de casos - SIVEP-MALÁRIA. Levantamento de Índice Rápido – LIRAA. Sistema do Programa do Programa Nacional de Controle da Dengue – SisPNCD.	Quadrimestral
4.3.2	Monitorar 95% das áreas com notificação ou suspeita de zoonoses relevantes a saúde humana.	Proporção de áreas com notificação ou suspeita de zoonoses relevantes em vigilância.	Número de áreas com notificação de casos ou suspeita de zoonoses de relevância à saúde humana monitoradas/ Número de áreas com notificação ou suspeita de casos de zoonoses de relevância à saúde humana x 95	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – SVS / MS Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL.	Quadrimestral
4.3.3	Attingir 80% da população animal doméstica estimada (cão e gato) vacinados anualmente.	Proporção da população animal doméstica estimada (cão e gato) vacinada.	População animal doméstica estimada (cão e gato) x 80%/ População animal doméstica estimada (cão e gato)	Relatório final de Campanha de Vacinação/DCZAD/DVS.	Anual



DIRETRIZ 4. Monitoramento para o controle e redução dos riscos e agravos à saúde da população.					
OBJETIVO Nº 4.4. Garantir a capacidade de alerta e resposta rápida frente às emergências em saúde pública					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
4.4.1	Manter em 100% a investigação das situações de emergência em saúde pública.	Proporção de emergência em saúde pública investigadas.	Nº de emergências em saúde pública (rumores de emergência, surtos, epidemias e pandemias) investigados/Nº de emergências notificados X 100	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – SVS / MS Mídia, escrita, falada. SIVEP Sistema de Registro de Notificações - e-SUS Notifica/MS.	Quadrimestral
DIRETRIZ 5. Fortalecimento do controle social, da comunicação e informação em saúde junto à população.					
OBJETIVO 5.1. Promover e modernizar os sistemas de informação e comunicação das RAS					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
5.1.1	Implantar um Núcleo Técnico de Comunicação no organograma da SEMUSA.	Número de Núcleo Técnico instalado.	Total de núcleo técnico de comunicação implantado no organograma da SEMUSA.	Gabinete/SEMUSA	Anual
5.1.2	Implantar iniciativas de comunicação que promovam a disseminação das informações internas e externas de 100% dos estabelecimentos de saúde e coordenações técnicas até 2025.	Proporção de estabelecimentos de saúde e coordenações técnicas com iniciativas de comunicação implantadas.	Número de estabelecimentos de saúde com iniciativas de comunicação implantadas x 100 / total de estabelecimentos de saúde do município.	Relatório da Gerência dos Estabelecimentos de Saúde/ SEMUSA	Quadrimestral
5.1.3	Aprimorar em 100% o processo de informatização dos estabelecimentos de saúde dos Distritos de Porto Velho até 2025.	Proporção de estabelecimentos de saúde dos Distritos com acesso em tempo real aos sistemas informatizados da saúde.	Número de Estabelecimentos de Saúde dos Distritos de Porto Velho com acesso em tempo real aos sistemas informatizados da saúde x 100/ Total de Estabelecimentos de Saúde dos Distritos de Porto Velho.	CNES/DRAC/SEMUSA e Superintendência Municipal de Tecnologia da Informação – SMTI.	Quadrimestral

DIRETRIZ 5. Fortalecimento do controle social, da comunicação e informação em saúde junto à população.					
OBJETIVO 5.1.1. Promover e modernizar os sistemas de informação e comunicação das RAS					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
5.1.4	Manter em 100% dos estabelecimentos de saúde da zona urbana com acesso em tempo real aos sistemas informatizados de saúde.	Proporção de estabelecimentos da zona urbana de Porto Velho com acesso em tempo real aos sistemas informatizados da saúde.	Número de estabelecimentos da zona urbana com acesso em tempo real aos sistemas informatizados da saúde x 100 / Total de estabelecimentos da zona urbana de Porto Velho.	CNES/DRAC/SEMUSA e Superintendência Municipal de Tecnologia da Informação – SMTI.	Quadrimestral
5.1.5	Aumentar a capacidade de armazenamento dos dados informatizados da SEMUSA.	Proporção de estabelecimentos de saúde de urgência e especializados com sistema e-cidade funcionando integralmente.	Número de estabelecimentos de saúde com sistema de informação e-cidade funcionando integralmente x 100 / total de estabelecimentos de saúde de urgência e especializados	CNES/DRAC/SEMUSA e Superintendência Municipal de Tecnologia da Informação – SMTI.	Quadrimestral
5.1.6	Criar um sistema de gestão para dar transparência às filas de espera da Regulação Municipal.	Número de sistema de gestão para dar transparência às filas de espera da Regulação Municipal criado.	Número de sistema de gestão para dar transparência às filas de espera da Regulação Municipal criado.	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC/SEMUSA e Superintendência Municipal de Tecnologia da Informação – SMTI.	Anual



DIRETRIZ 5. Fortalecimento do controle social, da comunicação e informação em saúde junto à população.					
OBJETIVO 5.2. Ampliar a participação da população no controle social do SUS.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
5.2.1	Prover 100% das necessidades de estrutura física e recursos humanos do Conselho Municipal de Saúde- CMS, conforme regimento interno da instituição.	Estrutura atendida segundo regulamentação.	Número de itens atendidos para a composição estrutural do CMS, conforme regimento x 100/ total de itens necessários a estruturação segundo regimento interno do CMS.	Regimento Interno / Secretaria Executiva do CMS	Quadrimestral
5.2.2	Manter o funcionamento sistemático do CMS e Câmaras Técnicas afins, garantindo 100% do cumprimento de sua agenda regimental.	Percentual de cumprimento da agenda de reuniões regimentadas pelo Conselho Municipal de Saúde para o ano.	Número de reuniões Plenárias Ordinárias e reuniões plenárias extra ordinárias cumpridas anualmente x 100 / Total de de reuniões Plenárias Ordinárias e reuniões plenárias extra ordinárias previstas no regimento do CMS anualmente. Total mínimo de reuniões segundo regimento: 11 reuniões Plenárias Ordinárias e 4 reuniões plenárias extra ordinárias anuais.	Atas do Conselho Municipal de Saúde/ Secretaria Executiva do CMS.	Anual

DIRETRIZ 5. Fortalecimento do controle social, da comunicação e informação em saúde junto à população.					
OBJETIVO 5.2. Ampliar a participação da população no controle social do SUS.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
5.2.3	Realizar o mínimo de três eventos anuais com foco na mobilização popular para o SUS.	Número de eventos anuais com foco na mobilização popular para o SUS.	Somatório do número de eventos anuais com foco na mobilização popular para o SUS.	Atas do Conselho Municipal de Saúde/ Secretaria Executiva do CMS.	Anual
5.2.4	Coordenar a realização das Conferências Municipais de Saúde.	Número de Conferências realizadas.	Total das Conferências de Saúde realizadas no período.	Relatório Final das Conferências – Conselho Municipal de Saúde.	Anual
5.2.5	Promover a formação de 100% dos Conselheiros de Saúde.	Proporção de conselheiros formados no período.	Nº de Conselheiros com capacitação/total de conselheiros x 100	Frequência dos Conselheiros em cursos praticados – Secretaria Executiva do CMS.	Quadrimestral

DIRETRIZ 5. Fortalecimento do controle social, da comunicação e informação em saúde junto à população.					
OBJETIVO 5.3 - Fortalecer e modernizar os serviços de ouvidoria do SUS.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
5.3.1	Ampliar em 100% as manifestações da população, via sistema Fala.BR, até 2025.	Taxa de crescimento do número de manifestações recebidas.	(Número do ano atual menos o valor do ano anterior/ pelo ano anterior) x 100 Obs: Número de manifestações em 2021 = 252	Sistema Fala BR – Ouvidoria.	Quadrimestral



Diretriz Nº 6. Fortalecimento da gestão de pessoas e dos processos de trabalho no SUS.					
OBJETIVO Nº 6.1. Desenvolver estratégias para o fortalecimento da Política Nacional e Municipal de Educação Permanente em Saúde.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
6.1.1	Ampliar 16 Núcleos de Educação Permanentes - Neps nos pontos de atenção da RAS.	Número de Núcleos de Educação Permanentes - Neps implantados no ano.	Somatório do número de Núcleos de Educação Permanentes - Neps implantados no período.	Registros do Núcleo Gestor de Educação Permanente - NUGEP/ SEMUSA.	Quadrimestral
6.1.2	Manter e/ou fortalecer as atividades dos Núcleos de Educação Permanente - NEPS das Unidades de Urgência e Emergência, do SAMU 192, Maternidade Municipal e Unidades Básicas de Saúde.	Número de planos de ação de atividade educativa monitorados dos estabelecimentos de saúde com NEP's.	Número de planos de ação de atividade educativa monitorados dos estabelecimentos de saúde com NEP's.	Registros do Núcleo Gestor de Educação Permanente - NUGEP/ SEMUSA.	Quadrimestral
Diretriz Nº 6. Fortalecimento da gestão de pessoas e dos processos de trabalho no SUS.					
OBJETIVO Nº 6.2. Promover a formação e qualificação de recursos humanos em saúde a partir das necessidades em saúde e do SUS					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
6.2.1	Qualificar servidores da SEMUSA, através de 06 cursos de aperfeiçoamento nas modalidades de Ensino Técnico, Pós-Graduação <i>lato-sensu</i> e <i>stricto sensu</i> , por meio de parcerias com as instituições de ensino.	Número de cursos ofertados no ano.	Somatório do número de cursos de aperfeiçoamento nas modalidades de Ensino Técnico, Pós-Graduação <i>lato-sensu</i> e <i>stricto sensu</i> ofertados no ano.	Registros do Núcleo Gestor de Educação Permanente - NUGEP/ SEMUSA.	Quadrimestral



DIRETRIZ 6. Fortalecimento da gestão de pessoas e dos processos de trabalho no SUS.					
OBJETIVO Nº 6.3. Promover a valorização dos trabalhadores, desprecarização e a democratização das relações de trabalho.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
6.3.1	Acolher 100% dos servidores admitidos até 2025, através do programa de acolhimento da SEMUSA.	Percentual de servidores admitidos com certificação de acolhimento no ano.	Número de servidores admitidos com certificação de acolhimento no ano x 100 / Número de servidores admitidos no mesmo ano	Certificados de participação dos servidores no evento/ NUGEP/SEMUSA e Registro no Sistema de Informação dos Recursos Humanos do município/Departamento de Recursos Humanos-DRH/SEMUSA.	Quadrimestral
6.3.2	Realizar os exames ocupacionais anuais em 100% dos servidores municipais da SEMUSA até 2025.	Proporção de servidores municipais da SEMUSA com exames ocupacionais periódicos (ASO) realizados no ano.	Número de servidores municipais da SEMUSA com exames ocupacionais periódicos (ASO) realizados no ano x 100 / nº de servidores municipais da SEMUSA	Núcleo de Segurança de Educação em Saúde / SEMUSA.	Quadrimestral
6.3.3	Implantar o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA em 100% dos Estabelecimentos Saúde vinculados a SEMUSA.	Proporção de Estabelecimentos de Saúde vinculados a SEMUSA com PPRA implantados.	Número de Estabelecimentos de Saúde vinculados a SEMUSA com PPRA implantados x 100 / Número total de Estabelecimentos de Saúde da SEMUSA.	Relatório de Gestão do Núcleo de Segurança de Educação em Saúde / SEMUSA.	Quadrimestral



DIRETRIZ 6. Fortalecimento da gestão de pessoas e dos processos de trabalho no SUS.					
OBJETIVO Nº 6.4. Desenvolver a vocação formadora da Rede Municipal de Saúde, alinhada às necessidades do SUS.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
6.4.1	Acolher 100% dos discentes nos cenários de prática, através de um programa de acolhimento da SEMUSA.	Percentual de discentes acolhidos pela SEMUSA.	Número de discentes acolhidos nos cenários de prática através de um programa de acolhimento da SEMUSA x 100 / total de discentes acolhidos pelo mesmo Programa.	Relatórios do Núcleo Gestor de Educação Permanente – NUGEP.	Quadrimestral
6.4.2	Manter um programa de residência uniprofissional.	Número de programa de residência uniprofissional instituído.	Somatório do número de Programas de Residências Uniprofissionais instituídos no período.	Relatórios do Núcleo Gestor de Educação Permanente – NUGEP.	Quadrimestral
6.4.3	Instituir um programa de residência multiprofissional.	Número de programa de residência multiprofissional instituído.	Somatório do número de Programas de Residências Multiprofissionais instituídos no período.	Relatórios do Núcleo Gestor de Educação Permanente – NUGEP.	Quadrimestral
DIRETRIZ 6. Fortalecimento da gestão de pessoas e dos processos de trabalho no SUS					
OBJETIVO Nº 6.5. Reorganizar e fortalecer o modelo administrativo da SEMUSA para as ações de planejamento do SUS.					
Nº	Meta	Indicador de monitoramento	Fórmula do Cálculo	Fonte	Periodicidade
6.5.1	Promover a revisão e atualização da Estrutura Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde.	Lei Complementar da Estrutura Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde aprovada e publicada.	Número de Lei Complementar da Estrutura Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde aprovada e publicada no período.	Diário Oficial do Município, DRH, SEMUSA.	Quadrimestral
6.5.2	Executar 20 novos projetos de Construção, Reforma ou Ampliação em Pontos de Atenção da RAS.	Número de projetos homologados.	Número de projetos homologados.	Sector Engenharia de	Quadrimestral
6.5.3	Concluir 100% das obras remanescentes de Construção, Reforma ou Ampliação em Pontos de Atenção da RAS. (Total de 16 projetos)	Percentual de obras finalizadas.	Número de obras finalizadas/Número de obras remanescentes X 100	Sector Engenharia de	Quadrimestral



BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1 - Gestão em Ouvidoria. Módulo I – Fundamentos e Atuação da Ouvidoria Pública. Escola Nacional de Administração Pública – Enap

2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Manual das Ouvidorias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

3- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4)

4 – Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2023. Brasília, 2020.

5 - Brasil. Ministério da Economia. Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital. Secretaria de Gestão. Guia Técnico de Gestão Estratégica. v1.0; Brasília: ME; SEDGG; SEGES, 2019. Versão 1/2020.

6 - Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização se faz regionalizando: fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde / Ministério da Saúde. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

7 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.



ANEXOS



Anexo I. Proposta oriundas das Conferências Municipais de Saúde e do Plano de Governo do município.

ATENÇÃO PRIMÁRIA

1. Assegurar os direitos de saúde bucal de acordo com as especificidades dentro do território geográfico de Porto Velho/RO, aumentando a cobertura da ESB, estruturando e garantindo a manutenção dos serviços, de saúde bucal, principalmente nas unidades de zona rural.
2. Implantar o serviço da UBS anexo ao socialista através de convênios com faculdades/Universidades atendendo áreas do projeto minha casa minha vida e que a mesma seja inserida na RAS.
3. Implantar a Academia da Saúde, após a aprovação pela câmara dos vereadores, do profissional de Educação Física no quadro da SEMUSA, para compor a equipe NASF.
4. Ofertar ações e serviços de saúde nos APS/ESF de acordo com as necessidades da população, garantindo recursos, insumos, equipamentos e ambiência adequados para implantação e implementação dos serviços.
5. Incentivar o papel mediador da APS frente a ações intersetoriais e a participação das pessoas para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades.
6. Implantar e/ou ampliar o CAPS e NASF itinerante nos distritos de Porto Velho.
7. Garantir as políticas de humanização e acolhimento às Pessoas com Deficiência, tais como: estrutura física das UBS, qualificação dos profissionais (Libras e áudios visuais) e direito ao acompanhante.
8. Ampliar as Práticas Integrativas e Complementares no município de Porto Velho, conforme Portaria 702/MS de 21 de março de 2018, Portaria 002/GAB/SEMUSA de 03 de janeiro de 2019 e Resolução 003/CMSPV de 07 de março de 2019.
9. Implantação do projeto de acesso ao prontuário eletrônico da saúde, com histórico completo do paciente.
10. Ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Família.
11. Fortalecer e priorizar a atenção básica com investimento em recursos humanos devidamente capacitados, materiais, insumos, ampliação de cobertura em detrimento aos investimentos na média e alta complexidade (Conferência Saúde da Mulher).
12. Criar equipe de referência multiprofissional itinerante para atendimento permanente por terra e água para a área rural e ribeirinha terrestres e ribeirinhos garantindo os princípios do SUS. (Conferência Saúde da Mulher).
13. Implementar no SUS a atuação do profissional fitoterápica para garantir a permanência cultural e tradicional dos métodos alternativos de saúde empoderando as comunidades locais. (Conferência Saúde da Mulher).
14. Ampliar e adequar os Núcleos de Apoio as equipes de Saúde da Família (NASF) para as quatro zonas de saúde (Norte, Sul, Leste e Oeste) bem como uma regionalização nos distritos rurais terrestres e ribeirinhos garantindo os princípios do SUS. (Conferência Saúde da Mulher).
15. Realizar uma nova territorialização levando em conta as particularidades da região amazônica, para ampliação adequada das áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família. (Conferência Saúde da Mulher).



16. Adequação e reestruturação dos serviços assistenciais de saúde nas áreas rurais e urbanas, levando em conta a Política Nacional de Humanização. (Conferência Saúde da Mulher).
17. Estabelecer uma parceria pública – privada para atender toda a demanda feminina em vulnerabilidade no seu ciclo biológico como um todo. (Conferência Saúde da Mulher).
18. Fortalecer e ampliar as equipes de consultório na rua. (Conferência Saúde da Mulher).
19. Instituir e implementar a Academia da Saúde adequada para atender a mulher também idosa com apoio profissional. (Conferência Saúde da Mulher).
20. Fortalecer o Programa de Saúde na Escola para redução da cultura da violência contra mulher. (Conferência Saúde da Mulher).
21. Garantir o atendimento integral e integrada a mulher em situação de violência em especial as violências sexual e autoprovocada. (Conferência Saúde da Mulher).
22. Garantir a promoção da cultura da Paz. (Conferência Saúde da Mulher).
23. Garantir o atendimento à demanda espontânea em todas as unidades de saúde garantindo a integralidade.
24. Garantir a efetividade e a integralidade da Política Nacional da Rede Cegonha com a reinserção do auxílio deslocamento durante o pré-natal.
25. Intensificar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, por meio de uma renovação de processo seletivo, através de replantação da CLT, com instituição de critérios de avaliação processual de trabalho semestral coordenado pela ESF, para melhoria e garantia do acesso às informações das ofertas de serviços de saúde das Unidades Básicas de Saúde de Porto Velho, junto a população feminina da cidade.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

1. Decentralizar serviço de Urgência pré-hospitalar através da implantação de bases descentralizadas do SAMU de forma a atender o baixo madeira e alto madeira, garantindo a sala de estabilização na UBS de São Carlos.
2. Implantar e/ou ampliar o CAPS e NASF itinerante nos distritos de Porto Velho.
3. Criar a Rede de Atenção em Urgência e Emergência, com uma sala de estabilização com Ambulâncias e Ambulanchas em todos os Distritos.
4. Transparência em relação a colocação do usuário na fila da espera online, e o total de profissionais/ especialista em regulação dos serviços tem que comunicar, assim como o prestador de serviço confirmar e Ampliar o número de operadores nas unidades de saúde nos dois turnos.
5. Priorizar e garantir a implementação dos programas direcionados para a mulher rural de prevenção de doenças psicossociais(depressão) abrangendo as doenças relativas as usas horas laborais. (Conferência Saúde da Mulher).
6. Assegurar o acesso a rede de atenção psicossocial as mulheres de comunidades tradicionais, com foco aos agravos relacionados ao trabalho. (Conferência Saúde da Mulher).
7. Instituir serviços itinerantes, com especialidades médicas voltadas à saúde da mulher, de forma a atender a comunidade feminina em territórios onde não há equipes de saúde da família e/ ou UBS. (Conferência Saúde da Mulher).



ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

1. Fortalecimento da rede de assistência farmacêutica.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1. Criar, implantar/implementar e monitorar uma estratégia de educação permanente e continuada na Vigilância em Saúde para os profissionais da Atenção em Saúde, respeitando a realidade de cada território.

2. Construir/implantar a Rede de Atenção à Saúde, do município de Porto Velho com o estabelecimento de protocolos dos serviços da Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Sanitária nos estabelecimentos de saúde públicos e privados.

3. Que a Vigilância em Saúde do Trabalhador seja uma área técnica, devidamente institucionalizada, inserida nos órgãos municipais e estaduais de Vigilância em Saúde com equipe técnica e infraestrutura suficiente.

4. Formular projetos para o saneamento básico (coleta e tratamento de esgoto, controle de águas fluviais, aterro sanitário e poluição atmosférica), com alocação de recursos provenientes dos grandes empreendimentos industriais e elétricos do município de Porto Velho.

5. Criar comitê materno-infantil de vigilância do óbito integrando a capital e todo o interior do estado.

6. Criar e regulamentar o código de Vigilância em saúde do Município de Porto Velho, com a participação do controle social.

7. Reformular e regulamentar a estrutura organizacional de Vigilância em saúde, agregando as vigilâncias sanitária, epidemiológica(imunização) em saúde ambiental, saúde do trabalhador e laboratório.

8. Cria, organizar e planejar um dia “D” para a Vigilância em saúde de forma intersetorial para a realização de atividades junto à comunidade (ação global).

9. Fortalecer a educação permanente, visando os dados da Vigilância em saúde bem como oferecer apoio e acompanhamento das ações relacionadas às necessidades dos indivíduos e coletividades, no âmbito das equipes de saúde da família.

10. Instituir o conselho gestor de Vigilância em Saúde.

11. Garantir a comunicação em saúde, efetivando a participação da sociedade no planejamento das ações de Vigilância em Saúde.

12. Garantir o modelo de atenção baseado na Vigilância em saúde e controle social como premissa para a tomada de decisão da gestão que impactem no planejamento e nas ações de saúde.

13. Mobilização, sensibilização para o cumprimento da legislação acerca da notificação das violências contra a mulher. (Conferência Saúde da Mulher).

GESTÃO DO SUS

1. Construção de um prédio próprio para a Secretaria Municipal de Saúde (Semusa) para integralização as ações das vigilâncias e adequação do atual organograma da Vigilância em saúde incluindo as quatro vertentes (epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador), nomeando por decreto servidores do quadro efetivo com formação específica na área para ocupar estes cargos.



2. Criar conselhos locais de saúde, por zona da cidade, utilizando os SIS como instrumentos de fortalecimento de controle social.
3. Implantar e implementar canais e mecanismos de comunicação virtual para divulgação em massa de informações de interesse de saúde pública, permitindo acionar em tempo real os órgãos de controle para tomadas de decisão.
4. Assegurar e proporcionar a capacitação dos profissionais de saúde municipais para realizar os atendimentos as pessoas com deficiências Ex: Libras, Braille, acuidade visual diminuída, em cumprimento da lei 13.146 de 06 de julho de 2015 e decreto federal nº 5.626 de 22 de dezembro de 2005 art. 25,26 e 27.
5. Melhorar as estruturas físicas e fazer manutenção, aquisição de ambulância com rampa acessível para pessoas com deficiência, adaptar aparelhos de mamografias para mulheres usuárias de cadeira de rodas.
6. Garantir a melhoria das estruturas físicas das UBS e suas devidas manutenções.
7. Criar escola técnica do SUS em Porto Velho, com objetivo de qualificar os profissionais de saúde na área da gestão e assistência à saúde por meio da educação permanente de forma presencial, EAD e metodologias ativas.
8. Garantir maior transparência dos recursos da saúde municipal por meio das disponibilizações dos gastos por setor (área técnica) anualmente.
9. Estabelecer mecanismo técnico de participação dos trabalhadores de saúde nos planejamentos anuais de saúde, com garantia de incentivo financeiro aos profissionais de saúde.
10. Garantir que os incentivos fiscais concedidos pelo município tenham um percentual mínimo relativo à saúde assegurada.
11. Estabelecer e garantir que os recursos destinados à saúde tenham a sua gestão plena executada no âmbito da secretaria municipal de saúde.
12. Estabelecer um percentual orçamentário financeiro dentro da LOA de 2020 oriundo do PAB variável e fixo, direcionado exclusivamente para rede de atenção a saúde das áreas rurais terrestre e ribeirinhas, com autonomia de gerenciamento orçamentário por núcleos distritais de saúde.
13. Realizar concursos para ampliação do quadro profissional de saúde visando garantir a permanência do concursado no local escolhido no ato da inscrição.
14. Implantar o sistema de transportes sanitários (terrestre, fluvial e aéreo) nos Distritos.
15. Criar conselhos distritais de saúde.
16. Ampliação, reforma e modernização das unidades de saúde.
17. Fortalecimento da saúde nos distritos com melhoria da infraestrutura e recursos humanos.
18. Fortalecer a Educação em saúde no âmbito da comunidade, em razão dos riscos e agravos presentes no território.
19. Criar um polo de educação permanente de Vigilância em Saúde, com estabelecimento de parcerias em nível local, estadual e federal, priorizando o acesso e o atendimento da população em situação de vulnerabilidade.
20. Instituir grupos de trabalho de monitoramento e avaliação das ações programadas, de forma intersetorial, como estratégia de reorganização dos processos de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde.



21. Criar conselhos locais, fortalecendo a comunicação em saúde, garantindo a efetiva participação da sociedade no planejamento das ações de Vigilância em Saúde.

22. Possibilitar a implantação e participação paritária de gestores/prestadores de serviços, trabalhadores e usuários, nos conselhos locais de saúde, propiciando avaliação e programação das atividades de saúde no território.

23. Implementar as políticas de educação em saúde nas escolas desde as series iniciais garantindo sua inserção na matriz curricular.

24. Fomentar políticas de incentivo as empresas que priorize a contratação de mão de obra feminina.

25. Garantir a participação dos gerentes dos Serviços de Saúde no Conselho Municipal de Saúde.

26. Garantir educação permanente aos gerentes das UBS para fortalecimento das ofertas de serviços voltadas às necessidades das mulheres das comunidades atendidas pelas equipes.

27. Instituir os Conselhos Locais de Saúde da Mulher no âmbito de Porto Velho, garantindo os espaços de discussões nos distritos e regiões das áreas urbanas e rurais da cidade.

28. Instituir nos espaços de serviços de saúde as OUIDORIAS DA SAÚDE DA MULHER, para melhoria da comunicação entre usuária, serviço e gestão da saúde.



Anexo II. Situação diagnóstica da capacidade instalada de odontologia nas Unidades Básica de Saúde e sugestões para a qualificação do atendimento.

NOME	SITUAÇÃO ATUAL	QUANTIDADE DE SALAS/CADEIRAS ODONTOLÓGICAS ATUALMENTE	NECESSIDADE RH	SUGESTÕES	FINALIDADE
UBS ZONA URBANA					
SAE	Manhã: 1 CD	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 0 ASB/TSB: 0		
USF JOSÉ ADELINO	Manhã: 3 eSB Tarde: 1 eSB	Salas: 3 Cadeiras: 3	CD: 2 ASB/TSB: 2		Ampliar o número de 4 eSB para 6 eSB.
USF CASTANHEIRA	Manhã: 2 eSB Tarde: 2 eSB	Salas: 2 Cadeiras: 2	CD: 0 ASB/TSB: 0		
USF MARIANA	Manhã: 1 eSB Tarde: 2 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 1 ASB/TSB: 0	Construção de mais uma sala; Aquisição de mais uma cadeira odontológica e periféricos.	Ampliar o número de 3 eSB para 4 eSB.
USF HAMILTON R. GONDIM	Manhã: 3 eSB Tarde: 3 eSB	Salas: 2 Cadeiras: 2	CD: 0 ASB/TSB: 0	Adequação de uma sala já existente para colocação de um consultório odontológico; Aquisição de mais uma cadeira odontológica e periféricos.	Otimizar a atuação das eSB já existentes ampliando o acesso dos usuários aos atendimentos odontológicos.
USF ERNANDE C COUTINHO (ÍNDIO)	Manhã: 3 eSB Tarde: 3 eSB	Salas: 2 Cadeiras: 3	CD: 0 ASB/TSB: 0	Construção de mais uma sala e remanejamento da cadeira odontológica e periférico existentes para o novo local.	Otimizar a atuação das eSB já existentes tendo em vista a necessidade de colocação de mais uma cadeira em uma sala própria.



NOME	SITUAÇÃO ATUAL	QUANTIDADE DE SALAS/CADEIRAS ODONTOLÓGICAS ATUALMENTE	NECESSIDADE RH	SUGESTÕES	FINALIDADE
USF PEDACINHO DE CHÃO	Manhã: 1 eSB Tarde: 2 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 1 ASB/TSB: 0	Construção de mais uma sala; Aquisição de mais uma cadeira odontológica e periféricos.	Ampliar o número de 3 eSB para 4 eSB.
USF RONALDO ARAGÃO	Manhã: 2 eSB Tarde: 2 eSB	Salas: 2 Cadeiras: 2	CD: 0 ASB/TSB: 0		
USF APONIA	Manhã: 2 eSB Tarde: 2 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 0 ASB/TSB: 0	Construção de mais uma sala; Aquisição de mais uma cadeira odontológica e periféricos.	Otimizar a atuação das eSB já existentes ampliando o acesso dos usuários aos atendimentos odontológicos.
USF SOCIALISTA	Manhã: 2 eSB Tarde: 2 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 0 ASB/TSB: 0	Construção de mais uma sala; Aquisição de mais uma cadeira odontológica e periféricos.	Otimizar a atuação das eSB já existentes ampliando o acesso dos usuários aos atendimentos odontológicos.
USF SÃO SEBASTIÃO	Manhã: 2 eSB Tarde: 1 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 1 ASB/TSB: 1	Construção de mais uma sala; Aquisição de mais uma cadeira odontológica e periféricos.	Otimizar a atuação das eSB já existentes ampliando o acesso dos usuários aos atendimentos odontológicos.
USF AGENOR DE CARVALHO	Manhã: 2 eSB Tarde: 2 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 0 ASB/TSB: 0	Construção de mais uma sala; Aquisição de mais uma cadeira odontológica e periféricos.	Otimizar a atuação das eSB já existentes ampliando o acesso dos usuários aos atendimentos odontológicos.



NOME	SITUAÇÃO ATUAL	QUANTIDADE DE SALAS/CADEIRAS ODONTOLÓGICAS ATUALMENTE	NECESSIDADE RH	SUGESTÕES	FINALIDADE
USF CALADINHO	Manhã: 2 eSB Tarde: 2 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 0 ASB/TSB: 0	Construção de mais uma sala; Aquisição de mais uma cadeira odontológica e periféricos.	Otimizar a atuação das eSB já existentes ampliando o acesso dos usuários aos atendimentos odontológicos.
USF NOVA FLORESTA	Manhã: 2 eSB Tarde: 2 eSB	Salas: 2 Cadeiras: 2	CD: 0 ASB/TSB: 1		
USF RENATO MEDEIROS	Manhã: 2 eSB Tarde: 2 eSB	Salas: 2 Cadeiras: 2	CD: 0 ASB/TSB: 1	OK	
USF SANTO ANTONIO	Manhã: 1 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 1 ASB/TSB: 1	OK	
USF OSWALDO PIANA	Manhã: 3 eSB Tarde: 1 eSB	Salas: 2 Cadeiras: 2	CD: 0 ASB/TSB: 0	OK	
FLAMBOYANT	Manhã: 1 eSB Tarde: 1 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 1 ASB/TSB: 1	Aquisição de mais uma cadeira odontológica e periféricos.	Criar 1 eSB.
3 MARIAS	Manhã: 1 eSB Tarde: 1 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 1 ASB/TSB: 1	Aquisição de mais uma cadeira odontológica e periféricos.	Criar 1 eSB.
SOCIALISTA II	Manhã: 2 eSB Tarde: 2 eSB	Salas: 2 Cadeiras: 2	CD: 2 ASB/TSB: 2	Aquisição de mais uma cadeira odontológica e periféricos.	Criar 4 eSB.
UBS MANOEL AMORIM	Manhã: 0 APS	Salas: 2	CD: 4	Aquisição de mais duas cadeira	Criar uma APS



NOME	SITUAÇÃO ATUAL	QUANTIDADE DE SALAS/CADEIRAS ODONTOLÓGICAS ATUALMENTE	NECESSIDADE RH	SUGESTÕES	FINALIDADE
DE MATOS	Tarde: 0 APS	Cadeiras: 2	ASB /TSB:4	odontológica e periféricos	
USF VILA PRINCESA	Tarde: 1 APS	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 0 ASB/TSB: 0	APS	
CS AREAL DA FLORESTA	Manhã: 2 aps Tarde: 0 aps	Salas: 2 Cadeiras: 2	CD: 1 ASB/TSB: 1	APS	
CS MAURÍCIO BUSTANI	Manhã: 2 eSB Tarde: 2 eSB	Salas: 2 Cadeiras: 2	CD:0 ASB/TSB:0	APS	
UBS ZONA RURAL					
NOVA CALIFÓRNIA	Manhã: 1 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 0 ASB/TSB: 0		
EXTREMA	Manhã: 1 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 1 ASB/TSB: 0		
VISTA ALEGRE DO ABUNÃ	Manhã: 1 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 0 ASB/TSB: 0		
FORTALEZA DO ABUNÃ	Manhã: 0 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 1 ASB/TSB: 1		Criar uma eSB.
ABUNÃ	Manhã: 0 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 1 ASB/TSB: 1		Criar uma eSB.
NOVA MUTUM	Manhã: 0 eSB	Salas: 1	CD: 1		Criar uma eSB.



NOME	SITUAÇÃO ATUAL	QUANTIDADE DE SALAS/CADEIRAS ODONTOLÓGICAS ATUALMENTE	NECESSIDADE RH	SUGESTÕES	FINALIDADE
		Cadeiras: 1	ASB/TSB: 1		
UNIÃO BANDEIRANTES	Manhã: 1 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 0 ASB/TSB: 0		
RIO DAS GARÇAS/CACHOEIRA DO TEOTÔNIO	Manhã: 1 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 0 ASB/TSB: 0		
JACI PARANÁ	Manhã: 1 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 1 ASB/TSB: 0		
CALAMA / BENJAMIM SILVA	Manhã: 1 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 0 ASB/TSB: 0		
NAZARÉ	Manhã: 0 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 1 ASB/TSB: 0		Criar uma eSB.
CUJUBIM GRANDE	Manhã: 1 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 0 ASB/TSB: 0		
NOVO ENGENHO VELHO	Manhã: 0 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 1 ASB/TSB: 1	Ampliação da sala do consultório odontológico.	Criar uma eSB.
MORRINHOS /JOANA D'ARC	Manhã: eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 0 ASB/TSB: 1		
SÃO CARLOS	Manhã: 0 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 0 ASB/TSB: 1		Criar uma eSB.



NOME	SITUAÇÃO ATUAL	QUANTIDADE DE SALAS/CADEIRAS ODONTOLÓGICAS ATUALMENTE	NECESSIDADE RH	SUGESTÕES	FINALIDADE
LINHA 28/ TERRA SANTA	Manhã: 1 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 0 ASB/TSB: 1		
LINHA 28 /TERRA SANTA		Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 0 ASB/TSB: 1	Ampliação da sala do consultório odontológico.	
ALIANÇA/VALE DO JAMARI	Manhã: 0 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 1 ASB/TSB: 1		Criar uma eSB.
ALIANÇA/VALE DO JAMARI	Manhã: 0 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1			
SANTA RITA	Manhã: 1 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 0 ASB/TSB: 0		
RIO PARDO	Manhã: 0 eSB	Salas: 1 Cadeiras: 1	CD: 0 ASB/TSB: 1		Criar uma eSB.

Fonte: Divisão de Odontologia/SEMUSA

Observação: ASB – Agente de Saúde Bucal; CD – Cirurgião Dentista; TSB – Técnico de Saúde Bucal; eSB – Equipe de Saúde Bucal.



Anexo III. Demandas de novos projetos de engenharia para o Fortalecimento da Rede de Atenção a Saúde Municipal.

Tipo de Unidade	Ordem	Projeto Proposto
Unidade Básica de Saúde	01	Reforma e ampliação UBS Oswaldo Piana
	02	Reforma e ampliação UBS Vila Princesa
	03	Construção da UBS Vila Cristal de Calama
	04	Construção da UBS Morar Melhor
	05	Construção da UBS Orgulho do Madeira
	06	Reforma da UBS Mariana
	07	Reforma da UBS Maurício Bustani
	08	Reforma da UBS Agenor de Carvalho
	09	Reforma da UBS Nova Floresta
	10	Reforma da UBS Renato de Medeiros
	11	Reforma da UBS Areal da Floresta
Unidade de Atenção Especializada	12	Construção do Centro de Atenção Psicossocial II
	13	Construção do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil – CAP's I
	14	Reforma do Centro Especializado em Reabilitação - CER
	15	Reforma do Serviço de Assistência Especializada - SAE
Unidade de Urgência /Emergência	16	Reforma e Ampliação do Pronto Atendimento 24hs Ana Adelaide
	17	Reforma e Ampliação do Pronto Atendimento 24hs José Adelino
Unidades de Vigilância a Saúde	18	Reforma da Unidade de Vigilância em Zoonoses - UVZ
	19	Reforma do Ponto de Apoio de Combate a Malária de Nazaré
	20	Construção do Ponto de Apoio de Combate a Malária de Extrema, São Miguel, Calama e Projeto do Rio Preto.

* As Unidades de Saúde listadas nesse anexo foram identificadas pela equipe técnica da gestão como prioritária até a data de elaboração desse documento. No entanto, poderão ser inclusos novos projetos de reforma/ampliação/construção conforme a necessidade local, situações adversas na estrutura física ou pelo crescimento populacional de cada localidade.



Anexo IV. Lista de Projetos Remanescentes com Projeto de Engenharia Arquitetônicos em andamento.

Tipo de Unidade	Ordem	Projeto em andamento
Unidade Básica de Saúde	01	Reforma da Unidade de Saúde da Família Pedacinho de Chão
	02	Reforma da Unidade de Saúde da Família São Sebastião
	03	Reforma da Unidade de Saúde da Família Socialista II
	04	Reforma da Unidade de Saúde da Família Três Marias
	05	Reforma da Unidade de Saúde da Família Manoel Amorim de Matos
	06	Reforma da Unidade de Saúde da Família de Vista Alegre
	07	Reforma da Unidade de Saúde da Família de União Bandeirantes
	08	Reforma da Unidade de Saúde da Família Benjamin Silva (de Calama).
	09	Drenagem da Unidade Saúde da Família de Socialista
	10	Reforma da Unidade de Saúde da Família de Calama
Unidade de Atenção Especializada	11	Reforma da Maternidade Municipal Mãe Esperança
	12	Reforma do Laboratório de Saúde Pública Municipal
	13	Reforma do Centro de Especialidades Médicas - CEM
	14	Reforma da Policlínica Rafael Vaz e Silva
Unidade de Urgência/Emergência	15	Reforma da Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, UPA SUL
	16	Reforma da Unidade de Pronto Atendimento 24 horas , UPA LESTE



PLANO MUNICIPAL DE
SAÚDE 2022
2025



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - **SEMUSA**