PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2018 a 2021

PREFEITURA
PORTO VELHO
SEMUSA SECRETARIA
DE SAÚDE

PORTO VELHO - 2018

GESTÃO 2017 - 2020

HILDON DE LIMA CHAVES

Prefeito do Município de Porto Velho

EDGAR LINO TONIAL

Vice-Prefeito

ELIANA PASINI (a partir de 11 de junho de 2018)

ORLANDO J. SOUZA RAMIRES (25 de agosto de 2017 a 11 de junho de 2018)

ALEXANDRE PORTO (de 01 de janeiro de 2017 a 25 de agosto de 2018)

Secretário (a) Municipal de Saúde

MARCUS VINICIUS DE OLIVEIRA COSTA

Secretário Adjunto Municipal de Saúde

RISONEIDE FERREIRA DE SOUZA

Coordenadora do Fundo Municipal de Saúde

EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO

Assessoria Técnica

Amanda Diniz del Castillo

Clívia Roberta Barbosa da Silva

Eweline Gomes da Silva

Jane Carvalho Cardoso

Katiane Maia dos Santos

Luciene Carvalho Piedade Almeida

Lucas Rodrigo Barbosa Lima

Departamento de Atenção Básica

Elizeth Gomes Pinto

Fabrício Santos da Silva

Isel Pantoja Feros Matos

Ivaneide Neves Silveira

Joely Cristina Gimenes

Marcuce Antônio dos Santos Miranda

Noeli Nunes de Lima

Pedro Augusto Paula do Carmo

Priscila Iraneide da Silva

Rosimari Garcia

Departamento de Média e Alta Complexidade

Flaviane Santana Regis

Francisca Rodrigues Nery

Gilmara Silva de Araújo

Lilian Ferreira de Andrade

Paula Caroline Guimarães

Rosicleide Campos Miranda Almeida

Saimon Cavalcante Araújo

Departamento de Assistência Farmacêutica

Eriane Lemos de Lima

Fablícia Glaciane Santos Meneses

Lígia Fernandes Arruda Silveira Pereira

Departamento de Vigilância em Saúde

Clayton Cézar Nakamura

Cleidinéia Amaral

Ednaldo Lira Cavalcante

Ismael Tenório da Costa

Glauciane Ferreira da Silva

Lívia Juliene da Silva Lima

Magzan da Silva Azevedo

Maria de Lourdes da Silva Oliveira

Márcia Maria Mororó Alves

Nilda de Oliveira Barros

Régia de Lourdes F. P. Martins

Ricardo Alves de Melo

Roberto Tetsuro Nakaoka

Ronald Gabriel Passos da Silva

Rudolf Christian Horacek

Sheila Arruda

Valdir Alves do Nascimento

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle

Carlos Daniel do Nascimento

Diogo Silva Ferreira

Valéria de Albuquerque Lima

Departamento Administrativo

Aldenora Viana de Oliveira Cruz

Carla Gabriele Eiguana Canamari

Iza Gurgel da Silva
Elton Aragão Braga
Gilberto Alves
Irineu Eduardo de Souza
Jonatas Rodrigo de Souza
Udermiçon de Moura
Wender Vollmerhausen da Silva

Colaboradores: Isabela Andressa Luz de Moura

Conselho Municipal de Saúde

Cleson Oliveira de Moura – Titular (Suplente: Nayra Carla de Melo)
Danilo Henrique Alencar Maia – Titular (Suplente: Gleidson Santos Oliveira)
Deivisson Gonçalves de Souza – Titular (Suplente: Vanuza Marchioli Lopes)
Eduardo Rezende Honda – Titular (Suplente: Emílio Theodoro Filho)
Eliana Pasini – Titular (Suplente: Marcus Vinícius de Oliveira Costa)
Francisco Roberto Paula de França – Titular (Suplente: Magnólia T. C. Branco)
Geremias do Carmo Novaes (Suplente: Regiane do Nascimento Savedra)
Hailton Cavalcante dos Santos – Titular (Suplente: Flávia da Costa Cardoso)
João Aramayo da Silva – Titular (Suplente: Maria José Michelleti)
João Evangelista Rabelo Maia – Titular (Suplente: Jórica Pinto Coelho)
José C. Coutinho de Oliveira – Titular (Suplente: Andrei Leonardo F. de Oliveira)
Luzilde Rocha Oliveira – Titular (Suplente: Claricéia Soares)
Raimundo Socorro Lopes Lamarão – Titular (Suplente: Patrícia da Silva Ribeiro)
Régia de Lourdes F. Pacheco Martins – Titular (Suplente: Clariana Lins Lacerda
Severino dos Ramos Marcelino da Silva – Titular (Suplente: Cleiton da C. Souza)
Valdemir da Silva Lima – Titular (Suplente: Ítalo Damasceno Carneiro)
Vinícius Meireles de Lima – Titular (Suplente: Arlênio Miranda Silva)

Equipe de revisão (período de 9 a 16 de julho de 2018):
Aline Viante da Costa
Aline Silva Lima

Anny Gracielly Gomes Martins Horeay
Carlos Daniel do Nascimento
Cleide Silva Davy
Elileide Froes Jacome
Emílio Theodoro Filho
Flávia da Costa Cardoso
Flaviane Regis de Souza Santana
Igor Domingos Araújo de Amorim
Iolanda do Remédio Souza Silva
João Almeida do Nascimento
Jorilda Alves de Souza Monteiro
Lauro Queiroz Pereira
Maria do Socorro Soares
Patrícia da Silva Ribeiro
Patrícia de Oliveira Lima
Paula Caroline Guimarães
Regiane de Nasen Savedra
Roberto Tetsuro Nakaoka
Ronald Gabriel Passos da Silva
Saimon Cavalcante de Araújo
Thiago César Galindo Martinho
Valmira Rocha de Souza
Yete de Fátima Baleeiro Brack

ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
RESOLUÇÃO 015

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO/SEMUSA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO – CMSPV

Resolução nº 015 – Dispõe sobre o Plano Municipal de Saúde de Porto Velho – PMS / 2018/2021/SEMUSA, proposto pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho/SEMUSA/RO.

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Porto Velho – CMSPV, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo artigo 198, inciso III, da Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 5 (cinco) de outubro de 1988 (mil novecentos e oitenta e oito) e, pelas Leis no 8.080, de 19 de setembro de 1990, Decreto 7. 508, de 28 de junho de 2011, Lei Complementar 141, de 13 janeiro de 2012, Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Lei Complementar Municipal nº 642, de 26 de dezembro de 2016, Resolução 453, de 10 de maio de 2012 – Conselho Nacional de Saúde – CNS, em sua **Oitava Reunião Extraordinária**, realizada no dia 17 (dezessete) de outubro do ano 2018, (dois mil e dezoito), no horário das 08 h, às 12 h, na sala de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Porto Velho – CMSPV, nas dependências do Complexo Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho – SEMUSA, na Avenida Governador Jorge Teixeira, com Sete de Setembro, 1146, bairro Nova Porto Velho, Porto Velho – Rondônia.

R E S O L V E:

Artigo 1º – Aprovar por unanimidade de votos dos Conselheiros presente, 15 (quinze) Conselheiros, o **Plano Municipal de Saúde de Porto Velho – PMS / 2018/2021/SEMUSA,** proposto pela **Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho/SEMUSA/RO.**

Artigo 1º – Está Resolução entra em Vigor na data de sua publicação no Diário Oficial do Município de Porto Velho – DOM.

Porto Velho, 17 de outubro de 2018.

JOÃO ARAMAYO DA SILVA
Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Porto Velho

Avenida Governador Jorge Teixeira, esquina com Avenida Sete de Setembro – Nº 1146 – Complexo Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho – SEMUSA, bairro Nova Porto Velho – RO, CEP: 76.820 116, Tel.: 069 4141 – 5353; 3901 – 1378 E-mail: cms.portovelho.ro@gmail.com

Publicado por:
Fernanda Santos Julio
Código Identificador:08FF6F23

Matéria publicada no Diário Oficial dos Municípios do Estado de Rondônia no dia 22/11/2018. Edição 2339
A verificação de autenticidade da matéria pode ser feita informando o código identificador no site:
http://www.diariomunicipal.com.br/arom/

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 9

1 MODELO DE GESTÃO 11
1.1 MISSÃO 13
1.2 VISÃO 13
1.3 VALORES 13
1.4 MAPA ESTRATÉGICO DA SAÚDE 13

2 ASPECTOS DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICOS 15
2.1 CLIMA 16
2.2 CRESCIMENTO POPULACIONAL 17
2.3 LONGEVIDADE, MORTALIDADE E FECUNDIDADE 21
2.4 EDUCAÇÃO 21
2.5 RENDA 22
2.6 TRANSIÇÕES DEMOGRÁFICA 23
2.7 ÍNDICES DE DESENVOLVIMENTO HUMANO - IDH 24
2.8 TRABALHO 26
2.9 HABITAÇÃO 27
2.10 SANEAMENTO BÁSICO 28

3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO 30
3.1 MORTALIDADE 30
3.1.1 DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS 33
3.1.1.1 APARELHO CIRCULATÓRIO 33
3.1.1.2 CAUSAS EXTERNAS 36
3.1.1.3 NEOPLASIAS 39
3.1.2 MORTALIDADE INFANTIL E FETAL 40
3.1.3 MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E MATERNA 43
3.2 NATALIDADE 46
3.3 MORBIDADE 51
3.3.1 VIGILANCIA DA DOENÇAS TRANSMISSÍVES 51
3.3.1.1 AIDS EM MENORES DE 5 ANOS 51
3.3.1.2 SÍFILIS 52
3.3.1.3 MALÁRIA 54
3.3.1.4 DENGUE 56
3.3.1.5 CHINKUNGUNYA 59
3.3.1.6 ZIKA VÍRUS 60
3.3.1.6.1 MICROCEFALIA 60
3.3.1.7 TUBERCULOSE 61
3.3.1.8 HANSENÍASE 63
3.3.1.9 HEPATITES VIRAIS 66
3.3.2 VIGILANCIA DA DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS 67
3.3.2.1 AGRAVOS RELACIONADOS A SAÚDE DO TRABALHADOR 67
3.3.2.2 ACIDENTES DE TRANSPORTES 71
3.3.2.3 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS 72
3.3.3 VIGILÃNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO 74
3.3.3.1 ATIVIDADE FÍSICA 75
3.3.3.2 CONSUMO DE FRUTAS E HORTALIÇAS 76
3.3.3.3 OBESIDADE 77
3.4 INTERNAÇÕES HOSPITALARES 78
3.5 LETALIDADE 79

4 REDE DE SERVIÇOS DO MUNICÍPIO 80
4.1 MAPAS DAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO 80
4.2 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE 81
4.3 ESPECIALIDADES MÉDICAS 85
4.3.1 HOSPITAL MATERNIDADE MÃE ESPERANÇA 87

4.4 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA....88
4.4.1 SERVIÇO MÓVEL DE ATENDIMENTO ÁS URGÊNCIA....88
4.5 VIGILÂNCIAS EM SAÚDE....89
4.5.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA....89
4.5.2 VIGILÂNCIA AMBIENTAL....90
4.5.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR....90
4.5.4 VIGILÂNCIA SANITÁRIA....90
4.5.5 CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILANCIA EM SAUDE (CIEVS)....91
4.6 REDES DE SERVIÇOS – GESTÃO ESTADUAL....91
4.6.1 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL....91
4.6.2 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR....95

5 PERFIL DE RECURSOS HUMANOS....97
5.1 ANÁLISE DOS RECURSOS HUMANOS DA ATENÇÃO BÁSICA....101
5.2 ANÁLISE DOS RECURSOS HUMANOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE....106

6 PROBLEMATIZAÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021108
7 FINACIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE....114
7.1 ORIGEM DAS RECEITAS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE....114
7.2 CONDIÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FEDERAIS....116
7.2.1 REGRAS PARA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS....116
7.3 PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA....122
7.4 MONITORAMENTO E CONTROLE DOS RECURSOS FINANCEIROS TRANSFERIDOS FUNDO A FUNDO....124
7. 5 A LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE....125
8 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS....128
9 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS....141
9.1 MATRIZ DE INDICADORES DE SAÚDE....142
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA....178
ANEXOS....179

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Localização geográfica do Município de Porto Velho/RO.
Figura 2: Ranking de Mortalidade por DANT. Porto Velho (2016).
Figura 3: LIRa realizado em abril/2016. Porto Velho/RO.
Figura 4: LIRa realizado em outubro/2016. Porto Velho/RO.
Figura 5. Casos notificados de violências, segundo sexo. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Figura 6: Mapa das Regiões de saúde do Estado de Rondônia, 2014.
Figura 7: Região Madeira Mamoré, Rondônia 2014.
Figura 8: Distribuição das unidades Básicas de Saúde e das Equipes de Saúde da Família na área urbana. Porto Velho/RO, 2016.
Figura 9: Distribuição das unidades Básicas de Saúde e das Equipes de Saúde da Família na área rural ribeirinha. Porto Velho/RO, 2016.
Figura 10: Distribuição das unidades Básicas de Saúde e das Equipes de Saúde da Família na área rural terrestre. Porto Velho/RO, 2016.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pirâmide etária do Município de Porto Velho, (2000 – 2010)
Gráfico 2: Crescimento acumulado da população e do PIB real de Porto Velho 2000 – 2010. Ano base 2010.
Gráfico 3: Evolução da População das capitais da Região Norte (Porto Velho, Boa Vista, Rio Branco, Palmas e Macapá) entre 2000 e 2011.
Gráfico 4: População de Porto Velho/RO entre 1991 a 2011.
Gráfico 5: Crescimento (%) populacional em 2000 e 2010.
Gráfico 6: Escolaridade da população de 25 anos ou mais de Porto Velho (1991 – 2010).
Gráfico 7: Distribuição de renda Porto Velho/RO (1991 – 2010).
Gráfico 8: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM – Porto Velho/RO.
Gráfico 9: Evolução do IDH, de 1991 a 2010 em Porto Velho/RO.
Gráfico 10: Composição da população de 18 anos ou mais de idade – 2010.
Gráfico 11: Mortalidade proporcional, segundo sexo, em residentes de Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Gráfico 12: Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Gráfico 13: Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos), pelo conjunto das quatro principais DCNT (DAC, neoplasias, diabetes e DRC). Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Gráfico 14: Mortalidade proporcional por causas externas, segundo sexo. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Gráfico 15: Taxas de mortalidade (100.000 habitantes) por causas externas. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Gráfico 16: Óbitos por neoplasias (tumores) em residentes de Porto Velho (2012 – 2016).
Gráfico 17: Mortalidade proporcional por neoplasia (tumores), segundo sexo, em residentes de Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Gráfico 18: Taxa de Mortalidade Infantil – TMI, segundo componentes, Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Gráfico 19: Proporção de óbitos infantis e fetais, investigados. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Gráfico 20: Óbitos maternos e o percentual de óbitos maternos investigados, em residentes de Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Gráfico 21: Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, em residentes de Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Gráfico 22: Taxa de natalidade por mil nascidos vivos. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Gráfico 23: Número de casos de AIDS em menores de 5 anos. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Gráfico 24: Casos autóctones de Malária. Porto Velho/RO, de 2012 a 2016.
Gráfico 25: Índice Parasitário Anual de Malária, segundo ano de notificação. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Gráfico 26: Diagrama de Controle de Malária, Porto Velho/RO, 2016.
Gráfico 27: Número de casos notificados de dengue. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Gráfico 28: Taxa de Incidência de dengue, segundo ano de notificação. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Gráfico 29: Letalidade e número de óbitos por dengue. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Gráfico 30: Casos de Tuberculose, segundo tipo de entrada. Porto Velho/RO, 2012 a 2016

Gráfico 31: Casos de Tuberculose com comprovação laboratorial e ano de diagnóstico, segundo saída. Porto Velho/RO, 2012 a 2016
Gráfico 32: Percentual dos contatos examinados dos casos novos de Tuberculose Pulmonar. Porto Velho/RO, de 2012 a 2016
Gráfico 33: Percentual de exame de HIV realizado, dentre os casos novos de Tuberculose. Porto Velho/RO, 2012 a 2016
Gráfico 34: Taxa de detecção da Hanseníase (por 10 mil habitantes). Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Gráfico 35. Percentual de adultos que praticam atividades físicas de intensidade moderada, por semana no tempo livre, por sexo. Em Porto Velho/RO, no período de 2012 a 2016
Gráfico 36. Percentual de adultos consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana, por sexo. Em Porto Velho/RO, no período de 2012 a 2016.
Gráfico 37. Percentual de adultos com obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30 kg/m2 ≥ 30 kg/m²), por sexo, Porto Velho/RO, no período de 2012 a 2016.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: População Total, por Gênero, Rural/Urbana – Município – Porto Velho/RO.
Tabela 2: Estrutura Etária da População. Porto Velho/RO.
Tabela 3: Taxa de Longevidade, Mortalidade e Fecundidade do Município de Porto Velho /RO
Tabela 4: Renda, Pobreza e Desigualdade no Município de Porto Velho/RO.
Tabela 5: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes – Município – Porto Velho/RO.
Tabela 6: Ocupação da População de 18 anos ou mais. Porto Velho/RO.
Tabela 7: Indicadores de Habitação. Porto Velho/RO (1991 – 2010).
Tabela 8: Óbitos e Taxas de mortalidade, segundo grande grupo de causas e ano de ocorrência em residentes. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Tabela 9: Mortalidade proporcional, segundo o CID 10, residentes em Porto Velho/RO, 2016.
Tabela 10: Mortalidade proporcional por Grandes Grupos de Causas, em ordem decrescente de classificação. Porto Velho/RO, 2012 e 2016.
Tabela 11: Taxa de mortalidade por principais grupos de causa, e número de óbitos, segundo faixa etária. Porto Velho/RO, 2012 e 2016.
Tabela 12: Mortalidade proporcional por causas externas, Porto Velho/RO, 2012 a 2016
Tabela 13. Distribuição dos Acidentes de Trânsito, com vítimas não fatais e frota veicular.
Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Tabela 14. Distribuição de nascidos vivos, segundo a faixa etária da mãe. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Tabela 15. Distribuição de nascidos vivos, segundo características perinatais. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Tabela 16: Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Tabela 17: Percentual de consultas pré-natal segundo escolaridade materna. Porto Velho/RO, 2016.
Tabela 18: Casos confirmados de Sífilis em gestantes, por ano. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Tabela 19: Casos de Sífilis congênita e incidência por 1.000 nascidos vivos, Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Tabela 20: Casos de Chikungunya, segundo classificação final. Porto Velho/RO, 2016.
Tabela 21: Casos de ZIKAV, segundo classificação final. Porto Velho/RO, 2016.
Tabela 22: Casos notificados de microcefalia e/ou alterações do SNC (sugestivos de infecção congênita em fetos, abortamentos, natimorfos ou recém-nascidos). Porto Velho/RO, out/2015 a dez/2016.
Tabela 23: Casos de Hanseníase, segundo o modo de entrada e o ano de diagnóstico, Porto Velho/RO, de 2012 a 2016.
Tabela 24: Casos de Hanseníase, segundo o ano de diagnóstico e tipo de saída por cura, Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Tabela 25: Contatos registrados e percentual de examinados, dos casos de Hanseníase. Porto Velho/RO, de 2012 a 2016.
Tabela 26. Casos de hepatites, segundo classificação etiológica e ano de notificação, em residentes de Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Tabela 27. Casos notificados em residentes, de acidentes de trabalho grave, segundo local do acidente. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

Tabela 28. Casos notificados de acidentes de trabalho grave, em residentes, segundo evolução do caso. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Tabela 29. Casos notificados em residentes, de acidentes de trabalho com exposição a material biológico. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Tabela 30. Casos notificados em residentes, por intoxicação exógena, segundo circunstância da exposição/contaminação. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Tabela 31. Distribuição dos Acidentes de Trânsito, com vítimas não fatais e frota veicular. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Tabela 32. Número de internações hospitalares, segundo grandes causas, em residentes. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Tabela 33. Taxa de letalidade, segundo principais grandes causas, em residentes. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Os 10 piores ranking do saneamento básico, segundo o Instituto Trata Brasil, 2017.
Quadro 2: Óbitos maternos segundo causa básica, Capítulo XV CID 10. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.
Quadro 3: Situação da Estratégia Saúde da Família em Porto Velho, no período de 2012 a 2016.
Quadro 4: Número de leitos da rede hospitalar estadual, Porto Velho/RO, 2017.
Quadro 5. Demonstrativo da composição dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, nível superior, Porto Velho/RO, 2017.
Quadro 6. Demonstrativo da composição dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, nível médio, Porto Velho/RO, 2017.
Quadro 7. Demonstrativo da composição dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, nível fundamental, Porto Velho/RO, 2017.
Quadro 8. Demonstrativo da composição dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, a disposição com ônus, Porto Velho/RO, 2017.
Quadro 9. Demonstrativo da composição dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, celetista, Porto Velho/RO, 2017.
Quadro 10. Demonstrativo da composição dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, comissionados, Porto Velho/RO, 2017.
Quadro 11. Demonstrativo da composição dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, Programa Mais Médicos, Porto Velho/RO, 2017.
Quadro 12. Demonstrativo da composição dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, Estagiário Remunerado, Porto Velho/RO, 2017.
Quadro 13. Demonstrativo da composição dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, descentralizados do MS, Porto Velho/RO, 2017.
Quadro 14: Recursos humanos existentes na zona urbana e necessidades para ampliação das eqSF e eqSB no município de Porto Velho/RO, 2018 a 2021.
Quadro 15. Recursos humanos existentes na Zona Rural (Ribeirinha e Terrestre) e necessidades para ampliação das e SF nos anos de 2018, 2019 e 2020 no município de Porto Velho-RO.
Quadro 16 Recursos humanos existentes na Zona Urbana e necessidades para ampliação dos NASF, Porto Velho/RO.
Quadro 17: Total de Incentivos repassados pelo MS por eqSF, eqSB e NASF-AB a ser implantado, Porto Velho/RO.
Quadro 18: Incentivos mensais de custeio repassados pelo MS por eSF modalidade I, ACS, Nasf tipo I e eqSB modalidade I, implantados, Porto Velho/RO.
Quadro 19: Total dos Incentivos (Anual) de custeio repassados MS por eqSF modalidade I, ACS, NASF tipo I e eqSB modalidade I, Porto Velho/RO.
Quadro 20: : Défict de recursos humanos dos serviços de média e alta complexidade, Porto Velho/RO.
Quadro 21 : Identificação de macro problemas e suas causas para a saúde do município, Porto Velho/RO.
Quadro 22. Demonstrativo das despesas executadas por fonte de Recurso, Porto Velho/RO, 2017.
Quadro 23. Repasse Federal Fundo a Fundo/FNS, Porto Velho/RO, 2017.
Quadro 24. Comparativo orçamentário, por fonte de recurso, Porto Velho/RO, 2016-2017.
Quadro 25 - Resumo das Unidades Orçamentárias, por Fonte de Recurso - Orçamento Fiscal e Seguridade Social, Porto Velho/RO, 2018-2021.

APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

Dentro do mesmo contexto, foi utilizada para fundamentar a construção desse material, o Plano de Governo da Gestão 2017- 2020 (anexo E). Para esta gestão a saúde está no inserida no Segmento Social, juntamente com a Educação e a Assistência Social. A diretriz desse segmento visa fortalecer o segmento social com ações públicas estruturantes visando à integração institucional e sistêmica, o aprimoramento operacional e a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade.

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

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

1 MODELO DE GESTÃO

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

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

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

DIRETRIZES	• OBJETIVOS
1. Fortalecimento da atenção básica como estratégia prioritária da gestão municipal de saúde	• Assegurar a Estratégia de Saúde da Família como orientadora da Atenção Básica. • Ampliar o acesso à Rede de Atenção à Saúde a partir das necessidades dos usuários. • Aperfeiçoar a Rede Materno infantil, com foco no pré natal, parto e puerpério. • Qualificar a atenção às condições crônicas de saúde. • Reestruturar e integrar a rede de atenção à saúde do município, com ênfase na área materno infantil e crônicas.
2. Reestruturação e integração da rede de atenção à saúde do Município de Porto Velho	• Qualificar a atenção às condições agudas, crônicas de saúde. • Reduzir o impacto de morbi-mortalidade por causas externas na situação de saúde da população. • Reestruturar os serviços especializados, urgência e emergência e de apoio ao diagnóstico já existente na rede municipal. • Potencializar o papel da Regulação, do Controle e da Avaliação de produção ambulatorial e hospitalar da rede municipal, otimizando a capacidade operacional dos serviços.
3. Fortalecimento das Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica	• Manter a cobertura de medicamentos em todas as unidades da rede municipal. • Promover o Uso Racional de Medicamentos – URM, segundo a REMUME. • Estruturar os serviços da Assistência Farmacêutica.
4. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde	• Manter nas áreas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária, e saúde do trabalhador, ações de controle, prevenção e promoção da Saúde.
5. Fortalecimento da Gestão e Controle Social	• Fortalecer o controle social. • Fortalecer a gestão do trabalho. • Monitorar e avaliar o processo de desenvolvimento e de trabalho da rede de atenção a saúde .

1.1 MISSÃO

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

1.2 VISÃO

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

1.3 VALORES

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

1.4 MAPA ESTRATÉGICO DA SAÚDE

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

MISSÃO
PROMOVER AÇÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, COM PRIORIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA, COMO GARANTIA DE ACESSO DO USUÁRIO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO.
VISÃO
SER RECONHECIDA COMO REFERÊNCIA DE GESTÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA, CONTRIBUINDO EFETIVAMENTE PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DE SEUS USUÁRIOS.
VALORES
GESTÃO DEMOCRÁTICA
TRANSPARÊNCIA
ÉTICA
TRABALHO EM EQUIPE
RESPONSABILIDADE
SOCIEDADE
REDUZIR A MORTALIDADE MATERNO - INFANTIL
REDUZIR A MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS
REDUZIR A MORBI MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS DEGENERATIVAS COM ENFOQUE NO RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL
PROCESSOS
VIGILÂNCIA EM SAÚDE
REDE MATERNO INFANTIL
REDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO
ATENÇÃO PRIMÁRIA
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
e-SUS
REGULAÇÃO
Programa de enfrentamento as violências no Município de Porto Velho articulado a outras áreas do governo
GESTÃO
ASSEGURAR A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ORIENTADORA DA ATENÇÃO BÁSICA
REDUZIR O IMPACTO DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS NA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO
REESTRUTURAR E INTEGRAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO, COM ÊNFASE NA ÁREA MATERNO-INFANTIL E CRÔNICAS
APERFEIÇOAR A SAÚDE MATERNO-INFANTIL
QUALIFICAR A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS DE SAÚDE
QUALIFICAR A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE
POTENCIALIZAR O PAPEL DA REGULAÇÃO NO CUIDADO À SAÚDE
FORTALECER A GESTÃO DO TRABALHO E O CONTROLE SOCIAL
FINANCEIRA
QUALIDADE DOS GASTOS
OTIMIZAR E RACIONALIZAR OS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS REDEFININDO SUA ALOCAÇÃO CONFORME PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO
PRESTAR CONTAS DE FORMA TRANSPARENTE DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS
QUANTIDADE DOS RECURSOS
GARANTIR A APLICAÇÃO INTEGRAL DA LEI complementar 141/12 e PORTARIA 3992 28/12/17
AMPLIAR A CAPTAÇÃO DE RECURSOS DENTRO DA ÁREA GOVERNAMENTAL E EM INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS INTERNACIONAIS

2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIOECONÔMICOS

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

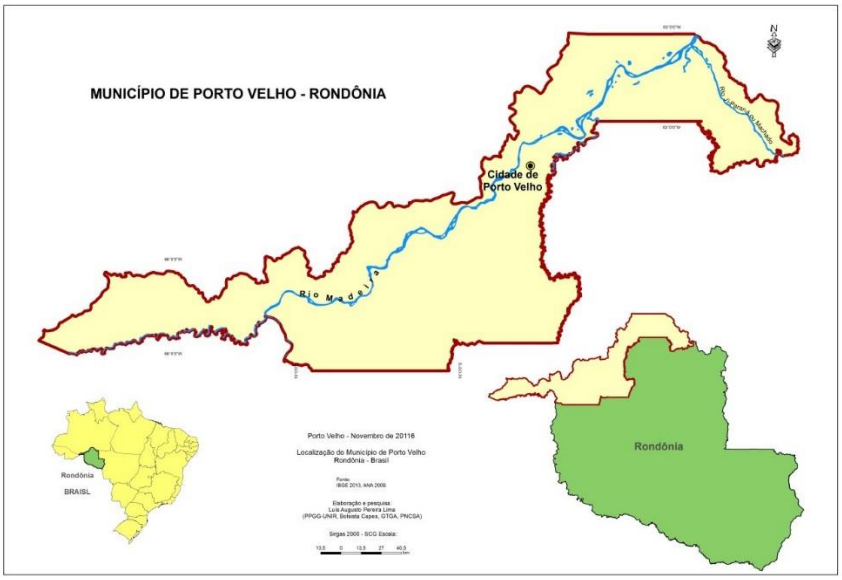
Situado na margem à leste do Rio Madeira, na Região Norte do Brasil, Porto Velho foi fundado pela empresa americana Madeira Mamoré Railway Company em 4 de julho de 1907, durante a construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, comandada pelo magnata norte-americano Percival Farquar. Em 2 de outubro de 1914 foi legalmente criado como um município do Amazonas, transformando-se em capital do estado de Rondônia em 1943, quando criou-se o Território Federal do Guaporé (PMPV, 2012)

Em termos econômicos, a cidade detém o 4º maior Produto Interno Bruto (PIB) da Região Norte, depois de Manaus, Belém e Parauapebas, além de ter sido a capital que mais cresce economicamente no país, com crescimento do PIB em 30,2% em 2009. Em 2010, o PIB de Porto Velho foi estimado em R$ 7,5 bilhões, segundo o IBGE, respondendo por cerca de 1/3 do PIB de Rondônia naquele ano (IBGE, 2016)

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

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

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



Fonte: IBGE, 2017.

2.1 CLIMA

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

A amplitude térmica é baixa, com temperatura média anual de 25 °C. Entre maio e setembro, massas de ar polares que chegam ao sul da Amazônia atingem Porto Velho e derrubam as temperaturas, muitas vezes para abaixo dos 18 °C, causando o fenômeno da friagem. Contudo, dentro dessa mesma época, nos meses

de agosto e setembro, também são registradas as maiores temperaturas do ano, chegando próximo ou ultrapassando a marca dos 35 °C, e a umidade do ar também pode ficar abaixo dos 30% ou até mesmo dos 20%, bem abaixo do ideal estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 60% (OMS, 2017)

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

2.2 CRESCIMENTO POPULACIONAL

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

Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 2,35%. Na Unidade da Federação (UF), esta taxa foi de 2,22%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 84,65% para 81,79% (PNUD, 2010).

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

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

Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010.

A análise da razão de dependência, indicador que sinaliza o rejuvenescimento ou envelhecimento populacional, mostra que em 1991 foi de 72,40% em 2000 foi de 59,88% e 2010 passou para 42,97%. Estes dados demostram que ao longo de quase duas décadas houve redução de 29,43% da razão de dependência. Este dado revela aumento da população potencialmente ativa no município de Porto Velho. Já no estado de Rondônia, a razão de dependência nos mesmos anos foi de 65,43%, 54,88% e 45,87% respectivamente, havendo uma redução de 19,56% (PNUD, 2010).

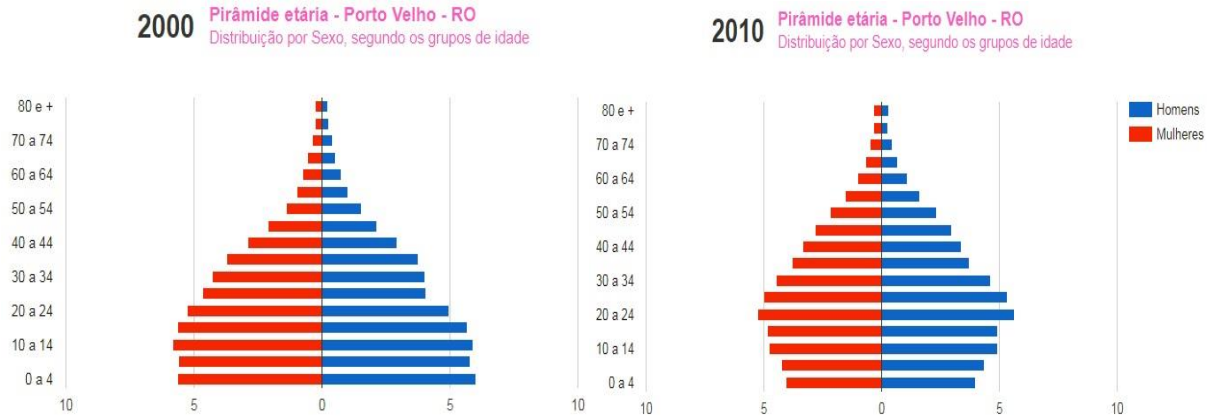
Entre os anos de 1991, 2000 e 2010, a taxa de envelhecimento em Porto Velho foi respectivamente de: 2,10%; 2,85% e 3,52%. Enquanto em Rondônia a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente.

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

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

Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010

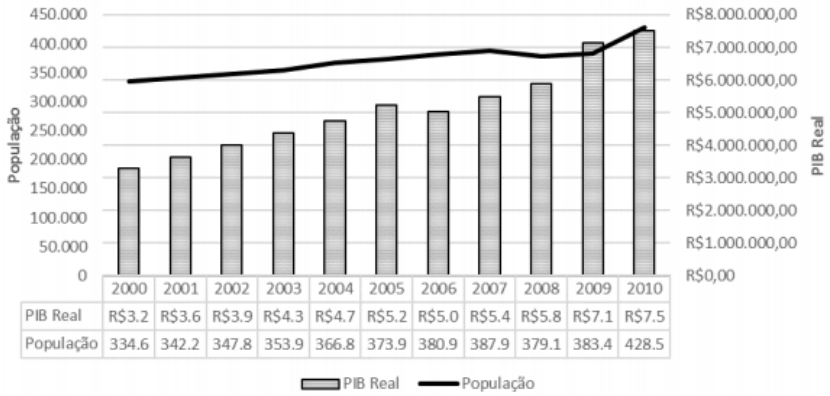
Gráfico 1. Pirâmide etária do município de Porto Velho, (2000 – 2010).



Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010.

De acordo com o censo 2010, o crescimento da população brasileira no período foi de 12,3%, inferior ao observado na década anterior (15,6% entre 1991 e 2000). Mostra também que a população é mais urbanizada que há 10 anos: em 2000, 81% dos brasileiros viviam em áreas urbanas, agora são 84%. Na região Norte aumentou de 7,6% para 8,3% seu percentual populacional. Rondônia tem o terceiro maior contingente populacional da região Norte, ficando atrás do Pará e Amazonas. Sendo Porto Velho o município mais populoso do Estado, contendo 428.527 habitantes em 2010, teve um crescimento populacional de 28,05% entre 2000 e 2010, caracterizando uma cidade de médio porte.

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



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
PIB Real	R$3.2	R$3.6	R$3.9	R$4.3	R$4.7	R$5.2	R$5.0	R$5.4	R$5.8	R$7.1	R$7.5
População	334.6	342.2	347.8	353.9	366.8	373.9	380.9	387.9	379.1	383.4	428.5

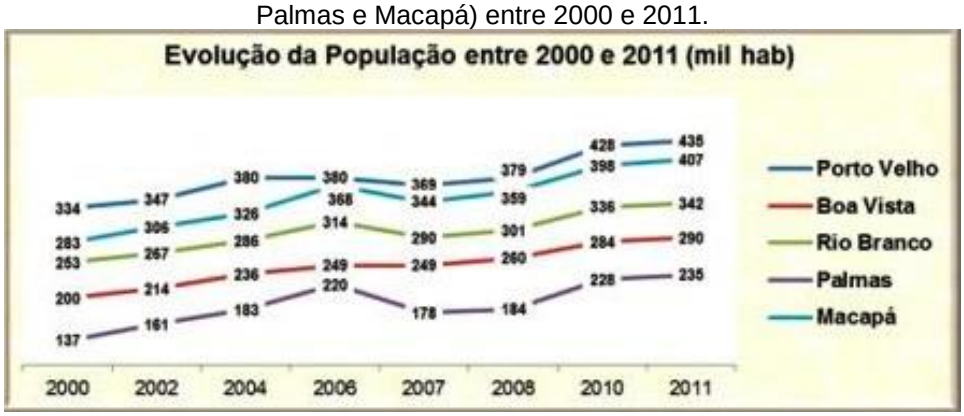
Fonte: Adaptado com dados do Ipeadata e Datasus, 2010

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

O Gráfico 3, aponta uma análise comparativa entre as capitais da região norte (Porto Velho, Boa Vista, Rio Branco, Palmas e Macapá), onde observa-se que todas obtiveram um alto percentual de crescimento (mais do que era esperado para o período) próximo ao ano de 2004, antes e/ou depois. Fenômeno semelhante ocorre entre 2008 e 2010, embora neste caso possa refletir o efeito da correção devido ao censo, pois os dados dos anos intermediários são de estimativas. Entre

2006 e 2008 a população ficou estável ou sofre decréscimo, com exceção de Boa Vista. O gráfico a seguir ilustra o que ocorreu no período.

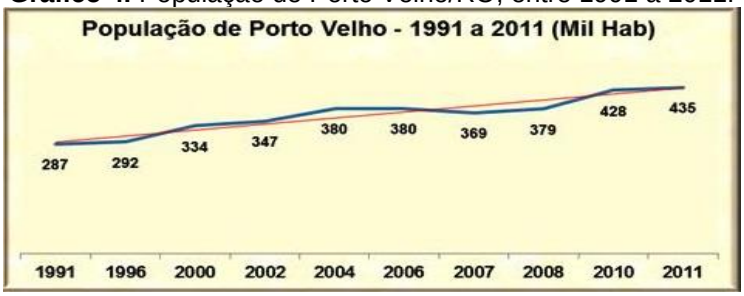
Gráfico 3. Evolução da População das capitais da Região Norte (Porto Velho, Boa Vista, Rio Branco, Palmas e Macapá) entre 2000 e 2011.



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

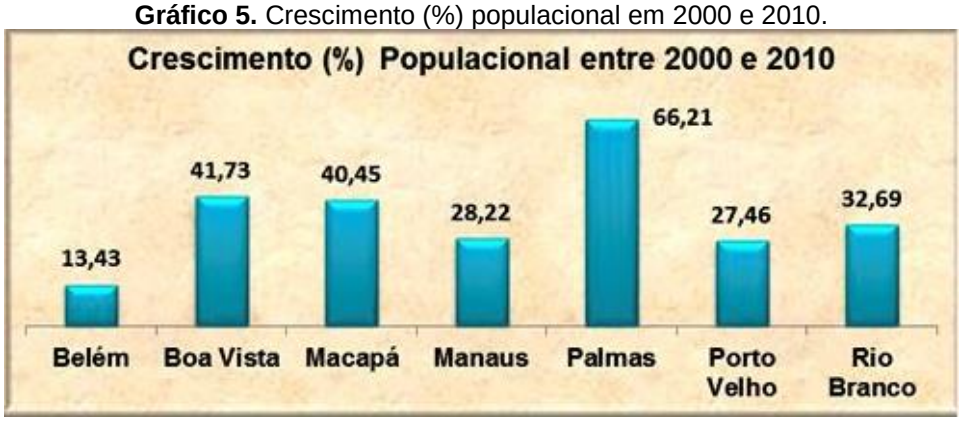
Através do Gráfico 4. Percebe-se um novo salto populacional no ano de 2010, ano do censo, o que pode significar correção de distorções de estimativas, pois este fenômeno também é verificado para outras capitais.

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



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

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



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

2.3 LONGEVIDADE, MORTALIDADE E FECUNDIDADE

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

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

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

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

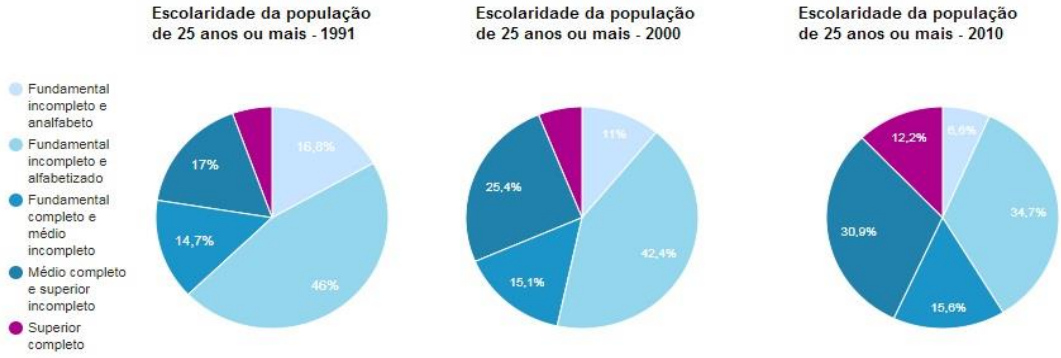
Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010.

2.4 EDUCAÇÃO

O indicador Expectativa de Anos de Estudo também sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência deverá completar ao atingir a idade de 18 anos. Entre 2000 e 2010, ela passou de 8,65 anos para 8,99 anos, no município, enquanto na UF passou de 7,85 anos para 9,20 anos. Em 1991, a expectativa de anos de estudo era de 7,87 anos, no município, e de 7,55 anos, na UF.

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

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



Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010.

2.5 RENDA

A renda per capita média de Porto Velho cresceu 91,02% nas últimas duas décadas, passando de R$ 486,43 (Quatrocentos e oitenta e seis reais e quarenta e três centavos), em 1991, para R$ 613,61 (Seiscentos e treze reais e sessenta e um centavos), em 2000, e para R$ 929,19 (Novecentos e vinte e nove reais e dezenove centavos), em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,47%. A taxa média anual de crescimento foi de 2,61%, entre 1991 e 2000, e 4,24%, entre 2000 e 2010. A proporção de renda domiciliar per capita inferior a R$ 140,00 (Cento e quarenta reais), passou de 26,09%, em 1991, para 23,05%, em 2000, e para 7,95%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda

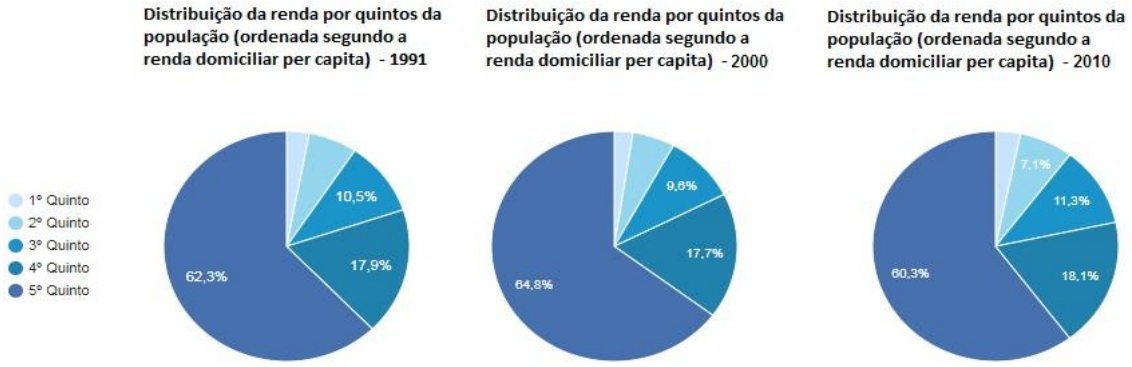
nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,58, em 1991, para 0,61, em 2000, e para 0,56, em 2010 (PNUD, 2010).

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

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

Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010.

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



Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010.

2.6 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

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

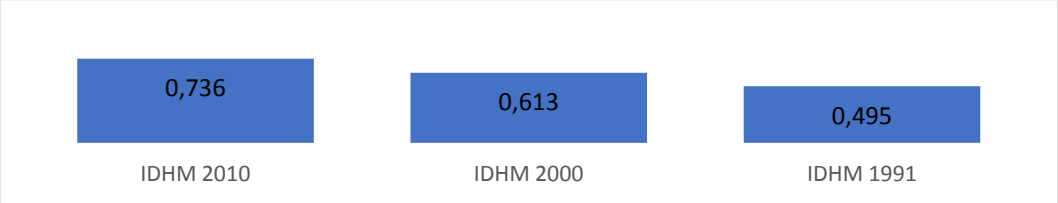
Um aspecto básico para a compreensão das mudanças demográficas em curso é o entendimento dos componentes da dinâmica demográfica e da relação que se estabelece entre esses componentes. De maneira simplificada, pode-se dizer que a variação bruta do número de indivíduos de determinado grupo populacional,

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

2.7 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO - IDH

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Porto Velho é 0,736, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto - IDHM entre 0,700 e 0,799 (PNUD, 2013)

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



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

A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,819, seguida de Renda, com índice de 0,764, e de Educação, com índice de 0,638, conforme descrito na Tabela 5.

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

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

Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010

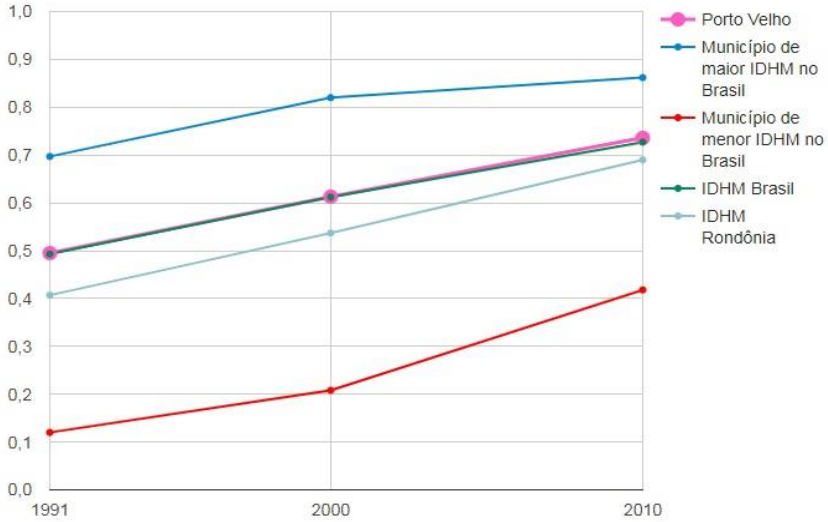
O IDHM passou de 0,613 em 2000 para 0,736 em 2010 - uma taxa de crescimento de 20,07%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em

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

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

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

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



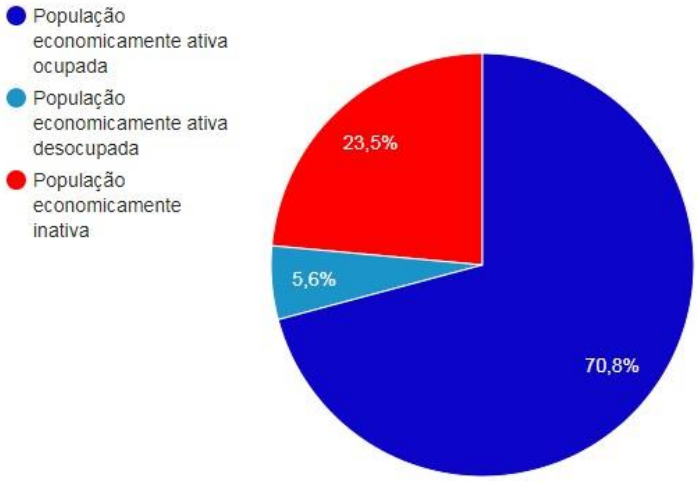
Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010

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

2.8 TRABALHO

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

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



Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010.

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

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

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

Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010.

2.9 HABITAÇÃO

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

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

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

Fonte: PNUD, Ipea e FJP, 2010.

2.10 SANEAMENTO BÁSICO

O município de Porto Velho ocupa os piores índices de saneamento básico e água tratada, segundo revelou o Instituto Trata Brasil. Pela quarta vez consecutiva, a capital de Rondônia voltou a amargar as últimas colocações de atendimento total de água tratada e esgoto (Instituto Trata Brasil, 2017).

Porto Velho ocupa a 97ª posição no ranking 2017. Mas de acordo com o próprio relatório, o município foi beneficiado com 76.203 novas ligações realizadas pela Companhia de Água e Esgoto de Rondônia (CAERD, 2017).

O município também ocupa lugar privilegiado no percentual do índice de distribuição da água, 67%.

Com relação ao atendimento total de água dos dez piores municípios, apenas Várzea Grande – MT (96,97%) e Nova Iguaçu – RJ (93,60%) possuem mais do que 90% de atendimento. Além disso, quatro municípios atendem menos da metade de sua população com água: Macapá (AP), Porto Velho, Santarém (PA) e Ananindeua (PA) (Instituto Trata Brasil, 2017).

Já para o indicador de atendimento urbano de água, três municípios atendem menos da metade da população com água, Macapá – AP (37,00%), Porto Velho (37,30%) e Ananindeua – PA (28,90%). O indicador médio para o grupo é de 74,25% (74,04% em 2014) valor também inferior à média nacional, que segundo o SNIS 2015, é de 93,08%. Segue abaixo o Quadro 1 representativo, mostrando os dados de Porto Velho.

Quadro 1. Os 10 piores do ranking do saneamento básico, segundo o Instituto Trata Brasil, 2017.

Município	UF	Ranking 2017	População Total (IBGE)	Indicador de atendimento total de água (%)	Indicador de atendimento urbano de água (%)	Indicador de atendimento total de esgoto (%)	Indicador de atendimento urbano de esgoto (%)	Indicador de esgoto tratado por água consumida (%)	Investimento 5 anos (Milhões R$/ano)	Investimento médio anual por habitante (R$ und.)	Indicador perdas no faturamento 2014 (%)	Indicador perdas na distribuição 2014 (%)
Duque de Caxias	RJ	91	882.729	86,24	86,50	44,14	44,29	7,08	51,72	58,59	68,64	40,65
Nova Iguaçu	RJ	92	807.492	93,60	93,60	45,05	45,54	0,06	80,61	99,83	65,46	42,56
Várzea Grande	MT	93	268.594	96,97	88,60	27,30	27,73	23,54	-	0,00	64,26	62,65
Gravataí	RS	94	272.257	82,21	86,30	25,55	26,83	15,82	42,12	154,72	61,07	52,31
Manaus	AM	95	2.057.711	85,42	85,90	10,40	10,45	23,92	272,96	132,65	73,12	46,19
Macapá	AP	96	456.171	36,39	37,00	5,44	5,68	18,01	54,36	119,16	64,80	69,14
Porto Velho	RO	97	502.748	33,96	37,30	3,71	4,07	0,00	121,29	241,25	67,00	67,00
Santarém	PA	98	292.520	48,00	65,50	0,00	0,00	0,00	184,93	632,18	34,11	40,89
Jaboatão dos Guararapes	PE	99	686.122	74,05	75,70	6,66	6,81	6,24	31,83	46,40	41,51	49,30
Ananindeua	PA	100	505.404	28,81	28,90	2,09	2,10	8,75	13,55	26,82	41,14	46,82
Indicador Médio			**504.076***	**72,64**	**74,25**	**17,97**	**18,52**	**12,52**	**53,04***	**21,90***	**66,11**	**48,18**

Fonte: Instituto Trata Brasil, 2017

De acordo com dados do IBGE em 2010 Porto Velho, tinha 42,8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado. Quando comparado a outros municípios do estado, Porto Velho, apresentou o segundo melhor percentual, atrás de Cacoal com 52,5%.

3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

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

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

Fonte: SEMUSA/PV, 2017.

3.1 MORTALIDADE

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

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

Porto Velho, no ano de 2016.

O número de óbitos e por Taxa de Mortalidade, nos anos de 2012, 2013 e 2015 e que no ano de 2014 e 2016 o ranking de mortalidade é ocupado pelas doenças do aparelho circulatório. No Brasil, em 2012, as doenças do aparelho circulatório foram as mais frequentes, com percentual de 30% do total dos registros de óbitos por todas as causas, seguida das neoplasias e das causas externas. Observamos uma inversão entre a segunda e terceira causa de morte, comparando os dados do Brasil no ano de 2012, com os do município de Porto Velho, no ano de 2016.

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

GRANDES CAUSAS (CAPÍTULO CID-10)	2012		2013		2014		2015		2016	
	n	TM	n	TM	n	TM	n	TM	n	TM
Causas externas	484	1,09	428	0,88	404	0,81	438	0,87	427	0,84
Doenças do aparelho circulatório	460	1,04	412	0,85	429	0,87	419	0,83	436	0,85
Neoplasias (tumores)	266	0,60	318	0,66	327	0,66	378	0,75	409	0,80
Doenças do aparelho respiratório	252	0,57	229	0,47	268	0,54	244	0,49	231	0,45
Algumas afecções originadas no período perinatal	150	0,34	106	0,22	135	0,27	154	0,31	141	0,28
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	132	0,30	112	0,23	88	0,18	66	0,13	85	0,17
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	125	0,28	130	0,27	135	0,27	148	0,29	175	0,34
Mal definidas	115	0,26	100	0,21	138	0,28	122	0,24	155	0,30
Outras causas	262	0,59	267	0,55	262	0,53	306	0,61	339	0,66
Total	**2246**	**5,07**	**2102**	**4,33**	**2186**	**4,42**	**2275**	**4,53**	**2398**	**4,69**

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

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

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

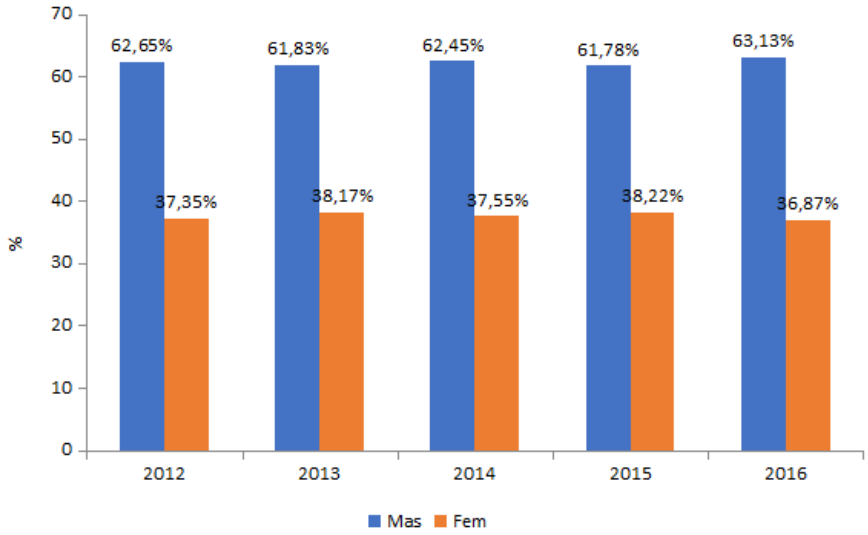
Tabela 9. Mortalidade proporcional, segundo CID 10, residentes em Porto Velho/RO, 2016.

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

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

O Gráfico 11 mostra a mortalidade proporcional, segundo sexo, em residentes de Porto Velho, 2012 a 2016. Observa-se que mais de 60% dos óbitos ocorridos em todos os anos do período, foram no sexo masculino.

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



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

3.1.1 DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

3.1.1.1 APARELHO CIRCULATÓRIO

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

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

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

Analisando a mortalidade proporcional dos grupos de causas mais frequentes os dados mostram que as DAC se apresentam como a primeira ou segunda principal causa de óbitos no município entre 2012 e 2016, apresentando-se ao longo do tempo analisado com alterações percentuais perceptíveis. A Tabela 10 mostra a mortalidade proporcional por grandes causas de 2012 e 2016.

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

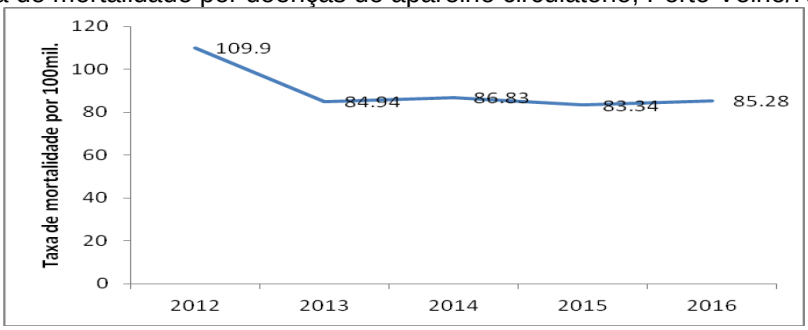
Tabela 10. Mortalidade proporcional por Grandes Grupos de Causas, em ordem decrescente de classificação. Porto Velho/RO, 2012 e 2016.

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

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

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

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



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

A Tabela 11 aponta os dados relativos a Taxa de Mortalidade por Principais grupos de causa, e número de óbitos, segundo faixa etária.

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

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

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

Tabela 11. Taxa de mortalidade por principais grupos de causa, e número de óbitos, segundo faixa etária. Porto Velho/RO, 2012 e 2016

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

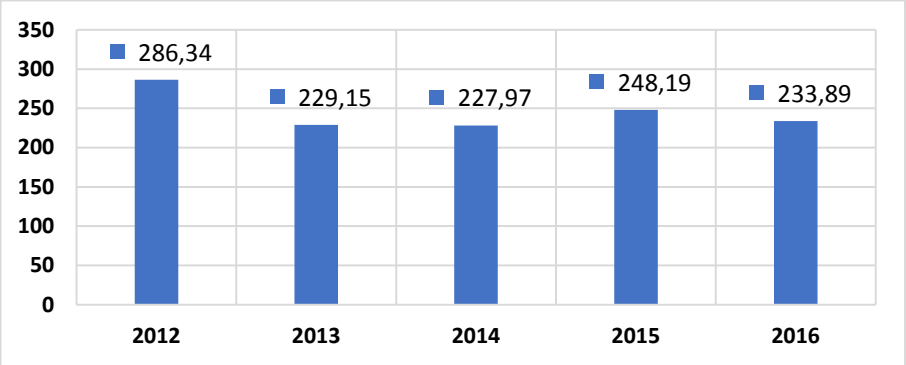
Fonte: SIM/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 10/08/2017.

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

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

2015, quando o parâmetro nacional é de redução de 2% em relação ao ano anterior.

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



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

3.1.1.2 CAUSAS EXTERNAS

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

Na Tabela 12 encontramos a mortalidade proporcional por causas externas, em Porto Velho, de 2012 a 2016.

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

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

Tabela 12. Mortalidade proporcional por causas externas, Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

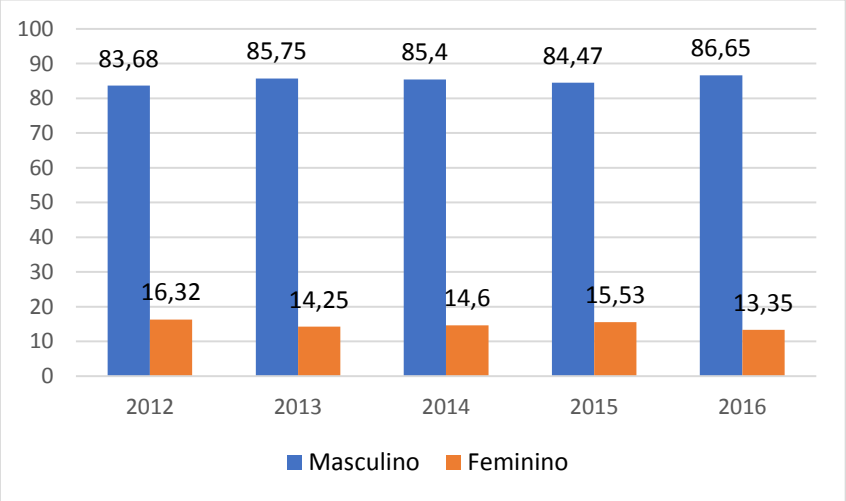
Causas Externas	2012	2013	2014	2015	2016
Acidentes de transito transporte	40.25	30.42	32.84	25.29	22.30
Homicídios	38.14	41.75	43.53	45.75	51.88
Outros acidentes	10.38	13.21	7.71	13.56	10,09
Quedas	6.57	7.31	7.71	6.21	8.92
Suicídios	4.66	7.31	8.21	9.20	6.81
Total	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**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

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

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

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

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



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

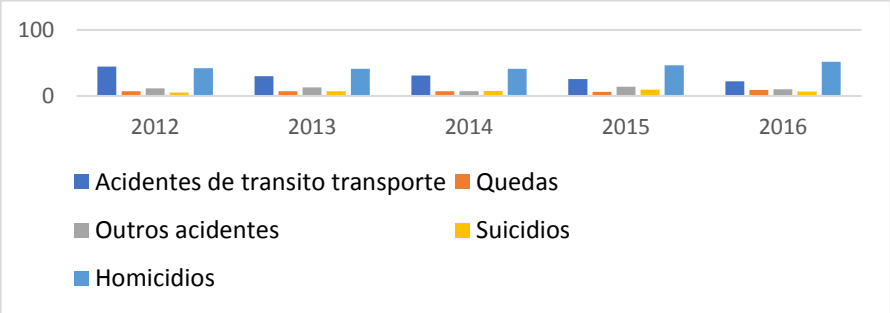
No Gráfico 15 observa-se as taxas de mortalidade (por 100.000 habitantes) por causas externas, em residentes de Porto Velho/RO, de 2012 a 2016.

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

Estes dados podem ter uma relação direta com o aumento da frota de

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

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



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

A tabela abaixo mostra a comparabilidade dos acidentes de transportes, com vítimas não fatais com a frota. A distribuição dos acidentes de trânsito com vítimas não fatais a cada 10.000 veículos demonstrou que nos últimos cinco anos, houve uma redução, sendo que em 2012, ocorreram 343,27 acidentes/10.000 veículos e em 2016 tivemos 154,2 acidentes/10.000 veículos, com uma redução de 44,94%, ao compararmos os acidentes ocorridos em 2016 com os de 2012.

Tabela 13. Distribuição dos Acidentes de Trânsito, com vítimas não fatais e frota veicular. Porto Velho/RO, 2012 a 2016

ACIDENTES	2012	2013	2014	2015	2016
Frota veicular	207.069	221.908	235.309	246.571	255.288
Acidentes com vítimas não fatais	7.108	7.287	5.816	4.226	3.936
Nº de acidentes com vítimas não fatais/10.000 veículos	343,27	328,38	247,16	171,39	154,2

Fonte: Detran/GRO, dados acessados em 09/09/2018, sujeitos a revisão

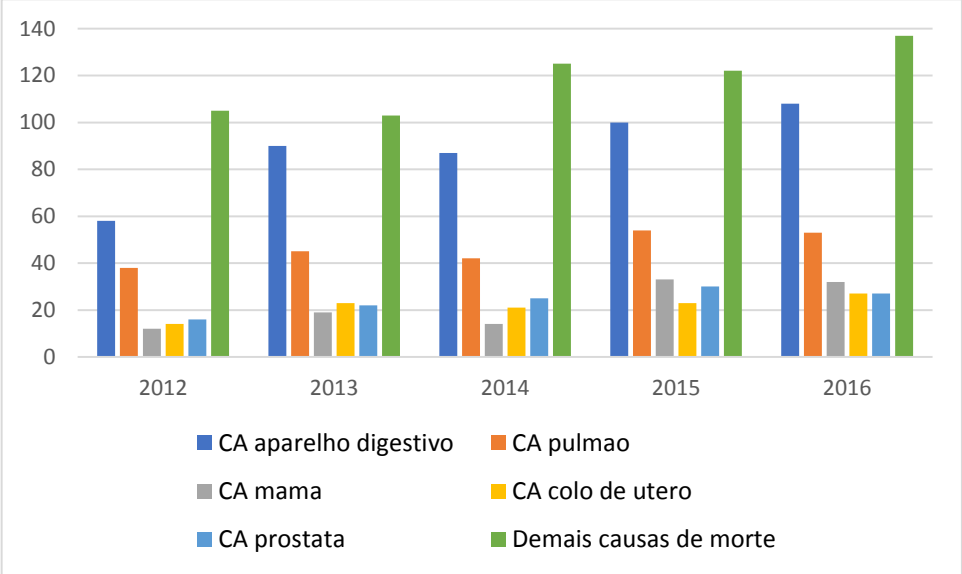
3.1.1.3 NEOPLASIAS

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

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

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

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

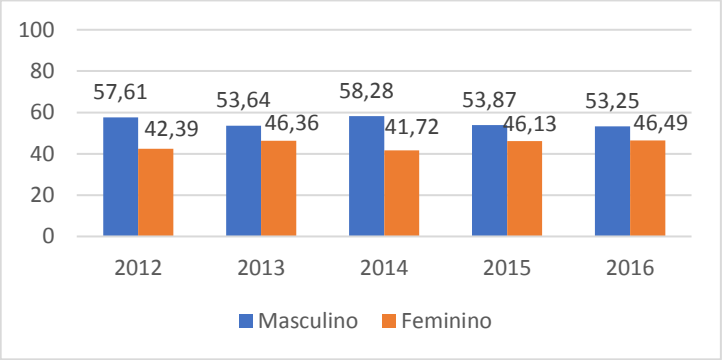


Fonte: SIM/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

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

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

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



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

3.1.2 MORTALIDADE INFANTIL E FETAL

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

Segundo “Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações” (OPAS, 2002), a mortalidade infantil é um indicador que estima, entre outras coisas, o risco de mortes entre crianças menores de 1 ano. Classicamente é dividida em mortalidade infantil neonatal precoce (de 0 a 6 dias) neonatal tardia (de 7 a 27 dias) e pós-neonatal (de 28 a 364 dias). A mortalidade neonatal precoce está vinculada às causas preveníveis, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde, além da qualidade de assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

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

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

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

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

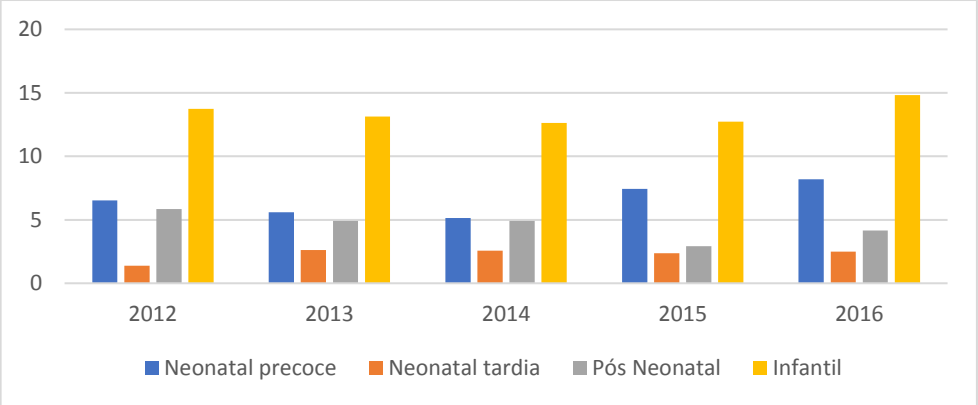
A TMI apresentou queda no ano de 2014, mas nos anos de 2015 e 2016 teve um importante aumento. A taxa de mortalidade neonatal precoce manteve os valores elevados nos anos de análise quando comparadas às taxas de mortalidade neonatal tardia e pós-neonatal.

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

Sabemos da importância de estabelecermos ações para redução da TMI. Esses dados sugerem ainda, uma necessidade premente de melhoria na qualidade dos serviços de saúde envoltos na assistência gestacional, neonatal e pediátrica, com ênfase na implementação da Rede Cegonha. As análises das TMI e seus

componentes devem ser utilizados na compreensão do processo saúde-doença, subsidiando o planejamento, análise e avaliação das ações de saúde.

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



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

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

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

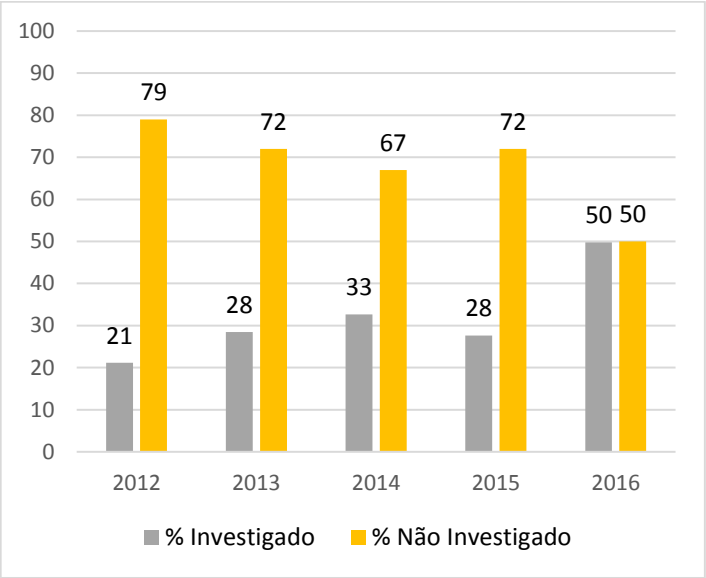
Considerando as prioridades para a redução da mortalidade infantil e os óbitos com maior potencial de prevenção, recomenda-se através da Portaria n.º 72/2010 e n.º 1.271/2014 a vigilância dos óbitos infantis através da investigação dos mesmos.

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

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

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

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



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

3.1.3 MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E MATERNA

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. Os índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento são alarmantes. Um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos (BRASIL, 2007).

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

a definição de intervenções voltadas para evitar novas mortes.

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

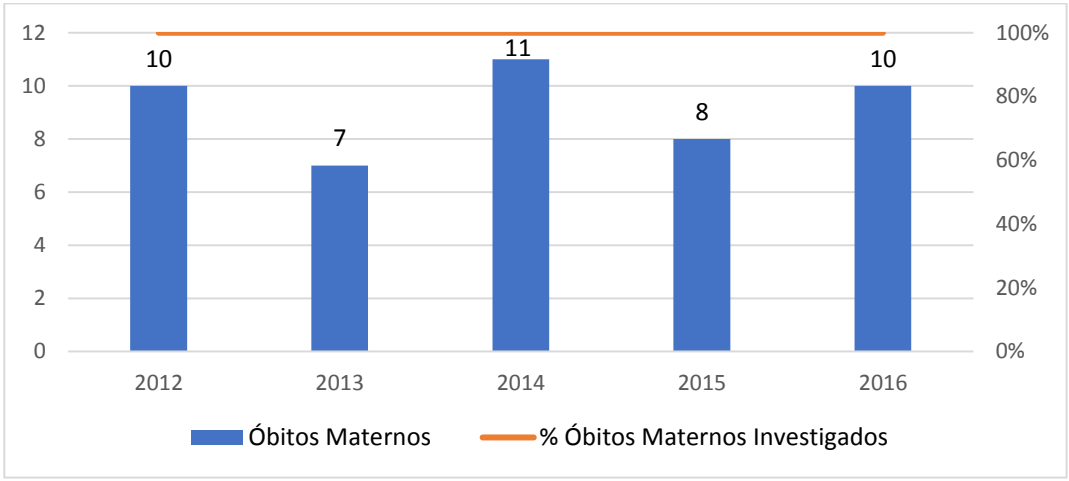
O município de Porto Velho, desde o ano de 2009 pactua a investigação dos óbitos maternos em 100% dos registros no SIM.

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

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

Nos anos da análise, foram notificados 46 óbitos maternos, com alcance da meta de 100% de investigação em todos os anos analisados.

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



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

O Quadro 2 mostra os óbitos maternos, segundo causa básica do capítulo

XV CID-10, residentes de Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

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

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

Quadro 2. Óbitos maternos segundo causa básica, Capítulo XV CID 10. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

Cap. XV CID 10	Causa do Óbito	Número
O02	Outros produtos anormais da concepção	01
O03	Aborto espontâneo	01
O07	Falha de tentativa de aborto	02
O10	Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, parto puerpério	01
O14	Hipertensão gestacional com proteinúria significativa	04
O15	Eclampsia	03
O23	Infecção do trato geniturinário na gravidez	03
O36	Assistência prestada a mãe por outros problemas fetais	01
O45	Descolamento prematuro da placenta	02
O62	Anormalidades de contração uterina	01
O72	Hemorragia pós-parto	01
O85	Infecção puerperal	02
O88	Embolia de origem obstétrica	04
O96	Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano, após o parto	07
O98	Doenças infecciosas e parasitarias maternas complicando na gravidez, parto e puerpério	7
O99	Outras doenças maternas complicando na gravidez, parto e puerpério	03
XX	Morte materna por causas externa	03
TOTAL	**TODAS AS CAUSAS**	**46**

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

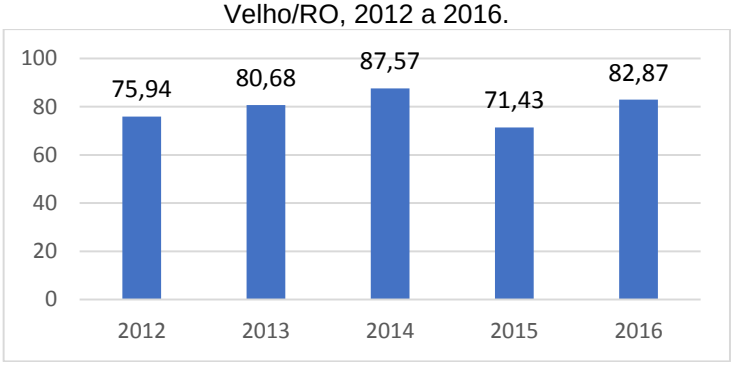
O Gráfico 21 mostra a proporção de óbitos de MIF, segundo o percentual de investigação, em residentes de Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

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

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

Nas investigações são levantadas informações, como: gestação no momento do óbito e nos últimos 12 (doze) meses anteriores ao falecimento, escolaridade, ocupação, estado civil e detalhamento pelos familiares das causas que levaram ao óbito. Estas informações complementam os dados da declaração de óbito que muitas vezes são digitadas, com estes campos ignorados.

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

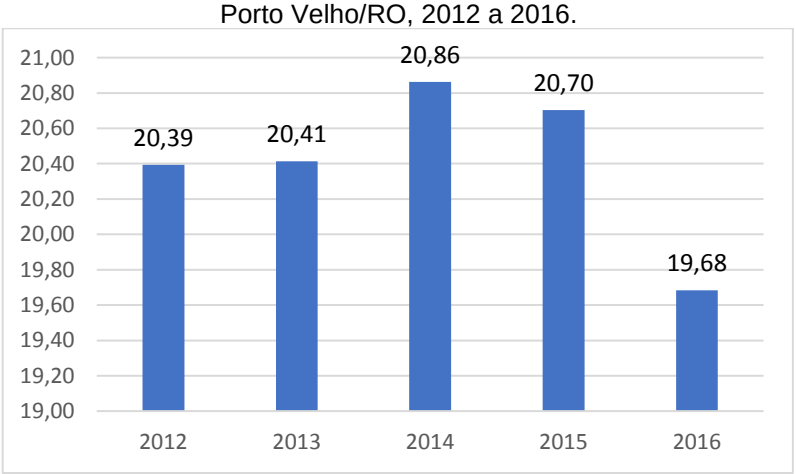


Fonte: SIM/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

3.2 NATALIDADE

O Brasil apresentou queda nas taxas de natalidade nos últimos anos, mas com crescimento vegetativo positivo. Já a taxa de natalidade em Porto Velho, mantém-se estável, com pequenas variações, conforme mostra o Gráfico 22.

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



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

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

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

Segundo a Tabela 14, observamos no período de 2012 a 2016 que foram notificados uma média de 8.748 nascimentos/ano. O maior número de nascimentos se concentrou em mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos (30.462). A proporção de nascimentos entre adolescentes até os 19 anos corresponde a 21% (9.208) do total de registros. A proporção de nascidos de mulheres com idades acima dos 35 anos, faixa etária que representa o maior risco gestacional, a proporção de nascimentos foi de 1,8% (779).

Em relação ao estado civil da mãe predominou o nascimento entre as mulheres com estado civil ignorado (15.545), o que representa uma falha no preenchimento da DNV, seguido de solteiras (14.613) e mulheres casadas.

Tabela 14. Distribuição de nascidos vivos, segundo a faixa etária da mãe. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

Característica	2012	2013	2014	2015	2016
	n	n	n	n	n
Idade					
> 20	1905	1928	1891	1825	1659
20 -34	6156	6063	6242	6168	5833
< 35	678	756	808	885	945
Total	**8739**	**8747**	**8941**	**8878**	**8437**
Estado civil					
Solteiro	2694	2875	2686	3150	3208
Casado	2260	2371	2046	2548	2505
Viúvo	8	5	9	9	11
Separado judicial	44	44	36	58	68
Ignorado	3234	3046	3878	2875	2508
N Inf	500	407	286	238	136
Total	**8740**	**8748**	**8941**	**8878**	**8436**

Fonte: SINASC/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 17/07/2018.

Com relação às características perinatais, 4.250 (14,2%) foram nascimentos com idade gestacional inferior a 37 semanas, com uma média de 850 NV prematuros ao ano. Os nascimentos a termo corresponderam a 27.306 (91,2%), sendo que o maior número foi registrado em 2016. Os NV pós-termo representam 1.129 (3,8%), neste grupo observamos uma redução de 171 nascidos vivos de 2012 para 2016 (Tabela 15).

O principal tipo de parto registrado no período avaliado foi o parto cirúrgico representando 23.427 (53,5%) do total, com a média, de 4.685 partos cesáreo/ano. Neste período foram realizados 20.243 (46,8%) partos vaginais e uma média anual de 4048. Verificamos que em 70 DNV não foi informado o tipo de parto.

Na Tabela 15, identificamos que o número de nascidos vivos que tiveram peso adequado ao nascer entre 2.500 a 3.999g representou 85,7% (37.513). Os nascidos com peso acima de 4.000g correspondem a 7%, e os com baixo peso ao nascer representam 6,7%. Os com peso muito baixo (<1.000g) correspondem a 0,5% e estão relacionados com prematuridade extrema.

Tabela 15. Distribuição de nascidos vivos, segundo características perinatais. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

Característica	2012	2013	2014	2015	2016
	n	n	n	n	n
Tipo de parto					
Vaginal	3831	4082	4275	4077	3978
Cesário	4902	4664	4651	4773	4437
N Inf	7	2	14	27	20
Ign	0	0	1	1	1
Total	**8740**	**8748**	**8941**	**8878**	**8436**
Semanas de gestação					
< 37	912	851	768	891	828
37 - 41	5737	5688	4765	4765	6351
> 42	336	229	171	228	165
Total	**4250**	**6768**	**5704**	**5884**	**7344**
Peso ao nascer					
< 1000	32	32	45	47	49
1000 -2499	589	560	581	613	597
2500 - 3999	7509	7522	7698	7571	7213
> 4000	610	634	616	646	577
Total	**8740**	**8748**	**8940**	**8877**	**8436**

Fonte: SINASC/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 17/07/2018.

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

Observamos na Tabela 16, que no período de 2012 a 2016, a proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas pré-natal, apresenta-se com variação de aproximadamente 10 pontos percentuais, de forma ascendente, em um intervalo de 5 anos.

Tabela 16. Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

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

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

Estudos tem evidenciado que a escolaridade materna está diretamente relacionada ao acesso ao pré-natal, quanto maior escolaridade maior o número de consultas pré-natal, sendo uma tendência que se repete no Brasil e em todas as suas regiões, assim como em Porto Velho, como demonstra a Tabela 17.

Tabela 17. Percentual de consultas pré-natal segundo escolaridade materna. Porto Velho/RO, 2016.

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

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

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

3.3 MORBIDADE

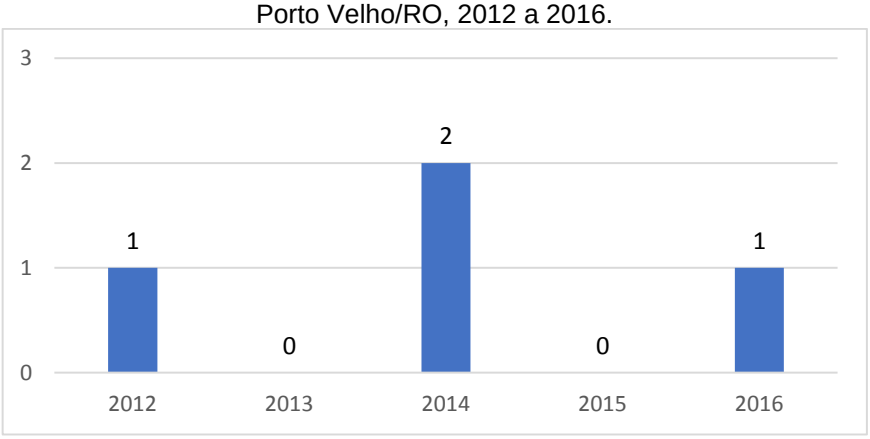
3.3.1 VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

3.3.1.1 AIDS EM MENORES DE 05 ANOS

As estatísticas mostram o quanto vem crescendo o número de crianças contaminada pelo HIV. A transmissão, neste caso, podes ser: vertical, da mãe para o filho, que pode ocorrer durante a gestação (via transplacentária), no parto ou na amamentação.

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

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



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

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

3.3.1.2 SÍFILIS

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

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

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

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

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

Na Tabela 18 estão os casos confirmados de sífilis em gestantes,referente ao período 2012 a 2016.

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

Tabela 18. Casos confirmados de Sífilis em gestantes, por ano.
Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

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

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

Na Tabela 19 estão os casos de sífilis congênita e incidência por 1.000 nascidos vivos, referente ao período 2012 a 2016.

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

Tabela 19. Casos de Sífilis congênita e incidência por 1.000 nascidos vivos, Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

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

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

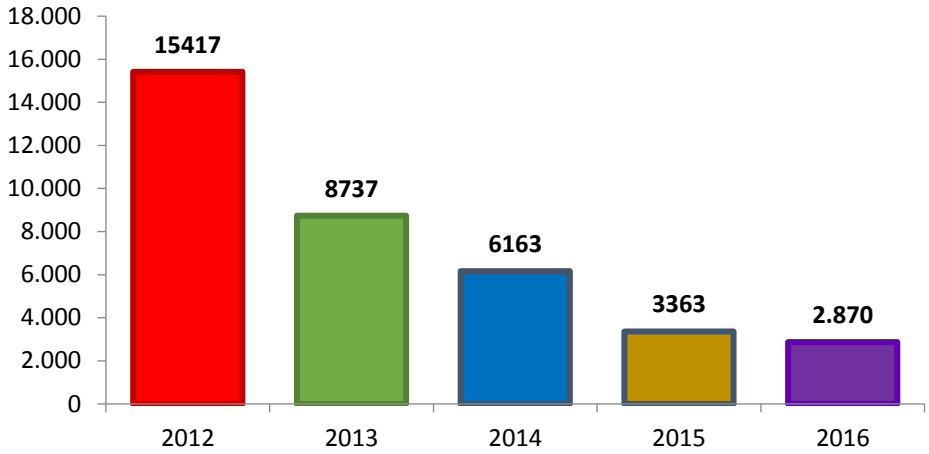
3.3.1.3 MALÁRIA

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

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

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

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

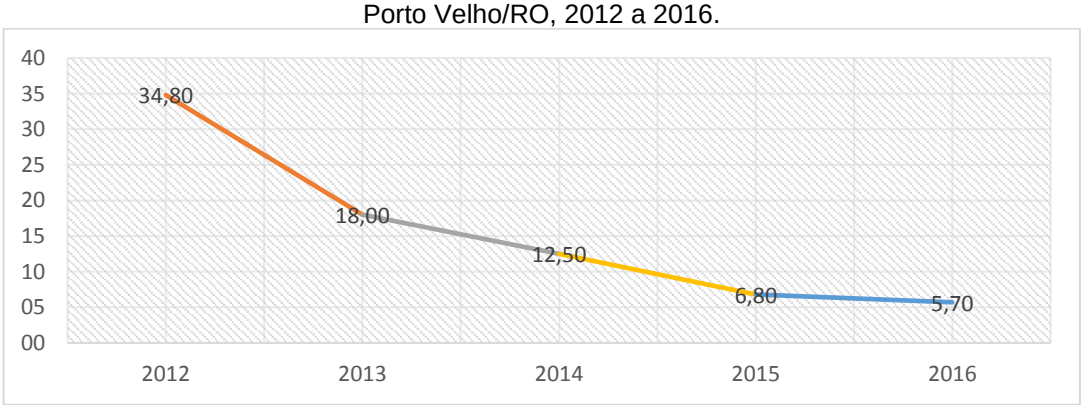


Fonte: SIVP Malária/DVS/SEMUSA. Dados sujeito a alteração, acessados em 19/02/2018.

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

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

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



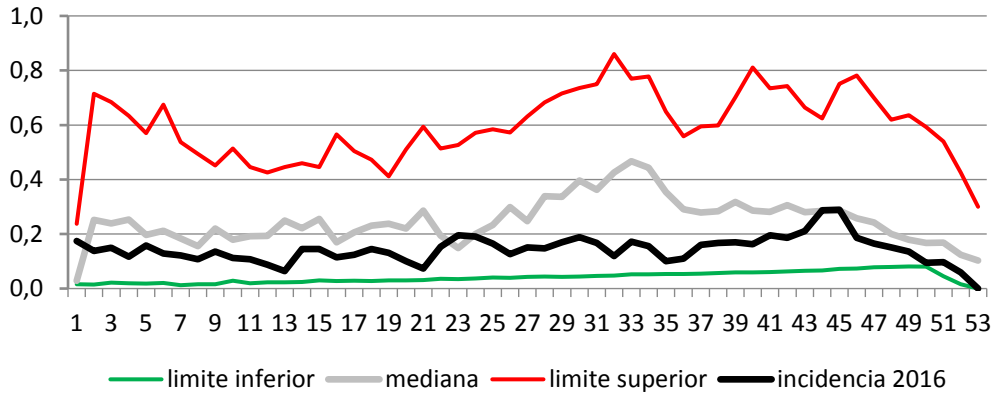
Fonte: SIVEP_malária/DVS/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

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

histórica da incidência dos casos do município, definindo um limite superior e um limite inferior para cada período.

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

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



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

3.3.1.4 DENGUE

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

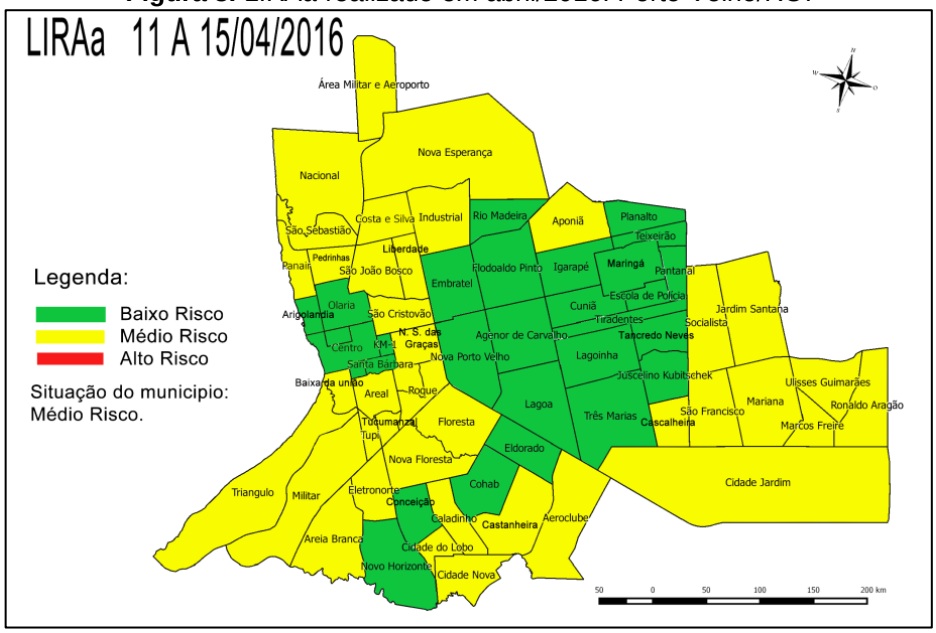
O LIR*Aa* é uma metodologia estabelecida pelo MS, que consiste no levantamento amostral de um percentual de imóveis do município, que determina o Índice de Infestação Predial (IIP), pelo mosquito ***Aedes aegypti***, transmissor da dengue, zika vírus e febre chikungunya. Com base nos resultados do LIR*Aa,*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

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

Nos LIR*Aa* realizados, o município foi classificado de **Médio Risco,** para infestação pelo mosquito. Porém, no último levantamento, obtivemos nove bairros de

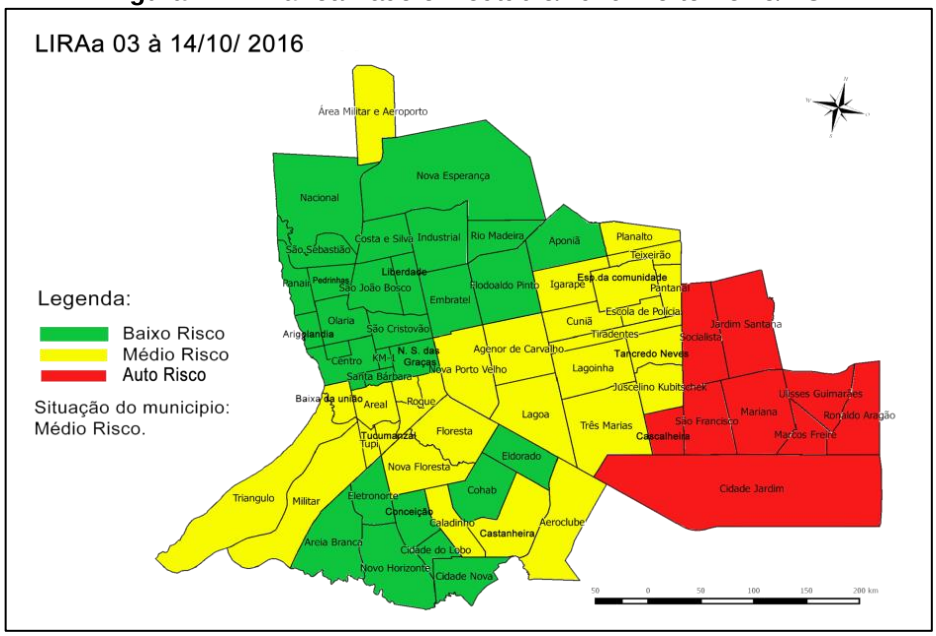
alto risco, possivelmente por ter sido realizado no período das chuvas**.** Quanto aos casos de dengue, no Gráfico 27 estão os casos notificados no município de Porto Velho, no período de 2012 a 2016.

Figura 3. LIR*Aa* realizado em abril/2016. Porto Velho/RO.



Fonte: LIR*Aa*/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração.

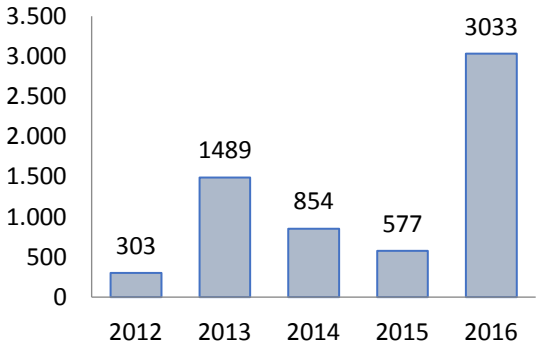
Figura 4. LIR*Aa* realizado em outubro/2016. Porto Velho/RO.



Fonte: LIR*Aa*/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração.

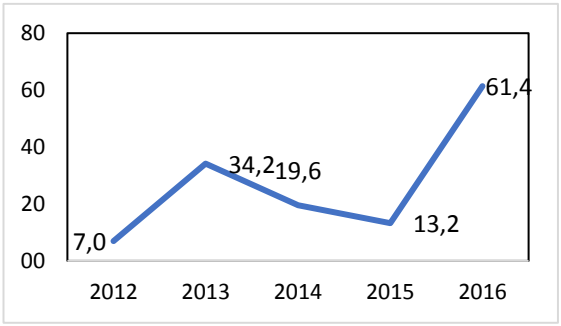
Sobre a Dengue no município, os Gráficos 27 e 28, apontam para um perfil de aumento de sua incidência, alcançando índices elevando em 2013 (1.489) e em 2016 (3.033). Verifica-se ainda um comportamento cíclico do agravo, com epidemias nos anos de 2013 e 2016, podendo ser observado pelas taxas de 34,2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

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



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

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

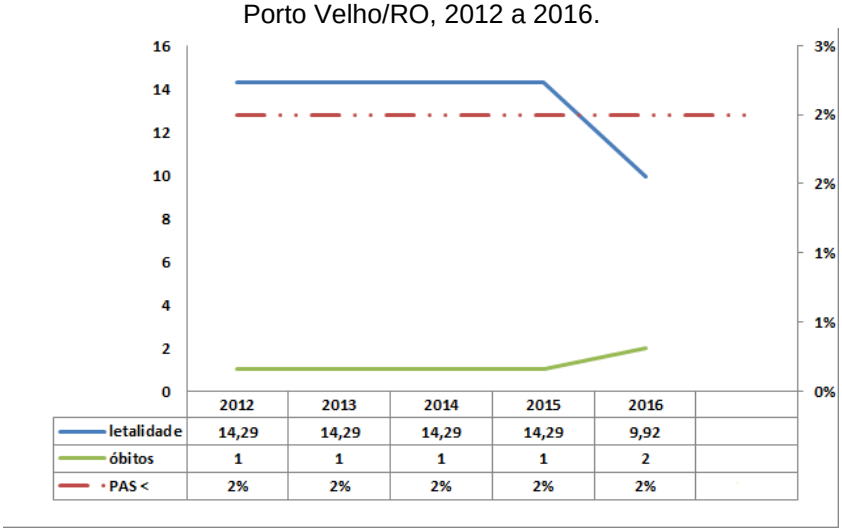


Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 15/02/2018

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

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

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



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

3.3.1.5 CHIKUNGUNYA

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

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

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

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

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

3.3.1.6 ZIKA VÍRUS

Em Porto Velho, os casos de Zika Vírus (ZikaV) começaram a ser identificados a partir de janeiro de 2016, conforme a Tabela 20. O critério de confirmação dá-se por laboratório e clínico epidemiológico, com exceção de gestantes, onde o encerramento é somente permitido por critério laboratorial.

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

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

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

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

3.3.1.6.1 MICROCEFALIA

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

Todos os casos suspeitos de microcefalia relacionada ao ZikaV devem ser registrados no sistema de Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP – Microcefalias), online, disponível no endereço eletrônico www.resp.saude.gov.br. Na Tabela 22, encontra-se os casos notificados de microcefalia e/ou alterações do SNC, sugestivos de infecção congênita em fetos, abortamentos, natimortos ou recém-nascidos, de Porto Velho.

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

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

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

País/Estado Município	Total de casos notificados de	Permanecem em investigação		Investigados e confirmados		Investigados e descartados	
	N°	N°	%	N°	%	N°	%
Brasil	10.867	3232	29,7	2366	21,8	5269	48,5
Rondônia	46	17	37,0	12	26,1	17	37,0
Porto Velho	28	02	7,1	07	25,0	19	67,9

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

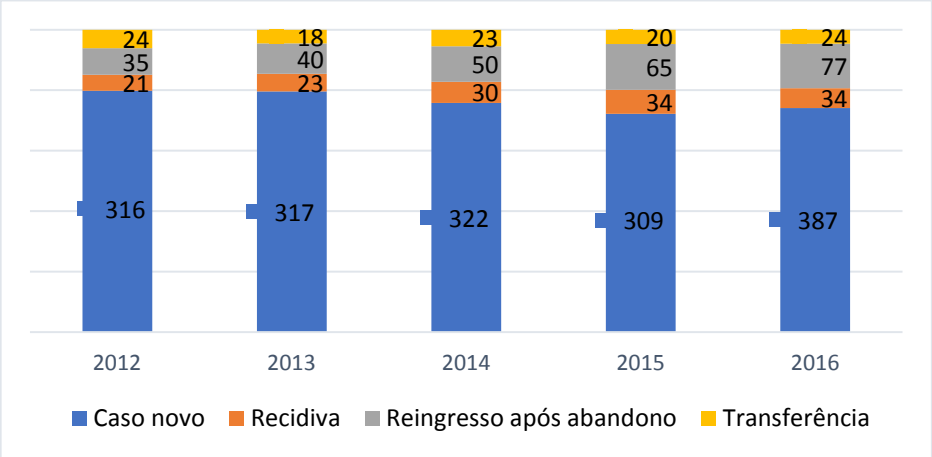
3.3.1.7 TUBERCULOSE

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

O Gráfico 30 mostra os casos de TB, em Porto Velho, de 2012 a 2016, segundo tipo de entrada. Conforme se observa os casos novos de TB teve um aumento significativo no ano de 2016, no entanto mantém elevado e ainda com

muitos reingressos após abandono.

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



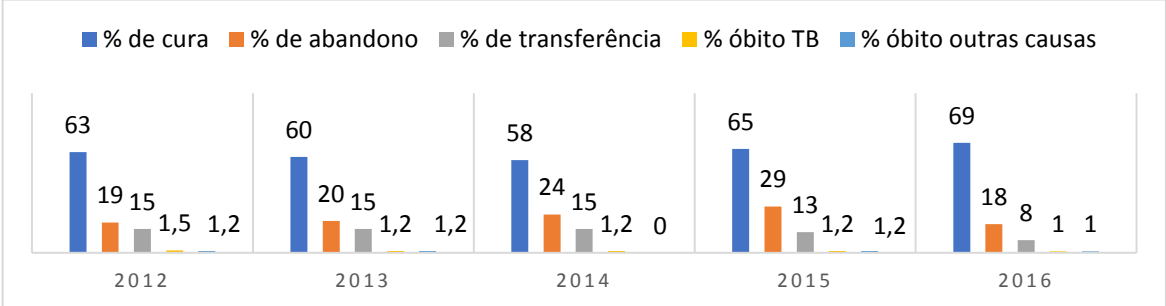
Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeitos a revisão, acessados em 28/12/2017.

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

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

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

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



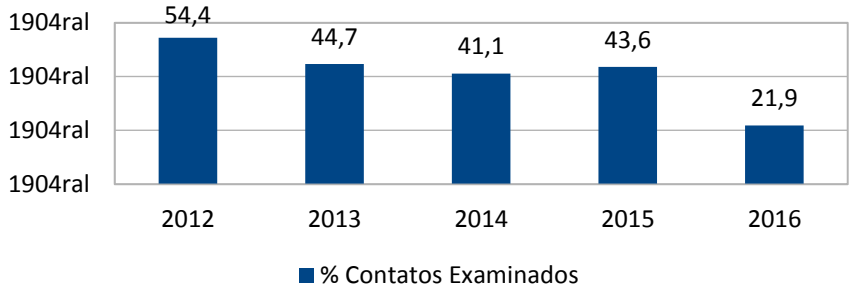
Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

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

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

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

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

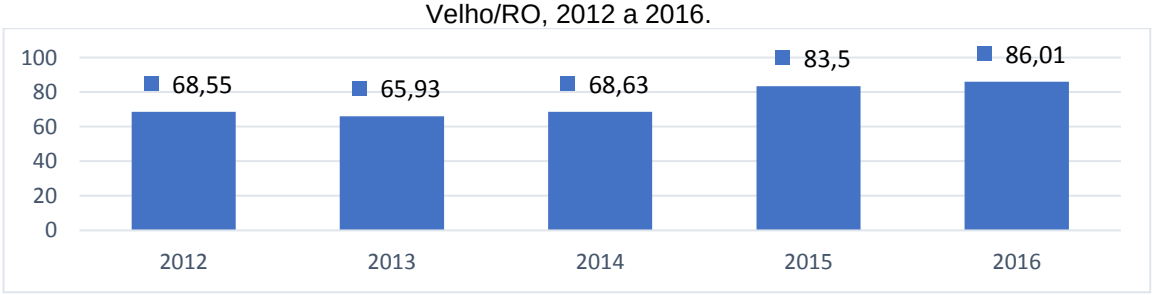


Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA/PV. Dados sujeito a alteração, acessados em 28/12/2017.

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

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

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



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

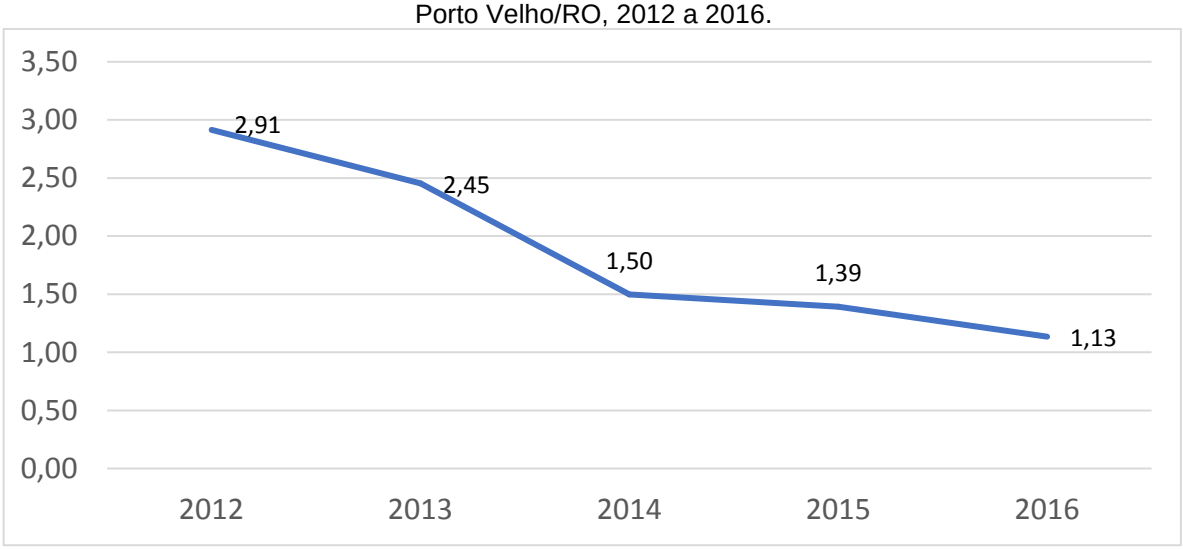
3.3.1.8 HANSENÍASE

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.1.9 HEPATITES VIRAIS

As hepatites virais possuem distribuição universal e observam-se diferenças regionais na ocorrência e magnitude destas em todo o mundo, variando, de acordo com o agente etiológico. Em grande importância para a saúde pública, em virtude do número de indivíduos acometidos e das complicações resultantes das formas agudas e crônicas da infecção. Do ponto de vista clinico e epidemiológico os agentes etiológicos mais relevantes são os vírus “A”, “B”, “C”, D” e “E”. Dentre esses, destaca-se o vírus da hepatite “B” (VHB), sendo o homem o único reservatório de relevância epidemiológica.

Na tabela abaixo estão os casos de hepatites, segundo classificação etiológica e ano de notificação de residentes de Porto Velho, de 2012 a 2016.

Tabela 26. Casos de hepatites, segundo classificação etiológica e ano de notificação, em residentes de Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

Classificação etiológica	2012	2013	2014	2015	2016
Vírus A	20	05	110	46	12
Vírus B	69	62	89	658	164
Vírus C	27	40	29	344	77
VírusB + D	08	03	03	22	01
Vírus B + C	01	02	04	34	05
Vírus A + B	0	0	0	01	0
Ign/branco	17	26	155	17	10
Não se aplica	0	01	01	0	03
Total	**142**	**139**	**391**	**1122**	**272**

Fonte: SINAN/DVS/SEMUSA, dados acessados em 09/12/2017, sujeitos a revisão.

Como se pode observar há uma variação no número de casos notificados, ano a ano, com um maior número 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 47% do total de casos de Hepatites Virais, porém ao somatizar os casos de coinfecção em que o mesmo aparece (“B”+“D”, “B”+“C”, “A”+“B”) tem-se um total de 1.125 casos, elevando sua porcentagem para 51% dos casos.

3.3.2 VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

3.3.2.1 AGRAVOS RELACIONADOS À SAÚDE DO TRABALHADOR

A notificação é um importante instrumento, pois acidentes e doenças relacionadas ao trabalho são evitáveis e passíveis de prevenção, e pela ficha de investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação-*Sinan*, é possível identificar o motivo pelo qual os trabalhadores adoecem ou morrem, associando esses dados aos ramos de atividade econômica e aos processos de trabalho, para que possam ser feitas intervenções sobre suas causas e determinantes.

Os primeiros registros no Sinan de acidentes de trabalho em Porto Velho foram feitos a partir de 2008. Foram iniciadas várias atividades junto aos núcleos de vigilância das unidades de saúde, como capacitações, monitoramento, supervisões; busca ativa no HPSJP II (Hospital e Pronto Socorro João Paulo II) e IML(instituto médico legal). Contudo, neste primeiro momento foi significativa a subnotificação dos casos, e somente a partir de 2011 houve aumento das notificações, alcançando um total de 415 casos notificados.

Em 6 de junho de 2014, com a portaria 1271, do ministério da saúde, alguns agravos relacionados ao trabalho deixaram de ser monitorados por unidades sentinelas, é o caso do acidente de trabalho grave, do acidente de trabalho com exposição a material biológico e as intoxicações exógenas, que passaram a ser de notificação compulsória em qualquer estabelecimento de saúde. Já as doenças relacionadas ao trabalho, continuam na lista das doenças monitoradas em unidades sentinelas - modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) - como é o caso do câncer, pneumoconioses, dermatoses, lesão por esforço repetitivo/distúrbios osteo musculares e transtornos mentais relacionados ao trabalho. Estas mudanças foram mantidas com as atuais portarias.

A - Acidente de trabalho grave

O acidente de trabalho grave é aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho, produzindo lesão corporal, perturbação funcional ou doença que resulte em redução na capacidade de trabalho ou de ganho, ou de morte. Na tabela abaixo estão os casos notificados em residentes, de acidentes de trabalho grave, de 2012 a 2016.

Tabela 27. Casos notificados em residentes, de acidentes de trabalho grave, segundo local do acidente. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

LOCAL DO ACIDENTE	2012	2013	2014	2015	2016
Via pública	191	283	233	119	111
Instalações contratante	105	206	340	82	104
Instalações de terceiros	03	24	30	19	24
Domicílio próprio	02	05	10	06	08
Ign/branco	24	27	18	10	11
Total	**323**	**545**	**631**	**236**	**258**

Fonte: Sinan/DVS/SEMUSA, dados acessados em 09/12/2017, sujeitos a revisão.

O trânsito da capital tem se tornado um importante fator condicionante dos acidentes de trabalho, tanto nos acidentes de trajeto como nos casos em que as vítimas realizam sua atividade laboral no trânsito, como motoboy, motoristas, mototaxistas, entregadores, dentre outros. A tabela 27 mostra a frequência dos acidentes no município, por local do acidente de trabalho, onde constatamos que 43,02% ocorreram via pública.

Observamos na tabela abaixo, que quanto à evolução dos casos de investigação de acidente de trabalho grave, identificamos 6,58% de ignorado/branco deste campo nas fichas de notificação. Excluindo este percentual de notificações temos que 88% dos casos tiveram incapacidade temporária e 1,29% foram a óbito. A maioria dos casos com incapacidade temporária evoluíram para cura, num período aproximado de 6 meses.

Tabela 28. Casos notificados de acidentes de trabalho grave, em residentes, segundo evolução do caso. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

EVOLUÇÃO DO CASO	2012	2013	2014	2015	2016
Cura	25	267	232	21	98
Incapacidade temporária	233	240	368	178	128
Incapacidade parcial permanente	07	08	12	06	06
Incapacidade total permanente	0	0	01	0	01
Óbito pelo acidente	06	17	04	17	02
Óbitos por outras causas	0	0	0	0	0
Outra	0	03	02	02	06
Ign/branco	52	10	12	12	17
Total	**323**	**545**	**631**	**236**	**258**

Fonte: Sinan/DVS/SEMUSA, dados acessados em 09/12/2017, sujeitos a revisão.

B - Acidente de trabalho com exposição a material biológico

É o acidente em que os profissionais de saúde se expõem a sangue e outros fluidos biológicos. Devem ser considerados emergência médica, havendo, portanto, necessidade de se priorizar o atendimento no mais curto espaço de tempo possível, visando evitar a disseminação do HIV (vírus da imunodeficiência humana), VHB (vírus da hepatite B) e VHC (vírus da hepatite C). Vale salientar que este monitoramento é destinado apenas aos profissionais de saúde que se acidentarem no exercício de suas atividades laborais. Observamos na tabela abaixo, que houve redução de 50,87% no número de notificações em relação ao ano de 2015.

Tabela 29. Casos notificados em residentes, de acidentes de trabalho com exposição a material biológico. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

ANO DE NOTIFICAÇÃO	Nº DE CASOS
2012	20
2013	03
2014	09
2015	57
2016	29

Fonte: Sinan/DVS/SEMUSA, dados acessados em 09/12/2017, sujeitos a revisão.

C - Intoxicação exógena

Os agrotóxicos e demais produtos tóxicos em geral fazem parte de uma lista com os mais importantes fatores de risco para a saúde dos trabalhadores e para o meio ambiente. São utilizados em grande escala por diversos setores produtivos como agropecuário, construção civil, tratamentos de madeiras para construção, indústria moveleira, armazenamento de grãos e sementes, produção de flores, combate às endemias e epidemias, como domissanitários. Além desse uso, ainda podem ocorrer misturas de substâncias gerando novas substâncias desconhecidas (BRASIL, 2006).

Dentre os trabalhadores expostos aos agrotóxicos podemos citar os trabalhadores rurais, os da saúde pública, de empresas desinsetizadoras, de transporte, comércio e indústria. A população em geral também está exposta, seja através de resíduos em alimentos, de contaminação ambiental ou acidental.

Como vê-se na tabela abaixo, apesar da notificação dos casos por intoxicação exógena ser destinado a trabalhadores expostos, a maioria dos casos notificados são de acidentes domésticos ou tentativas de suicido. Dos 93 casos notificados em 2016, 35,48% foi por tentativa de suicídio e 30,10% foi acidental.

Tabela 30. Casos notificados em residentes, por intoxicação exógena, segundo circunstância da exposição/contaminação. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

CIRCUNSTANCIA DA EXPOSIÇÃO/ CONTAMINAÇÃO	2012	2013	2014	2015	2016
Uso habitual	0	01	0	02	05
Acidental	16	15	17	19	28
Ambiental	01	02	0	11	01
Uso terapêutico	0	0	0	01	0
Prescrição médica inadequada	01	0	0	0	0
Erro administração	01	01	01	0	02
Automedicação	0	0	04	03	03
Abuso	01	01	0	02	04
Tentativa de suicídio	0	07	06	23	33
Violência	0	0	0	01	0
Outra	0	0	02	04	06
Ign/branco	0	0	0	02	11
Total	**20**	**27**	**30**	**68**	**93**

Fonte: Sinan/DVS/SEMUSA, dados acessados em 09/12/2017, sujeitos a revisão.

3.3.2.2 ACIDENTES DE TRANSPORTES

Atualmente, os acidentes no trânsito configuram como um grave problema, de abrangência mundial. A Organização Mundial da Saúde estima que em torno de 1,2 milhão de pessoas morrem por ano de acidentes de trânsito nas rodovias. Os acidentes de trânsito são a segunda causa de morte entre jovens de 05 a 29 anos e a terceira causa de morte entre pessoas de 30 a 44 anos. Além dessas mortes, estima-se que, por ano, em torno de 50 milhões de pessoas saiam feridas ou incapacitadas, em decorrência de acidentes de trânsito nas rodovias (OMS, 2007).

Há uma tendência de crescimento das taxas de mortes por causas violentas nos principais centros urbanos brasileiros, desde a década de 1990. Dentre as causas externas específicas, as agressões (homicídios) e os acidentes de transportes apresentam, no ano de 2003, as mais elevadas taxas: 28,9 e 19,0 por 100 mil habitantes, respectivamente. Esses dois subgrupos concentram 66,8% de todas as mortes por causas externas, o que os torna problemas prioritários (SOUZA, 2012).

Em Porto Velho, existe o Comitê Municipal para Planejamento e Desenvolvimento do Plano Municipal de Redução de Acidentes e Segurança Viária de Porto Velho - Rondônia, 2011-2020, foi instituído pelo Decreto n. 12.637 de 22 de maio de 2012, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, tem caráter consultivo, fiscalizador e deliberador.

A tabela abaixo mostra a comparabilidade dos acidentes de transportes, com vítimas não fatais com a frota. A distribuição dos acidentes de trânsito com vítimas não fatais a cada 10.000 veículos demonstrou que nos últimos cinco anos, houve uma redução, sendo que em 2012, ocorreram 343,27 acidentes/10.000 veículos e em 2016 tivemos 154,2 acidentes/10.000 veículos, com uma redução de 44,94%, ao compararmos os acidentes ocorridos em 2016 com os de 2012.

Tabela 31. Distribuição dos Acidentes de Trânsito, com vítimas não fatais e frota veicular. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

ACIDENTES	2012	2013	2014	2015	2016
Frota veicular	207.069	221.908	235.309	246.571	255.288
Acidentes com vítimas não fatais	7.108	7.287	5.816	4.226	3.936
Nº de acidentes com vítimas não fatais/10.000 veículos	343,27	328,38	247,16	171,39	154,2

Fonte: Detran/GRO, dados acessados em 09/09/2018, sujeitos a revisão.

3.3.2.3 VIOLÊNCIAS DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS

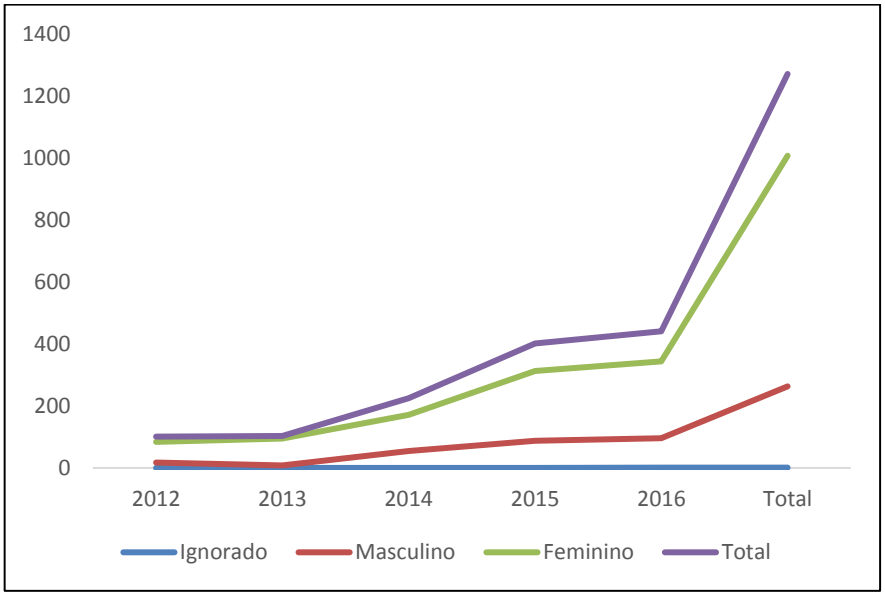
No Brasil e no mundo, o impacto da morbimortalidade por causas externas (violências e acidentes) constitui uma das maiores preocupações para chefes de Estados e dirigentes do setor saúde. Em nosso país, as violências e os acidentes representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 49 anos. Dados do Ministério da Saúde (MS) registraram no período de 2000 a 2013 um total de 1.874.508 óbitos por causas externas. Entre o início e o fim desse período houve um aumento de 28,1%, passando de 118.397 óbitos por causas externas em 2000 para 151.683 óbitos em 2013. Em 2013, as causas externas representaram 12,5% do total de óbitos no país. Segundo o MS, em 2013, nos hospitais que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreram 1.056.372 internações por causas externas perfazendo 9,5% do total de internações. Em 2014 esse percentual foi de 9,9%.

Em 2014, a Política Nacional de Promoção da Saúde foi revisada e publicada através da Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, reafirmando como uma de suas prioridades, o enfrentamento das violências. Dentre os objetivos dessa política estão a promoção da equidade, da intersetorialidade, territorialidade, participação social e a melhoria das condições e dos modos de viver, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Reafirma, ainda, o compromisso com a promoção da cultura da paz e do desenvolvimento humano seguro, saudável e sustentável. Fazendo com que reorganizássemos o serviço de vigilância das violências com capacitações sistemáticas não só para os profissionais de saúde,

mas a todos que compõem a rede de enfrentamento as violências, melhorando significativamente não só o número de notificações e de unidades notificadoras, mas também a qualidade e o fluxo de atendimento às vítimas. Na Figura abaixo tem-se os casos notificados de violências, em ambos os sexos, de 2012 a 2016.

Na figura abaixo, percebe-se o aumento das notificações dos casos de violências, nos últimos dois anos, tendo como causa a mobilização e as ações desenvolvidas para organização do serviço de vigilância das violências. Quanto ao sexo, as principais vítimas são do sexo feminino, o enfrentamento da violência, especialmente a violência perpetrada contra as mulheres, demanda um conjunto de ações integradas que possa assegurar a atenção integral que deve ser prestada no âmbito do SUS. Considerando os prejuízos humanos (físicos e psicológicos), sociais e econômicos causados por atos de violência, bem como a magnitude do fenômeno caracterizada por substantivas taxas de incidência de violência na população feminina, justifica-se a necessidade de iniciativas governamentais que envolvam a atuação conjunta de diversos setores, como a Saúde, a Justiça e a Segurança Pública.

Figura 05. Casos notificados de violências, segundo sexo.
Porto Velho/RO, 2012 a 2016



Fonte:SINAN NET/DVS/SEMUSA, dados acessados em 12/2017, sujeitos à revisão.

3.3.3 VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

As mudanças sociais, econômicas e políticas ocorridas no mundo no século passado produziram alterações importantes para a vida da sociedade e também no perfil de ocorrência das doenças de nossa população.

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) têm se apresentado como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 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,...
- Determinantes macros: condições sócio-econômicas, culturais e ambientais;
- Intermediários: hipertensão, dislipidemia, sobrepeso/obesidade, intolerância à glicose.

Caso ações de vigilância, informação, avaliação; monitoramento promoção à saúde e Cuidado integral não sejam estabelecidos, esses fatores serão acumulados ao longo da vida e assim determinarão diversas doenças e agravos, especificamente relacionados às DCNT.

Para que políticas públicas de saúde sejam estabelecidas é necessário termos conhecimento quanto aos indicadores de determinados fatores de risco, para isso diversos inquéritos são realizados, tais como:

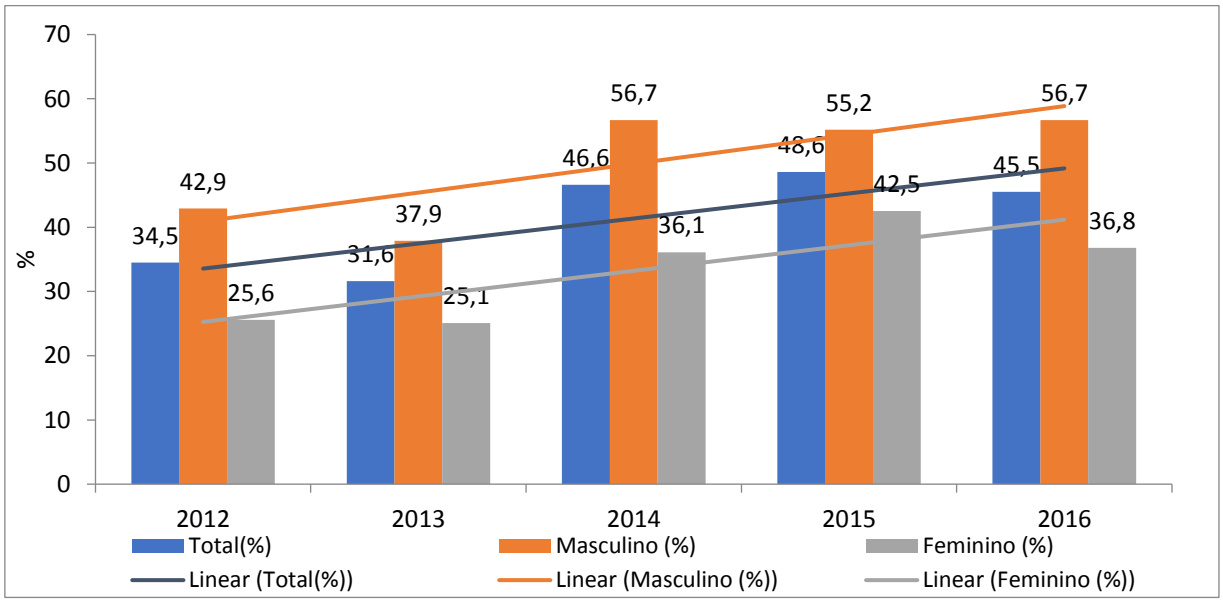
- ✓ PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde Escolar;
- ✓ VIGITEL – Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico

Para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, apresentamos indicadores de fatores de risco e proteção relacionados a estas doenças.

3.3.3.1 ATIVIDADE FÍSICA

A frequência de atividade física em adultos pode ser avaliada em quatro momentos: no tempo livre (lazer), na atividade ocupacional, no deslocamento ao trabalho w no âmbito das atividades domésticas. Quanto aos adultos que praticam atividades físicas no tempo livre deve ser equivalente a pelo menos 150 minutos de atividades moderadas por semana. Em 2016, a frequência de adultos que praticam atividades físicas no tempo livre equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade física moderada por semana variou entre 34,3% em Porto Alegre e 54,2% no Distrito Federal. Em Porto Velho, a frequência geral foi de 45,5%, sendo que em homens foi de 56,7% e em mulheres 36,8%.

Gráfico 35. Percentual de adultos que praticam atividades físicas de intensidade moderada, por semana no tempo livre, por sexo, Porto Velho/RO, 2012 a 2016.



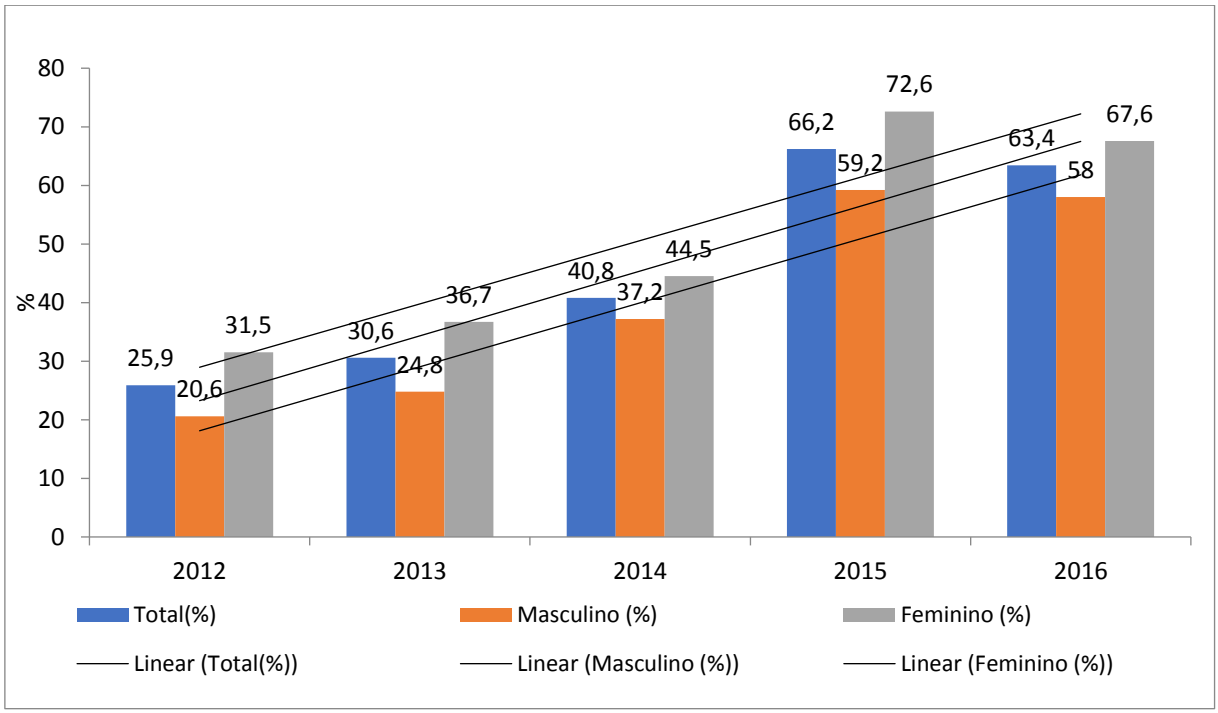
Fonte: VIGITEL, 2012 a 2016

3.3.3.2 CONSUMO DE FRUTAS E HORTALIÇAS

O padrão alimentar de cada indivíduo pode ser importante condicionante de morbimortalidade por doenças crônicas ao longo de todas as fases da vida. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), o consumo insuficiente de frutas e hortaliças é responsável anualmente por 2,7 milhões de mortes e 42% de doenças isquêmicas e cerebrovasculares entre outros ocorridos em todo o mundo (Brasil, 2006).

Segundo o Vigitel 2016, a frequência de adultos que consomem regularmente frutas e hortaliças variou entre 53,9% em Cuiabá e 82,5% em Natal. Em Porto Velho, a frequência geral foi de 63,4%, sendo que em homens foi de 58,0% e em mulheres 67,6%.

Gráfico 36. Percentual de adultos consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana, por sexo, Porto Velho/RO, 2012 a 2016.



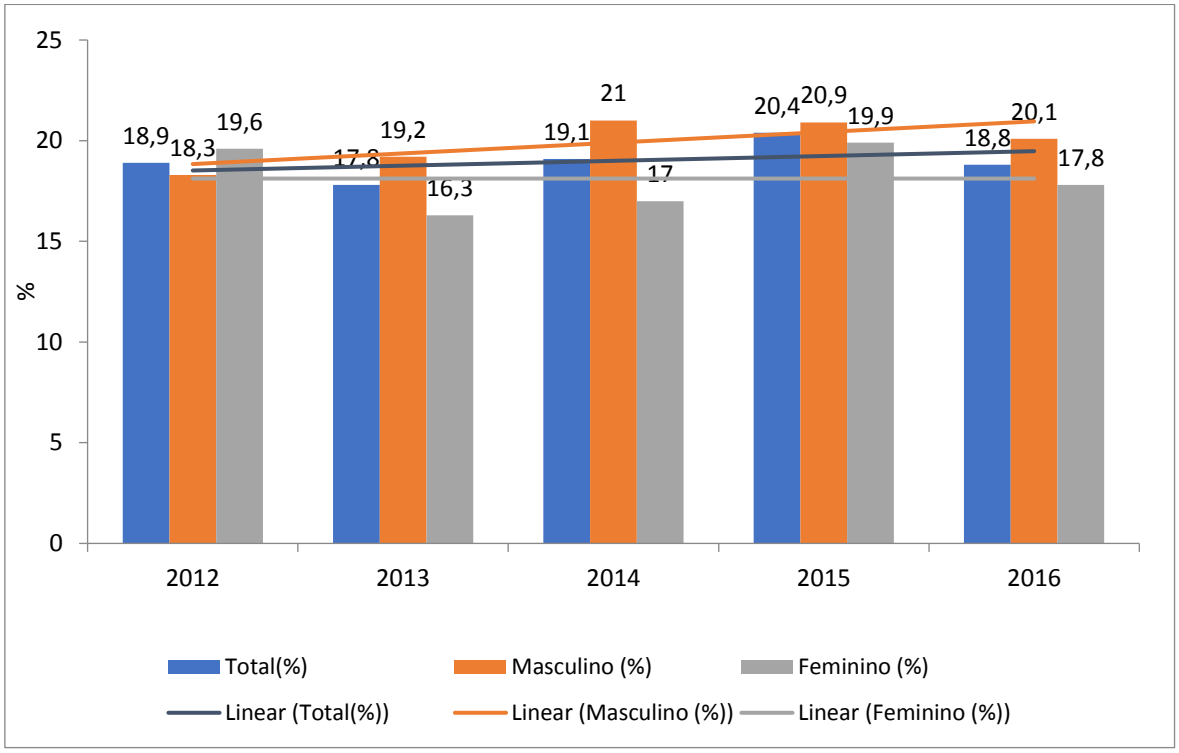
Fonte: VIGITEL, 2012 a 2016.

3.3.3.3 OBESIDADE

O excesso de peso é diagnosticado quando o IMC alcança valor igual ou superior a 25 kg/m2, enquanto que a obesidade é diagnosticada a partir do IMC de 30 kg/m2. Em estudos epidemiológicos, o diagnóstico da obesidade é feito a partir do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela divisão entre o peso (medido em quilogramas) e o quadrado da altura (medida em metros) (WHO, 2000). Esses critérios são os utilizados pelo sistema Vigitel para analisar as informações sobre peso e altura fornecidos pelos entrevistados.

A frequência de adultos obesos variou entre 11,7% em Florianópolis e 22,3% em Manaus. As frequências observadas em Porto Velho, a geral foi de 18,8%, sendo que em homens foi de 20,1% e em mulheres 17,8%.

Gráfico 37. Percentual de adultos com obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30 kg/m2 ≥ 30 kg/m²), por sexo, Porto Velho/RO, 2012 a 2016.



Fonte: VIGITEL, 2012 a 2016

Diante do contexto apresentado é fundamental a implementação de políticas públicas voltadas para a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis e promoção de saúde dos fatores de risco associados.

3.4 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Na tabela abaixo estão todas as grandes causas de internações. Sendo que as três principais causas são: gravidez, parto e puerpério, lesões envenenamento e algumas outras consequências e causas externas e algumas doenças infecciosas e parasitárias, sendo que muitas dessas causas de internação são evitáveis na atenção primária, o que é foco deste plano para intervenção.

Tabela 32. Número de internações hospitalares, segundo grandes causas, em residentes. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

CAPITULO	GRANDES CAUSAS	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Cap 15	Gravidez, parto e puerpério	6756	8458	8669	8545	8386	40814
Cap 19	Lesões enven e alg out conseg causas externas	2491	3796	3748	3520	4646	18201
Cap 01	Algumas doenças Infecciosas e Parasitárias	1780	2146	2734	2954	3034	12648
Cap 10	Doenças do Aparelho respiratório	1648	2099	2219	1879	1864	9709
Cap 21	Contatos com serviços de saúde	1486	1332	1818	1882	1555	8073
Cap 11	Doenças do aparelho digestivo	1429	2198	1871	1698	2083	9279
Cap 16	Algumas afec originadas no periodo perinatal	1285	1570	1037	1085	1083	6060
Cap 09	Doenças do aparelho circulatório	985	1350	1137	1046	1369	5887
Cap 14	Doenças do aparelho geniturinário	950	1170	1146	1179	1349	5794
Cap 02	Neoplasias	902	1260	1326	1362	1609	6459
Cap 12	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	477	655	573	473	452	2630
Cap 05	Transtornos mentais e comportamentais	326	592	430	425	562	2335
Cap 04	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	284	317	200	181	242	1224
Cap 13	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	272	430	255	261	476	1694
Cap 06	Doenças do sistema nervoso	253	435	371	394	431	1884
Cap 03	Doenças sangue, órgãos hebat e transt imunitár	191	259	180	151	197	978
Cap 17	Mal cong deformid e anomalias cromossômicas	186	233	315	337	340	1411
Cap 18	Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	139	214	414	504	426	1697
Cap 07	Doenças do olho e anexos	53	98	357	504	507	1519
Cap 08	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	22	35	36	28	32	153
Cap 20	Causas externas de morbidade e mortalidade	05	07	03	04	0	19

Fonte: DATASUS, acessado em 28/08/2018.

3.5 LETALIDADE

A letalidade ou taxa de letalidade relaciona o número de óbitos por determinada causa e o número de pessoas que foram acometidas por tal doença. Esta relação nos dá ideia da gravidade do agravo, pois indica o percentual de pessoas que morreram por tal doença e pode informar sobre a qualidade da assistência médica oferecida à população. Na tabela abaixo observamos que a letalidade por doenças do aparelho circulatório foi 31,85% e por Neoplasias foi 25,42%, sendo as mais altas taxas de letalidade ocorridas, em 2016, em Porto Velho. Esta taxa traduz a qualidade da assistência médica em nosso município, assim como também para o caso de outras grandes causas, como doenças do aparelho respiratório, algumas afecções originadas no período perinatal e algumas doenças Infecciosas e parasitárias mostra a fragilidade da atenção primária.

Tabela 33. Taxa de letalidade, segundo principais grandes causas, em residentes. Porto Velho/RO, 2012 a 2016.

GRANDES CAUSAS	2012	2013	2014	2015	2016
Doenças do aparelho circulatório	46,70	30,52	37,73	40,06	31,85
Neoplasias	29,49	25,24	24,66	27,75	25,42
Causas externas	19,43	11,28	10,78	12,44	9,19
Doenças do aparelho respiratório	15,29	10,91	12,08	12,99	12,39
Algumas afecções originadas no período perinatal	11,67	6,75	13,02	14,19	13,02
Algumas doenças Infecciosas e Parasitárias	4,12	4,28	4,45	4,88	5,77

Fonte: DATASUS e SIM, acessado em 28/08/2018.

4 REDE DE SERVIÇOS DO MUNÍCIPIO

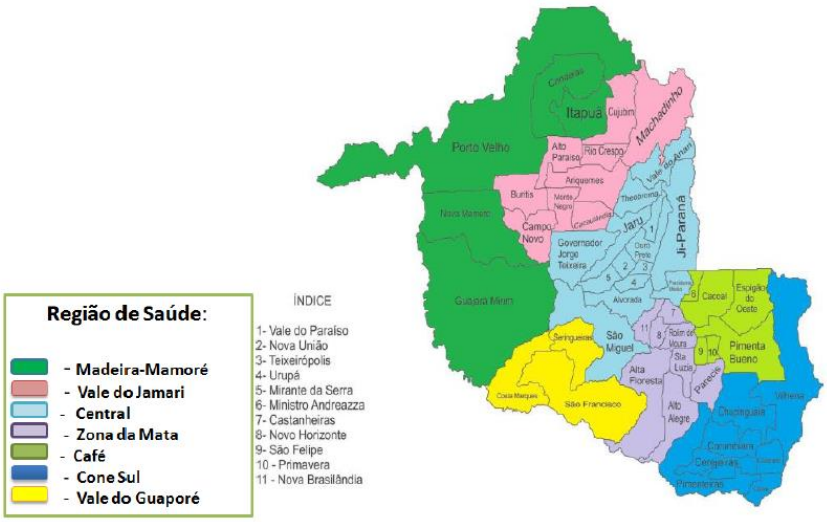
4.1 MAPA DAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO

A Conformação das Regiões de Saúde, através da construção do Mapa da Saúde das Regiões em Rondônia é o início de um novo processo de planejamento. Abaixo é retratado o desenho da conformação das 07 Regiões de Saúde do Estado de Rondônia.

O presente documento foi elaborado em consonância com o Decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e atendendo determinações especificadas para implementação da regionalização, pactuado nas CIR e CIB através da Resolução nº87 de 08/05/2014.

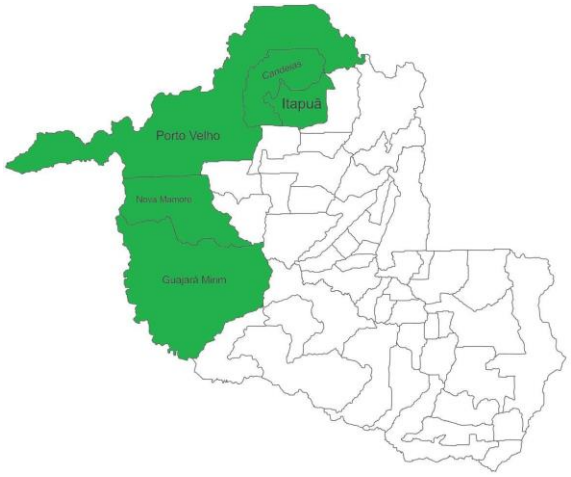
Neste desenho Porto Velho encontra-se na região de saúde Madeira Mamoré, composta também pelos municípios de Candeias do Jamari, Itapuã do Oeste, Nova Mamoré e Guajará Mirim, a região possui uma população estimada em 631.354 habitantes, segundo estimativas do IBGE para 2017 e extensão territorial de 79.499.206 km².

Figura 06. Mapa das Regiões de saúde do estado de Rondônia, 2014.



FONTE: Coordenadoria Executiva de Organização do Sistema e Apoio a Descentralização/SESAU-RO, 2014.

Figura 07. Região Madeira Mamoré, Rondônia, 2014.



FONTE: Coordenadoria Executiva de Organização do Sistema e Apoio a Descentralização/SESAU-RO, 2014.

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

A cidade de Porto Velho é município sede da Região Madeira Mamoré e oferece serviço de especialidades, apoio diagnóstico e assistência farmacêutica aos municípios desta região que geograficamente são mais próximos da Capital como Candeias e Itapuã do Oeste.

4.2 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

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

A Atenção Básica de Saúde/Unidade Básica de Porto Velho, conta atualmente com 38 Unidades de Saúde, sendo destes 19 na zona Urbana e 19 na zona Rural, distribuídas nas seguintes zonas geográficas Sanitárias: Zona Central, Zona Sul, Zona Leste e Zona Norte Zona Rural (Fluvial e Terrestre). Além desta estrutura temos 01 Unidade Móvel Fluvial (Unidade de Saúde Dr. Floriano Riva Filho) para dar apoio as ações de promoção e prevenção à saúde na área ribeirinha que se encontra a mais de 4 anos em condições precárias de funcionamento.

A zona urbana é composta de 16 Unidades de Saúde da Família na Zona Urbana (U.S.F Agenor Carvalho, U.S.F Nova Floresta, U.S.F José Adelino da Silva, U.S.F Hamilton Haulino Gondin, U.S.F São Sebastião, U.S.F Socialista, U.SF. Ronaldo Aragão, U.S.F Mariana, U.S.F Aponiã, U.S.F Renato Medeiros, U.S.F Caladinho, U.S.F Castanheira, U.S.F Ernandes Índio, U.S.F Santo Antonio, U.S.F Socialista , U.S.F Vila Princesa e U.S.F Pedacinho de Chão) , 02 Unidades Básica Modelo Tradicional (UBS Maurício Bustani e U.B.S Areal da Floresta) e 01 Unidade Modelo Misto (U.B.S Osvaldo Piana). Além destas unidades, dispomos de 03 unidades de saúde construídas (Unidade de Saúde Três Marias, Unidade de Saúde Flamboyant e Unidade de Saúde Manoel Amorim de Matos), necessitando de reforma e recursos humanos para funcionamento.

Na zona rural dispomos de 19 Unidades de Saúde da Família (U.S.F São Carlos, U.S.F Nazaré, U.S.F Calama, U.S.F Cujubim, U.S.F Rio das Garças, U.S.F Jacy Paraná, U.S.F Abunã, U.S.F Fortaleza do Abunã, U.S.F Mutum Paraná, U.S.F V. Alegre do Abunã, U.S.F Extrema, U.S.F Nova Califórnia, U.S.F União Bandeirantes, U.S.F Aliança, U.S.F Santa Rita, U.S.F Rio Pardo, U.S.F Joana Darc, U.S.F Linha 28 e U.S.F Novo Engenho Velho) cadastradas e 14 Postos de Saúde (P.S Agrovila/Aliança, P.S Cachoeira do Teotônio, P.S Demarcação, P.S Lago do Cuniã, P.S Morrinhos, P.S São Luís Gonzaga-Terra Caída, P.S Nova Esperança, P.S Papagaios, P.S Santa Catarina, P.S Palmares, PS São José-Gleba Rio Preto, P.S São Miguel, P.S Terra Santa e P.S Vale do Jamary que funcionam como suporte ao atendimento das equipes.

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

O modelo de atenção à saúde tem a Estratégia Saúde da Família, como prioritária para a reorganização da Atenção Básica, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior

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

Além destas unidades, temos ainda U.S.F. Flamboyã; U.S.F. Três Marias, U.S.F. Socialista II e U.S.F. Joana Darc que estão desativadas.

Para atender um público que não pode frequentar o serviço ambulatorial em horário comercial, a SEMUSA oferece atendimento de Atenção Básica (consultas médicas, de enfermagem e odontologia, além de vacinas, agendamento para serviços de especialidades, etc), em horário noturno (em horário noturno das 19 às 23h), chamado de Ambulatório Noturno, que funcionam atualmente em duas Unidades de Saúde Maurício Bustani e Castanheira.

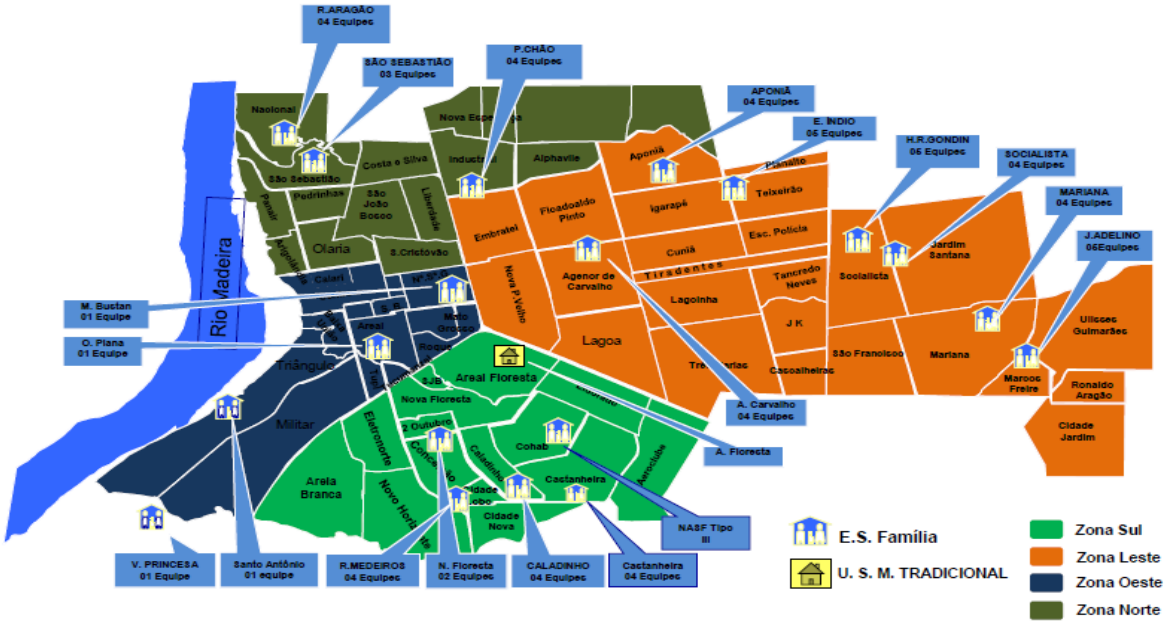
Quadro 3 – Situação da Estratégia Saúde da Família em Porto Velho, no período de 2012 a 2016.

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

Fonte: MS/DAB, 2017.

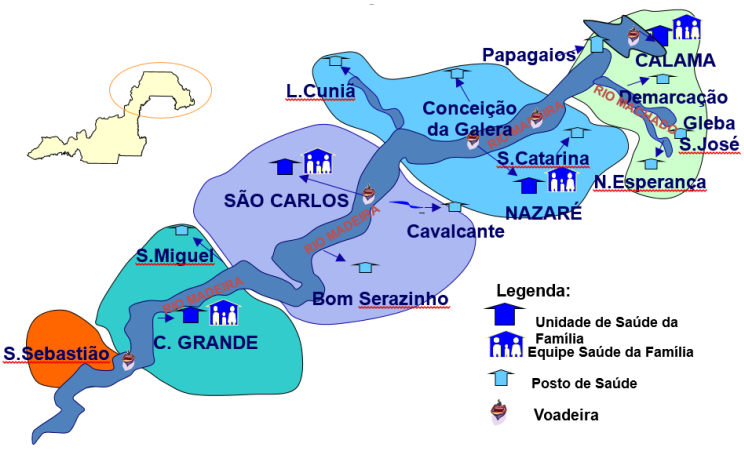
De acordo com o Portal do Ministério da Saúde, mês de competência, junho de 2018, o município de Porto Velho conta com 75 equipes de saúde da família (eqSF) com cobertura populacional estimada de eqSF estimada de 49,81% e 15 eqSF equivalente com cobertura populacional estimada da atenção básica de 58,48%. Vale ressaltar, com base no acompanhamento local, contamos atualmente com apenas 68 eqSF o que corresponde a 45,16% de cobertura populacional de equipe.

Figura 08. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde e das Equipes de Saúde da Família na área urbana de Porto Velho. Porto Velho, 2016.



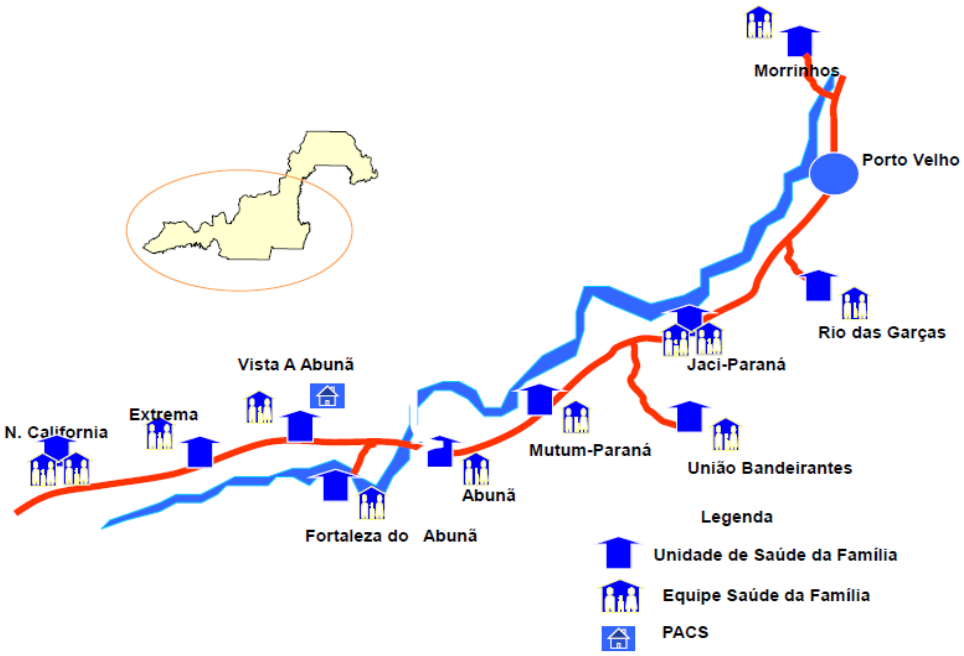
Fonte: DAB-SEMUSA, 2016.

Figura 09. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde e das Equipes de Saúde da Família na área rural ribeirinha. Porto Velho/RO, 2016.



Fonte: DAB/SEMUSA/PVH/RO, setembro, 2018.

Figura 10: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde e das Equipes de Saúde da Família na área rural terrestre. Porto Velho/RO, 2016.



Fonte: DAB-SEMUSA, 2016.

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

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

4.3 ESPECIALIDADES MÉDICAS

O acesso às consultas e exames especializados é feito por meio de um pedido médico e/ou cirurgião dentista das Unidades de Saúde. Após a marcação da consulta, a unidade comunica ao usuário o dia, horário e local marcado para o atendimento através da Central de Regulação Municipal. Na Rede Especializada temos: 01 Centro de Especialidades Médicas (CEM), com cerca de 20 especialidades, como ginecologia, pneumologia, reumatologia, ortopedia, vascular,

endocrinologia entre outras; 01 Centro de Referência de Saúde da Mulher; 01 Centro de Referência de Saúde da Criança; 03 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Centros de Fisioterapia; 01 Hospital Especializado (Maternidade Municipal Mãe Esperança), 01 Serviço de Assistência Especializada (SAE).

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

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

Na rede municipal de ambulatórios especializados são ofertadas as seguintes especialidades: ortopedia, otorrinolaringologia, dermatologia, ginecologia (clínica e cirúrgica), mastologia, urologia, gastroenterologia, pneumologia (tuberculose), oftalmologia, nefrologia (adulto e pediátrico), endocrinologia (adulto e pediátrico), cardiologia, alergologia, neurologia, proctologia, cirurgia vascular, cirurgia de cabeça e pescoço, num total de 7.309 consultas ofertadas ao mês. Dentre as especialidades ofertadas, as mais solicitadas pela população são: ortopedia, otorrinolaringologia, urologia, cardiologia, oftalmologia e também são as especialidades com maiores índices de absenteísmo.

Na rede de diagnóstico municipal são ofertados exames de mamografia, exames radiológicos (várias áreas do corpo), eletrocardiograma e exames ultra-sonográficos (várias partes do corpo).

No que se refere à demanda reprimida os maiores entraves da rede municipal nos anos de 2017 em consultas especializadas são em ordem decrescente: oftalmologia, cirurgia vascular e neurologia somando no mês de dezembro de 2017 – 6.514 consultas em espera. Em exames a demanda reprimida da rede municipal está concentrada na área de radiologia e ultrassonografia somando 12.459 exames em fila de espera no mês de dezembro de 2017.

4.3.1 HOSPITAL MATERNIDADE MÃE ESPERANÇA

Inaugurada em 06 de julho de 2006, o Hospital Maternidade Municipal Mãe Esperança é um hospital especializado, referência em parto humanizado desde a sua implantação. Seu corpo clinico compreende: profissionais entre médicos obstetras, neonatologistas, anestesistas, urologistas, ultrassonografista. Conta com equipes de enfermagem, assistentes sociais, psicólogas, bioquímicos, farmacêuticos, nutricionistas, e outros de apoio ao serviço.

Tem como missão ofertar uma assistência obstétrica e ginecológica de qualidade. É uma importante unidade de saúde para a rede de atenção no município de Porto Velho. Realiza além de partos, outros procedimentos cirúrgicos, como laqueadura, vasectomia, histerectomia, perineoplastia, dentre outros procedimentos de média complexidade.

Para ser reconhecida como uma instituição comprometida com o público feminino a que se destina, dispõe em seus serviços: assistência às vítimas de violência sexual com a notificação de 100% das violências sexuais em gestantes e outras; contracepção de emergência; vacinação; registro de nascimento; consulta puerperal; oferta de exames clínicos ginecológicos para sua demanda interna, laboratoriais e de imagem com a responsabilidade de notificar 100% das sífilis diagnosticadas em gestantes e outras.

Os profissionais da Maternidade Municipal também foram capacitados em “Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico” no intuito de melhorar a qualidade da assistência ofertada às gestantes e ampliar as ações de capacitação em acolhimento a 100% dos servidores da MMME, conforme a Política Nacional de Humanização – PNH. O treinamento buscou aperfeiçoar o trabalho de enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais quanto ao acolhimento da gestante ou parturiente desde a sua chegada à maternidade com a identificação das prioridades para atendimento, ou seja, atender segundo a necessidade de saúde, gravidade, risco ou vulnerabilidade de cada usuária buscando atender primeiramente os casos emergenciais.

A meta para reestruturar a classificação de risco obstétrico está inserida no Plano Municipal de Saúde – 2018 a 2021. Com a utilização da “Classificação de

Risco” em Urgências Obstétricas tem-se por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas das pacientes colocando-as em ordem de prioridade para o atendimento. Destaca-se ainda a existência do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia.

4.4 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

Nas localidades de Jaci Paraná e União Bandeirantes em decorrência da distância da sede municipal, as Unidades Básicas destas, possuem sala de estabilização para o atendimento de urgência e emergência do núcleo distrito e suas adjacências.

Além destas unidades, temos ainda a Unidade de Pronto Atendimento de Jaci-Paraná, construída pela compensação das Usinas de Jirau. Esta unidade foi recebida da gestão anterior em situação de abandono, depredação e sem vigilância. Atualmente, esta gestão providenciou a segurança patrimonial e pretende inaugurar o serviço nos próximos anos.

4.4.1 SERVIÇO MÓVEL DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS

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

4.5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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

A vigilância em saúde tem como objetivo análise permanente da situação de saúde da população, representando um conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde, mediante a garantia da integralidade da atenção o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo: vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e vigilância da saúde do trabalhador.

4.5.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A Vigilância Epidemiológica configura-se em um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos .

Constitui-se, pois, um importante instrumento para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, bem como para a normatização das atividades técnicas correlatas. São atribuições da vigilância epidemiológica: a coleta, o processamento, a análise e a interpretação dos dados; a recomendação das medidas de controle apropriadas; a promoção das ações de controle indicadas; a avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e a divulgação de informações pertinentes.

4.5.2 VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Compreende um conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos ambientais, relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde. As ações de vigilância são desenvolvidas com o proposito de proteger a saúde das populações a partir da análise de dados de monitoramento dos poluentes ambientais e dos indicadores de saúde por meio de ações baseadas no gerenciamento de riscos. Para esse monitoramento, utiliza-se o Vigiágua, Vigisolo, Vigidesastres. Dentre outras ações fundamentais para manutenção do ambiente saudável está o desenvolvimento em relação ao Controle de Hospedeiros e Reservatórios Animais, como por exemplo, a realização de campanhas de vacinação antirrábica em cães e gatos visando o controle da raiva humana e animal.

4.5.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

As ações na área de Saúde do Trabalhador são voltadas à formulação e implementação de políticas de proteção à saúde, visando à redução do adoecimento e morte resultantes das condições, dos processos e dos ambientes de trabalho, bem como a ampliação e o aprimoramento da assistência à saúde.

4.5.4 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A vigilância Sanitária é constituída por um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo direta ou indiretamente relacionados à saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

4.5.5 CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE - CIEVS

O CIEVS é uma estratégia de fortalecimento da capacidade de alerta e resposta aos riscos e emergências em saúde pública. Nos termos de Regulação Sanitário Internacional (RSI), as emergências em saúde pública são eventos extraordinários que constituem um risco para saúde pública devido ao seu potencial de propagação internacional e exigência de respostas coordenadas. O CIEVS Porto Velho instituído pela resolução do CMS número 11 de 03 de julho de 2017 e pelo decreto municipal nº 689 de 31 de outubro de 2017 que definiu sua estrutura organizacional e competências. As atribuições do CIEVS Porto Velho compreendem: detecção oportuna de todos os caos suspeitos de doenças, surtos e eventos considerados emergências em saúde pública, em fontes oficiais e não oficiais, de modo continuo e sistemático, através de mineração de rumores e notícias nos principais meios de comunicação; verificação dos casos notificados e avaliação da relevância em conjunto com as áreas técnicas da Secretaria de Saúde; monitoramento dos eventos, em caráter complementar e repasse das informações estratégicas as áreas envolvidas em até 24 horas, a partir da suspeita do caso, para o desencadeamento de ações de vigilância e controle das emergências em saúde públicas.

4.6 REDE DE SERVIÇOS – GESTÃO ESTADUAL

4.6.1 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

Policlínica Osvaldo Cruz (POC)

É uma unidade de referência com atendimento ambulatorial em várias especialidades, em média e alta complexidade, com 36 especialidades médicas, a unidade oferece ainda os serviços de Farmácia, Serviço Social Ouvidoria, Saúde do Servidor, Centro de Especialidades Odontológicas atuando como referência nas 5 redes de atenção à saúde. É referência também para: Hanseníase, Gestação de

Alto risco, Assistência Saúde do Idoso, Serviço de Otimizado, HIV/Hepatites virais. As consultas são agendadas pela Central de Regulação de Consultas e Exames Estadual e ofertadas aos 52 municípios.

Centro de Reabilitação de Rondônia – CERO

Conta com equipe multiprofissional (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicopedagogo e fonoaudiólogo) e visa ampliar o acesso dos usuários aos serviços de reabilitação auditiva, física, visual, sendo importante referência para crianças acometidas com diagnóstico de microcefalia.

Centro de Atenção Psicossocial Madeira Mamoré - CAPS

É um serviço habilitado de alta complexidade que integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é constituído pelo serviço de Ambulatório para Saúde Mental e Controle de Tabagismo. Conta com equipe multiprofissional composto por médicos psiquiatras e clínicos, psicólogos, terapeuta ocupacional, enfermeiros, fisioterapeutas e outros.

Serviço de Assistência Multidisciplinar Domiciliar – SAMD

Serviço localizado em Porto Velho é oferecido a um ato contínuo de práticas de promoção e prevenção à saúde, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio por equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionista, assistente social).

Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN.

É um laboratório de média e alta complexidade, vinculado à Rede Nacional de Laboratórios, com o objetivo de atender as demandas da vigilância em saúde, que vão desde o diagnóstico de doenças como hepatites, doença de Chagas, H1N1 até

exames da área de vigilância sanitária, tais como: vigilância da qualidade da água para hemodiálise, da água para consumo humano e de alimentos, atendendo todo o estado de Rondônia e os municípios circunvizinhos do Acre, Amazonas e da Bolívia.

É responsável por habilitar laboratórios na rede estadual e capacitar recursos humanos. É constituído por 3 núcleos: Núcleo de Biologia Médica Humana, Animal e de Produtos de Meio Ambiente.

Laboratório Estadual de Patologia e Análises Clínicas – LEPAC

Referência em análise clinica totalmente automatizado e interligado com todas as unidades estaduais de saúde, com capacidade instalada para a realização de 147 tipos de exames de média e alta complexidade, compreendendo as áreas de Hematologia, Dosagens hormonais, Imunologia, de Drogas de Abusos, Marcadores Tumorais para o Diagnóstico de Câncer, Drogas Terapêuticas, Drogas de Abusos Alérgenos, Exames Bioquímicos e de Urinálise, com influência direta sobre os serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como toda a equipe médica agilizando a execução dos exames, a entrega dos resultados laboratoriais em tempo real online através da rede 11 mundial de computadores. O LEPAC dá suporte na realização de exames de análise clinicas as unidades hospitalares Hospital Infantil Cosme e Damião (HICD) Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HB) além do Pronto Socorro João Paulo II e CEMETRON.

Centro de Pesquisa em Medicina Tropical de Rondônia – CEPEM

É uma unidade que realiza pesquisa sobre doenças tropicais da região Amazônica, atuando principalmente em estudos sobre malária e hepatites B, C e Delta, além da linha de pesquisa estão sendo realizados trabalhos sobre as Arboviroses (vírus transmitidos por insetos), diarreia infantil, infecções respiratórias agudas, enteroparasitoses em portadores HIV/AIDS e estudos biotecnológicos para busca de novas drogas e fitoterápicos. Há também a realização de serviços de rotina

nos ambulatórios de hepatites virais, malária, laboratório de microscopia da malária, sorologia e Micologia Médica.

Agência Estadual de Vigilância em Saúde – AGEVISA

É uma autarquia especial vinculada à SESAU, com responsabilidade jurídica de direito público, com autonomia técnica, administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, com sede e foro na cidade de Porto Velho. Possui a finalidade a promoção e a proteção à saúde, mediantes ações integradas de educação, prevenção e controle de agravos, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população rondoniense. A Vigilância epidemiológica é composta por seis subgrupos de vigilância (Doenças Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais, Imunização, Doenças Transmissíveis Crônicas, Doenças Imunopreveníveis e de Transmissão Alimentar, Doenças de Agravos não Transmissíveis e subgrupos de Análise de Situação de Saúde) e 29 programas entre eles (HIV/AIDS, Tuberculose, Hanseníase, Controle da Sífilis, Tracoma, Influenza, Violências, Diarreicas, Câncer, Acidentes, Raiva, Acidentes por Animais Peçonhentos, Leishmanioses, Chagas, febre Amarela, Malária, doenças transmitidas por Aedes e outros) Anexo quadro de investimento por município.

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST

É uma resposta à necessidade de articular, no âmbito do SUS, a efetivação de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho. O pólo de referência técnica da gestão estadual tem, além de finalidades semelhantes às dos CRST regionais, as de propor normas relativas a diagnóstico; tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos relacionados ao trabalho.

Serviço de Tratamento Fora do Domicílio – TFD

Destina-se a garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem quando esgotados todos os meios de atendimento. Destina-se a permitir o fluxo dos pacientes que necessitem de assistência médico hospitalar cujo procedimento seja considerado de média e alta complexidade eletiva, atendendo demandas dos municípios e da própria SESAU.

Complexo Regulador Estadual

É o instrumento através do qual se implementa a função reguladora de consultas e exames especializados, prioridade na assistência a urgência e vagas para internação em serviços de referência, garantindo a regionalização e a equidade do acesso, definindo fluxos e sinalizando dificuldades e disfunções do sistema, possibilitando o diagnóstico, o acompanhamento e avaliação da situação de saúde de cada região, otimizando a utilização dos recursos financeiros e dos serviços. A gestão estadual já tem implantado dois tipos de Central: Central Estadual de Regulação de Consultas e Exames: responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, aos Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia - SADT, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados. A Central Estadual de Regulação das Urgências é responsável pela regulação do atendimento pré-hospitalar de urgência e o acesso aos leitos hospitalares de urgência com a utilização da metodologia de classificação básica de score de gravidade.

4.6.2 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A rede hospitalar está constituída por hospitais que juntos totalizam 1014 leitos no município de Porto Velho.

Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro – além de clínicas de internação, possui a disposição dos usuários: leitos UTI ADULTO E CARDIOLOGICO, UTI neonatal, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Central de material, Serviços de diagnóstico por imagem etc. Realiza transplantes de córnea, fígado e rim. Possui 552 leitos.

Hospital Infantil Cosme e Damião – possui leitos de urgência pediátricos, clínica médica, UTI pediátrica, serviços de diagnósticos laboratoriais e por imagem. Possui 140 leitos.

Centro de Medicina Tropical de Rondônia – CEMETRON: Hospital de referência em doenças tropicais. Dispõem 100 de leitos de internação clinicas e 7 leitos de UTI adulto e 24 leitos de Isolamento adulto, serviços de diagnostico clinico e por imagem.

Hospital Estadual e Pronto Socorro João Paulo II – hospital de que integra a rede de urgência e emergência, com 187 leitos para internação clínicas, cirúrgicas e uma UTI com 10 leitos adultos, serviços de Radiologia e Tomografia e laboratoriais.

Assistência Médica Intensiva - AMI - O Serviço tem como objetivo minimizar o déficit de leitos no Estado, reduzir a demanda reprimida e mortalidade pela insuficiência de vagas para assistência de alta complexidade. Conta com 35 leitos, presta assistência em caráter intensivo e semi-intensivo, possui uma equipe multiprofissional entre médicos, enfermeiros, fisioterapeuta e outros, funciona como uma unidade de retaguarda do Hospital João Paulo II.

Quadro 4. Número de leitos da rede hospitalar estadual, Porto Velho/RO, 2017.

UNIDADE DE SAÚDE	NÚMERO DE LEITOS
Hospital e Pronto Socorro João Paulo II	187
Assistência Médica Intensiva - AMI	35
Centro de Medicina Tropical de Rondônia-CEMETRON	100
Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro	552
Hospital Infantil Cosme e Damião	140

FONTE: CNES/MS, acesso em 15 de março de 2018.

5. PERFIL DE RECURSOS HUMANOS

A gestão municipal frente a situação econômica do Brasil que apresenta uma crescente diminuição da atividade econômica e perda de receita por parte do setor público ressalta que é necessário considerar uma redução racional dos gastos com pessoal em meio à crise supracitada. Sendo assim, a gestão opta a priori, pela manutenção e qualificação da atenção primária à saúde, da Maternidade Municipal de Risco Habitual e demais unidades já existentes na Rede de Atenção à Saúde visto que os serviços de média e alta complexidade não serão ampliados e que são da governabilidade do Estado.

Quadro 05. Demonstrativo da composição dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, nível superior, Porto Velho/RO, 2017.

NIVEL SUPERIOR	
CARGO	**QUANTIDADE**
ADMINISTRADOR HOSPITALAR	7
ARQUITETO	1
ASSISTENTE DE ARRECADAÇÃO	1
ASSISTENTE SOCIAL	36
BIOMÉDICO	68
BIOQUÍMICO	53
ENFERMEIRO	256
ENGENHEIRO ELETRICISTA	1
FARMACÊUTICO	26
FISIOTERAPEUTA	10
FONOAUDIÓLOGO	6
MÉDICO	353
MÉDICO VETERINÁRIO	9
NUTRICIONISTA	10
ODONTÓLOGO	134
PROFESSOR	1
PSICÓLOGO	30
TOTAL	**1002**

FONTE: DRH/SEMUSA/PV/RO, 2018.

Quadro 06. Demonstrativo da composição dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, nível médio, Porto Velho/RO, 2017.

NIVEL MEDIO	
CARGO	**QUANTIDADE**
AGENTE DE SECRETARIA ESCOLAR	1
AGENTE DE VIGILANCIA ESCOLAR	1
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	198
FISCAL MUN. DE VIGILANCIA SANITARIA	28
TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL	9
TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL ESCOLAR	1
TÉCNICO DE NIVEL MEDIO	21
TECNICO EM ENFERMAGEM	615
TÉCNICO EM LABORATÓRIO	31
TÉCNICO EM RADIOLOGIA	52
TOTAL	**957**

FONTE: DRH/SEMUSA/PV/RO, 2018.

Quadro 07. Demonstrativo da composição dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, nível fundamental, Porto Velho/RO, 2017.

NIVEL FUNDAMENTAL	
CARGO	**QUANTIDADE**
AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE	441
AGENTE DE COMBATE AS ENDEMIAS	138
AGENTE DE MAN. INF. EST. ESCOLAR	1
ARTÍFICE ESPECIALIZADO	2
AUXILIAR DE LABORATÓRIO	113
AUXILIAR DE ODONTOLOGIA	36
AUXILIAR DE SERVIÇO DE SAÚDE	181
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	205
AUXILIAR DE SERVIÇOS SOCIAIS	5
AUXILIAR DE SERVIÇOS VETERINÁRIOS	16
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	56
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	150
AUXILIAR DE FARMÁCIA	27
COMANDANTE FLUVIAL	2
CONTRA MESTRE FLUVIAL	1
COZINHEIRO FLUVIAL	1
ENCARREGADO DE SERVIÇOS GERAIS	3
GARI	7
MARINHEIRO AUXILIAR FLUVIAL	10
MARINHEIRO FLUVIAL	8
MECANICO DE AUTOMÓVEL	2
MOTORISTA	100
OPERADOR DE MÁQUINAS PESADAS	2
VIGIA	71
TOTAL	**1578**

FONTE: DRH/SEMUSA/PV/RO, 2018.

Quadro 08. Demonstrativo da composição dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, a disposição com ônus, Porto Velho/RO, 2017.

A DISPOSIÇÃO COM ÔNUS PARA A PREFEITURA	
CARGO	**QUANTIDADE**
AG. COMUNITÁRIO DE SAÚDE	5
AGENTE ADMINISTRATIVO	2
AGENTE DE SAÚDE RURAL	1
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
AUXILIAR DE ATIVIDADE ADMINISTRATIVA	1
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	2
AUXILIAR O. DE S. DIVERSOS	14
ENFERMEIRO	4
MOTORISTA	8
OFICIAL DE MANUTENÇÃO	1
PSICÓLOGO	1
TÉCNICO DE NÍVEL MÉDIO	3
TÉCNICO EM ADMINISTRAÇÃO	1
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	1
TÉCNICO EM LABORATÓRIO	1
TOTAL	**46**

FONTE: DRH/SEMUSA/PV/RO, 2018.

Quadro 09. Demonstrativo da composição dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, celetista, Porto Velho/RO, 2017.

CELETISTAS	
CARGO	**QUANTIDADE**
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	19
AGENTE DE COMBATE AS ENDEMIAS	26
TOTAL	**45**

FONTE: DRH/SEMUSA/PV/RO, 2018.

Quadro 10. Demonstrativo da composição dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, comissionados, Porto Velho/RO, 2017.

COMISSIONADOS EFETIVOS	
FUNÇÃO DE CONFIANÇA	119
COMISSIONADOS SEM VÍNCULO	
CARGO	**QUANTIDADE**
ASSESSOR NÍVEL I	2
ASSESSOR NÍVEL II	15
ASSESSOR NÍVEL III	9
ASSESSOR TÉCNICO NÍVEL I	1
ASSESSOR TÉCNICO NÍVEL II	2
ASSESSOR TÉCNICO NÍVEL III	3
DIRETOR (A) DE DEPARTAMENTO	2
DIRETOR (A) DE POLICLÍNICA	1
GERENTE DE DIVISÃO	3
GERENTE DE POSTO DE SAÚDE	3
GERENTE DE U. BÁSICA DE SAÚDE	2
GERENTE DE U. DE S. DA FAMILIA	14
GERENTE DO C. A. P. SOCIAL	2
GERENTE U. PRONTO ATENDIMENTO	2
OUVIDOR DO SUS	1
SECRETARIA (O)	3
SECRETÁRIA EXEC GAB CC 15	1
SUPERVISOR DO CIEVS	1
TOTAL	**67**

FONTE: DRH/SEMUSA/PV/RO, 2018.

Quadro 11. Demonstrativo da composição dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, Programa Mais Médicos, Porto Velho/RO, 2017.

PROGRAMA MAIS MÉDICOS	
MÉDICOS	39

FONTE: DRH/SEMUSA/PV/RO, 2018.

Quadro 12. Demonstrativo da composição dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, Estagiário Remunerado, Porto Velho/RO, 2017.

ESTAGIÁRIO REMUNERADO	
PSICOLOGIA	1

FONTE: DRH/SEMUSA/PV/RO, 2018.

Quadro 13. Demonstrativo da composição dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, descentralizados do MS, Porto Velho/RO, 2017.

DESCENTRALIZADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	
CARGO	**QUANTIDADE**
AGENTE ADMINISTRATIVO	3
AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	39
ARTÍFICE DE MECANICA	1
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
ATENDENTE	1
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	1
AUXILIAR DE DIVULGAÇAO	1
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	2
AUXILIAR DE LABORATÓRIO	4
ENFERMEIRO	1
FARMACEUTICO	1
GUARDA DE ENDEMIAS	39
LABORATORISTA	1
MESTRE DE LANCHA	1
MISCROSCOPISTA	3
TÉCNICO DE LABORATÓRIO	1
VISITADOR SANITÁRIO	1
TOTAL	**101**

FONTE: DRH/SEMUSA/PV/RO, 2018.

5.1 ANÁLISE DOS RECURSOS HUMANOS DA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Primária a Saúde (APS) no município de Porto Velho encontra-se atualmente com 66 equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) com 44% de cobertura, ficando 56% de usuários sem cobertura de atendimento, correspondendo a **286.283 pessoas**. Para o fortalecimento da APS é necessário ampliar a cobertura para 90% até 2021, com incremento de aproximadamente 135 equipes de Saúde da Família (eqSF), para acompanhar **460.097** usuários do SUS.

A projeção para o quadriênio 2018-2021 será distribuída anualmente da seguinte maneira:

- **Ano 2018** - ampliação de 20 eqSF (13%): 13 eqSF urbanas e 7 eqSF zona rural.
- **Ano 2019** – ampliação de 18 eqSF (12%): 16 eqSF urbanas e 02 eqSF rurais.
- **Ano 2020** – ampliação de 16 eqSF urbanas (11%).

- **Ano 2021** - ampliação de 15 eqSF urbanas (10%).

A Saúde Bucal na APS de Porto Velho encontra-se atualmente com 49 equipes, equivalente a 33% de cobertura de eqSB, sendo 04 equipes rurais e 45 urbanas, ficando 67% de usuários sem cobertura de atendimento correspondendo a 342.169 pessoas. Para o fortalecimento da APS na Saúde Bucal é necessário ampliar a cobertura para 90 % até 2021, o que corresponde a aproximadamente 135 equipes de saúde Bucal equiparadas com as eqSF.

A projeção para a Saúde Bucal no quadriênio 2018-2021 será distribuída anualmente da seguinte maneira:

- **Ano 2018** - ampliação de 26 eqSB (17%): 22 eqSB urbanas e 4 eqSB zona rural.
- **Ano 2019** – ampliação de 23 eqSB (15%): 14 eqSB urbanas e 09 eqSB rurais.
- **Ano 2020** – ampliação de 22 eqSB (15%): 15 eqSB urbanas e 07 eqSB rurais.
- **Ano 2021** - ampliação de 15 eqSB (10%): 15 eqSB urbanas.

Nos Quadros 14 e 15 encontram-se, os recursos humanos existentes e necessários (Zona Urbana e Rural) para ampliação das eqSF e eqSB em Porto Velho para os anos de 2018, 2019, 2020 e 2021.

Quadro 14: Recursos humanos existentes na zona urbana e necessidades para ampliação das eqSF e eqSB no município de Porto Velho/RO, 2018 a 2021.

Categoria Profissional	RH Existentes	Necessidade RH			
		2018**	2019***	2020	2021
Médicos*	60	2	16	16	15
Enfermeiros	52	10	16	16	15
Odontólogos	64	5	24	22	20
Técnico Enfermagem	175	0	32	32	30
Técnico Saúde Bucal	49*****	27	34	34	18
ACS	344	14	96	96	90

Fonte: DAB/SEMUSA/PV, setembro de 2018.

** 17 (28,33%) Programa Mais Médico/MS*
** Ressaltamos que a ampliação das eSF em 2018 é referente a reestruturação das equipes existentes de forma incompletas e de alguns profissionais lotados nas unidades sem vinculação de equipes;
***Transformar todas as unidades básicas em ESF (04 eqSF Areal da Floresta, 02eqSF Osvaldo Piana, 04 eqSF Mauricio Bustani, 02 Nova Floresta, 04 Manoel Amorim de Matos);
****Inaugurar Três Marias e Flamboyant (04 eqSF cada uma).
*****Das 49 eqSB regulares segundo o MS, apenas 22 estão de acordo com a PNAB, composta por 01 CD e 01 TSB ou ASB e 27 estão compostas por 01 CD e 01 técnico ou auxiliar com desvio de função.

Vale ressaltar que para comportar as eqSF que serão ampliadas, além das existentes, faz-se necessário a construção de 06 USF, que será definido considerando a vulnerabilidade da população.

Categoria Profissional	RH Existente	Necessidade RH			
		2018**	2019***	2020	2021
Médicos*	22	2	02	-	-
Enfermeiros	14	10	02	-	-
Odontólogos	8	0	09	7	-
Técnico Enfermagem	26	21	08	7	-
Técnico Saúde Bucal	8	4	07	05	-
ACS	119	10	12	-	-

Fonte: DAB/SEMUSA/PV, setembro de 2018.

**12 (54,54%) Programa Mais Médico/MS*

*** Ressaltamos que a ampliação das eSF em 2018 é referente a reestruturação das equipes existentes de forma incompletas e de alguns profissionais lotados nas unidades sem vinculação de equipes;*

****Reestruturar as eSF.*

Ainda como fortalecimento da APS se faz necessário estruturação e ampliação de 10 Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB).

Os NASF-AB são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as eqSF, as eqAB e para populações específicas (Consultórios na Rua- eCR, equipes ribeirinhas - eSFR e fluviais - eSFF) além de atuação conjunta com o Programa Academia da Saúde. Os NASF têm como objetivo apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de serviços na rede de saúde.

Atualmente contamos com 01 NASF tipo 1 (apoiando de 5 a 9 eqSF e/ou eqAB) implantando na zona Sul e nos propomos a ampliar para 10 (dez) NASF tipo 1 até 2020, sendo 5 (cinco) em 2019 e 05 (cinco) em 2020, para cobertura de 99 eSF urbanas.

No Quadro 16 encontram-se os recursos humanos existentes e necessários para estruturação e ampliação dos NASF tipo1 até 2020.

Quadro 16 Recursos humanos existentes na Zona Urbana e necessidades para ampliação dos NASF, Porto Velho/RO.

Categoria Profissional*	RH Existente NASF tipo 1	Necessidade RH*		
		2018	2019	2020
Psicólogos	02	0	10	10
Nutricionista	02	0	10	10
Fisioterapeuta	01	01	10	10
Assistente Social	02	0	10	10

Fonte: DAB/SEMUSA/PV, setembro de 2018.

*Carga horária dos profissionais no município de 30 horas semanais.

No Quadro 17, encontra-se os valores referentes aos incentivos mensais (PAB Variável) a serem repassados pelo Ministério da Saúde, em parcela única como incentivo de instalação.

Quadro 17: Total de Incentivos repassados pelo MS por eqSF, eqSB e NASF-AB a ser implantado, Porto Velho/RO.

Equipes	Incentivo (R$) a receber com a ampliação das equipes por equipes implantadas (Valor parcela Única)		
	2018	2019	2020
Equipe de Saúde da Família (modalidade I)	0	368.000,00	320.000,00
NASF-AB tipo I	0	100.000,00	100.000,00
Equipe de Saúde Bucal (modalidade I)*	0	98.000,00	105.000,00
Total	0	566.000,00	525.000,00

Fonte: MS, competência - junho de 2018.

*14 eSB a serem implantadas (2019) e 15 eSB em 2015.

Nos Quadros 18 e 19, encontram-se os incentivos mensais anuais de custeio, respectivamente, a serem disponibilizados pelo Ministério da Saúde com a ampliação das eqSF modalidade I, Agentes Comunitários de Saúde, NASF tipo I e eqSB modalidade I.

Quadro 18: Incentivos mensais de custeio repassados pelo MS por eSF modalidade I, ACS, Nasf tipo I e eqSB modalidade I, implantados, Porto Velho/RO.

Equipes	Valor Mensal (R$) de referência	**Incentivo mensal recebido** (Atualmente)**	Incentivo mensal (R$) a receber com a ampliação das equipes			**Total de incentivos Mensal R$ (2018 a 2020)**
			2018	2019	2020	
Equipe de Saúde da Família (modalidade I)	10.695,00	**447.025,00**	213.900,00	192.510,00	171.120,00	**1.024.555,00**
Agentes Comunitários de Saúde*	1.014,00	**436.020,00**	24.336,00	109.512,00	97.344,00	**667.215,00**
NASF tipo I	20.000,00	**20.000,00**	0	100.000,00	100.000,00	**220.000,00**
Equipe de Saúde Bucal (modalidade I)	2.230,00	**112.615,00**	66.900,00	52.405,00	49.060,00	**280.980,00**
Total	24.939,00	**1.015.660,00**	305.136,00	454.427,00	417.524,00	**2.192.750,00**

Fonte: MS, competência - junho de 2018.

* no último trimestre de cada ano será repassada uma parcela extra, calculada com base no número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação definido para este fim.

** Nota técnica/MS mês competência junho/2018.

Quadro 19: Total dos Incentivos (Anual) de custeio repassados MS por eqSF modalidade I, ACS, NASF tipo I e eqSB modalidade I, Porto Velho/RO.

Equipes	**Incentivo Anual recebido* (Atualmente)**	Incentivo Anual (R$) a receber com a ampliação das equipes		
		2018	2019	2020
Equipe de Saúde da Família (modalidade I)	**5.364.300,00**	7.931.100,00	10.241.220,00	12.294.660,00
Agentes Comunitários de Saúde*	**5.668.260,00**	5.984.628,00	7.408.824,00	8.622.296,00
NASF tipo I	**240.000,00**	0	360.000,00	480.000,00
Equipe de Saúde Bucal (modalidade I)	**1.351.380,00**	2.154.180,00	2.783.040,00	3.371.760,00
Total	**12.623.940,00**	**16.069.908,00**	**20.793.084,00**	**24.768.716,00**

Fonte: MS, competência - junho de 2018.

* Nota técnica/MS mês competência junho/2018. Estimado em 12 meses.

Cada equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo) - PNAB,2017.

5.1 ANÁLISE DOS RECURSOS HUMANOS DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Considerando a complexidade dos serviços que são realizados nas unidades de saúde que compõem as Redes de Atenção a Urgência e Emergência, Psicossocial, Hospitalar e Serviços Especializado, o Departamento de Média e Alta Complexidade apresenta o quadro de necessidades de recursos humanos para a reestruturação das redes de atenção.

Pontuamos uma breve contextualização a qual justifica o levantamento principalmente para sanar as irregularidades nas escalas de serviços (Maternidade Municipal, UPA, Policlínicas, CAPS e ambulatórios especializados), e ainda implantar e/ou habilitar novos serviços, como é o caso da **Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil**, e o **Centro Especializado em Reabilitação** junto ao Ministério da Saúde. Para tanto faz-se necessário a composição de equipe mínima nos novos serviços.

Quadro 20: : Défict de recursos humanos dos serviços de média e alta complexidade, Porto Velho/RO.

CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORARIA	QUANTIDADE
MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	40	01
MEDICO PEDIATRA	40	04
MEDICO PSIQUIATRA	40	03
MEDICO CLINICO GERAL	40	09
ASSISTENTE SOCIAL	30	14
ADMINISTRADOR HOSPITALAR	40	01
BIOMÉDICO	30	06
ENFERMEIRO	30	39
FARMACÊUTICO	30	25
PSICOLOGO	30	01
PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO E FÍSICA	40	03
TERAPEUTA OCUPACIONAL	30	03
TÉCNICO DE RADIOLOGIA	24	32
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	30	151
TÉCNICO EM HIGIENE BUCAL	30	03
TÉCNICO DE LABORATÓRIO	30	13
AUXILIAR DE FARMÁCIA	30	53
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	40	65
MOTORISTA	40	39

Fonte: DMAC/SEMUSA/PV/RO, setembro de 2018.

6 PROBLEMATIZAÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021

O planejamento no setor de saúde se apresenta como um relevante mecanismo de gestão para orientar o processo de consolidação dos serviços oferecidos pelo SUS. Compete assim aos gestores o ato de imprimir esforços para planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde, de modo que se possa aplicar e usufruir de toda a potencialidade do processo de planejamento.

A Secretaria Municipal de Saúde precisa planejar as suas ações em conformidade com s recomendações do MS, para tanto se faz necessário a utilização de ferramentas já preconizadas para instrumentalizar a gestão sendo: Plano Municipal de Saúde – PMS, Plano Plurianual – PPA, Relatório Anual de Gestão – RAG, Programação Anual de Saúde – PAS, Lei Orçamentária Anual – LOA e Lei de Diretrizes Orçamentária – LDO.

Tais ferramentas precisam ser de inteiro domínio dos profissionais diretamente inseridos no processo de planejamento de forma que todos esses atores estejam aptos a operar cada ferramenta de forma adequada e responsável.

Sendo assim, a SEMUSA elaborou a oficina de elaboração do Plano Municipal de Saúde que foi realizada no período de 19 a 21 de julho de 2017 (período teórico/prático) para elaboração das Diretrizes e Objetivos e de agosto a novembro de 2017 foi realizado o período de dispersão setorial para a elaboração das metas e indicadores de saúde.

Esta oficina teve por objetivo instrumentalizar os profissionais da que estavam diretamente envolvidos no processo de gestão para apresentar as ferramentas de gestão do SUS.

Os participantes da oficina foram motivados a construir o PMS a partir do perfil epidemiológico do município, das propostas aprovadas pela VIII Conferência Municipal de Saúde realizada em julho de 2015 e da I Conferência Municipal de Saúde das Mulheres realizada em junho de 2017. Foi levado em consideração ainda, as Audiência Públicas realizadas com a população no mês de agosto de

2017, contemplando um amplo debate político sobre as prioridades e os desafios para a construção de um planejamento local.

Como resultado da problematização realizada durante a oficina foram elencados os macro problemas e causas conforme a descrição abaixo:

Quadro 21 : Identificação de macro problemas e suas causas para a saúde do município, Porto Velho/RO.

MACRO PROBLEMAS	CAUSAS
Fragilidade na gestão de medicamentos.	Dificuldades de acesso a medicamento e prevalência da população de baixa renda; vulnerabilidade no atendimento; não cumprimento de normas e protocolos.
Acesso restrito da população aos serviços de Atenção Básica oferecidos no Sistema Único de Saúde.	Necessidade de reorganização do território da atenção básica e falta de estratégias para o atendimento das áreas descobertas.
Vulnerabilidade na integração da rede de Atenção Básica, Urgência e Emergência e Serviços Especializados, acrescido a baixa cobertura da Atenção Básica que sobrecarrega e compromete os serviços, em consequência do sub financiamento da tabela SUS	Fragilidade no sistema de regulação, ausência de contra referência da atenção especializada para a atenção básica.
Fragilidade na Gestão de Informações da Vigilância em Saúde.	Vulnerabilidade na integração entre atenção básica, atenção especializada e vigilância em saúde.
Incompatibilidade dos recursos com a necessidade real e fragilidade no processo de gestão de pessoas.	Estagnação da tabela SUS, inconsistência da gestão de informação, ausência de desenvolvimento e crescimento profissional dos servidores

Fonte: SEMUSA/PV/RO, julho de 2017.

Após esse momento foram elencados os problemas prioritários para elaboração das diretrizes e objetivos com base no resultado da problematização.

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

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

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

5ª DIRETRIZ – Fortalecimento da Gestão e Controle Social.	
PROBLEMAS PRIORITÁRIOS	**OBJETIVOS**
Incompatibilidade dos recursos com a necessidade real e fragilidade no processo de gestão de pessoas. Dificuldade de acesso da população ao atendimento na AB. Falta de estratificação de risco dos usuários dos grupos prioritários: HAS, DM, crianças.	**1º OBJETIVO:** Reestruturar e integrar a rede de atenção à saúde do município, com ênfase na área materno-infantil e crônicas de Porto Velho.
Inexistência de conselhos locais de saúde. Inexistência de ouvidoria instituída na SEMUSA. NEP sem certificação. Falta de COAPES entre SEMUSA e instituições de ensino superior, Falta de ações de educação permanente. Necessidade de organizar residência multiprofissional em saúde da família. Ampliar rede de apoio para AB.	**2º OBJETIVO:** Fortalecer a gestão do trabalho e o controle social.

7 FINACIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

O Fundo Municipal de Saúde de Porto Velho, criado por meio da Lei Nº 944 de 3 de abril de 1991, tem como objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde executadas e/ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

O Artigo 14 da Lei Complementar Federal Nº 141/2012 ao disciplinar que o Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

O processo de construção deste PMS em consonância com o Plano Plurianual (PPA) é o instrumento de governo que estabelece, a partir de programas e iniciativas, os recursos financeiros setoriais, para o período de quatro anos, na perspectiva de integração entre planejamento e orçamento municipal.

7.1 ORIGEM DAS RECEITAS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

A captação de recursos de investimentos e custeio para o financiamento do SUS no município de Porto Velho, ocorrem mediante a oportunização de Portarias de Incentivos lançadas pelo Ministério da Saúde ou Emendas Parlamentares Federais e/ou Estaduais cadastradas no Sistema de Gerenciamentos de Objetos e Propostas, para que realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde.

Todos os valores da saúde serão aplicados por meio de um fundo especial, o Fundo Municipal de Saúde – FMS; não somente os recebidos da União ou do Estado (repasses SUS), mas, de igual modo, os recursos que se apartam da receita resultante de impostos.

As transferências do SUS são condicionadas, entre outros, à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no orçamento do

município, incrementados pelo percentual mínimo da receita própria de impostos conforme introduções da EC nº 29/2000 ao texto constitucional e disciplinado pela Lei Complementar Federal nº 141/2012.

Novas regras sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) estão descritas na **Portaria Nº 3.992, de 28/12/2017 alterando a Portaria de Consolidação Nº 6/GM/MS de 28/09/2017**, que contemplava o conteúdo da Portaria Nº 204/2007, acerca do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde.

A nova normativa estabeleceu que a transferência dos recursos financeiros federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde na modalidade fundo a fundo, anteriormente repassados em cinco blocos, serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

I. Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde;

a) Atenção Básica;
b) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
c) Assistência Farmacêutica;
d) Vigilância em Saúde; e
e) Gestão do SUS.

II. **Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde;**

a) Atenção Básica;
b) Atenção Especializada;
c) Vigilância em Saúde;
d) Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS; e
e) Gestão do SUS.

7.2 CONDIÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FEDERAIS

O Ministério da Saúde somente poderá transferir recursos para o Estado, Distrito Federal e Município que tiver, conforme já dispões a Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012).

I. Alimentação e atualização regular dos sistemas de informações que compõem a base
nacional de informações do SUS.
II. Conselho de Saúde instituído e em funcionamento;
III. Fundo de Saúde instituído por lei, categorizado como fundo publico em funcionamento;
IV. Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão submetidos
ao respectivo Conselho de Saúde;

7.2.1 REGRAS PARA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS

Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações relacionadas ao próprio bloco, observando também:

I. Que as ações devem constar no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde; e
II. O cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos, tais como as portarias e resoluções da CIT e das CIBs, expedidos pela direção do SUS.
III. Vinculação com os programas de trabalho previstos no Orçamento Geral da União, ao final do exercício financeiro.

Obs.: Os municípios terão flexibilização no uso dos recursos em cada conta dos blocos de custeio e investimento durante todo o exercício, no entanto, deverão

demonstrar ao final do exercício financeiro a vinculação dos recursos federais repassados, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União por meio do qual foram realizados os repasses.

Assim, o FMS é o braço financeiro de toda e qualquer política de saúde que se desenvolva no Município.

De acordo com o art. 3º e o art. 24, § 3º da Lei Complementar Federal nº 141/2012, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

• Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
• Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
• Capacitação do pessoal de saúde do SUS;
• Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
• Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
• Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas na Lei Complementar Federal nº 141/2012;
• Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
• Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
• Investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
• Remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que

trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

• Ações de apoio administrativas realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde;

• Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde; e,

• As despesas incorridas no período referente à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

De acordo com o art. 4º e o art. 24, § 4º da mesma Lei, despesas inelegíveis para a Saúde, não são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as decorrentes de:

• Pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

• Pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;

• Assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

• Merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvados os casos de assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais (art. 3º, II da mesma Lei);

• Saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

• Limpeza urbana e remoção de resíduos;

• Preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

• Ações de assistência social;

• Obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde;

• Ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo ou vinculados a fundos específicos distintos

daqueles da saúde; e,

• As despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita.

Apresentamos no Quadro 05, o Demonstrativo das despesas executadas por Fonte de Recurso (FR) no qual verifica-se que os indicadores: IEO - Indicador da Execução Orçamentária, IEL - Indicador da Execução Orçamentária da Liquidação e o IEF - Indicador da Execução Financeira apresenta um percentual satisfatório de 94,53% 97,30% e 99,12% respectivamente.

Observa-se que a execução das fontes de recursos FR 213 – Recursos de Outras Fontes- Transferências de Convênios-Saúde atingiu o percentual de 57,97% de execução, considerando que o repasse é feito pela Caixa/OGU somente quando há disponibilidade financeira. O que ocorreu nos recursos da Fonte de Recurso FR307 – Recursos do Tesouro – Exercícios Anteriores - Sistema Único de Saúde – SUS, que atingiu o percentual de 59,81% que são recursos oriundos de emendas parlamentares (federal) e que não foram concretizados seus processos de aquisições.

Quadro 22. Demonstrativo das despesas executadas por fonte de Recurso, Porto Velho/RO, 2017.

DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTARIA POR FONTE DE RECURSOS

Indicadores de Execução Orçamentária e Financeira por Fontes em 2017

Recursos Totais (PMPVH, União e ESTADO)

FONTE DE RECURSOS	ENTE	ORÇADO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (1)	EMPENHADO (2)	LIQUIDADO (3)	PAGO	IEO (4) %	IEL (5) %	IEF (6) %
102 – Recursos do Tesouro- Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos- Saúde	PMPVH	149.679.311,00	162.626.911,00	162.613.086,06	162.380.701,48	162.380.701,48	99,99%	99,86%	100,00%
194 – Recursos do Tesouro- Renumeração de Depósitos Bancários	PMPVH	2.459.160,00	2.499.160,00	456.214,87	416.214,87	416.214,87	18,25%	91,23%	100,00%
300 Recursos do Tesouro – Exercícios Anteriores	PMPVH	0,00	21.750.000,00	21.742.141,34	21.742.141,34	21.742.141,34	99,96%	100,00%	100,00%
107 – Recursos do Tesouro- Transferência de Recursos do Sistema Único de Saúde -SUS	UNIÃO	81.101.960,00	81.101.960,00	73.811.568,83	69.131.997,24	67.555.005,12	91,01%	93,66%	97,72%
307 – Recursos do Tesouro – Exercícios Anteriores - Sistema Único de Saúde - SUS	UNIÃO	0,00	10.239.332,53	6.124.484,99	4.218.741,89	3.575.192,06	59,81%	68,88%	84,75%
123 Cota-parte da Compensação Financeira dos Recursos Hídricos	Compensação USINAS	19.704.270,00	4.404.270,00	3.691.779,08	3.677.502,66	3.673.102,66	83,82%	99,61%	99,88%
213 – Recursos de Outras Fontes- Transferências de Convênios- Saúde	UNIÃO	2.675.170,00	3.013.863,79	1.747.071,84	1.313.997,38	1.221.400,51	57,97%	75,21%	92,95%
294 – Recursos de Outras Fontes- Renumeração de Depósitos Bancários	PMPVH	190.205,00	190.205,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL		255.810.076,00	285.825.702,32	270.186.347,01	262.881.296,86	260.563.758,04	94,53%	97,30%	99,12%

FONTE: CPCETIL – BALANCETE DA DESPESA/2017

(1) Valor do orçamento inicial, acrescido das suplementações e anulações ocorridas no período.

(2) Empenho de despesa é o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição. Trata-se da primeira fase da execução da despesa.

(3) Liquidado é a verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios da entrega do material ou serviço.

(4) IEO - Indicador da Execução Orçamentária e a Relação entre o Empenhado e o Orçado Atualizado.

(5) IEL - Indicador da Execução Orçamentária da Liquidação e a Relação entre o Liquidado e o Empenhado.

(6) IEF - Indicador da Execução Financeira e a Relação entre o Pago e o Liquidado.

No Quadro 23, apresentamos o comparativo entre os anos de 2016 e 2017 do repasse Federal fundo a fundo por bloco de financiamento.

No Bloco de Atenção Básica, comparando os dois exercícios financeiros, 2016 e 2017, percebe-se uma redução no repasse fundo a fundo em 2017 que está relacionado com o descredenciamento de 6 equipes de saúde da família, cuja a cobertura de atenção básica no ano anterior era de 64,09% e com a redução sofrida, atinge 58,45%.

Com relação ao Bloco de Vigilância em Saúde os repasses financeiros teve uma redução considerável do incentivo de assistência financeira complementar aos estados, distrito federal e municípios para agentes de combate às endemias que está realacionada com os profissionais que foram readaptados, aposentarias, demissões e outros.

Há uma redução de repasse no Bloco de Assistência Farmacêutica em virtude

de serem extintas as Farmácias Populares no mês de março de 2017 pelo Ministério da Saúde, portando não sendo mais descentralizado o incentivo.

Quadro 23. Repasse Federal Fundo a Fundo/FNS, Porto Velho/RO, 2017.

BLOCOS DE FINANCIAMENTO	2016	2017
BLATB – Bloco Atenção Básica	R$ 28.065.150,29	R$ 26.293.046,88
BLMAC – Bloco Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	R$ 40.177.153,09	R$ 40.921.658,90
BLVIG – Bloco Vigilância em Saúde	R$ 7.857.909,51	R$ 6.653.418,60
BLAFT – Bloco Assistência Farmacêutica	R$ 2.707.419,30	R$ 2.632.356,16
BLGES – Bloco Gestão do SUS	R$ 40.000,00	R$ 50.000,00
BLINV – Bloco Investimento	R$ 4.148.490,11	R$ 3.350.881,00
OUTROS – Outros Pagamentos	R$ 0,00	R$ 0,00
TOTAL ANUAL	**R$ 82.996.122,30**	**R$ 79.901.361,54**

Fonte: www.fns.saude.gov.br, acessado em janeiro de 2018.

Observa-se no Quadro 24, o comparativo da execução orçamentária nos anos de 2016 e 2017 por fonte de recursos. No exercício de 2017 inicia-se o recebimento do recurso da fonte 123 – Cota-parte da Compensação Financeira dos Recursos Hídricos no valor de R$ 4.404.270,00, destinado a custeio e investimento.

Os gastos destinados a cobrir a Folha de Pagamento e encargos no ano de 2016 totalizou o valor de R$204.431.246,58 e no ano de 2017 o valor de R$214.411.968,32. O saldo restante, respectivamente, foi destinado às despesas de custeio e investimentos.

Quadro 24. Comparativo orçamentário, por fonte de recurso, Porto Velho/RO, 2016-2017

DEMONSTRATIVO ORÇAMENTÁRIO – comparativo anual

FONTE	2016	2017
102 – Recursos do Tesouro- Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos- Saúde	R$ 169.248.031,06	R$ 162.626.911,00
107 – Recursos do Tesouro- Transferência de Recursos do Sistema Unico de Saúde -SUS	R$ 82.256.842,50	R$ 81.101.960,00
123 Cota-parte da Compensação Financeira dos Recursos Hídricos	R$ 0,00	R$ 4.404.270,00
194 – Recursos do Tesouro- Renumeração de Depósitos Bancários	R$ 3.918.840,00	R$ 2.499.160,00
213 – Recursos de Outras Fontes- Transferências de Convênios- Saúde	R$ 5.615.000,00	R$ 3.013.863,79
294 Recursos de Outras Fontes- Renumeração de Depósitos Bancários	R$ 364.975,00	R$ 190.205,00
300 Recursos do Tesouro – Exercícios Anteriores	R$ 16.699.866,38	R$ 21.750.000,00
307 Recursos do Tesouro – Exercícios Anteriores - Sistema Único de Saúde - SUS	R$ 4.277.721,47	R$ 10.239.332,53
TOTAL GERAL	**R$ 282.381.276,41**	**R$ 285.825.702,32**

Fonte: CPCETIL – Balancete da Despesa, Porto Velho/RO, acesso em janeiro de 2018.

7.3 PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

O PMS norteia a elaboração do orçamento do governo municipal no tocante a saúde, por isso guarda correlação com os instrumentos de gestão pública, sobretudo com o PPA. Este apresenta os Programas de Governo com os respectivos objetivos, indicadores, custos e metas por um período de 04 anos, estabelecendo uma correlação entre as prioridades de longo prazo e a LOA que, por sua vez, estabelece a previsão de receitas (arrecadação) e despesas (gastos) do governo para o ano seguinte. A integração entre esses instrumentos conforma um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada e sistêmica do SUS.

Os recursos contemplarão programas estratégicos que serão operacionalizados através de ações orçamentárias (projetos, atividades e operações especiais). Os Programas esclarecem os objetivos dos gastos e articulam um conjunto de ações suficientes para enfrentar um problema, visando à concretização dos objetivos a serem alcançados, sendo mensurado por indicadores estabelecidos

no PPA.

Para o próximo quadriênio (2018 a 2021) a previsão orçamentária estabelecida, de acordo com cada instrumento contratual, é destinada ao custeio de ações e serviços de saúde que são ofertados pela Rede Municipal.

No PPA 2018-2021 estão previstos investimentos da ordem de R$339.157.230,00 oriundos da Unidade Orçamentária do FNS, R$63.359.876,00 referente a Cota-parte da Compensação Financeira dos Recursos Hídricos, R$4.698.000,00 proveniente dos Recursos de Outras Fontes - Transferências de Convênios - Saúde e R$723.399.415,00 da Unidade Orçamentária Recursos do Tesouro - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde, totalizando R$1.130.614.521,00 para o quadriênio, conforme podemos observar na Lei Nº 2.470, de 14 de dezembro de 2017 que *Dispõe sobre o Plano Plurianual do Município de Porto Velho para o quadriênio/2018 a 2021 (quadro 25).*

Quadro 25 - Resumo das Unidades Orçamentárias, por Fonte de Recurso - Orçamento Fiscal e Seguridade Social, Porto Velho/RO, 2018-2021.

Total da Unidade por Fonte de Recurso (Dados Financeiros em R$)	2018	2019	2020	2021	TOTAL
01.02 - Recursos do Tesouro - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde	166.026.567	174.262.573	183.477.692	191.388.893	715.155.725
01.94 - Recursos do Tesouro - Remuneração de Depósitos Bancários	2.000.110	2.040.120	2.080.920	2.122.540	8.243.690
01.23 - Cota-parte da Compensação Financeira dos Recursos Hídricos	14.850.965	15.496.973	16.164.893	16.847.045	63.359.876
01.07 - Recursos do Tesouro - Transferência de Recursos do Sistema Único de Saúde - SUS	**82.425.400**	**84.017.450**	**85.612.120**	**87.102.260**	**339.157.230**
02.13 - Recursos de Outras Fontes - Transferências de Convênios - Saúde	4.500.000	0	0	0	4.500.000
02.94 - Recursos de Outras Fontes - Remuneração de Depósitos Bancários	198.000	0	0	0	198.000
08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS	**270.001.042**	**275.817.116**	**287.335.625**	**297.460.738**	**1.130.614.521**

Fonte: www.portovelho.ro.gov.br/arquivos/lista/25951/ppa-2018-a-2021

7.4 MONITORAMENTO E CONTROLE DOS RECURSOS FINANCEIROS TRANSFERIDOS FUNDO A FUNDO.

A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde será feito por meio do Relatório de Gestão que deverá ser elaborado e submetido ao Conselho de Saúde e apresentado ao Ministério da Saúde por meio do sistema de informação do DIGISUS.

O Ministério da Saúde divulgará anualmente, o detalhamento dos Programas de Trabalho das dotações orçamentárias consignadas ao órgão que serão onerados pelas transferências de recursos federais referentes a cada Bloco de Financiamento, ou seja, os Programas de Trabalho do Orçamento Geral da União que geram repasses municípios, como Promoção da Atenção Básica em Saúde, Assistência Farmacêutica, Atenção Média e Alta Complexidade, dentre outros, serão divulgados, ano a ano.

Sobre os saldos existentes nas contas-correntes, vinculadas aos antigos Blocos de Financiamento de Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Gestão do SUS, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde e transferidos até o exercício de 2017, eles poderão ser remanejados para a conta corrente única do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, caso o município queira, no entanto, para ao uso desse recursos, o gestor deve observar:

I. a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União por meio do qual foram originalmente realizados os repasses;

II. o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos que regulamentaram o repasse à época do ingresso dos recursos no fundo de saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município; e

III. dos recursos no fundo de saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

Os sistemas de informação que monitoram e controlam a execução dos recursos descentralizados são:

- SISMOB – Sistema de Monitoramento de Obras: Portarias/Emendas Parlamentares de Incentivo para Investimento em Construção, Ampliação e Reformas;

- SICONV – Sistema de Convênios: O Sistema de Convênio – SICONV foi implantado através do Decreto Presidencial nº 6.170 de 25 de julho de 2007. Este Decreto regulamenta os convênios, contratos de repasse e termos de execução descentralizada, celebrados pelos órgãos e entidades da administração pública federal com órgãos ou entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos, para a execução de programas, projetos e atividades que envolvam a transferência de recursos ou a descentralização de créditos oriundos dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social da União.

- SIOPS - O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde agrega informações dos Estados, Municípios e Distrito Federal sobre despesas realizadas em saúde e sua participação nas receitas. O sistema é autodeclaratório e desde 2013 tem caráter obrigatório para todas as esferas de gestão e os informantes se responsabilizam pelos dados apresentados. As informações contábeis devem estar em conformidade com a classificação de receitas e despesas da Secretaria do Tesouro Nacional, do Ministério da Fazenda.

  Além disso, essas informações podem ser conferidas localmente, a partir dos orçamentos públicos apresentados.

7.5 A LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

A Lei Complementar Federal n° 101/2000, chamada Lei de Responsabilidade Fiscal, repercute intensamente sobre as finanças públicas. Porém, tendo em conta sua relevância social, o setor saúde foi poupado, em boa

parte, das medidas fiscais de contenção, devendo, ainda, serem observadas outras premissas, conforme segue:

- A compensação financeira para despesas obrigatórias continuadas, exigida no art. 17, não se faz necessária quando o Município expande, quantitativamente, suas ações e serviços de saúde (art. 24, § 1º, II c/c § 2º);
- Caso as metas fiscais estejam comprometidas e, por isso, o município precise limitar despesas, as da saúde não podem sofrer qualquer restrição, visto que derivam de obrigação constitucional (CF, especialmente com a EC nº 29/2000) e legal (legislação SUS) (art. 9º, § 2º);
- Os recursos da saúde, de natureza vinculada que são, não podem ser utilizados em outra finalidade, mesmo após o encerramento do exercício em que foram arrecadados (art. 8º, parágrafo único);
- Nos 180 dias que ultimam o mandato do Prefeito, pode acontecer a contratação de servidores temporários para o Programa de Saúde da Família ou dos Agentes Comunitários da Saúde, desde que o respectivo convênio tenha sido celebrado em época anterior.

Assim, a vedação do parágrafo único do artigo 21 da Lei Fiscal não alcança tais admissões que advêm, na verdade, de obrigação assumida, mediante convênio com a União, antes dos tais 180 dias. No caso, o convênio é o instrumento que, de fato, materializa a geração da despesa.

Ademais, o gasto em destaque estará amparado por recursos suplementares, o que pode manter a despesa de pessoal na mesma posição relativa, isto frente a receita corrente líquida, o denominador comum da LRF:

- O município que deixar de aplicar o mínimo constitucional da saúde não estará habilitado a receber transferência voluntária da União ou do Estado (art. 25, § 1º, III, b); ou seja, a aplicação do mínimo é requisito para receber transferência;
- Não obstante o corte de transferências voluntárias para o setor saúde, não pode ser utilizado como punição a transgressões fiscais (art. 25, § 3º); isto é,

ainda que não observe obrigações fiscais, não deixará de receber transferências voluntárias para o setor da saúde; e, o município não habilitado às gestões SUS precisa de autorização específica na Lei de Diretrizes Orçamentárias e em convênio, no intento de custear parte ou toda a despesa de manutenção de próprios federais ou estaduais (hospitais, prontos-socorros, postos de saúde) (artigo 62, I e II).

8 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

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

Diante do cenário econômico brasileiro que se apresenta com crescente diminuição da atividade econômica e consequente perda de receita (2014 – R$ 216.799.212,09, 2017 - R$ 205.679.262,86) por parte do setor público, impactando negativamente no índice de despesas com pessoal, impondo a adoção de medidas determinadas na Lei de Responsabilidade Fiscal é necessário considerar uma redução racional dos gastos com pessoal em meio à crise supracitada. Sendo assim, a gestão pensou em metas factíveis para o próximo quadriênio, primando por qualificar os processos de trabalho na rede assistencial com reavaliação anual do cenário para possível expansão de serviços em situação de melhora do quadro econômico atual.

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

O PMS apresenta o compromisso municipal no ordenamento das ações de saúde do SUS para que a população tenha acesso integral a serviços de qualidade, de forma oportuna. Importante ainda, estabelecer parceria intersetoriais com a educação, assistência social, meio ambiente, obras e serviços básicos, que podem contribuir para a melhoria das condições de saúde e para a promoção da qualidade de vida. A seguir apresentamos as 5 diretrizes e o conjunto de metas estabelecida:

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

Orçamento Quadrienal: R$ 67.899.589,00

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

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

.

1º OBJETIVO: Assegurar a Estratégia de Saúde da Família como orientadora da Atenção Básica.

2º OBJETIVO: Ampliar o acesso à Rede de Atenção à Saúde a partir das necessidades dos usuários.

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

Meta 2: Ampliar para 90% a cobertura populacional das equipes na Atenção Básica, tendo como base o ano de 2017 (implantar 54 EqSF).

Meta 3: Ampliar o horário de funcionamento estendido (até as 23 horas) em 04 Unidades Básicas de Saúde (Castanheira, Maurício Bustani, Hamilton Gondim, Ernandes Índio).

Meta 4: Ampliar de 55% para 90% a cobertura populacional de saúde bucal na Atenção Básica, tendo como base o ano de 2017 (implantar 71 Eq SB).

Meta 5: Reduzir a proporção de exodontia em relação aos procedimentos para 5%.

Meta 6: Aumentar em 50% a média de ação coletiva de Aplicação Tópica de Flúor Gel – ATF (ano 2016: 107 ações coletivas de aplicação tópica de flúor gel).

Meta 7: Aumentar em 50% a média da ação de escovação dental supervisionada coletiva (ano de 2016: 225 ações coletivas de escovação dental supervisionada).

Meta 8: Aumentar em 50%, a média de procedimentos coletivos (escovação supervisionada, ATF gel, ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica nos escolares (ano 2016: 42.306 procedimentos coletivos).

Meta 9: Implantar 03 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB (02 na Zona Sul e 01 na Zona Leste).

Meta 10: Aumentar cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) de 36,30% para 45%.

Meta 11: Implantar Práticas Integrativas Complementares em Unidades Básicas de Saúde (6 UBS da zona urbana e 01 UBS da zona rural).

Meta 12: Construir 06 Unidades Básicas de Saúde.

3º OBJETIVO: Aperfeiçoar a Rede Materno-infantil, com foco no pré-natal, parto e puerpério

Meta 13: Reduzir o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade em 10% em relação ao ano anterior. (n. 63 casos – 2016).

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

Meta 15: Aumentar a proporção de Nascidos Vivos de mães com 07 ou + consultas de pré-natal de 63,21, (n.5.332 - ano 2016) para 70%.

Meta 16: Reduzir em 25% ao ano, o número de óbito materno (n. 10 – ano 2016).

Meta 17: Reduzir de 20% para 15% o percentual de gravidez na adolescência (n. 1.687 – ano 2016).

Meta 18: Implementar o “Pré-natal do Papai” (pré-natal integrado) em 100% das Unidades de Saúde da Família.

Meta 19: Acompanhar 100% dos casos de infecção congênita por STORCH positivo

(Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus ou Herpes simplex.) e por infecção congênita pelo vírus Zika na Rede de Atenção à Saúde.

Meta 20: Realizar, no mínimo, 2 testes de sorologia (para sífilis, HIV e hepatites virais) por gestante durante o pré-natal.

Meta 21: Aumentar a proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar de 48,72% para 60%.

Meta 22: Aumentar a proporção de parto normal na Maternidade Municipal Mãe Esperança de 75% para 85%.

Meta 23: Construir 01 Centro de Parto Normal da Maternidade Municipal.

Meta 24: Implantar 01 Casa da Gestante, Bebê e Puérpera.

Meta 25: Preservar o título de Hospital Amigo da Criança.

4º OBJETIVO: Qualificar a atenção às condições crônicas de saúde

Meta 26: Aumentar a razão de realização do citopatológico do colo uterino de 0,40 para 0,50 em mulheres de 25 a 64 anos.

Meta 27: Aumentar a razão da realização de mamografia de 0,29 para 0,40 em mulheres de 50 a 69 anos.

Meta 28: Reduzir em 2%, ao ano, a taxa de óbitos precoces (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (expectativa de vida 74,68 anos em 2015).

5º OBJETIVO: Reestruturar e integrar a rede de atenção à saúde do município, com ênfase na área materno-infantil e crônicas de Porto Velho.

Meta 29: Redefinir e cadastrar 100% do território de atuação das equipes de saúde da família;

Meta 30: Estratificar risco familiar de 100% da área de cobertura das equipes de saúde da família;

Meta 31: Estratificar risco de 100% das gestantes da área de cobertura das equipes

de saúde da família e da atenção especializada;

Meta 32: Estratificar risco de 100% dos hipertensos e diabéticos da área de cobertura das equipes de saúde da família e da atenção especializada;

Meta 33: Estratificar risco de 100% das crianças de até 1 ano de idade da área de cobertura das equipes de saúde da família e da atenção especializada;

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

Orçamento Quadrienal: R$ 126.893.006,00

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

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

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

Meta 34: Diminuir de 75% para 40%, o número de pacientes classificados como verdes e azuis nos PAs e UPAs, durante o horário de funcionamento das UBS.

Meta 35: Implantar o acolhimento de 100% da demanda espontânea em todos os turnos de funcionamento das Unidades de Atenção Básica.

Meta 36: Implementar a classificação de risco obstétrico em 100% das gestantes atendidas na Maternidade Municipal Mãe Esperança.

Meta 37: Implantar 01 protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*.

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

Meta 38: Reduzir de 51,57 para 50,02/100 mil habitantes a taxa de mortalidade por homicídios.

Meta 39: Reduzir de 18,58 para 17,28/100 mil a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito (Reduzir em 7% nos próximos 4 anos, para atingir a meta de redução de 50% até 2020).

Meta 40: Reduzir os acidentes de trânsito com vítimas não fatais de 154,2/10.000 veículos para 138,78/10.000 veículos, para atingir a meta de redução de 50%, até 2020.

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

Meta 41: Reduzir de 56,3% para 36,3% o absenteísmo do paciente no SISREG na oferta de exame de mamografia de rastreamento.

Meta 42: Implantar o exame de ecocardiograma com oferta de 2.200 exames/ano.

Meta 43: Implantar o exame de Holter com oferta de 1.320 exames/ano.

Meta 44: Implantar o exame de MAPA com oferta de 2.640 exames/ano.

Meta 45: Implantar 01 SADI (serviço de apoio diagnostico) na Zona Sul de Porto Velho.

Meta 46: Habilitar 01 Centro Especializado em Reabilitação junto ao MS.

Meta 47: Reestruturar 01 serviço de Laboratório Municipal de Patologia.

Meta 48: Estruturar 01 serviço de Anatomia Patológica Municipal para atender a rede de atenção à saúde.

Meta 49: Implantar o apoio matricial integrando a rede de saúde mental com a atenção básica em 100% das Unidades com Estratégia Saúde da Família da zona urbana.

Meta 50: Implantar 01 Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil para tratamento de crianças e adolescentes com dependência química no componente de atenção

residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

Meta 51: Assegurar o funcionamento de 100% (n.07) ambulâncias do serviço móvel de urgência com cadastro no CNES no município de Porto Velho.

Meta 52: Descentralizar o Samu para 02 distritos (União Bandeirantes e Jaci Paraná)

Meta 53: Implantar o Sistema de Regulação do Serviço Móvel de Urgência, através de protocolos em 100% dos estabelecimentos municipais de saúde.

Meta 54: Implantar 01 coordenação municipal de segurança do paciente.

Meta 55: Adequar o serviço de coleta e transporte de amostras biológicas em 100% da rede municipal de saúde.

Meta 56: Habilitar 02 Unidades de Pronto Atendimento (Unidade de Saúde de Jaci-Paraná e Policlínica Ana Adelaide).

Meta 57: Implantar 02 serviços de apoio a Urgência na zona rural.

Meta 58: Implementar o Comitê Municipal de Urgência e Emergência.

4º OBJETIVO: Potencializar o papel da Regulação, do Controle e da Avaliação de produção ambulatorial e hospitalar otimizando a capacidade operacional dos serviços

Meta 59: Implantar 01 protocolo de Regulação dos serviços oferecidos na rede de atenção à saúde.

Meta 60: Implementar a análise dos parâmetros assistenciais e avaliação da capacidade instalada em 100% dos serviços de saúde priorizado (linha materno-infantil e doenças crônicas – Hipertensão e Diabetes - Centro de Referência Saúde da Mulher, Policlínica Rafael Vaz e Silva e Centro de Especialidade Médica).

Meta 61: Implementar a regulação de consultas, exames e internações hospitalares em 100% na rede municipal de saúde de acordo com o Plano Regional Integrado.

Meta 62: Implantar 01 *Call Center* na Central de Regulação para Consultas de Especialidades e Exames de Imagem.

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

Orçamento Quadrienal: R$ 23.721.952,00

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

1º OBJETIVO: Manter a Cobertura de medicamentos em todas as unidades da rede municipal

2ª OBJETIVO: Promover o Uso Racional de Medicamentos – URM, segundo a REMUME

Meta 63: Garantir 100% de todos os medicamentos elencados na REMUME vigentes.

Meta 64: Abastecer 100% das Unidades de Saúde com os medicamentos elencados na REMUME vigentes.

3º OBJETIVO: Estruturar os serviços da Assistência Farmacêutica.

Meta 65: Descentralizar e implementar 3 (no total de 11) Unidades de Referência para dispensação de medicamentos na área ribeirinha.

Meta 66: Descentralizar e Implementar 15 (no total de 21) Unidades de Referência para a dispensação de medicamentos na área rural terrestre.

Meta 67: Estruturar 29 (no total de 29) Unidades de Saúde da área Urbana como referência para dispensação de medicamentos

Meta 68: Regionalizar 08 farmácias na zona urbana como referência para dispensação de medicamentos.

Meta 69: Implantar 03 farmácias modelos com inserção do serviço de consulta farmacêutica.

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

Orçamento Quadrienal: R$ 34.871.788,00

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

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

1º OBJETIVO: Manter nas áreas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária, e saúde do trabalhador, ações de promoção, prevenção e controle.

Meta 70: Manter a cobertura mínima de 75% das vacinas preconizadas no calendário nacional de vacinação em menores de um ano;

Meta 71: Reduzir a zero o número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos;

Meta 72: Alcançar cobertura vacinal em 80% dos cães anualmente;

Meta 73: Manter a proporção de 100% de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez;

Meta 74: Encerrar 80% das doenças de notificação compulsória imediata (Portaria nº 204/2016) registrada no SINAN em até 60 dias a partir da data da notificação;

Meta 75: Implantar serviço de vigilância em saúde do trabalhador em 50% das unidades de saúde;

Meta 76: Implementar a notificação de violência doméstica, sexual e outras violências em 80% unidades de saúde do município;

Meta 77: Aumentar a proporção de cura nos casos novos de tuberculose pulmonar positiva com confirmação laboratorial passando de 65,30% para 80%;

Meta 78: Aumentar de 21,9% para 70% a avaliação dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar positiva com confirmação laboratorial examinados.

Meta 79: Investigar e encerrar 100% dos surtos notificados com doenças transmitidas por alimentos;

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

Meta 81: Aumentar 57% para 80% a avaliação dos contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados.

Meta 82: Reduzir em 10% (n. 2.870 – ano 2016), a cada ano, os casos autóctones de malária;

Meta 83: Redução do índice de infestação predial do Aedes para menos de 1%.

Meta 84: Atingir a cobertura de imóveis visitados em 80% em 4 ciclos durante o ano, para o controle vetorial do *Aedes Aegypti.*

Meta 85: Monitorar a execução da Vigilância Sanitária em 100% de no mínimo dos 6 grupos de ações:

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

Meta 86: Aumentar a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) de 82,87% para 90%.

Meta 87: Aumentar a investigação de óbitos infantis e fetais de 50% para 70%.

Meta 88: Manter em 100% a investigação de óbitos maternos.

Meta 89: Aumentar o registro de óbitos com causa básica definida de 93,10% para 95%.

Meta 90: Ampliar a oferta em 15% (n. 30.831 – ano 2016) o número de testes de HIV, Hepatites Virais e Sífilis realizados em relação ao ano anterior.

Meta 91: Implantar o serviço de micologia (pesquisa de fungos) em 100% da Rede de Laboratório do município.

Meta 92: Implantar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS.

Meta 93: Reduzir de 18,8% para 15,3% a obesidade em adultos.

Meta 94: Aumentar de 45,5% para 72, 7% a prevalência de atividade física no lazer.

Meta 95: Aumentar de 63,4% para 87,7% o consumo de frutas e hortaliças.

5ª DIRETRIZ – Fortalecimento da Gestão e Controle Social.

Orçamento Quadrienal: R$ 877.228.186,00

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

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

E como forma de fortalecer a participação social com vistas ao aprimoramento do SUS, o fortalecimento do Conselho de Saúde, por meio da formação de Conselhos Locais de Saúde – com ênfase na participação de lideranças dos movimentos sociais – e à melhoria de suas estruturas e funcionamento. Igualmente,

as conferências de saúde serão foco de atenção, como a mobilização de todas as esferas em torno do compromisso para com estes espaços de participação.

1º OBJETIVO: Fortalecer o controle social.

Meta 96: Implantar 04 Conselhos Locais de Saúde/CLS;
Meta 97: Implantar 01 serviço de Ouvidoria;
Meta 98: Apoiar a organização de 100% das Conferências Municipais de Saúde;
Meta 99: Implantar 01 sede do Conselho Municipal de Saúde (estrutura física, mobiliários e equipamentos).

Meta 100: Estruturar 100% de recursos humanos para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.
Meta 101: Capacitar 100% dos conselheiros municipais de saúde no controle social.

2º OBJETIVO: Fortalecer a gestão do trabalho.

Meta 102: Certificar 100% dos Núcleos de Educação Permanente Descentralizados - NEP, pactuados na Comissão Permanente de Ensino e Serviço;
Meta 103: Implantar 01 Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde – COAPES;
Meta 104: Pactuar a oferta de 08 cursos de aperfeiçoamento (2 cursos/ano) destinados aos servidores da SEMUSA, nas modalidades de Ensino Técnico, Pós-Graduação e/ou Mestrado, oriundos de Instituições de Ensino Superior e Técnico que estabelecem parcerias com o Ministério da Saúde mediante pactuação em Termo de Cooperação.
Meta 105: Implantar 01 Comissão de Residência Multiprofissional.
Meta 106: Ofertar 02 cursos de Pós-Graduação na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e em Enfermagem Obstétrica.

Meta 107: Implementar 100% das ações de educação permanente descritas no Plano Regional de Educação Permanente para qualificação das Redes de Atenção à Saúde, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.

Meta 108: Implantar 20 Pontos de Telessaúde nas Unidades de Atenção Básica.

Meta 109: Implantar 01 sede administrativa da Secretaria Municipal de Saúde.

3º OBJETIVO: Monitorar e avaliar o processo de desenvolvimento e de trabalho da Rede de Atenção à Saúde.

Meta 110: Instituir um Grupo Técnico Intersetorial de Monitoramento do processo de desenvolvimento e de trabalho da rede de atenção à saúde.

9 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

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

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

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

9.1 MATRIZ DE INDICADORES DE SAÚDE

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

1º OBJETIVO: Assegurar a Estratégia de Saúde da Família como orientadora da Atenção Básica

2º OBJETIVO: Ampliar o acesso à rede de atenção à saúde a partir das necessidades dos usuários

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
1 . Percentual de Equipes de Saúde da Família com composição mínima (META1)	Equipe de Saúde da Família com composição mínima de 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 odontólogo, 1 aux/tec. de higiene dental, 06 agentes comunitário	Nº de Equipes de SF com composição mínima _____x100 Nº de Equipes de SF existentes	Em fase de diagnóstico	e-SUS CNES	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual.
2. Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica (META 2)	Percentual de equipe de atenção básica em determinado espaço geográfico no espaço considerado	(Nº de eSF x 3.450 + (Nº eAB + Nº eSF equivalente) em determinado local e período x 3.000) _____ X 100 Estimativa da populacional do ano anterior	63%	Ministério da Saúde	Monitoramento: mesnal. Avaliação: Anual.
3. Percentual de Unidades de Saúde com horário ampliado (META 3)	Percentual de Unidades de Saúde com horário ampliado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Nº de UBS com horário ampliado _____x100 Nº total de UBS programado para o período	0%	Semusa/DAB	Monitoramento: anual Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
4. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica (META 4)	Percentual de cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal em determinado espaço geográfico no ano considerado	((nº eSB*3.450)+(nº eSB equivalentes*3.000)) em determinado local e período _____ X 100 Estimativa populacional	55%	Ministério da Saúde	Monitoramento: mensal. Avaliação: Anual.
5. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos (META 5)	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos em determinado local e período.	Nº de exodontias + nº de exodontias múltiplas em determinado local e período _____ X100 crianças Nº total de procedimentos individuais	13,87/100	e-SUS SIA	Monitoramento: quadrimestral. Avaliação: Anual
6. Média de aplicação tópica de flúor gel (ATF) (META 6)	Média de aplicação tópica de flúor gel em determinado local e período	Nº de pessoas que participaram da ação coletiva ATF gel/Nº de meses _____ X 100 crianças População de escolares	107 ações	e-SUS SIA	Monitoramento: quadrimestral. Avaliação: Anual
7. Média de ação de escovação dental supervisionada (META 7)	Média de ação de escovação dental supervisionada em determinado local e período	Nº de pessoas que participaram da ação coletiva de escovação dental supervisionada/ Nº de meses _____ X 100 crianças População de escolares	295 ações	e-SUS SIA	Monitoramento: quadrimestral. Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
8. Média de procedimentos coletivos (escovação supervisionada, ATF gel, ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica em escolares) (META 8)	Média de procedimentos coletivos (escovação supervisionada, ATF gel, ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica em escolares) em determinado local e período.	(Nº de escovação supervisionada + nº ATF gel +nº ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica em escolares)/3 _____ População coberta por ESB	14.102 ações	e-SUS SIA	Monitoramento: quadrimestral. Avaliação: Anual
9. Número de NASF-AB implantado (META 9)	Número de NASF-AB implantado em determinado local e período	Número de NASF-AB implantado	01	DAB	Avaliação: Anual
10. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) (META 10)	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família na última vigência do ano	Número de família beneficiarias do PBF com perfil saúde acompanhadas pela AB na última vigência do ano _____ x 100 Número de família beneficiárias do PBF com perfil saúde na última vigência do ano	36,30%	Sistema de Gestão do Acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF-DATASUS/MS. LINK: http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp	Monitoramento: Semestral Avaliação: Anual
11. Número de UBS com praticas integrativas e complementares em saúde(PICs) implantadas (META 11)	Número de UBS com praticas integrativas e complementares em saúde (PIC) implantadas	Número de UBS com práticas integrativas e complementares em saúde(PICs) _____X 100 7 UBS (6 UBS urbanas e 1 UBS rural)	0	DAB	Avaliação: Anual
12. Número de UBS construídas (META 12)	Número de UBS construídas no ano considerado	Número de UBS construídas _____ 6 UBS_____	Zero	DAB/DA	Avaliação: Anual.

3º OBJETIVO: Aperfeiçoar a rede materno-infantil com foco no pré-natal, parto e puerpério

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
13. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (META 13)	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano residente, em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.	63 casos	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.	Monitoramento: quadrimestral. Avaliação: Anual.
14. Taxa de mortalidade infantil (META 14)	Número de óbitos em menores de 1 ano de idade, por 1000 nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado	Nº de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade ----------x1000 nº de nascidos vivos de mães residentes	14,8 óbitos/1000 nascidos vivos	Sistema de Informações sobre Mortalipela dade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)	Monitoramento: anual Avaliação: Anual
15. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal (META 15)	Percentual de de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal residentes em determinado espaço geográfico no ano considerado	Nº de NV de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal _____X100 Nº total de NV Parâmetro nacional 90%	63,21%	Ministério da Saúde/SVS/ SINASC	Monitoramento: anual Avaliação: Anual
16. Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência (META 16)	Número de óbitos maternos (ocorrido após término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e gravidez), em determinado espaço geográfico no ano considerado	Nº de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) em determinado período e local de residência	10 óbitos	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
17. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos (META 17)	Número de adolescentes grávidas de 10 a 19 anos em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período _____ X 100 Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período	20% de adolescentes grávidas na faixa etária de 10 a 19 anos	SINASC	Monitoramento: anual Avaliação: Anual
18. Percentual de Unidades Básicas de Saúde da Família com “pré-natal do papai” implantado (META 18)	Percentual de Unidades Básicas de Saúde da Família com “pré-natal papai” implantado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de USF com “pré-natal do papai” implantado_____x 100 Nº total de USF	0%	Semusa/DAB	Monitoramento: anual Avaliação: Anual
19. Proporção de crianças STORCH acompanhadas. (META 19)	Proporção de crianças com STORCH + acompanhadas em determinado espaço geográfico no ano considerado	Total de crianças com STORCH + acompanhadas_____x100 Total de crianças com STORCH + diagnosticas	100%	DVS/DAB	Monitoramento: mensal Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
20. Número de testes de sorologia* em gestante durante o pré-natal (META 20)	Número de testes de sorologia realizado em gestante durante o pré-natal por município de residência (neste item, cada sorologia deve ser calculada separadamente) *Sorologia: VDRL, HIV, e hepatites virais	Número de testes sorologia em gestantes, por ano e município de residência da gestante _____ Número de partos hospitalares do SUS, por ano e município de residência da gestante. Observações: 1. Para o numerador considerar a quantidade aprovada, por município de residência, dos seguintes procedimentos ambulatoriais: 0202031179 VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE; 0214010082 TESTE RAPIDO PARA SIFILIS EM GESTANTE. 0214010040 TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO 0214010058 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV 0214010090 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C 0214010104 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HBV 0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) 0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) 0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) 2. Para o denominador considerar o total de AIH aprovadas de gestantes, por município de residência, nos seguintes procedimentos: 0310010039 PARTO NORMAL;0310010047 PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO; 0310010055 PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN); 0411010026 PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO; 0411010034 PARTO CESARIANO; e,0411010042 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA.	XX	Númerador: Denominador:	Monitoramento: mensal Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
21. Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar (META 21)	Porcentagem do número de partos normais realizado no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	Número de nascido vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano _____x100 Número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano.	48,72	SINASC	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
22. Proporção de parto normal na Maternidade Mãe Esperança (META 22)	Porcentagem do número de partos normais na Maternidade Mãe Esperança	Número de nascido vivos por parto normal Ocorridos na maternidade Mãe Esperança, de mães residentes em determinado local e ano _____x100 Número de nascidos vivos de todos os Partos da maternidade Mãe Esperança, de mães residentes no mesmo local e ano.	75%	SINASC	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
23. Construir 01 Centro de parto Normal (META 23)	Construir 01 Centro de parto Normal	Nº de Centro de parto normal	zero	DMAC/ DAB	Avaliação: Anual
24. Nº Casa da gestante, bebê e puérpera implantada (META 24).	Nº Casa da gestante, bebê e puérpera implantada	Nº Casa da gestante, bebê e puérpera implantada.	zero	DMAC/DAB	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
25. Nº de hospital com título de Amigo da Criança (meta 25)	Nº de hospital com título de Amigo da Criança	Seguir os 10 passos do Hospital amigo da criança	1	MS	Monitoramento: contínuo Avaliação: Anual

4º OBJETIVO: Qualificar as condições crônicas de saúde

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
26. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos (META 26)	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	Soma da frequência do número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervicovaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento _____x100 População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano / 3	0,40	Sistema Nacional Informatizado: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
27. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos (META 23)	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos a população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	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	0,29	Sistema nacional informatizado: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); (IBGE)	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
28. Taxa de óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônica) (META 28)	Número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônica) por 100 mil habitantes em determinado local e período	Nº de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID- 10: I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10 – E14 _____x 100.000 população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.	233,89 óbitos de DCNT por 100.000 habitantes	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)	Monitoramento: Anual Avaliação: Anual

5º OBJETIVO: Reestruturar e integrar a rede de atenção à saúde do município, com ênfase na área materno-infantil e crônicas de Porto Velho

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
29. Proporção de equipes de saúde da família com território de atuação definido (META 29)	Proporção de equipes de saúde da família com território redefinido	Número de equipes de saúde da família com território redefinido _____x100 Número de equipes de saúde da família	Território definido em 2012	Esus/DAB	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
30. Proporção de equipes de saúde da família com 100% do território cadastrado (META 29)	Proporção de equipes de saúde da família com 100% do território cadastrado	Número de equipes de saúde da família com toda população cadastrada _____x100 Número total de equipes saúde da família	Zero	Esus/DAB	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
31. Proporção de famílias com estratificação de risco cobertas pela equipe saúde da família (META 30)	Proporção de famílias com estratificação de risco cobertas pela estratégia saúde da família em determinado espaço geográfico no período	Número de família com risco estratificado _____x100 Número de famílias cadastradas pelas equipes de saúde da família	Zero	DAB	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
32. Proporção de gestantes com estratificação de risco cobertas pela equipe saúde da família (META 31)	Proporção de gestantes com estratificação de risco cobertas pela equipe saúde da família em determinado espaço geográfico no período	Número de gestantes com risco estratificado _____x100 Número de gestantes cadastradas pelas equipes de saúde da família	Zero	DAB	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
33. Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cobertas pela equipe saúde da família (META 32)	Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cobertas pela equipe saúde da família em determinado espaço geográfico no período	Número de hipertensos e diabéticos com risco estratificado_____x100 Número de hipertensos e diabéticos cadastradas pelas equipes de saúde da família	zero	DAB	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
34. Proporção de criança de até 1 ano com estratificação de risco cobertas pela equipe saúde da família (META 33)	Proporção de crianças de até 1 ano com estratificação de risco cobertas pela equipe saúde da família em determinado espaço geográfico no período	Número de crianças de até 1 ano com risco estratificado _____x100 Número de crianças de até 1 ano cadastradas pelas equipes de saúde da família	zero	DAB	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual

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

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

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
35. Percentual pacientes classificados como verdes e azuis nos Prontos Atendimentos (PA) e Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) (META 34).	Percentual pacientes classificados como verdes e azuis nos Prontos Atendimentos (PA) e Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) em determinado espaço geográfico no ano considerado	Nº de pacientes classificados como verdes e azuis nos Prontos Atendimentos e Unidades de Pronto Atendimentos _____x100 Nº de pacientes atendidos nos Prontos Atendimentos e Unidades de Pronto Atendimentos	75%	Semusa/DMAC	Monitoramento: mensal Avaliação: Anual
36. Número de UBS com serviço de acolhimento implantado (META 35)	Número de UBS com serviço de acolhimento implantado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Nº de Unidades Básicas de Saúde com serviço de acolhimento implantado _____x100 Nº de Unidades Básicas de Saúde existentes	0%	Semusa/DAB	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
37. Número de serviço de classificação de risco obstétrico na maternidade implantado (META 36)	Número de serviço de classificação de risco obstétrico na maternidade implantado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Nº de serviço de classificação de risco obstétrico na maternidade implantado _____x100 Nº de Maternidades Municipais do SUS	0%	DMAC	Avaliação: Anual
38. Número de protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes M*ellitus* (META 37	Número de protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes M*ellitus* implantado	Protocolo implementado de Hipertensão Arterial e Diabetes M*ellitus* na rede de atenção à saúde	Zero	DAB/DMAC	Avaliação: Anual

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

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
39. Taxa de óbitos por homicídios (META 38)	Número de óbitos por homicídios por 100 mil habitantes em determinado espaço geográfico no ano considerado	Nº de óbitos por homicídios no ano considerado _____x100.000 População residente no ano considerado	51,57/100 mil óbitos por homicídio	SEMUSA/DVS SIM IBGE	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
40. Taxa de óbitos por acidente de trânsito (META 39)	Número de óbitos por acidente de trânsito por 100mil habitantes em determinado espaço geográfico no ano considerado	Nº de óbitos por acidente de trânsito no ano considerado _____x100.000 População residente no ano considerado	18,58/100 mil óbitos por acidente de trânsito	SEMUSA/DVS SIM IBGE	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
41. Taxa de acidentes de trânsito com vítimas não fatais (META 40)	Número de acidentes de trânsito com vítimas não fatais por 10 mil veículos em determinado espaço geográfico no ano considerado	Nº de acidentes de trânsito com vítimas não fatais _____ X 10 mil veículos Nº total de acidentes de trânsito no ano considerado	154,2/10 mil veículos	DETRAN	Avaliação: Anual

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

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
42. Proporção de absenteísmo para o exame de mamografia de rastreamento. (META 41)	Proporção de absenteísmo para exame de mamografia de rastreamento.	Número de usuária agendadas que realizaram mamografia de rastreamento _____x100 Número de usuária agendadas para o exame de mamografia de rastreamento	56,3%	SISREG/ SEMUSA	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
43. Número de exame de ecocardiograma (META 42)	Número de exame de Ecocardiograma ofertado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de exame de ecocardiograma realizado _____x100 2.200 exames /ano	Zero	SISREG/ SEMUSA	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
44. Número de exame de Holter (META 43)	Número de exame de Holter ofertado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de exame de Holter realizado _____x1001.300 exames /ano	Zero	SISREG/ SEMUSA	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
45. Número de exame de MAPA (monitorização ambulatorial de pressão arterial) (META 44)	Número de exame de MAPA (monitorização ambulatorial de pressão arterial) ofertado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de exame de MAPA realizado _____x100 2.640 exames /ano	Zero	SISREG/ SEMUSA	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
46. Número de Serviço de Apoio Diagnóstico - SADI implantado (MATA 45)	Número de Serviço de Apoio Diagnóstico - SADI implantado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de Serviço de apoio diagnóstico implantado	01	DMAC	Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
47. Número de centro especializado em reabilitação implantado (META 46)	Número de centro especializado em reabilitação implantado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de centro especializado em reabilitação implantado	Zero	DMAC	Avaliação: Anual
48. Número de Laboratório Municipal de Patologia estruturado (META 47)	Número de Laboratório Municipal de Patologia estruturado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de Laboratório Municipal de Patologia estruturado	Zero	CNES	Avaliação: Anual
49. Número de serviço de Anatomia Patológica Municipal habilitado (META 48)	Número de serviço de Anatomia Patológica Municipal habilitado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de serviço de Anatomia Patológica Municipal habilitado	zero	CNES	Avaliação: Anual
50. Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica (META 49)	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da Atenção Básica no ano _____total de CAPS habilitados) x 100 (Média mínima esperada: 12 registros por ano) Unidade de Medida: percentual (%)	Zero	Código do procedimento: 03.01.08.030-5 Matriciamento de Equipes da Atenção Básica registrado no BPAC do Sistema de Informação Ambulatorial – S.I.A-SUS	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anua

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
51. Número de unidade de acolhimento infanto juvenil habilitado (META 50)	Número unidade de acolhimento infanto juvenil para tratamento de crianças e adolescentes com dependência química no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial	Número de unidade de acolhimento infanto juvenil habilitado	zero	CNES	Avaliação: Anual
52. Percentual de funcionamento das ambulâncias do serviço móvel de urgência (META 51)	Percentual de funcionamento das ambulâncias do serviço móvel de urgência em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de ambulância em funcionamento _____x100 Número de ambulâncias cadastradas no CNES	30%	CNES SAMU/SEMUSA	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
53. Percentual de SAMU descentralizado (META 52)	Percentual de serviço descentralizado do SAMU em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de SAMU descentralizado _____x100 2	zero	CNES SAMU/SEMUSA	Avaliação: Anual
54. Percentual de estabelecimentos de saúde municipais com Sistema de Regulação do Serviço Móvel de Urgência (META 53)	Percentual de estabelecimentos de saúde municipais com Sistema de Regulação do Serviço Móvel de Urgência em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de estabelecimentos de saúde municipais com Sistema de Regulação do Serviço Móvel de Urgência _____x100 Número de estabelecimentos de saúde municipais	zero	DMAC/SEMUSA	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
55. Número de serviço de segurança do paciente implantado (META 54)	Número de serviço de segurança do paciente implantado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de serviço de segurança do paciente implantado	zero	SEMUSA	Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
56. Percentual de serviço de coleta de transporte de amostras biológicas implantado (META 55)	Percentual de serviço de coleta de transporte de amostras biológicas implantado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de serviço de coleta de transporte de amostras biológicas implantado _____x100 Número de estabelecimentos de saúde municipais	zero	DAF/SEMUSA	Avaliação: Anual
57. Número de Unidades de Saúde habilitadas como UPA (META 56)	Número de Unidades de Saúde habilitadas como UPA	Número de Unidades de Saúde habilitadas como UPA _____ 2 US (Unidade de Saúde de Jaci-Paraná e Policlínica Ana Adelaide)	2 UPA	DMAC	Avaliação: Anual
58. Número de serviços de apoio à urgência na zona rural (META 57)	Número de serviços de apoio à urgência na zona rural	Número de serviços de apoio à urgência na zona rural _____ 2 serviços de apoio à urgência	1 serviço de apoio à urgência	DMAC	Avaliação: Anual
59. Número de comitê municipal de urgência e emergência implantado (META 58)	Número de comitê municipal de urgência e emergência implantado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de comitê municipal de urgência e emergência implantado	Zero	DMAC/DAB/DVS/Gabinete	Avaliação: Anual

4º OBJETIVO: Potencializar o papel da regulação, do controle e da avaliação de produção ambulatorial e hospitalar otimizando a capacidade operacional dos serviços

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
60. Número de protocolo de regulação implantado (META 59)	Número de protocolo de regulação na Rede de Atenção à Saúde	Número de protocolo de regulação implantado	zero	DRAC/SEMUSA	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: anual
61. Percentual de parâmetros assistenciais avaliados (META 60)	Percentual de parâmetros assistenciais analisados	Número de parâmetros assistenciais avaliados _____X100 Número de parâmetros assistenciais definidos nos serviços de saúde programados	zero	DRAC/DAB/DMAC/SEMUSA	Monitoramento: mensal Avaliação: anual
62. Percentual de especialidades reguladas (META 61)	Percentual de especialidades reguladas em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de especialidades reguladas _____ X 100 Número de Especialidades existentes	Em fase de diagnóstico	DRAC/DAB/DMAC/SEMUSA	Monitoramento: mensal Avaliação: anual
63. Percentual de exames de imagem regulados (META 61)	Percentual de média e alta complexidade reguladas em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de exames de imagem regulados _____ X 100 Número de exames de imagem existentes	Em fase de diagnóstico	DRAC/DAB/DMAC/SEMUSA	Monitoramento: mensal Avaliação: anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
64. Percentual de Internações hospitalares reguladas (META 61)	Percentual de internações hospitalares reguladas em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de internações hospitalares regulados _____ X 100 Número de internações solicitadas	zero	DRAC/DAB/DMAC/SEMUSA	Monitoramento: mensal Avaliação: anual
65. Número de *Call Cente*r implantado (META 62)	Número de *Call C* em determinado espaço geográfico no ano considerado *ente*r implantado	Número de *Call Cente*r	zero	DRAC	Monitoramento: mensal Avaliação: anual

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

1º OBJETIVO: Manter a Cobertura de medicamentos em todas as unidades da rede municipal

2º OBJETIVO: promovendo o Uso Racional de Medicamentos – URM.

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
66. Percentual de medicamentos elencados na REMUME adquiridos na rede municipal de saúde. (META 63)	Percentual de medicamentos elencados na REMUME adquiridos na rede municipal de saúde conforme parâmetro municipal.	Nº de medicamentos adquiridos _____x100 Nº de medicamentos elencados na REMUME (parâmetro)	Em fase de diagnóstico	Sisfarma	Monitoramento: Mensal e quadrimestral Avaliação: anual
67. Percentual de abastecimento das Unidades de Saúde com os medicamentos elencados na REMUME vigentes. (META 64)	Percentual de abastecimento das Unidades de Saúde com os medicamentos elencados na REMUME vigentes em determinado espaço geográfico no ano considerado	Nº de medicamentos distribuídos _____x100 Nº de medicamentos adquiridos	Em fase de diagnóstico	Sisfarma	Monitoramento: Mensal e quadrimestral Avaliação: anual

3º OBJETIVO: Estruturar os serviços da Assistência Farmacêutica

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
68. Número de Unidades de Saúde ribeirinhas descentralizadas (META 65)	Número de Unidades de Saúde ribeirinhas descentralizadas como referência para dispensação de medicamentos na área ribeirinha.	Nº de Unidades de Saúde ribeirinhas descentralizadas _____x100 (Nº de Unidades de Saúde ribeirinhas programadas para serem estruturadas)	Zero	DAF	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: anual
69. Número de Unidades de Saúde rurais terrestre descentralizada (META 66)	Número de Unidades de Saúde rurais terrestre como referência para dispensação de medicamentos na área ribeirinha.	Nº de Unidades de Saúde rurais terrestre _____x100 (Nº de Unidades de Saúde rurais terrestre programadas para serem descentralizadas)	Zero	DAF	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: anual
70. Número de Unidades de Saúde urbana estruturadas (META 67)	Número de Unidades de Saúde urbana estruturadas como referência para dispensação de medicamentos na área ribeirinha.	Nº de Unidades de Saúde urbana estruturadas _____x100 (Nº de Unidades de Saúde Urbanas programadas para serem estruturadas)	Zero	DAF	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: anual
71. Número de farmácias regionalizadas (META 68)	Número de farmácias regionalizadas implantadas	Nº de farmácias regionalizadas _____ x100 8 (farmácias urbanas)	Zero	DAF	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: anual
72. Número de farmácias com consulta farmacêutica (META 69)	Número de farmácias com consulta farmacêutica em determinado espaço geográfico no ano considerado	Nº de farmácia com consulta farmacêutica _____X 100 Nº de farmácias existentes	Zero	DAF	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: anual

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

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

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
73. Proporção de vacinas selecionadas para crianças menores de dois anos de idade: Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10 valente (2ª dose), Poliomielite (3ªdose) e Tríplice viral (1ª dose)- com cobertura vacinal preconizada. (META 70)	Proporção de crianças menores de 2 anos de idades com registro em cartão de vacina de 3 doses da vacina Pentavalente, 2 doses da vacina Pneumocócica -10 valente, 3 doses da vacina contra a Poliomielite e 1 dose de vacina Tríplice viral.	Número total das vacinas selecionadas que alcançaram cobertura _____x100 4 vacinas selecionadas: Pentavalente, Pneumocócica – 10 valente, Poliomielite, Tríplice viral	75%	Numerador: SIPNI Denominador: SNASC	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
74. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos (META 71)	Crianças menores de 5 anos com diagnóstico de AIDS	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	1	Número absoluto de casos novos	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
75. Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina (META 72)	Proporção de cães vacinados em campanha em relação à população geral canina.	Número de cães vacinados em campanha _____x100 Estimativa da população canina	54%	Estimativa do censo populacional - IBGE	Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
76. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. (META 73)	Proporção de amostras de água para consumo humano analisadas quanto à coliformes fecais, cloro residual e turbidez.	Passo 1 – Número de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais, realizadas pela vigilância _____x100 Total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliformes totais **PCT** Passo 2 - Número de amostras de água examinadas para o parâmetro turbidez, realizadas pela vigilância _____X100 Total de amostras obrigatórias para o parâmetro turbidez. **PT** Passo 3 - Número de amostras de água examinadas para o parâmetro cloro residual livre, realizadas pela vigilância _____X100 Total de amostras obrigatórias para o parâmetro de cloro residual livre **PCRL** Passo 4 – somatório dos resultados anteriores com seus respectivos pesos 1,2 X PCT + 1,0 X PT + 1,0 X PCRL	128%	SISAGUA	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
77. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação. (META 74)	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação em relação ao número total de notificações	Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação. _____x 100 Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação.	66,7%	SINAN	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
78. Proporção de unidades de saúde com serviço de vigilância em saúde do trabalhador (META 75)	Proporção de unidades de saúde com serviço de vigilância em saúde do trabalhador relacionado ao número total de unidades de saúde	Número de unidades de saúde com serviço implantado _____x100 Total de unidades básicas de saúde	zero	DAB/DVS	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
79. Proporção de unidades de saúde com notificação de violências (violência doméstica, sexual e outras violências). (META 76)	Proporção de unidades de saúde com notificação de violências (violência doméstica, sexual e outras violências) em relação ao número de unidade de saúde	Número de unidades de saúde com serviço de notificação implantado _____x100 Total de unidades de saúde	12,42%	DAB/DMAC/DVS	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
80. Proporção de cura nos casos novos de tuberculose pulmonar positiva com confirmação laboratorial (META 77)	Proporção de cura nos casos novos de tuberculose pulmonar positiva com confirmação laboratorial em relação ao total de casos diagnosticados	Total de casos novos de tuberculose pulmonar positiva curados _____X 100 Total de casos novos de tuberculose pulmonar positiva diagnosticado	65,30%	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
81. Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar positiva com confirmação laboratorial. (META 78)	Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar positiva com confirmação laboratorial em determinado espaço geográfico no ano considerado	Numerador: Número de contatos examinados dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial, no período e local de residência avaliados.	21,90%	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
82. Proporção de surtos Investigados com doenças transmitidas por alimentos (META 79)	Proporção de surtos Investigados com doenças transmitidas por alimentos relacionados ao total de surtos notificados	Total de surtos investigados _____x100 Total de surtos notificados	100,00%	SINAN/DVS	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
83. Proporção de cura dos casos de Hanseníase na coorte de avaliação (META 80)	Proporção de cura dos casos de Hanseníase na coorte de avaliação em relação aos diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local.	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.	80,70%	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)	Avaliação: Anual
84. Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase. (META 81)	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes - Paucibacilar e Multibacilar.	Número de contatos dos casos novos de hanseníase examinados, por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes - Paucibacilar e Multibacilar. _____x100 Total de contatos dos casos novos de hanseníase registrados, por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes - Paucibacilar e Multibacilar.	57,00%	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)	Avaliação: Anual
85. Número de casos autóctones de malária. (META 82)	Número de casos de malária que se origina na região onde se manifesta	Somatório do número de exames positivos de malária (códigos B50 a B54 da CID – 10) por local provável de infecção, excluídas LVC.	2.870 casos	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica Malária (SIVEPMalária)	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
86. Índice de infestação predial (META 83)	Percentual de imóveis positivos em relação aos imóveis pesquisados feito por meio de pesquisa larvária, para conhecer o grau de infestação, dispersão e densidade por *Aedes aegypti* nas localidades	Número de Imóveis positivos _____ x100 Número de Imóveis pesquisados	1,2 (médio risco)	DVS	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: anual
87. Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial (META 84)	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial	1º passo – Cobertura por ciclo. Numerador: Número de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle da dengue. Denominador: Número de imóveis da base do Reconhecimento Geográfico (RG) atualizado. Fator de multiplicação: 100. 2º passo – Soma do número de ciclos com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados.	zero	Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (SISFAD). Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCD). Sistema próprio do estado ou município	Monitoramento: bimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
88. Percentual de grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano. (META 85)	Percentual de grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano Grupos de ações: 1) Cadastro de estabelecimentos sujeitos à Visa; 2) Inspeção em estabelecimentos sujeitos à Visa; 3) Atividades educativas para população; 4) Atividades educativas para o setor regulado; 5) Recebimento de denúncias; 6) Atendimento de denúncias; e (7) Instauração de processo administrativo sanitário.	- Se foram realizados até 6 grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias, aplicar o cálculo abaixo: (Número de grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias realizadas pelo município) / (6) X 100 - Se foram realizados os 7 grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias, a meta atingida será 100%.	100,00%	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIASUS/DATASUS	Monitoramento: semestral Avaliação: Anual
89. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados. (META 86)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados em determinado espaço geográfico no ano considerado	Total de óbitos de MIF investigados, no módulo de investigação do SIM _____x100 Total de óbitos de MIF no módulo de investigação do SIM.	82,87%	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação.	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
90. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados (META 87)	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados em determinado espaço geográfico no ano considerado.	Total de óbitos infantis e fetais investigados _____x100 Total de óbitos infantis e fetais notificados	50%	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação.	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
91. Proporção de óbitos maternos investigados (META 88)	Proporção de óbitos maternos investigados em determinado espaço geográfico no ano considerado	Total de óbitos maternos investigados _____x100 Total de óbitos maternos notificados	100,00%	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação.	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
92. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida. (META 89)	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Total de óbitos não fetais com causa básica definida* _____x100 Total de óbitos não fetais	93,10%	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
93. Número de testes de HIV, Hepatites Virais e VDRL realizado. (META 90).	Número de testes de HIV, Hepatites Virais e VDRL realizado por ano e município de residência.	Número de testes realizados para o diagnóstico de HIV, Hepatites Virais e VDRL realizado, por ano e município de residência. Observação: Considerar a "quantidade aprovada" dos seguintes procedimentos ambulatoriais:0202030296 pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 (western blot); 0202030300 pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 + HIV-2 (elisa); 0202031020 pesquisa de HIV-1 por imunofluorescencia; 0214010040 teste rapido para deteccao de HIV em gestante; e, 0214010058 teste rápido para detecção de infecção pelo HIV; 0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS); 0202030644 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE); 0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV); 0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG); 0202030806 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG); 0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM); 0202030911 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG); 0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG);0202030989 PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG); 0202031110 TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS; 0202031179 VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE; 0214010090 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C	HIV: 30.831 exames Hepatites virais: 65.120 exames VDRL: 35.952 exames	Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
94. Percentual de serviços de micologia implantados (META 91)	Percentual de serviços de micologia implantados em determinado espaço geográfico no ano considerado	Nº de serviço de micologia implantado _____X100 Nº de unidades existentes	zero	DAF/DAB/DEMAC	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
96. Número de plano de gerenciamento de resíduos de saúde implantado (META 92)	Número de plano de gerenciamento de resíduos de saúde implantado em determinado espaço geográfico no ano considerado	Nº de PGRSS implantado	Zero	SEMUSA	Monitoramento: semestral Avaliação: anual
97. Percentual de adultos com obesidade (META 93)	Percentual de adultos com obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30 kg/m2 ≥ 30 kg/m²) em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de adultos com obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30 kg/m2 ≥ 30 kg/m²) na faixa etária de 18 a 65 e+ anos _____ x 100 Número de adultos na faixa etária de 18 a 65 e+ anos	18,8%	VIGITEL	Avaliação: anual
98. Percentual de adultos que praticam atividades físicas de intensidade moderada, por semana no tempo livre (META 94)	Percentual de adultos que praticam atividades físicas de intensidade moderada, por semana no tempo livre em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de adultos que praticam atividades físicas de intensidade moderada, por semana no tempo livre, na faixa etária de 18 a 65 e+ anos _____x 100 Número de adultos na faixa etária de 18 a 65 e+ anos	45,5%	VIGITEL	Avaliação: anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
99. Percentual de adultos consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana (META 95)	Percentual de adultos consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana em determinado espaço geográfico no ano considerado	Número de adultos consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana, na faixa etária de 18 a 65 e+ anos _____x 100 Número de adultos na faixa etária de 18 a 65 e+ anos	63,4%	VIGITEL	Avaliação: anual

5ª DIRETRIZ – Fortalecimento da Gestão e Controle Social.

1º OBJETIVO: Fortalecer o controle social

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
100. Número de conselhos locais de saúde implantados (META 96)	Número de conselhos locais de saúde implantados	Número de CLS implantado _____ Número de CLS programado para implantar	Zero	DAB/CMSPV	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
101. Serviço de ouvidoria implantado (META 97)	Serviço de ouvidoria implantado	Número de serviço de ouvidoria implantado	Zero	GABINETE	Avaliação: Anual
102. Percentual de Conferência Municipais realizadas (META 98)	Percentual de realização de Conferência Municipais propostas pelo Conselho Nacional de Saúde	Número de CMS realizadas _____X100 Número de CMS programada	100%	CMSPV/ASTEC/ DEPARTAMENTO DA ÁREA AFIM	Avaliação: Anual
103. Número de sede do Conselho Municipal de Saúde implantada (META 99)	Número de sede do Conselho Municipal de Saúde implantada	Número de sede do Conselho Municipal de Saúde implantada	Zero	CMS/SEMUSA	Avaliação: Anual
104. Número de recursos humanos lotados no Conselho Municipal de Saúde (META 100)	Número de recursos humanos lotados no Conselho Municipal de Saúde	Número de recursos humanos lotados no Conselho Municipal de Saúde	3	RH/SEMUSA	Avaliação: Anual
105. Percentual de Conselheiros Municipais capacitados para o controle social (META 101)	Percentual de Conselheiros Municipais capacitados para o controle social, no ano	Número de Conselheiros Municipais capacitados para o controle social no ano _____ x100 Número total de Conselheiros existentes no ano	-	CMS	Avaliação: Anual

2º OBJETIVO: Fortalecer a gestão do trabalho

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
106. Percentual de Núcleos de Educação Permanente Descentralizados certificado (META 102)	Percentual de Núcleos de Educação Permanente Descentralizados certificados	Número de NEP descentralizados certificados _____x 100 Número de NEP descentralizados	Zero	NUGEP	Avaliação: Anual
107. Percentual de COAPES implantado (META 103)	Percentual de COAPES implantado com as Instituições de Ensino Superior e Técnico	Número de IES com COAPES _____x100 Número de IES existentes	Zero	NUGEP	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
108. Número de cursos de aperfeiçoamento oferecidos (META 104)	Número de cursos de aperfeiçoamento oferecidos em determinado local e período	Número de cursos de aperfeiçoamento oferecidos (Ensino Técnico, Pós-Graduação e/ou Mestrado)	2	NUGEP/DAB/DMAC/DVS	Monitoramento: semestral Avaliação: Anual
109. Número de Comissão de Residência Multiprofissional implantada (META 105)	Número de Comissão de Residência multiprofissional implantada	Número de Comissão de Residência multiprofissional implantada	Zero	NUGEP/DAB	Avaliação: Anual

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
110. Número de Pós-Graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família e em Enfermagem Obstétrica (META 106)	Número de Pós-Graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Enfermagem Obstétrica	Número de Pós-Graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Enfermagem Obstétrica	Zero	NUGEP/DAB/DEMAC	Avaliação: Anual
111. Percentual de ações de educação permanente (META 107)	Percentual de ações de educação permanente pactuadas no Plano Regional	Número de ações de educação permanente realizada _____X100 Número de ações de educação permanente pactuadas no Plano Regional	Zero	NUGEP	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
112. Percentual de pontos de telessáude instalados(META 108)	Percentual de pontos de telessáude instalados.	Número de pontos de telessaúde _____x100 20	Zero	DAB	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: Anual
113. Número de sede própria da Secretaria Municipal de Saúde (META 109)	Número de sede própria da Secretaria Municipal de Saúde	Número de sede própria da Secretaria Municipal de Saúde	Zero (atualmente Sede Semusa é alugada)	SEMUSA	Avaliação: Anual

3º OBJETIVO: Monitorar e avaliar o processo de desenvolvimento e de trabalho da rede de atenção à saúde

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	SITUAÇÃO ATUAL DO INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	PERIODICIDADE
114. Número de Grupo Técnico Intersetorial de monitoramento do processo de desenvolvimento e de trabalho da rede de atenção à saúde (META 110)	Número de Grupo Técnico Intersetorial de monitoramento do processo de desenvolvimento e de trabalho da rede de atenção à saúde	Número de Grupo Técnico Intersetorial de monitoramento do processo de desenvolvimento e de trabalho da rede de atenção à saúde	Zero	SEMUSA	Avaliação: Anual

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXOS

ANEXO A – PROJETO OFICINA FERRAMENTA DE GESTÃO

PROJETO: OFICINA FERRAMENTAS DE GESTÃO

ORIGEM: ASPLAN
NUGEP – NÚCLEO GESTOR DA EDUCAÇÃO PERMANENTE
EIXO - 3 TREINAMENTO EM SERVIÇO
CARACTERIZAÇÃO: OFICINA
TÍTULO: CONHECENDO E ELABORANDO UM PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES GERAIS DO EVENTO	
Local: Auditório do espaço SEMUSA, Refeitório e Salas de reunião	
Período de Realização: 19,20 e 21 de Julho de 2017	
Início: 08h00min	Término: 18h00min

INTRODUÇÃO

O planejamento no setor de saúde se apresenta como um relevante mecanismo de gestão para orientar o processo de consolidação dos serviços oferecidos pelo SUS. Compete assim aos gestores o ato de imprimir esforços para planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde, de modo que se possa aplicar e usufruir de toda a potencialidade do processo de planejamento. Todas as secretarias municipais de saúde precisam planejar as suas ações em conformidade às recomendações do Ministério da Saúde-MS, para tanto se faz necessário a utilização de ferramentas já preconizadas para instrumentalizar a gestão sendo: Plano Municipal de Saúde – PMS, Plano Plurianual – PPA, Relatório Anual de Gestão – RAG, Programação Anual de Saúde –

PAS, Lei Orçamentária Anual – LOA e Lei de Diretrizes Orçamentária – LDO. Tais ferramentas precisam ser de inteiro domínio dos profissionais diretamente inseridos no processo de planejamento de forma que todos esses atores estejam aptos a operar cada ferramenta de forma adequada e responsável. Esta capacitação é continuada, pois a mesma segue o rito do PlanejaSUS,logo, a mesma irá acompanhar os períodos das ferramentas de Gestão.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

METODOLOGIA

DESENVOLVIMENTO

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

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

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

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

Horário	Tema	Apresentação
08h00min	Noções básicas de orçamento	Carla Canamari
10h00min	Café com prosa	
10h15min	Estruturação de indicadores do SUS	Ms. Marcuce Antônio
12h00min	Intervalo para almoço	
14h00min	Definição dos indicadores de acompanhamento e avaliação	Tutores
16h30min	Café com prosa	
16h45min	Definição dos indicadores de acompanhamento e avaliação	Tutores
18h00min	Encerramento	

Dia 26/07/2017		
Horário	**Tema**	**Apresentação**
08h00min	Formatação final do PMS	Tutores
10h00min	Café com prosa	
10h15min	Formatação final do PMS	Tutores
12h00min	Café com prosa	
12h15min	Formatação final do PMS	Tutores
14h00min	Encerramento	

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

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

convocação				
Total Geral (R$)				

MATERIAIS DE CONSUMO				
Especificações dos Materiais	**Qtd.**	**Custos (R$)**	**Fonte Pagadora**	
		Unitário	**Total**	**Órgão**
Fita Adesiva				SEMUSA
Pasta com Elástico		2,50		SEMUSA
Bloco de Anotações		3,00		SEMUSA
Caneta		1.00		SEMUSA
Lápis		1,00		SEMUSA
Pincel de quadro branco	05	2,00	10,00	SEMUSA
Papel Madeira				SEMUSA
Pincel Atômico				SEMUSA
Lanches				SEMUSA
Água				SEMUSA
Copos Descartáveis				SEMUSA
Total Geral (R$)	10,50 R$			

MATERIAIS PERMANENTES DISPONÍVEIS	
Materiais	**Quantidade**
Projetor Multimídia	1
Tela de Projeção	1
Caixa Amplificadora	1

SERVIÇO TÉCNICO ADMINISTRATIVO NECESSÁRIO	
Transporte dos Palestrantes	
Transporte de Materiais	
Coffe Black	**X**
Auditório	**X**
Mesas e Cadeiras	

Outros	

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A avaliação da Atividade será realizada levando em consideração a assiduidade e participação do servidor durante todas atividades realizadas. Adicionalmente, também será avaliada a participação de cada profissional por meio de um questionário, no qual constarão perguntas pertinentes com o tema abordado no evento, bem como, será elaborado um questionário para os participantes preencherem, no sentido de pontuarem criticamente o impacto do evento sobre sua formação profissional, principalmente, a forma como foi planejado o evento, descrevendo os pontos positivos e negativos observados.

CERTIFICADOS

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

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

LUCIENE CARVALHO PIEDADE
Coordenação do NUGEP/Eixo 3

Porto Velho, 29 de junho de 2017.

ANEXO B - INSTRUMENTO DE CONSTRUÇÃO DO MAPA ORGANIZACIONAL

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

INSTRUMENTO DE CONSTRUÇÃO

NOME: _____
Setor:_____ **Função:**_____

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

SUGESTÃO:
_____
_____
_____
_____

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

SUGESTÃO:
_____
_____
_____
_____

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

SUGESTÃO:
_____
_____
_____
_____

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

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

ANEXO C - PLANILHA DE CONSTRUÇÃO DE PROBLEMAS E OBJETIVOS PRIORITÁRIOS

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

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

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

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

5ª DIRETRIZ – Fortalecimento da Gestão e Controle Social.	
Recurso Orçamentário programado para quadriênio:	**R$ 877.228.186,00**
PROBLEMAS PRIORITÁRIOS	**OBJETIVOS**
Incompatibilidade dos recursos com a necessidade real e fragilidade no processo de gestão de pessoas. Dificuldade de acesso da população ao atendimento na AB. Falta de estratificação de risco dos usuários dos grupos prioritários: HAS, DM, crianças.	**1º OBJETIVO:** Reestruturar e integrar a rede de atenção à saúde do município, com ênfase na área materno-infantil e crônicas de Porto Velho.
Inexistência de conselhos locais de saúde. Inexistência de ouvidoria instituída na SEMUSA. NEP sem certificação. Falta de COAPES entre SEMUSA e instituições de ensino superior, Falta de ações de educação permanente. Necessidade de organizar residência multiprofissional em saúde da família. Ampliar rede de apoio para AB.	**2º OBJETIVO:** Fortalecer a gestão do trabalho e o controle social.

ANEXO D – AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

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

Área: Zona Norte e Central de Porto Velho

I - Identificação

Data: 01/08/2017 **Horário** das 8h às 12h

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

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

II – Metodologia

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

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

3º Momento: Apresentação dos produtos dos grupos.

III - PROPOSTAS:

GRUPO 1

1. Abrangência e inclusão do painel de transparência dos recursos básicos de saúde
2. Implantação de 100% de agua tratada no município de Porto Velho;
3. Blindagem dos recursos direcionados a atenção primaria através de leis especificas ou decreto;
4. Implantação de fossas sépticas (sustentáveis);
5. Ampliação das unidades de saúde, (restruturação das unidades)
6. Requalificação de RH e mais contratação de profissionais;
7. Aquisição de veículos (principalmente nas unidades que tem territórios em zona rural);

8. Organização e divulgação de encaminhamento dentro da rede de saúde
9. Criação de parceria com a Secretaria de Educação no intuito de facilitar o acesso das equipes de saúde;
10. Criação de parcerias com as faculdades e cursos técnicos
11. Aquisição de recursos tecnológicos tais como tablets com a finalidade agilizar informação dos ACS;
12. Aquisição de EPIs, e material de trabalho tais como balanças, ferramentas de triagem e puericultura, fardamentos, etc;
13. Estratégias de parceria entre o público e privado para especialidades médicas e exames específicos, por meios de incentivos fiscais para redução de custos.

GRUPO 2

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

AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

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

Área: Zona Sul de Porto Velho

I – Identificação

Data: 02/08/2017 **Horário** das 8h às 12h

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

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

II – Metodologia

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

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

3º Momento: Apresentação dos produtos dos grupos.

PROPOSTAS:

Grupo 1

1. Reestruturar o território das USF, facilitando o acesso para os moradores dos bairros da zona sul;
2. Melhorar a qualidade do sinal de internet nas USF;
3. Reestruturação do Sistema E-SUS;
4. Tablets para os ACS facilitarem o agendemanto;
5. Adaptar algumas unidades de saúde da zona sul, como pólo ambulatorial (com profissionais médicos, enfermeiros e técnicos) manhã e tarde; sugestão da antiga unidade Nova Floresta;

6. Garantir os EPIs para os ACS;
7. Aquisição de veículos nas USFs, tendo em vista a cobrança do Ministério Público - MP quanto as visitas domiciliares de acompanhamentos das eSF.

GRUPO 2

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

AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

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

Área: Zona Leste de Porto Velho

I – Identificação

Data: 03/08/2017 Horário das 8h às 12h

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

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

II – Metodologia

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

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

3º Momento: Apresentação dos produtos dos grupos.

PROPOSTAS:

GRUPO 1

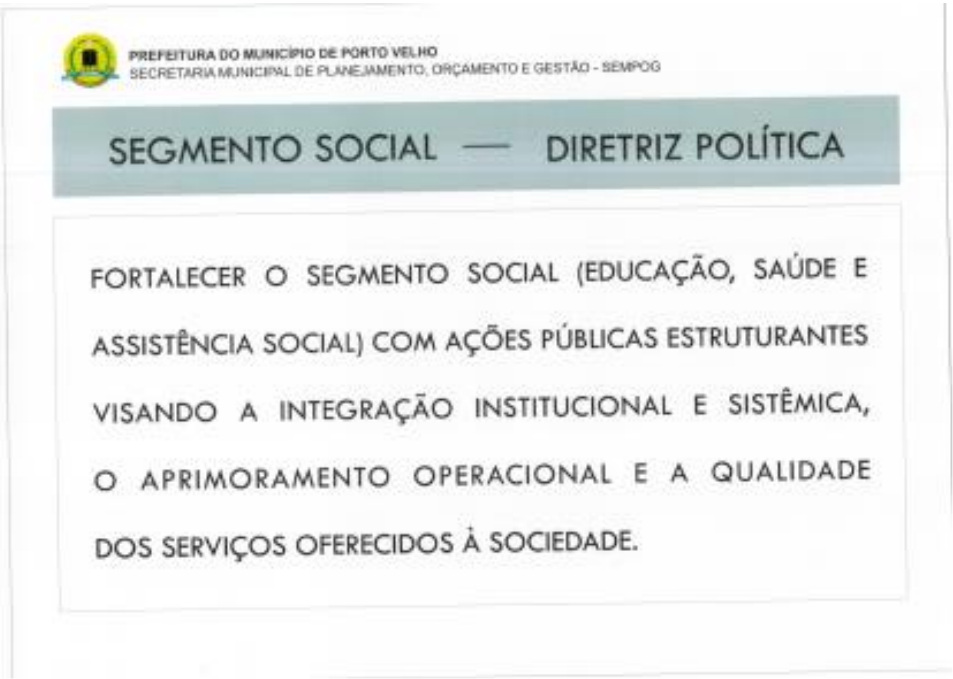
1. Garantir técnicos especializados para manutenção de equipamentos e evitando o desperdício do material;

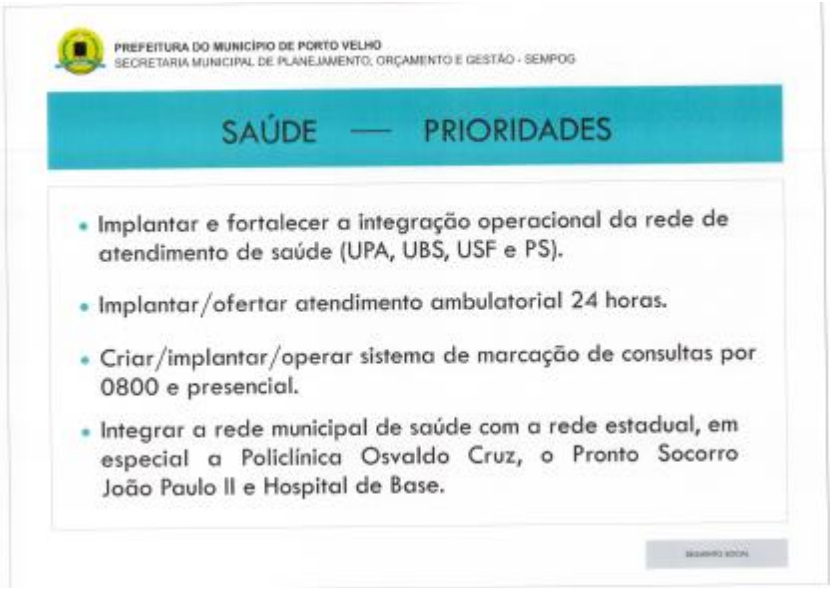
2. Retorno dos mutirões com agenda fixa anual para do PSF, para facilitar os atendimentos aos usuários do SUS;
3. Garantir os componentes completos das equipes de PSF e implantação de equipes de suporte coordenadas pelas IES;
4. Garantir parcerias com instituições privadas em termo de profissionais,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

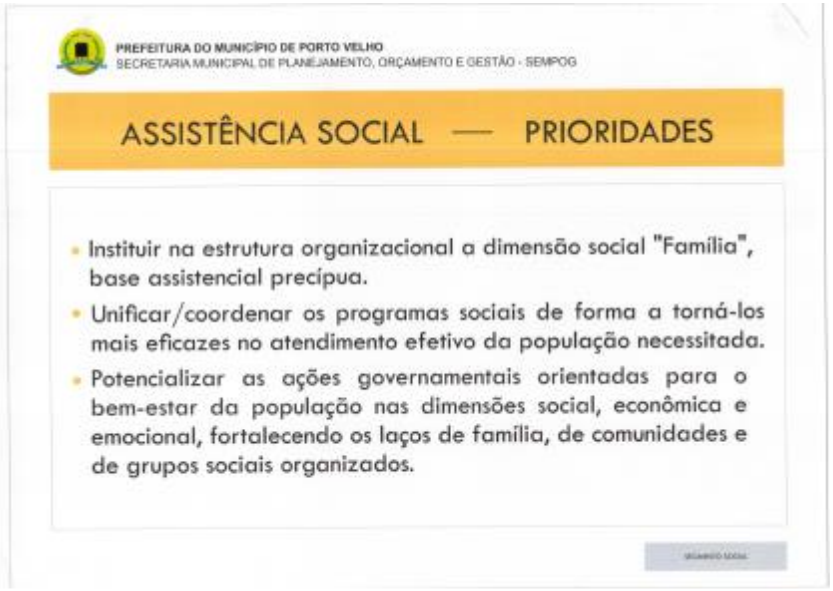
GRUPO 2

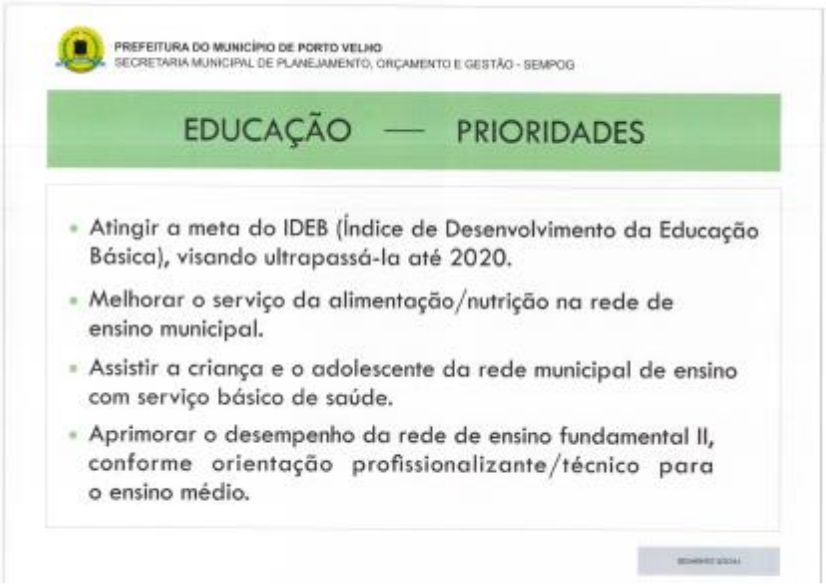
1. Criar centros de atendimentos básicos em prédios inutilizados e das associações, com o gereciamento pelo município e a operacionalização pelas faculdades e tornar os mesmos em centros de educação para a comunidade e a produção de relatórios para a secretaria com retorno para população;
2. Aparelhamentos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

ANEXO E – PLANO DE GOVERNO




PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO - SEMPOG
SAÚDE — PRIORIDADES
• Implantar e fortalecer a integração operacional da rede de atendimento de saúde (UPA, UBS, USF e PS).
• Implantar/ofertar atendimento ambulatorial 24 horas.
• Criar/implantar/operar sistema de marcação de consultas por 0800 e presencial.
• Integrar a rede municipal de saúde com a rede estadual, em especial a Policlínica Osvaldo Cruz, o Pronto Socorro João Paulo II e Hospital de Base.


PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO - SEMPOG
ASSISTÊNCIA SOCIAL — PRIORIDADES
• Instituir na estrutura organizacional a dimensão social "Família", base assistencial precípua.
• Unificar/coordenar os programas sociais de forma a torná-los mais eficazes no atendimento efetivo da população necessitada.
• Potencializar as ações governamentais orientadas para o bem-estar da população nas dimensões social, econômica e emocional, fortalecendo os laços de família, de comunidades e de grupos sociais organizados.


PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO - SEMPOG
EDUCAÇÃO — PRIORIDADES
Atingir a meta do IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica), visando ultrapassá-la até 2020.
Melhorar o serviço da alimentação/nutrição na rede de ensino municipal.
Assistir a criança e o adolescente da rede municipal de ensino com serviço básico de saúde.
Aprimorar o desempenho da rede de ensino fundamental II, conforme orientação profissionalizante/técnico para o ensino médio.

ANEXO F – Plano plurianual – PPA 2018-2021

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **316 - MEDICAMENTO CONSCIENTE**
Objetivo: Promover o Uso Racional de Medicamentos

Público-Alvo: Usuários do SUS do Município de Porto Velho das zonas urbanas e rural

Justificativa: A Assistência Farmacêutica poderá proporcionar melhorias significativas que atendem a maioria das necessidades da população que utilizam os serviços de saúde da atenção básica. A seleção de medicamentos referente aos 352 itens elencados na REMUME (e suas atualizações) dentro da logística de aquisição e distribuição de medicamentos deverá promover o uso racional dos medicamentos dispensados considerando a efetividade no tratamento.

Tipo:

Horizonte Temporal: Início: Término:

Total do Programa por Fonte de Recurso (Dados Financeiros em R$)	2018	2019	2020	2021	TOTAL
01.07 - Recursos do Tesouro - Transferência de Recursos do Sistema Único de Saúde - SUS	4.146.816	4.164.816	4.182.816	4.200.816	16.695.264
01.23 - Cota-parte da Compensação Financeira dos Recursos Hídricos	1.766.672	1.646.672	1.806.672	1.806.672	7.026.688
TOTAL DO PROGRAMA	5.913.488	5.811.488	5.989.488	6.007.488	23.721.952

INDICADORES DO PROGRAMA

Indicador (Unidade de Medida)	Índice mais Recente	Data de Apuração	Índice Esperado ao Longo do PPA				Fonte / Base Geográfica de Apuração do Índice / Periodicidade / Base do Cálculo
			2018	2019	2020	2021	
Taxa de itens de medicamentos com estoque regular da remume	59%	09/08/2017	70%	75%	80%	85%	Fonte: Sisfarma Base Geográfica: Municipal Periodicidade: Anual Fórmula de Cálculo: Cálculo avaliado pelos quantitativo de itens elencados na remume através do Sistema hórus e/ou sisfarma, itens em falta no estoque
Taxa de de itens medicamentos em falta da remume	41%	09/08/2017	30%	25%	20%	15%	Fonte: Sisfarma Base Geográfica: Municipal Periodicidade: Anual Fórmula de Cálculo: Cálculo avaliado pelos quantitativo de itens elencados na remume através do sistema hórus e/ou sisfarma, itens em falta no estoque
Taxa de atendimentos aos usuários nas farmácias municipais							Fonte: Sisfarma Base Geográfica: Municipal Periodicidade: Anual Fórmula de Cálculo: Cálculo avaliado pelo quantitativo atendimentos aos usuários nas farmácias municipais através do sistema sisfarma

88

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **316 - MEDICAMENTO CONSCIENTE**
Objetivo: Promover o Uso Racional de Medicamentos

Público-Alvo: Usuários do SUS do Município de Porto Velho das zonas urbanas e rural

Justificativa: A Assistência Farmacêutica poderá proporcionar melhorias significativas que atendem a maioria das necessidades da população que utilizam os serviços de saúde da atenção básica. A seleção de medicamentos referente aos 352 itens elencados na REMUME (e suas atualizações) dentro da logística de aquisição e distribuição de medicamentos deverá promover o uso racional dos medicamentos dispensados considerando a efetividade no tratamento.

Tipo:
Horizonte Temporal: Início: Término:

AÇÕES, PRODUTOS, METAS FÍSICAS E VALORES ANUAIS DO PROGRAMA

Em R$ 1,00

Código	Ação / Produto (Bem ou Serviço)	Unidade de Medida	Tipo de Ação	Tipo de Orçamento	Forma de Implementação da Ação	Base Legal	Fonte de Recurso	Natureza da Despesa	Meta Física / Financeira 2018	2019	20120	2021	TOTAL
08.31.10.301.316.2.827	Aquisição de medicamentos da assistência farmacêutica	%	Atividade	SEG	Direta	Portaria MS 1.555/2013; Portaria GMMS nº 204/2007			80	85	90	95	350
	SISTEMA REESTRUTURADO												
							01.07	3.3.90.30	4.059.816	4.059.816	4.059.816	4.059.816	16.239.264
							01.23	3.3.90.30	1.206.672	1.206.672	1.206.672	1.206.672	4.826.688
							TOTAL		5.266.488	5.266.488	5.266.488	5.266.488	21.065.952
08.31.10.301.316.2.829	Estruturação da assistência farmacêutica	Und	Atividade	SEG	Direta	"Lei Federal 5.991/73; Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990; Portaria GMMS nº 3.986/1998			4	3	4	4	15
	SISTEMA REESTRUTURADO												
							01.23	4.4.90.51	360.000	240.000	400.000	400.000	1.400.000
							01.23	4.4.90.52	200.000	200.000	200.000	200.000	800.000
							TOTAL		560.000	440.000	600.000	600.000	2.200.000
08.31.10.301.316.2.861	Manutenção da assistência farmacêutica	%	Atividade	SEG	Direta	"Lei Federal 5.991/73; Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990; Portaria GMMS nº 3.986/1998			80	85	90	95	350
	SISTEMA REESTRUTURADO												
							01.07	3.3.90.14	24.000	30.000	36.000	42.000	132.000
							01.07	3.3.90.30	24.000	30.000	36.000	42.000	132.000
							01.07	3.3.90.36	15.000	15.000	15.000	15.000	60.000

89

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **316 - MEDICAMENTO CONSCIENTE**
Objetivo: Promover o Uso Racional de Medicamentos

Público-Alvo: Usuários do SUS do Município de Porto Velho das zonas urbanas e rural

Justificativa: A Assistência Farmacêutica poderá proporcionar melhorias significativas que atendem a maioria das necessidades da população que utilizam os serviços de saúde da atenção básica. A seleção de medicamentos referente aos 352 itens elencados na REMUME (e suas atualizações) dentro da logística de aquisição e distribuição de medicamentos deverá promover o uso racional dos medicamentos dispensados considerando a efetividade no tratamento.

Tipo:

Horizonte Temporal: Início: Término:

AÇÕES, PRODUTOS, METAS FÍSICAS E VALORES ANUAIS DO PROGRAMA

Em R$ 1,00

Código	Ação / Produto (Bem ou Serviço)	Unidade de Medida	Tipo de Ação	Tipo de Orçamento	Forma de Implementação da Ação	Base Legal	Fonte de Recurso	Natureza da Despesa	Meta Física / Financeira				
									2018	2019	20120	2021	TOTAL
							01.07	3.3.90.39	24.000	30.000	36.000	42.000	132.000
							TOTAL		87.000	105.000	123.000	141.000	456.000

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **317 - ATENÇÃO BÁSICA MAIS PERTO DE VOCÊ**
Objetivo: Fortalecer a atenção básica como ação prioritária da Secretaria Municipal de Saúde.

Público-Alvo: Usuários do SUS do Município de Porto Velho das zonas urbanas e rural

Justificativa: A Atenção Básica (AB) é uma forma de organização do modelo de atenção à saúde, uma estratégia de integração dos serviços segundo as necessidades em saúde da população. Em sua forma mais ampliada, é a porta preferencial de entrada do sistema e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo (Brasil, 2011). Estudos mostram que a Atenção Básica tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integra os cuidados de saúde no contexto de vida

Tipo:

Horizonte Temporal: Início: Término:

Total do Programa por Fonte de Recurso (Dados Financeiros em R$)	2018	2019	2020	2021	TOTAL
01.02 - Recursos do Tesouro - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde	1.181.641	1.223.413	1.291.931	1.350.912	5.047.897
01.07 - Recursos do Tesouro - Transferência de Recursos do Sistema Único de Saúde - SUS	13.211.985	13.551.401	14.047.315	14.487.421	55.298.122
01.23 - Cota-parte da Compensação Financeira dos Recursos Hídricos	1.180.000	1.185.000	1.190.000	1.195.000	4.750.000
01.94 - Recursos do Tesouro - Remuneração de Depósitos Bancários	700.110	750.000	680.920	672.540	2.803.570
TOTAL DO PROGRAMA	16.273.736	16.709.814	17.210.166	17.705.873	67.899.589

INDICADORES DO PROGRAMA

Indicador (Unidade de Medida)	Índice mais Recente	Data de Apuração	Índice Esperado ao Longo do PPA				Fonte / Base Geográfica de Apuração do Índice / Periodicidade / Base do Cálculo
			2018	2019	2020	2021	
Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	61%	02/08/2017	61%	61%	61%	61%	Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Base Geográfica: Municipal Periodicidade: Anual Fórmula de Cálculo: "Método de cálculo municipal/estadual/regional: (Nº de eSF x 3.450 + (Nº eAB + Nº eSF equivalente) em determinado local e
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	49,94%	01/08/2017	49,94%	49,94%	49,94%	49,94%	Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Base Geográfica: Municipal Periodicidade: Anual Fórmula de Cálculo: "((nº eSB*3.450)+(nº eSB equivalentes*3.000)) em determinado local e período

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **317 - ATENÇÃO BÁSICA MAIS PERTO DE VOCÊ**
Objetivo: Fortalecer a atenção básica como ação prioritária da Secretaria Municipal de Saúde.

Público-Alvo: Usuários do SUS do Município de Porto Velho das zonas urbanas e rural

Justificativa: A Atenção Básica (AB) é uma forma de organização do modelo de atenção à saúde, uma estratégia de integração dos serviços segundo as necessidades em saúde da população. Em sua forma mais ampliada, é a porta preferencial de entrada do sistema e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo (Brasil, 2011). Estudos mostram que a Atenção Básica tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integra os cuidados de saúde no contexto de vida

Tipo:

Horizonte Temporal: Início: Término:

AÇÕES, PRODUTOS, METAS FÍSICAS E VALORES ANUAIS DO PROGRAMA

Em R$ 1,00

Código	Ação / Produto (Bem ou Serviço)	Unidade de Medida	Tipo de Ação	Tipo de Orçamento	Forma de Implementação da Ação	Base Legal	Fonte de Recurso	Natureza da Despesa	Meta Física / Financeira 2018	2019	20120	2021	TOTAL
08.31.10.301.317.2.862	Manutenção dos serviços do Centro de Especialidades Odontológicas	%	Atividade	SEG	Direta				80	85	90	95	350
	SISTEMA REESTRUTURADO												
							01.07	3.3.90.14	10.000	15.000	20.000	25.000	70.000
							01.07	3.3.90.30	143.000	148.000	153.000	158.000	602.000
							01.07	3.3.90.33	20.000	25.000	30.000	35.000	110.000
							01.07	3.3.90.36	15.000	20.000	25.000	30.000	90.000
							01.07	3.3.90.39	160.000	165.000	170.000	175.000	670.000
							01.23	4.4.90.52	180.000	185.000	190.000	195.000	750.000
							TOTAL		528.000	558.000	588.000	618.000	2.292.000
08.31.10.301.317.2.864	Manutenção dos serviços das Unidades Básicas de Saúde	%	Atividade	SEG	Direta				80	85	90	95	350
	AÇÕES REALIZADAS												
							01.07	3.1.90.09	6.685	6.921	7.309	7.643	28.558
							01.07	3.1.90.11	6.888.209	7.131.714	7.531.133	7.874.952	29.426.008
							01.07	3.1.90.16	19.091	19.766	20.873	21.826	81.556
							01.02	3.1.91.13	1.181.641	1.223.413	1.291.931	1.350.912	5.047.897
							01.07	3.3.90.30	1.930.000	1.940.000	1.950.000	1.960.000	7.780.000
							01.07	3.3.90.32	350.000	350.000	350.000	350.000	1.400.000
							01.07	3.3.90.39	2.800.000	2.805.000	2.810.000	2.815.000	11.230.000

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **317 - ATENÇÃO BÁSICA MAIS PERTO DE VOCÊ**
Objetivo: Fortalecer a atenção básica como ação prioritária da Secretaria Municipal de Saúde.

Público-Alvo: Usuários do SUS do Município de Porto Velho das zonas urbanas e rural

Justificativa: A Atenção Básica (AB) é uma forma de organização do modelo de atenção à saúde, uma estratégia de integração dos serviços segundo as necessidades em saúde da população. Em sua forma mais ampliada, é a porta preferencial de entrada
do sistema e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo (Brasil, 2011). Estudos mostram que a Atenção Básica tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integra os cuidados de saúde no contexto de vida

Tipo:

Horizonte Temporal: Início: Término:

AÇÕES, PRODUTOS, METAS FÍSICAS E VALORES ANUAIS DO PROGRAMA

Em R$ 1,00

Código	Ação / Produto (Bem ou Serviço)	Unidade de Medida	Tipo de Ação	Tipo de Orçamento	Forma de Implementação da Ação	Base Legal	Fonte de Recurso	Natureza da Despesa	Meta Física / Financeira 2018	2019	20120	2021	TOTAL
							01.94	3.3.90.48	700.110	750.000	680.920	672.540	2.803.570
							01.23	4.4.90.52	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	4.000.000
							TOTAL		14.875.736	15.226.814	15.642.166	16.052.873	61.797.589
08.31.10.301.317.2.665	Aperfeiçoamento dos serviços das Unidades Básicas de Saúde	Und	Atividade	SEG	Direta				80	90	90	90	350
	AÇÕES REALIZADAS												
							01.07	3.3.90.14	90.000	95.000	100.000	105.000	390.000
							01.07	3.3.90.30	50.000	55.000	60.000	65.000	230.000
							01.07	3.3.90.33	30.000	35.000	40.000	45.000	150.000
							01.07	3.3.90.39	50.000	55.000	60.000	65.000	230.000
							TOTAL		220.000	240.000	260.000	280.000	1.000.000
08.31.10.301.317.2.666	Implantar um núcleo de apoio à saúde da Família – NASF na zona leste	%	Atividade	SEG	Direta				80	85	90	95	350
	SISTEMA REESTRUTURADO												
							01.07	3.3.90.14	20.000	25.000	30.000	35.000	110.000
							01.07	3.3.90.30	100.000	105.000	110.000	115.000	430.000
							01.07	3.3.90.36	20.000	25.000	30.000	35.000	110.000
							01.07	3.3.90.39	100.000	105.000	110.000	115.000	430.000

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **317 - ATENÇÃO BÁSICA MAIS PERTO DE VOCÊ**
Objetivo: Fortalecer a atenção básica como ação prioritária da Secretaria Municipal de Saúde.

Público-Alvo: Usuários do SUS do Município de Porto Velho das zonas urbanas e rural

Justificativa: A Atenção Básica (AB) é uma forma de organização do modelo de atenção à saúde, uma estratégia de integração dos serviços segundo as necessidades em saúde da população. Em sua forma mais ampliada, é a porta preferencial de entrada
do sistema e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo (Brasil, 2011). Estudos mostram que a Atenção Básica tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integra os cuidados de saúde no contexto de vida

Tipo:

Horizonte Temporal: Início: Término:

AÇÕES, PRODUTOS, METAS FÍSICAS E VALORES ANUAIS DO PROGRAMA

Em R$ 1,00

Código	Ação / Produto (Bem ou Serviço)	Unidade de Medida	Tipo de Ação	Tipo de Orçamento	Forma de Implementação da Ação	Base Legal	Fonte de Recurso	Natureza da Despesa	Meta Física / Financeira				
									2018	2019	20120	2021	TOTAL
							TOTAL		240.000	260.000	280.000	300.000	1.080.000
08.31.10.301.317.2.667	Manutenção da Rede de Frio Municipal de Porto Velho	%	Atividade	SEG	Direta				80	85	90	95	350
	SISTEMA REESTRUTURADO												
							01.07	3.3.90.14	30.000	35.000	40.000	45.000	150.000
							01.07	3.3.90.30	220.000	225.000	230.000	235.000	910.000
							01.07	3.3.90.39	80.000	85.000	90.000	95.000	350.000
							01.07	4.4.90.52	80.000	80.000	80.000	80.000	320.000
							TOTAL		410.000	425.000	440.000	455.000	1.730.000

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **329 - INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO SAÚDE**
Objetivo: Reestruturar e integrar a rede de atenção a saúde do município de Porto Velho.

Público-Alvo: Usuários do SUS do Município de Porto Velho das zonas urbanas e rural

Justificativa: As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010). A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS.

Tipo:

Horizonte Temporal: Início: Término:

Total do Programa por Fonte de Recurso (Dados Financeiros em R$)	2018	2019	2020	2021	TOTAL
01.07 - Recursos do Tesouro - Transferência de Recursos do Sistema Único de Saúde - SUS	25.906.644	25.608.195	26.131.842	26.562.430	104.209.111
01.23 - Cota-parte da Compensação Financeira dos Recursos Hídricos	3.412.000	6.049.301	5.491.221	7.731.373	22.683.895
TOTAL DO PROGRAMA	29.318.644	31.657.496	31.623.063	34.293.803	126.893.006

INDICADORES DO PROGRAMA

Indicador (Unidade de Medida)	Índice mais Recente	Data de Apuração	Índice Esperado ao Longo do PPA				Fonte / Base Geográfica de Apuração do Índice / Periodicidade / Base do Cálculo
			2018	2019	2020	2021	
Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de atenção básica	0%	01/08/2017	100%	100%	100%	100%	Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Base Geográfica: Municipal Periodicidade: Anual Fórmula de Cálculo: *Método de cálculo municipal/estadual/regional: (Nº de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da
Percentual de atendimento nas unidades de pronto atendimento de classificação de risco	75%	02/08/2017	70%	68%	65%	60%	Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Base Geográfica: Municipal Periodicidade: Anual Fórmula de Cálculo: Número de atendimentos classificados nas UPAS -verde e azul _População atendida nos Pronto Atendimentos
Percentual de atendimento da maternidade municipal da classificação de risco laranja e vermelho	15%	02/08/2017	15%	14%	13%	10%	Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Base Geográfica: Municipal Periodicidade: Anual Fórmula de Cálculo: Número de atendimentos classificados na maternidade laranja e vermelho _População atendida nos Pronto Atendimentos

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **329 - INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO SAÚDE**
Objetivo: Reestruturar e integrar a rede de atenção a saúde do município de Porto Velho.

Público-Alvo: Usuários do SUS do Município de Porto Velho das zonas urbanas e rural

Justificativa: As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010). A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS.

Tipo:
Horizonte Temporal: Início: Término:

AÇÕES, PRODUTOS, METAS FÍSICAS E VALORES ANUAIS DO PROGRAMA

Em R$ 1,00

Código	Ação / Produto (Bem ou Serviço)	Unidade de Medida	Tipo de Ação	Tipo de Orçamento	Forma de Implementação da Ação	Base Legal	Fonte de Recurso	Natureza da Despesa	Meta Física / Financeira 2018	2019	20120	2021	TOTAL
08.31.10.302.329.2.280	Manutenção dos Serviços de Atendimento Móvel as Urgências - SAMU (RAU - SAMU) 192	%	Atividade	SEG	Direta	Portaria 1.600/GM, de 07/07/2011. Portaria 2.395/GM, de 11/10/2011. Portaria 1.663/GM,			80	850	90	95	1.115
	ATENDIMENTO REALIZADO												
							01.07	3.3.90.14	95.000	95.000	95.000	95.000	380.000
							01.07	3.3.90.30	1.980.000	1.980.000	1.980.000	1.980.000	7.920.000
							01.07	3.3.90.33	120.000	120.000	120.000	120.000	480.000
							01.07	3.3.90.36	40.000	40.000	40.000	40.000	160.000
							01.07	3.3.90.39	590.000	590.000	590.000	590.000	2.360.000
							01.07	3.3.90.47	50.000	40.000	50.000	60.000	200.000
							01.23	4.4.90.52	800.000	1.250.000	1.200.000	1.750.000	5.000.000
							TOTAL		3.675.000	4.115.000	4.075.000	4.635.000	16.500.000
08.31.10.302.329.2.868	Implantação das Unidades de Saúde de Média Complexidade	%	Atividade	SEG	Direta				80	85	90	95	350
	SISTEMA REESTRUTURADO												
							01.23	3.3.90.30	100.000	100.000	100.000	100.000	400.000
							01.07	3.3.90.39	100.000	100.000	100.000	100.000	400.000
							01.07	4.4.90.52	50.000	50.000	50.000	50.000	200.000
							TOTAL		250.000	250.000	250.000	250.000	1.000.000
08.31.10.302.329.2.869	Manutenção das Unidades de Saúde de Média Complexidade	%		SEG	Direta				80	85	990	95	1.250

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **329 - INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO SAÚDE**
Objetivo: Reestruturar e integrar a rede de atenção a saúde do município de Porto Velho.

Público-Alvo: Usuários do SUS do Município de Porto Velho das zonas urbanas e rural

Justificativa: As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010). A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS.

Tipo:
Horizonte Temporal: Início: Término:

AÇÕES, PRODUTOS, METAS FÍSICAS E VALORES ANUAIS DO PROGRAMA

Em R$ 1,00

Código	Ação / Produto (Bem ou Serviço)	Unidade de Medida	Tipo de Ação	Tipo de Orçamento	Forma de Implementação da Ação	Base Legal	Fonte de Recurso	Natureza da Despesa	Meta Física / Financeira				
									2018	2019	20120	2021	TOTAL
	ATIVIDADES MANTIDAS		Atividade										
							01.07	3.3.50.43	800.000	850.000	855.000	870.000	3.375.000
							01.07	3.3.90.14	100.000	105.000	110.000	120.000	435.000
							01.07	3.3.90.30	17.800.000	17.805.000	17.810.000	17.815.000	71.230.000
							01.23	3.3.90.30	1.012.000	2.149.301	1.641.221	2.531.373	7.333.895
							01.07	3.3.90.33	100.000	105.000	110.000	115.000	430.000
							01.07	3.3.90.36	0	75.000	80.000	85.000	240.000
							01.07	3.3.90.39	4.081.644	3.653.195	4.141.842	4.522.430	16.399.111
							01.23	3.3.90.39	1.000.000	2.000.000	2.000.000	2.800.000	7.800.000
							01.23	4.4.90.52	500.000	550.000	550.000	550.000	2.150.000
							TOTAL		25.393.644	27.292.496	27.298.063	29.408.803	109.393.006

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **335 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE**
Objetivo: **Integrar a Vigilância em Saúde.**

Público-Alvo: Usuários do SUS do Município de Porto Velho das zonas urbanas e rural

Justificativa: Vigilância em Saúde tem em seu ponto fundamental a integração dos serviços de: prevenção, promoção, proteção à Saúde Pública, isso é a condição sine qua non para o avanço do planejamento em saúde com responsabilidade sanitária.

Tipo:

Horizonte Temporal: Início: Término:

Total do Programa por Fonte de Recurso (Dados Financeiros em R$)	2018	2019	2020	2021	TOTAL
01.02 - Recursos do Tesouro - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde	568.246	588.334	621.285	649.650	2.427.515
01.07 - Recursos do Tesouro - Transferência de Recursos do Sistema Único de Saúde - SUS	5.873.590	6.086.673	6.418.782	6.705.228	25.084.273
01.23 - Cota-parte da Compensação Financeira dos Recursos Hídricos	2.050.000	1.760.000	1.770.000	1.780.000	7.360.000
TOTAL DO PROGRAMA	8.491.836	8.435.007	8.810.067	9.134.878	34.871.788

INDICADORES DO PROGRAMA

Indicador (Unidade de Medida)	Índice mais Recente	Data de Apuração	Índice Esperado ao Longo do PPA				Fonte / Base Geográfica de Apuração do Índice / Periodicidade / Base do Cálculo
			2018	2019	2020	2021	
Número/taxa de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças	20%	01/06/2017	118,17/100.000	115,80/100.001	113,49/100.002	111,22/100.003	Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Base Geográfica: Municipal Periodicidade: Anual Fórmula de Cálculo: a) Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) b) para município/região com 100 mil ou mais habitantes, deverá ser calculada a
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	10	01/06/2017	7	7	6	6	Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Base Geográfica: Municipal Periodicidade: Anual Fórmula de Cálculo: Número de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) em determinado período e local
Taxa de mortalidade infantil	11,8%	01/06/2017	10%	9%	8%	7%	Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Base Geográfica: Municipal Periodicidade: Anual Fórmula de Cálculo: Análise de monitoramento e avaliação dos componentes separadamente: Primeiras 24 horas, Neonatal precoce (0 a 6 dias), Neonatal Tardio (7 a 27 dias),
	1	01/06/2017	zero	zero	zero	zero	Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

98

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **335 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE**
Objetivo: Integrar a Vigilância em Saúde.

Público-Alvo: Usuários do SUS do Município de Porto Velho das zonas urbanas e rural

Justificativa: Vigilância em Saúde tem em seu ponto fundamental a integração dos serviços de: prevenção, promoção, proteção à Saúde Pública, isso é a condição sine qua non para o avanço do planejamento em saúde com responsabilidade sanitária.

Tipo:

Horizonte Temporal: Início: Término:

Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.

Base Geográfica: Municipal
Periodicidade: Anual
Fórmula de Cálculo: Número de casos novos de aids em menores de 5 anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência. Unidade de medida: número absoluto

Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	9	01/06/2017	7	6	5	4	Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Base Geográfica: Municipal Periodicidade: Anual Fórmula de Cálculo: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência. Unidade de medida:
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	90%	01/06/2017	90%	90%	90%	90%	Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Base Geográfica: Municipal Periodicidade: Anual Fórmula de Cálculo: Numerador: número de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	3	01/06/2017	3	3	4	4	Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Base Geográfica: Municipal Periodicidade: Anual Fórmula de Cálculo: 1º passo: cobertura por ciclo. Numerador: número de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle da dengue.
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	75%	01/06/2017	75%	75%	80%	80%	Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Base Geográfica: Municipal Periodicidade: Anual Fórmula de Cálculo: Numerador: total de casos novos de tuberculose pulmonar com comprovação laboratorial, curados.

AÇÕES, PRODUTOS, METAS FÍSICAS E VALORES ANUAIS DO PROGRAMA

Em R$ 1,00

Código	Ação / Produto (Bem ou Serviço)	Unidade de Medida	Tipo de Ação	Tipo de Orçamento	Forma de Implementação da Ação	Base Legal	Fonte de Recurso	Natureza da Despesa	Meta Física / Financeira				
									2018	2019	20120	2021	TOTAL
08.31.10.301.335.2.670	Modernização da Vigilância em Saúde	%		SEG	Direta				80	85	90	95	350
						99							

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: 08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
Unidade: 08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
Programa: 335 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Objetivo: Integrar a Vigilância em Saúde.

Público-Alvo: Usuários do SUS do Município de Porto Velho das zonas urbanas e rural

Justificativa: Vigilância em Saúde tem em seu ponto fundamental a integração dos serviços de: prevenção, promoção, proteção à Saúde Pública, isso é a condição sine qua non para o avanço do planejamento em saúde com responsabilidade sanitária.

Tipo:

Horizonte Temporal: Início: Término:

AÇÕES, PRODUTOS, METAS FÍSICAS E VALORES ANUAIS DO PROGRAMA

Em R$ 1,00

Código	Ação / Produto (Bem ou Serviço)	Unidade de Medida	Tipo de Ação	Tipo de Orçamento	Forma de Implementação da Ação	Base Legal	Fonte de Recurso	Natureza da Despesa	Meta Física / Financeira 2018	2019	20120	2021	TOTAL
			Atividade										
	AÇÕES IMPLEMENTADAS												
							01.23	3.3.90.30	350.000	200.000	200.000	200.000	950.000
							01.23	4.4.90.52	400.000	105.000	110.000	115.000	730.000
							TOTAL		750.000	305.000	310.000	315.000	1.680.000
08.31.10.301.335.2.672	Manutenção das Ações da Vigilância em Saúde	%	Atividade	SEG	Direta				80	85	90	95	350
	AÇÕES REALIZADAS												
							01.07	3.1.90.11	5.024.141	5.201.749	5.493.078	5.743.853	21.462.821
							01.07	3.1.90.16	13.449	13.924	14.704	15.375	57.452
							01.02	3.1.91.13	568.246	588.334	621.285	649.650	2.427.515
							01.07	3.3.90.14	216.000	216.000	216.000	216.000	864.000
							01.23	3.3.90.30	550.000	550.000	550.000	550.000	2.200.000
							01.07	3.3.90.33	50.000	55.000	60.000	65.000	230.000
							01.07	3.3.90.36	50.000	55.000	60.000	65.000	230.000
							01.23	3.3.90.39	350.000	350.000	350.000	350.000	1.400.000
							01.23	4.4.90.52	100.000	255.000	260.000	265.000	880.000
							TOTAL		6.921.836	7.285.007	7.625.067	7.919.878	29.751.788
08.31.10.301.335.2.673									80	85	90	95	350

100

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **335 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE**
Objetivo: Integrar a Vigilância em Saúde.

Público-Alvo: Usuários do SUS do Município de Porto Velho das zonas urbanas e rural

Justificativa: Vigilância em Saúde tem em seu ponto fundamental a integração dos serviços de: prevenção, promoção, proteção à Saúde Pública, isso é a condição sine qua non para o avanço do planejamento em saúde com responsabilidade sanitária.

Tipo:

Horizonte Temporal: Início: Término:

AÇÕES, PRODUTOS, METAS FÍSICAS E VALORES ANUAIS DO PROGRAMA

Em R$ 1,00

Código	Ação / Produto (Bem ou Serviço)	Unidade de Medida	Tipo de Ação	Tipo de Orçamento	Forma de Implementação da Ação	Base Legal	Fonte de Recurso	Natureza da Despesa	Meta Física / Financeira				
									2018	2019	20120	2021	TOTAL
	Manutenção dos Sistemas de Informação da Vigilância em Saúde	%	Atividade	SEG	Direta								
	SISTEMA REESTRUTURADO												
							01.07	3.3.90.14	60.000	65.000	70.000	75.000	270.000
							01.07	3.3.90.30	200.000	205.000	215.000	220.000	840.000
							01.07	3.3.90.33	35.000	40.000	45.000	50.000	170.000
							01.07	3.3.90.36	25.000	30.000	35.000	40.000	130.000
							01.07	3.3.90.39	200.000	205.000	210.000	215.000	830.000
							01.23	4.4.90.52	300.000	300.000	300.000	300.000	1.200.000
							TOTAL		820.000	845.000	875.000	900.000	3.440.000

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **336 - GESTÃO EM DESENVOLVIMENTO**
Objetivo: Fortalecer a gestão municipal de saúde e o controle social

Público-Alvo: Servidores e Usuários do sistema
Justificativa: Manter o desenvolvimento das atividades administrativas com uso dos materiais e serviços necessários.

Tipo:
Horizonte Temporal: Início: Término:

Total do Programa por Fonte de Recurso (Dados Financeiros em R$)	2018	2019	2020	2021	TOTAL
01.02 - Recursos do Tesouro - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde	164.276.680	172.450.826	181.564.476	189.388.331	707.680.313
01.94 - Recursos do Tesouro - Remuneração de Depósitos Bancários	1.300.000	1.290.120	1.400.000	1.450.000	5.440.120
01.23 - Cota-parte da Compensação Financeira dos Recursos Hídricos	6.442.293	4.856.000	5.907.000	4.334.000	21.539.293
01.07 - Recursos do Tesouro - Transferência de Recursos do Sistema Único de Saúde - SUS	33.286.365	34.606.365	34.831.365	35.146.365	137.870.460
02.13 - Recursos de Outras Fontes - Transferências de Convênios - Saúde	4.500.000	0	0	0	4.500.000
02.94 - Recursos de Outras Fontes - Remuneração de Depósitos Bancários	198.000	0	0	0	198.000
TOTAL DO PROGRAMA	210.003.338	213.203.311	223.702.841	230.318.696	877.228.186

INDICADORES DO PROGRAMA

Indicador (Unidade de Medida)	Índice mais Recente	Data de Apuração	Índice Esperado ao Longo do PPA 2018	2019	2020	2021	Fonte / Base Geográfica de Apuração do Índice / Periodicidade / Base do Cálculo
Percentual de capacitações realizadas	0%	01/06/2017	18%	20%	22%	24%	Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Base Geográfica: Municipal Periodicidade: Anual Fórmula de Cálculo: Quantidade de capacitações realizadas/ número de profissionais capacitados *100 base geográfica: número de servidores da secretaria municipal de saúde no
Percentual de reformas e ampliações realizadas	0%	01/06/2017	10%	15%	20%	25%	Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Base Geográfica: Municipal Periodicidade: Anual Fórmula de Cálculo:

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **336 - GESTÃO EM DESENVOLVIMENTO**
Objetivo: Fortalecer a gestão municipal de saúde e o controle social

Público-Alvo: Servidores e Usuários do sistema
Justificativa: Manter o desenvolvimento das atividades administrativas com uso dos materiais e serviços necessários.

Tipo:
Horizonte Temporal: Início: Término:

Percentual de construções realizadas	0%	01/06/2017	100%	0	0	0	Número de reformas e ampliações realizadas / número de reformas e ampliações estimadas *100	Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Base Geográfica: Municipal Periodicidade: Anual Fórmula de Cálculo: Número de construções realizadas / número de construções estimadas *100

AÇÕES, PRODUTOS, METAS FÍSICAS E VALORES ANUAIS DO PROGRAMA

Em R$ 1,00

Código	Ação / Produto (Bem ou Serviço)	Unidade de Medida	Tipo de Ação	Tipo de Orçamento	Forma de Implementação da Ação	Base Legal	Fonte de Recurso	Natureza da Despesa	Meta Física / Financeira 2018	2019	20120	2021	TOTAL
08.31.10.306.336.2.042	Auxílio Alimentação ao Servidor	Pessoas	Atividade	SEG	Direta	Lei nº 944/91, Portaria nº 347 de 20/08/1998			100	100	100	100	400
	SERVIDORES ATENDIDOS COM AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO												
							01.02	3.3.90.46	7.094.293	3.138.301	3.609.221	4.278.373	18.120.188
							TOTAL		7.094.293	3.138.301	3.609.221	4.278.373	18.120.188
08.31.10.331.336.2.044	Auxílio-Transporte a Servidores e Empregados	%	Atividade	SEG	Direta	Lei Municipal nº 944, de 03/04/1991			100	100	100	100	400
	SERVIDORES ATENDIDOS COM AUXÍLIO TRANSPORTE												
							01.02	3.3.90.49	4.905.707	2.861.699	2.390.779	1.721.627	11.879.812
							TOTAL		4.905.707	2.861.699	2.390.779	1.721.627	11.879.812
08.31.10.122.336.2.217	Remuneração de Pessoal Ativo e Encargos Sociais	%	Atividade	SEG	Direta				100	100	100	100	400

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **336 - GESTÃO EM DESENVOLVIMENTO**
Objetivo: Fortalecer a gestão municipal de saúde e o controle social

Público-Alvo: Servidores e Usuários do sistema
Justificativa: Manter o desenvolvimento das atividades administrativas com uso dos materiais e serviços necessários.

Tipo:
Horizonte Temporal: Início: Término:

AÇÕES, PRODUTOS, METAS FÍSICAS E VALORES ANUAIS DO PROGRAMA

Em R$ 1,00

Código	Ação / Produto (Bem ou Serviço)	Unidade de Medida	Tipo de Ação	Tipo de Orçamento	Forma de Implementação da Ação	Base Legal	Fonte de Recurso	Natureza da Despesa	Meta Física / Financeira 2018	2019	20120	2021	TOTAL
	SISTEMA REESTRUTURADO												
							01.02	3.1.90.04	825.680	854.869	689.441	943.960	3.313.950
							01.02	3.1.90.09	14.904	15.431	16.295	17.039	63.669
							01.02	3.1.90.11	140.931.000	153.803.856	162.753.830	170.457.947	627.946.633
							01.07	3.1.90.11	21.306.365	21.306.365	21.306.365	21.306.365	85.225.460
							01.02	3.1.90.13	427.524	442.637	467.427	488.766	1.826.354
							01.02	3.1.90.16	153.984	159.427	168.356	176.042	657.809
							01.02	3.1.91.13	9.923.588	11.174.606	11.469.127	11.304.577	43.871.898
							TOTAL		173.583.045	187.757.191	196.870.841	204.694.696	762.905.773
08.31.10.122.336.2.315	Manutenção das Ações do Conselho Municipal de Saude	%	Atividade	SEG	Direta				50	60	80	100	290
	CONSELHO ESTRUTURADO E MANTIDO												
							01.23	3.3.90.14	16.000	20.000	24.000	40.000	100.000
							01.23	3.3.90.30	18.000	104.000	30.000	36.000	188.000
							01.23	3.3.90.33	24.000	30.000	36.000	42.000	132.000
							01.23	3.3.90.39	16.000	140.000	24.000	42.000	222.000
							TOTAL		74.000	294.000	114.000	160.000	642.000
08.31.10.122.336.2.674	Manutenção da política de gestão do trabalho e educação permanente	%		SEG	Direta				80	85	90	95	350

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **336 - GESTÃO EM DESENVOLVIMENTO**
Objetivo: Fortalecer a gestão municipal de saúde e o controle social

Público-Alvo: Servidores e Usuários do sistema
Justificativa: Manter o desenvolvimento das atividades administrativas com uso dos materiais e serviços necessários.

Tipo:
Horizonte Temporal: Início: Término:

AÇÕES, PRODUTOS, METAS FÍSICAS E VALORES ANUAIS DO PROGRAMA

Em R$ 1,00

Código	Ação / Produto (Bem ou Serviço)	Unidade de Medida	Tipo de Ação	Tipo de Orçamento	Forma de Implementação da Ação	Base Legal	Fonte de Recurso	Natureza da Despesa	Meta Física / Financeira 2018	2019	20120	2021	TOTAL
			Atividade										
	CAPACITAÇÃO REALIZADA												
							01.07	3.3.90.14	250.000	250.000	250.000	250.000	1.000.000
							01.07	3.3.90.33	300.000	350.000	400.000	500.000	1.550.000
							01.07	3.3.90.36	100.000	100.000	100.000	100.000	400.000
							01.07	3.3.90.39	400.000	400.000	400.000	400.000	1.600.000
							TOTAL		1.050.000	1.100.000	1.150.000	1.250.000	4.550.000
08.31.10.122.336.2.675	Manutenção dos Serviços Administrativos	%	Atividade	SEG	Direta				90	90	90	90	360
	UNIDADE MANTIDA												
							01.07	3.3.90.14	60.000	65.000	70.000	75.000	270.000
							01.07	3.3.90.30	2.250.000	2.350.000	2.400.000	2.450.000	9.450.000
							01.07	3.3.90.33	35.000	40.000	45.000	50.000	170.000
							01.07	3.3.90.36	200.000	210.000	220.000	230.000	860.000
							01.07	3.3.90.39	7.815.000	7.915.000	7.970.000	8.065.000	31.765.000
							01.94	3.3.90.39	1.300.000	1.290.120	1.400.000	1.450.000	5.440.120
							01.07	3.3.90.47	170.000	170.000	170.000	170.000	680.000
							01.07	3.3.90.92	300.000	350.000	400.000	450.000	1.500.000
							01.07	3.3.90.93	100.000	100.000	100.000	100.000	400.000

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **336 - GESTÃO EM DESENVOLVIMENTO**
Objetivo: Fortalecer a gestão municipal de saúde e o controle social

Público-Alvo: Servidores e Usuários do sistema
Justificativa: Manter o desenvolvimento das atividades administrativas com uso dos materiais e serviços necessários.

Tipo:
Horizonte Temporal: Início: Término:

AÇÕES, PRODUTOS, METAS FÍSICAS E VALORES ANUAIS DO PROGRAMA

Em R$ 1,00

Código	Ação / Produto (Bem ou Serviço)	Unidade de Medida	Tipo de Ação	Tipo de Orçamento	Forma de Implementação da Ação	Base Legal	Fonte de Recurso	Natureza da Despesa	Meta Física / Financeira				
									2018	2019	20120	2021	TOTAL
							01.23	4.4.90.52	350.000	350.000	350.000	350.000	1.400.000
							TOTAL		12.580.000	12.840.120	13.125.000	13.390.000	51.935.120
08.31.10.122.336.2.676	Construir, ampliar, reformar e recuperar bens imóveis da Semusa	Obra	Atividade	SEG	Direta				1	1	1	1	4
	BENS IMÓVEIS RESTAURADOS E PRESERVADOS												
							01.07	4.4.90.51	0	1.000.000	1.000.000	1.000.000	3.000.000
							01.23	4.4.90.51	3.324.293	2.500.000	2.500.000	2.000.000	10.324.293
							02.13	4.4.90.51	4.500.000	0	0	0	4.500.000
							02.94	4.4.90.51	198.000	0	0	0	198.000
							TOTAL		8.022.293	3.500.000	3.500.000	3.000.000	18.022.293
08.31.10.122.336.2.677	Gestão para o desenvolvimento da integração da semusa	Und	Atividade	SEG	Direta				1	1	1	1	4
	AÇÕES REALIZADAS												
							01.23	3.3.90.39	150.000	150.000	150.000	150.000	600.000
							TOTAL		150.000	150.000	150.000	150.000	600.000
08.31.10.122.336.1.678	Expansão dos serviços de informática	Und	Projeto	SEG	Direta				1	1	1	1	4

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **08.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA**
Unidade: **08.31 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**
Programa: **336 - GESTÃO EM DESENVOLVIMENTO**
Objetivo: Fortalecer a gestão municipal de saúde e o controle social

Público-Alvo: Servidores e Usuários do sistema
Justificativa: Manter o desenvolvimento das atividades administrativas com uso dos materiais e serviços necessários.

Tipo:
Horizonte Temporal: Início: Término:

AÇÕES, PRODUTOS, METAS FÍSICAS E VALORES ANUAIS DO PROGRAMA

Em R$ 1,00

Código	Ação / Produto (Bem ou Serviço)	Unidade de Medida	Tipo de Ação	Tipo de Orçamento	Forma de Implementação da Ação	Base Legal	Fonte de Recurso	Natureza da Despesa	Meta Física / Financeira 2018	2019	20120	2021	TOTAL
	AÇÕES REALIZADAS												
							01.23	3.3.90.30	84.000	90.000	96.000	102.000	372.000
							01.23	3.3.90.39	60.000	72.000	72.000	72.000	276.000
							01.23	4.4.90.52	2.400.000	1.400.000	2.625.000	1.500.000	7.925.000
							TOTAL		2.544.000	1.562.000	2.793.000	1.674.000	8.573.000

Total da Unidade por Fonte de Recurso (Dados Financeiros em R$)	2018	2019	2020	2021	TOTAL
01.02 - Recursos do Tesouro - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde	166.026.567	174.262.573	183.477.692	191.388.893	715.155.725
01.94 - Recursos do Tesouro - Remuneração de Depósitos Bancários	2.000.110	2.040.120	2.080.920	2.122.540	8.243.690
01.23 - Cota-parte da Compensação Financeira dos Recursos Hídricos	14.850.965	15.496.973	16.164.893	16.847.045	63.359.876
01.07 - Recursos do Tesouro - Transferência de Recursos do Sistema Único de Saúde - SUS	82.425.400	84.017.450	85.612.120	87.102.260	339.157.230
02.13 - Recursos de Outras Fontes - Transferências de Convênios - Saúde	4.500.000	0	0	0	4.500.000
02.94 - Recursos de Outras Fontes - Remuneração de Depósitos Bancários	198.000	0	0	0	198.000
TOTAL DA UNIDADE	270.001.042	275.817.116	287.335.625	297.460.738	1.130.614.521

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Lei nº 2.470, de 14 de Dezembro de 2017 - Plano Plurianual - PPA 2018-2021
Programas de Governo - Orçamentos Fiscal e Seguridade Social
Anexo I

Órgão: **09.00 - SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO - SEMED**
Unidade: **09.01 - SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO - SEMED**
Programa: **308 - GESTÃO FINANCEIRA, INSTITUCIONAL E EDUCACIONAL**
Objetivo: Modernizar a Gestão Institucional, abrangendo os aspectos financeiros e educacionais e aumentando os níveis de efetividade das ações realizadas

Público-Alvo: Unidades Administrativas e Escolares

Justificativa: Tomando como ponto de partida as causas supracitadas, percebe-se que a Modernização da Gestão abordada desde 1993 por diversos teóricos traz a flexibilidade aos modelos de gestão, possibilitando a inserção de metodologias e tecnologias que sistematizem o fluxo de operações e informações existentes, trazendo à organização a eficácia e a efetividade.

Tipo:

Horizonte Temporal: Início: Término:

Total do Programa por Fonte de Recurso (Dados Financeiros em R$)	2018	2019	2020	2021	TOTAL
01.00 - Recursos do Tesouro - Recursos Ordinários	1.066.319	1.111.631	1.159.432	1.167.200	4.504.582
01.01 - Recursos do Tesouro - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Educação	113.212	118.024	123.099	128.638	482.973
01.08 - Recursos do Tesouro - Transferência de Recursos do Fundo Nacional do Desenvolvimento da Educação - FNDE	44.367	46.253	48.241	50.412	189.273
01.11 - Recursos do Tesouro - Transferências do FUNDEB	14.151.075	18.692.201	23.516.468	28.555.003	84.914.747
TOTAL DO PROGRAMA	15.374.973	19.968.109	24.847.240	29.901.253	90.091.575

AÇÕES, PRODUTOS, METAS FÍSICAS E VALORES ANUAIS DO PROGRAMA

Em R$ 1,00

Código	Ação / Produto (Bem ou Serviço)	Unidade de Medida	Tipo de Ação	Tipo de Orçamento	Forma de Implementação da Ação	Base Legal	Fonte de Recurso	Natureza da Despesa	Meta Física / Financeira 2018	2019	20120	2021	TOTAL
09.01.12.392.308.2.895	Manutenção dos organismos educacionais	Ano	Atividade	FIS	Direta	CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, ART. 208 E LDB 9394/96			1	1	1	1	4
	CONSELHO ESTRUTURADO E MANTIDO												
							01.00	3.3.90.14	8.165	8.512	8.878	9.277	34.832
							01.00	3.3.90.30	70.821	73.831	77.005	80.471	302.128
							01.00	3.3.90.39	62.552	65.210	68.014	71.075	266.851
							TOTAL		141.538	147.553	153.897	160.823	603.811
09.01.12.392.308.2.700	Atividades extracurriculares	Ano	Atividade	FIS	Direta	CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, ART. 208 E LDB 9394/96			16	16	16	16	64
	ATIVIDADES FOMENTADAS												
							01.00	3.3.90.30	30.035	31.312	32.658	34.128	128.133