



Plano Municipal de **SAÚDE**

2014 - 2017

Rio Branco - Acre
2013

SEMSA
Secretaria Municipal
de Saúde



PREFEITURA DE
Rio Branco
COM VOCÊ NO DIA A DIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Marcus Alexandre Médici Aguiar
Prefeito de Rio Branco

Marcilene Alexandrina Chaves
Secretária Municipal de Saúde

Oteniel Almeida dos Santos
Secretário Adjunto de Saúde

Maria Suzana Abreu da Silva
Departamento de Planejamento

Silvia Maria de Assis Pereira
Diretoria de Assistência a Saúde

Relben Ferreira da Silva
Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação

Luana Christina Esteves das Neves
Diretoria de Vigilância em Saúde

Maria Reginalda Lima da Silva
Diretoria do Fundo Municipal de Saúde

Thais Silva de Souza
Departamento de Gestão de Pessoas

Elisama Maria de Lima
Conselho Municipal de Saúde

Ligiane de Araújo Lima
Ouvidoria Municipal de Saúde

Evandro Luzia Teixeira
Chefe do Departamento de Planejamento Estratégico

Equipe de Trabalho (Portaria nº 329/2013)

Maria Suzana Abreu da Silva
Coordenação Geral

Diretoria de Assistência à Saúde
Analdemyra da Costa Moreira
Jorge Clei Ferreira da Silva

Diretoria de Vigilância em Saúde
Mônica de Abreu Moraes
Maria Socorro Martins de Souza

Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Marcos Francisco Lima de Araújo
Relben Ferreira da Silva

Departamento de Planejamento
Maria Adriana de Lima
Sílvia Emília Cardoso de Freitas Cain

Departamento de Gestão de Pessoas
Marcelo Ferreira de Freitas
Thaís Silva de Moura

Diretoria do Fundo Municipal de Saúde
João Batista Francalino da Rocha

Conselho Municipal de Saúde
Elisama Maria de Lima
Vânia Maria Lima da Silva

Departamento de Planejamento Estratégico/Casa Civil
Eliézio Silveira Dias
Daniely Silva Santos

CASA CIVIL – Prefeitura Municipal de Rio Branco

Departamento de Planejamento Estratégico
Evandro Luzia Teixeira

Equipe de Apoio

Eliézio Silveira Dias
Daniely Silva Santos
Adriel Jonatas da Costa Lima
Gonçalo Gonçalves Duarte
Jorgiane Ferreira de Moura
Sanny Débora Marques Lopes
Wladimir Sena Araújo
Nádia V. Pereira – SEPLAN

Agradecimentos

A todos os gestores, profissionais de saúde,
conselheiros e usuários do SUS, que contribuíram direta
e indiretamente para a construção deste Plano Municipal de Saúde.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pirâmide Populacional do Município de Rio Branco - 2012	26
Gráfico 2 - Mortalidade Geral em Rio Branco no período de 2008 a 2012.	28
Gráfico 3 - Número geral de mortalidade por todas as causas, segundo sexo. Rio Branco 2008 a 2012.....	29
Gráfico 4 - Número geral de óbitos, segundo faixa-etária de maior ocorrência. Rio Branco, 2008 a 2012.....	29
Gráfico 5 - Número geral de óbitos pelas cinco principais causas básicas. Rio Branco, 2008 a 2012.	30
Gráfico 6 - Coeficiente da Mortalidade Materna, por ano de ocorrência. Rio Branco, 2008 a 2012.	31
Gráfico 7 - Distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil, segundo as principais causas. Rio Branco, 2008 a 2012.	31
Gráfico 8 - Coeficiente de Mortalidade Infantil em Rio Branco, no período de 2008 a 2012.....	33
Gráfico 9 - Número de óbito infantil, segundo período de ocorrência. Rio Branco, 2009 a 2012.	33
Gráfico 10 - Distribuição dos óbitos em menores de 1 ano, segundo a causa básica definida. Rio Branco, 2008 a 2012.	34
Gráfico 11 - Número de óbitos na população masculina pelas principais causas CID 10, no município de Rio Branco - AC, período de 2008 a 2012.	35
Gráfico 12 - Taxa de incidência de Tuberculose, em Rio Branco no período de 2008 a 2012.	37
Gráfico 13 - Cura dos casos de Tuberculose, no município de Rio Branco, nas coortes de 2008 a 2012.....	37
Gráfico 14 - Proporção de contatos de Tuberculose examinados no município de Rio Branco, nas coortes de 2008 a 2012.....	38
Gráfico 15 - Casos de Tuberculose por sexo no município de Rio Branco, nas coortes de 2008 a 2012.....	39
Gráfico 16 - Casos de Tuberculose por faixa etária no município de Rio Branco, nas coortes de 2008 a 2012.....	39
Gráfico 17 - Taxa de detecção de Hanseníase (por 10.000 hab.) no município de Rio Branco – AC, nas coortes de 2008 a 2012.....	40
Gráfico 18 - Número de casos de Hanseníase segundo a forma clínica. Rio Branco, 2008 a 2012. ..	41
Gráfico 19 - Percentual de Casos Novos de Hanseníase por sexo. Rio Branco, 2008 a 2012.	41
Gráfico 20 - Distribuição dos casos de Hanseníase, segundo faixa etária. Rio Branco, 2008 a 2012.	42
Gráfico 21 - Percentual de cura dos casos de Hanseníase, em Rio Branco, nas coortes de 2008 a 2012.....	42
Gráfico 22 - Percentual de contatos de Hanseníase examinados. Rio Branco, 2008 a 2012.....	43
Gráfico 23 - Incidência de Hepatite A em Rio Branco, 2008 a 2012.	44
Gráfico 24 - Casos de Hepatite A por sexo em Rio Branco, 2008 a 2012.	44
Gráfico 25 - Casos de Hepatite A por faixa etária em Rio Branco, 2008 a 2012.	45
Gráfico 26 - Coeficiente de Detecção de Hepatites B em Rio Branco, 2008 a 2012.	46

Gráfico 27 – Casos Hepatites B por sexo em Rio Branco, 2008 a 2012.	46
Gráfico 28 - Casos de Hepatites B por faixa etária em Rio Branco, 2008 a 2012.....	47
Gráfico 29 - Coeficiente de Detecção de Hepatites C em Rio Branco, 2008 a 2012.	48
Gráfico 30 - Casos de Hepatites C por sexo em Rio Branco, 2008 a 2012.	48
Gráfico 31 - Casos de Hepatites C por faixa etária em Rio Branco, 2008 a 2012.	49
Gráfico 32 - Coeficiente de Detecção de Hepatites D em Rio Branco, 2008 a 2012.	49
Gráfico 33 - Casos de Hepatites D por sexo em Rio Branco, 2008 a 2012.	50
Gráfico 34 - Casos de Hepatites D por faixa etária em Rio Branco, 2008 a 2012.	50
Gráfico 35 - Casos de AIDS em adultos, segundo razão de sexo o município de Rio Branco – AC, no período de 2008 a 2012.	51
Gráfico 36 - Coeficiente de Incidência de AIDS (por 100.000 hab.), segundo ano de diagnóstico, no município de Rio Branco - AC, no período de 2008 a 2012.	52
Gráfico 37 - Número de AIDS por evolução no município de Rio Branco - AC, no período de 2008 a 2012.....	52
Gráfico 38 - Número absoluto de Sífilis Congênita no município de Rio Branco - AC, no período de 2008 a 2012.....	53
Gráfico 39 - Número absoluto de Sífilis em gestante. Rio Branco, 2008 a 2012.	54
Gráfico 40 - Coeficiente geral de detecção de casos autóctones de LTA por 100.000 habitantes. Rio Branco, 2008 a 2012.	54
Gráfico 41 - Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana por sexo. Rio Branco, 2008 a 2012.	55
Gráfico 42 - Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana por faixa etária. Rio Branco, 2008 a 2012.....	55
Gráfico 43 - Casos suspeitos de Dengue, em Rio Branco, 2008 a 2012.	56
Gráfico 44 - Casos suspeitos de Dengue, segundo mês de ocorrência. Rio Branco, 2008 a 2012.....	57
Gráfico 45 - Casos confirmados de Dengue, por Semana Epidemiológica. Rio Branco, 2008 a 2012.....	57
Gráfico 46 - Resultado do Levantamento Rápido de Índice de Infestação Predial (LIRAA's). Rio Branco, 2010 a 2012.	58
Gráfico 47 - Índice Parasitário Anual – IPA em Rio Branco, 2008 a 2012.	59
Gráfico 48 - Casos de Meningites confirmados em Rio Branco, no período de 2008 a 2012.....	60
Gráfico 49 - Casos de Meningites por faixa etária. Rio Branco, 2008 a 2012.	60
Gráfico 50 - Casos de Meningites por sexo. Rio Branco, 2008 a 2012.	61
Gráfico 51 - Casos confirmados de Leptospirose em Rio Branco, 2008 a 2012.....	62
Gráfico 52 - Casos de Leptospirose por sexo. Rio Branco, 2008 a 2012.....	62
Gráfico 53 - Casos de Leptospirose por faixa etária. Rio Branco, 2008 a 2012.....	63
Gráfico 54 - Número de Atendimento anti-rábico humano ocorrido em Rio Branco, 2008 a 2012.	64
Gráfico 55 - Número de Atendimento anti-rábico humano por Cães e Gatos no município de Rio Branco - AC, no período de 2008 a 2012.	64

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Gráfico 56 - Número de Atendimento anti-rábico humano por espécie agressora. Rio Branco, 2008 a 2012.....	65
Gráfico 57 - Casos de Doença Diarreica Aguda em Rio Branco, 2008 a 2012.	66
Gráfico 58 – Casos confirmados de Rotavírus em Unidade Sentinela, por sexo. Rio Branco, 2008 a 2012.....	67
Gráfico 59 - Casos de IRA ocorridos em Rio Branco no período de 2008 a 2012.	68
Gráfico 60 - Número absoluto de notificações de violência. Rio Branco, 2008-2012.....	69
Gráfico 61 - Cobertura Básica Vacinal em crianças menores e/ou igual a 1 ano, em Rio Branco, no período de 2011 a 2012.	70
Gráfico 62 – Série histórica de Cobertura Básica Vacinal em crianças menores e/ou igual a 1 ano, em Rio Branco, no período de 2009 a 2012.	71
Gráfico 63 - Amostras de encéfalo encaminhadas para exame laboratorial de Raiva no período de 2008-2012 no município.....	72
Gráfico 64 - Vacinação Antirrábica canina e felina 2008-2012 no município	73
Gráfico 65 - Animais Recolhidos no município no período de 2008-2012.....	73
Gráfico 66 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividades físicas no tempo livre, por sexo. Rio Branco, 2008 a 2011.	75
Gráfico 67 - Distribuição de adultos fisicamente inativos, que iniciaram a prática de atividade física, em Rio Branco, no período de 2010 a 2012.	76
Gráfico 68 - Prevalência do Tabagismo em adultos (≥ 18 anos) por município de residência, em Rio Branco, no período de 2008 a 2012.....	78
Gráfico 69 - Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral - AVC, na população entre 30 e 59 anos em Rio Branco, no período de 2008 a 2012.	80
Gráfico 70 - Taxa de Internação por Diabetes Mellitus e suas complicações, na população entre 30 e 59 anos, em Rio Branco, no período de 2005 a 2010.	80
Gráfico 71 - Percentual de amostras de água coletadas para análise da qualidade da água para consumo humano. Rio Branco, 2008 a 2012.....	82
Gráfico 72 – Principais causas de Internações, segundo CID 10 da Pessoa Idosa (> 60 anos) no município de Rio Branco – AC, 2010 a 2012.....	87
Gráfico 73 – Principais causas de óbitos, segundo CID 10 da Pessoa Idosa (> 60 anos) no município de Rio Branco – AC, 2010 a 2012.....	88
Gráfico 74 - Taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur no município de Rio Branco – Acre no período de 2008 a 2012.	89
Gráfico 75 - Razão de Exames citopatológicos em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos em Rio Branco, no período de 2008 a 2010.....	90
Gráfico 76 - Comparativo da frequência mensal de consultas de pré-natal na Atenção Primária, no município de Rio Branco, no período de 2008 a 2012.....	91
Gráfico 77 - Comparativo de Nascidos Vivos de mães adolescentes e de 20 anos e mais em Rio Branco, no período de 2008 a 2012.....	93
Gráfico 78 - Proporção de Nascidos Vivos de mães adolescentes (< 14 anos) residentes no município de Rio Branco – AC, no período de 2008 a 2012.....	94

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Gráfico 79 - Cobertura da ação coletiva de escovação supervisionada, em residentes no município de Rio Branco – AC, no período de 2008 a 2012.	96
Gráfico 80 - Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal no município de Rio Branco - AC, 2008 a 2012.	98
Gráfico 81 - Proporção de exodontia em relação aos procedimentos realizados em odontologia no município de Rio Branco - AC, 2008 a 2012.	99
Gráfico 82 - Comparativo do número de atendimentos (ações realizadas) nas Comunidades Rurais e Ribeirinhas. Rio Branco – Acre, no período de 2008 a 2012.	104
Gráfico 83 - Número de Alunos Matrículas na Rede de Educação do Município (2005 a 2012)	118
Gráfico 84 - Percentual de crianças atendidas na rede educacional, por faixa etária – 2010	119
Gráfico 85 - Evolução do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de Rio Branco. .	120
Gráfico 86 - Fluxo Escolar por Faixa Etária em Rio Branco – AC	121
Gráfico 87 - Percentual de domicílios da área urbana com acesso à rede de abastecimento de água, à coleta de lixo e esgoto coletado e tratado.	124
Gráfico 88 - Intervenções na malha viária (2005 a 2016)	127
Gráfico 89 - Crescimento da frota de veículos de Rio Branco (2005 a 2012)	127
Gráfico 90 - Formas de Ocupação de Rio Branco em números percentuais	129
Gráfico 91 - Distribuição dos principais tipos de rebanho do Município – 2011	132
Gráfico 92 - Distribuição das principais culturas de agricultura (toneladas) - 2011.	132
Gráfico 93 - Percentual de Gasto Total com Saúde do município de Rio Branco, Acre.	152
Gráfico 94 - Despesa de Saúde por habitante no município de Rio Branco, Acre	152

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Localização geográfica do Município de Rio Branco	21
Figura 2 - Parcelamentos Irregulares de Rio Branco.	128
Figura 3 - Localização das unidades de conservação dentro dos limites territoriais do Município	130

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Evolução demográfica do Município de Rio Branco Ano.....	26
Tabela 2 - População residente por faixa etária no município de Rio Branco – AC, ano de 2012.....	108
Tabela 3 - metas de atendimento de crianças na rede educacional - 2012/2020	119
Tabela 4 - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica	122
Tabela 5 - Quantidade de Resíduos Coletados por ano – UTRE.....	125
Tabela 6 - Informações consolidadas das UCs de Rio Branco	131

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. METODOLOGIA.....	15
2. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO.....	20
3. ANÁLISE SITUACIONAL	25
3.1. Condições de saúde da população	25
3.1.1. Perfil demográfico.....	25
3.1.2. Análise Epidemiológica do Município de Rio Branco.....	27
3.1.2.1. Mortalidade Geral.....	28
3.1.2.2. Mortalidade Materna e Infantil	30
3.1.2.3. Mortalidade Masculina.....	35
3.1.3. Morbidade.....	36
3.1.3.1. Doenças Transmissíveis	36
a) Tuberculose	36
b) Hanseníase.....	40
c) Hepatites.....	43
i. Hepatite A (HAV)	43
ii. Hepatite B (HBV)	45
iii. Hepatite C (HCV)	47
iv. Hepatite B e D.....	49
v. Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e Síndrome da Imunodeficiência Humana – AIDS	51
a) AIDS.....	51
b) Sífilis	53
3.1.3.2. Doenças Transmitidas por Vetores	54
a) Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA.....	54
b) Dengue	56
c) Malária	58
d) Meningites.....	59
e) Leptospirose	61
f) Raiva.....	63
g) Diarréia	65
h) Infecção Respiratória Aguda - IRA.....	67
3.1.3.3. Violência sexual, doméstica e/ou outras violências.....	68

3.1.3.4.	Imunização	69
3.1.3.5.	Zoonoses.....	72
3.1.3.6.	Práticas de Atividades Físicas.....	74
3.1.3.7.	Doenças e Agravos não Transmissíveis - DANT	76
a)	Tabagismo	76
b)	Hipertensão Arterial - HAS e Diabetes Mellitus – DM	78
3.1.3.8.	Análise Ambiental.....	81
3.1.3.9.	Grupos Vulneráveis	82
a)	Saúde do Trabalhador	82
b)	Saúde do Homem	84
c)	Saúde do Idoso.....	86
d)	Saúde da Mulher.....	90
i.	Exames Citopatológicos	90
ii.	Assistência ao Pré-natal	91
iii.	Saúde da Criança e Adolescente	92
e)	Saúde Bucal.....	94
f)	Portadores de Transtornos Mentais.....	99
g)	População Rural e Ribeirinha	102
h)	Saúde da População Negra.....	105
i)	Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência.....	106
3.1.3.10.	Organização da Rede de Atenção Básica.....	107
a)	Núcleo de Educação em Saúde - NES	114
4.	DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE	116
4.1.	Aspectos socioeconômicos	116
4.1.1.	Produto Interno Bruto.....	116
4.1.2.	Índice de Desenvolvimento Humano	116
4.1.3.	Educação.....	117
4.1.4.	Renda	122
4.2.	Condições de vida e ambiente	123
4.2.1.	Saneamento Básico.....	123
4.2.2.	Transporte e Trânsito.....	125
4.2.3.	Malha Viária e Estradas Vicinais	126
4.2.4.	Frota de Veículos.....	127
4.2.5.	Habitação.....	128
4.2.6.	Aspectos Ambientais, Fundiários e Agropecuários.....	130
5.	GESTÃO EM SAÚDE	133

5.1. Gestão de pessoas.....	134
5.2. Gestão do trabalho	135
5.3. Educação na saúde.....	138
5.4. Humanização.....	140
5.5. Planejamento.....	142
5.6. Infraestrutura	144
5.7. Regulação, controle e avaliação.....	145
5.8. Ouvidoria municipal de saúde	150
5.9. Financiamento	151
5.10. Gestão participativa e controle social	153
6. OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS.....	155
6.1. EIXO I – ATENÇÃO À SAÚDE	155
6.2. EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE	179
6.3. EIXO III - GESTÃO EM SAÚDE	188
GESTÃO EM SAÚDE/CONTROLE SOCIAL	195
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	200
ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	202

INTRODUÇÃO

O Sistema de Planejamento do SUS tem por definição a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS na tentativa de consolidação de uma cultura de planejamento transversal que abranja todo o sistema e confira um direcionamento às ações de saúde.

A finalidade das ações de planejamento, nas três esferas, é de coordenar a elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos básicos do Planeja SUS, conforme Portaria nº 3.332 de 2006; subsidiando as áreas técnicas responsáveis pela operacionalização do sistema com ferramentas de avaliação e perspectivas de melhoria nos serviços e ações voltadas à saúde.

O Plano Municipal de Saúde, como instrumento básico do Sistema de Planejamento do SUS, juntamente com a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão, subsidia a escolha das políticas públicas a serem priorizadas pela gestão municipal durante o período de quatro anos, tendo sido o último elaborado para o período de 2011-2013.

O Plano Municipal de Saúde de Rio Branco para o período de 2014 a 2017 aborda uma análise situacional do município e da atual gestão de saúde, e apresenta as diretrizes, objetivos e metas formuladas durante o Seminário Participativo para Construção do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 visando atender a realidade local.

O Seminário de Construção do Plano contou com a participação de profissionais da área de saúde, gestores, técnicos, entidades do setor de saúde, usuários do SUS e representantes dos órgãos de Controle, como o Conselho de Saúde e Ouvidoria.

O resultado apresentado neste documento visa contemplar todas as áreas de atenção à saúde e atender a legislação vigente, alinhado às políticas federais,

estaduais e municipais, incluindo o Plano Plurianual 2014-2017, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) e demais dispositivos legais, como os presentes na Portaria N° 3.085 de 1º de dezembro de 2006, na Portaria N° 3.332 de 28 de dezembro de 2006 e na Portaria N° 3.176 de 24 de dezembro de 2008.

Neste sentido, o Plano Municipal de Saúde é um instrumento dinâmico e flexível que parte do planejamento das ações de saúde, referindo-se aos quatro anos de gestão que abrangem o período de 2014 a 2017, sendo este o documento formal da política de saúde municipal.

A Prefeitura Municipal de Rio Branco e a Secretaria Municipal de Saúde tem seu compromisso de governo em consonância com as políticas de saúde federal e estadual, conforme os princípios e diretrizes dos instrumentos legais que regulam o SUS. As diretrizes de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular estão na Constituição Federal, nas Leis 8.080/90 e 8.142/90, a Lei Orgânica Municipal e em outras leis e portarias que regem o Sistema de Saúde.

1. METODOLOGIA

A discussão iniciou em maio de 2013, através de encontros com agentes locais, representantes institucionais do Município que atuam nas comunidades, e representantes comunitários, quando foram levantados dados das demandas sociais com finalidade de analisar a cidade, bem como subsidiar o Plano Plurianual-PPA 2013-2017. As contribuições foram destacadas e, a partir delas, orientou-se o encaminhamento das propostas para compor o conjunto de políticas da Prefeitura de Rio Branco, as mesmas foram priorizadas técnica e politicamente, e sua organização se deu conforme o Plano de Governo da Gestão Municipal. É importante informar que a cidade foi dividida em 10 regionais urbanas e 05 rurais, o que facilitou o processo de participação da comunidade através de seus representantes comunitários. Foi evidenciada, nesses encontros, a discussão sobre saúde enquanto política prioritária apontada pela população.

A metodologia para construção do Plano Municipal de Saúde seguiu a tendência apontada pelos participantes, considerando os debates apresentados naqueles encontros. Após discussões, cada grupo apresentou suas contribuições e críticas às contribuições levadas para a sala, o que ocasionou inúmeros acréscimos nas propostas advindas das comunidades.

Neste contexto, a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco fundamentou a proposta de elaboração do Plano Municipal, seguindo as orientações do Ministério da Saúde. Observou as questões orientadoras, organizou os processos participativos, tendo em vista que os mesmos, para além da elaboração de um plano são também formativos e educativos.

1.1. Aspectos Metodológicos

1.1.1. Articulação entre Gestão e Conselho Municipal

Nesta parte do processo, foram definidos os principais objetivos, conforme as diretrizes apontadas pelo Ministério de Saúde – Sistema Único de Saúde. Após sua definição, nomeou-se a comissão de organização, com objetivo principal de articular politicamente as ações para elaboração do Plano Municipal de Saúde e definir equipes de trabalho. Desta forma subdividiu-se em: equipe de mobilização; equipe de infraestrutura e logística; equipe de sistematização e relatoria; e equipe de moderação. Este processo contou com participação direta do Conselho Municipal de Saúde.

1.1.2. Levantamento e Contextualização

Com intuito de valorizar informações e saberes acumulados, orientou-se o levantamento das informações referentes aos encontros promovidos pela Gestão Pública, ou daqueles que fizeram parte como articuladores e colaboradores. O resultado destas atividades renderam como contribuição, apontamento e destaques de problemas gerais vinculados à saúde pública do município.

Considerados como imprescindíveis para este levantamento e que permitiu a identificação do diagnóstico, foram os encontros realizados nas regionais urbanas e rurais, organizadas pela gestão com a finalidade de debater e elaborar o PPA – Plano Plurianual.

Nestes encontros, a população de maneira em geral levantou e priorizou problemas que afetam o desempenho das ações da Secretaria Municipal de Saúde, bem como elencou demandas sociais prioritárias.

Outras ações que contribuíram com o diagnóstico, considerados como essenciais, foram os encontros setoriais e temáticos. A Secretaria Municipal de Saúde articulada com as organizações sociais, movimentos, conselhos populares e trabalhadores, identificou problemas, bem como, através desta articulação, definiu

proposições para solucioná-los. O que rendeu para o processo subsídios que atenderam ao debate, além da participação dos Usuários, Trabalhadores e Gestores.

1.1.3. Seminário Participativo para Construção do Plano Municipal de Saúde 2014-2017

O seminário foi organizado respeitando o que preconiza o SUS, quanto a proporcionalidade dos participantes, sendo: 50% Usuários, 25% de Trabalhadores e 25% de Gestores. Quanto aos aspectos temáticos priorizou-se:

- a) Atenção à Saúde;
- b) Vigilância em Saúde; e
- c) Gestão Pública em Saúde.

Organizados em cinco momentos:

- 1) Contextualização;
- 2) Leitura e complementação de problemas;
- 3) Apresentação de diretrizes, propostas de ações e orientação;
- 4) Priorização de propostas de ações e
- 5) Leitura das priorizações e encaminhamentos.

1- A contextualização, estrategicamente, foi pensada para atender aos participantes, proporcionando-lhes informações e contemporizando-os com as questões relativas à saúde. Dúvidas foram apresentadas e esclarecimentos foram feitos. Dados referentes à saúde e gestão pública também foram apresentados; os indicadores, atualizados, também foram disponibilizados de forma didática a todos os participantes.

2- Os participantes foram redistribuídos em grupos, onde todos, através de moderação específica para planejamento estratégico, discutiram todos os temas, partindo inicialmente, durante o debate de temas específicos, ou seja, cada grupo

priorizou um tema, porém todos os grupos trabalharam os três temas com tempo igualmente divididos.

Coletivamente os problemas anteriormente levantados foram apresentados e outros foram levantados pelos grupos. Organizados em nuvens temáticas, lidos e observados por todos.

3- Após o levantamento dos problemas, utilizando de recursos didáticos que incentivam a participação, todos apresentaram propostas de diretrizes, ações e soluções. Estas foram reorganizadas, debatidas e em seguida, sistematizadas e expostas em painéis.

4- Na priorização das propostas, todos os documentos (diretrizes, propostas e orientações) foram apreciados pelos participantes, independente do grupo onde debateram. Cada um pode votar, nas suas propostas conforme entendimento.

Os painéis, ao tempo em que permitiram a leitura e facilitavam o visual, se constituíram abertamente como uma cédula coletiva, onde democraticamente os votos foram depositados. Em seguida contabilizados que, por ordem, classificou a prioridade das ações.

5- Após a priorização, as propostas foram apresentadas em plenária final, para consolidar informações que subsidiarão o texto final do Plano Municipal de Saúde de Rio Branco.

Vencida esta etapa, o documento, por orientação, será apreciado pelo Conselho Municipal de Saúde e este por sua vez o validará, ou, se for o caso, apresentará suas considerações, para que seja encaminhado à Câmara Municipal com as devidas informações, esclarecimentos, através de mensagem própria àquele órgão.

É importante informar que de acordo com as orientações, as diretrizes seguem aos princípios de fortalecimento das políticas de Saúde do SUS, priorizando as atribuições pertinentes aos Municípios que apontam que o planejamento em

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

saúde configura-se como responsabilidade dos entes públicos, assegurada pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Portarias GM nº 3.085, de 01 de dezembro de 2006, que dispõe sobre o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos de planejamento, com vistas a contribuir para a melhoria da qualidade do SUS local e impactando na condição de saúde da população.

2. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO

Antes de iniciar a análise situacional, fez-se um resgate histórico buscando a caracterização da cidade de Rio Branco, capital do Estado do Acre, a qual tem sua origem quando da chegada, na região, do seringalista Neutel Maia, em fins de 1882, juntamente com sua família e trabalhadores, que trazia para a produção de borracha, e onde fundou seu primeiro seringal à margem direita do Rio Acre (onde hoje está localizada a árvore da gameleira), iniciando ali as construções de barracões e barracas; em terras antes ocupadas pelas tribos indígenas Aquiris, Canamaris e Maneteris - dando o nome de Seringal Volta da Empresa (onde hoje está localizado o chamado Segundo Distrito), por estar assentado onde o rio faz a curva. Em seguida, abriu outro seringal na margem esquerda do Rio Acre, onde hoje está instalado o Palácio do Governo do Acre, com o nome de Seringal Empresa.

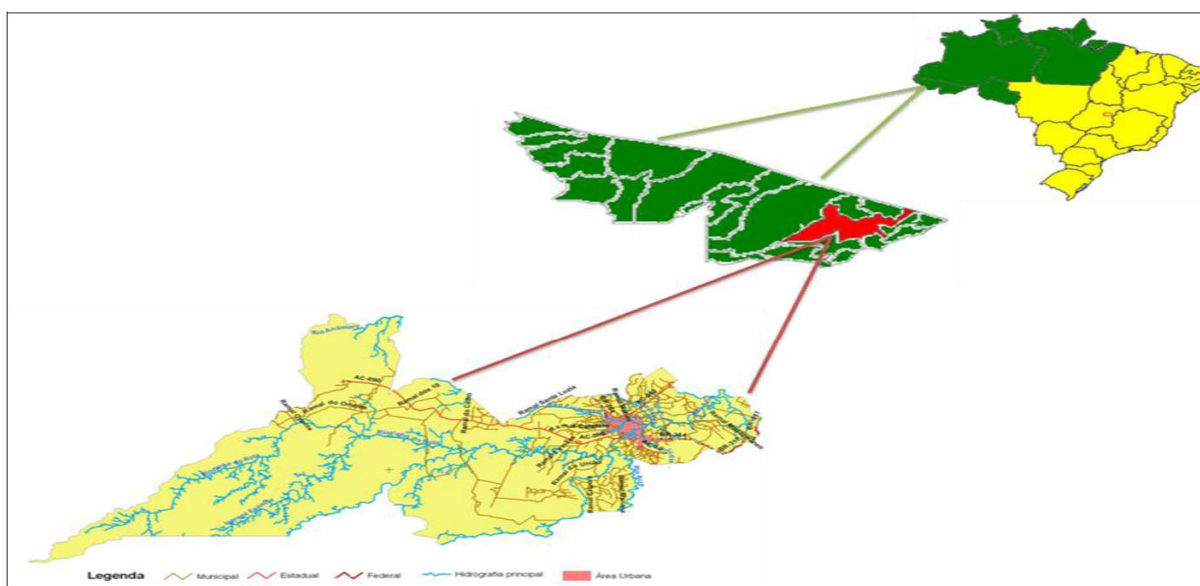
A capital do Estado do Acre (o nome Acre origina-se de Áquiri, transcrita pelos exploradores desta região da palavra Uwakuru do dialeto dos índios Ipurinã), foi fundada em 28 de dezembro de 1882, pela Lei ou Resolução Provincial nº 1, de 05-11-1855, é criado o distrito de Torres do Rio Bonito e anexado ao município de Rio Verde.

Em 1904, após anexação definitiva do Acre ao Brasil, foi elevada à categoria de Vila, tornando-se sede do departamento do Alto Acre. Em 1909 passou a ser denominada Penápolis (em homenagem ao então Presidente Afonso Pena) e, em 1912, Rio Branco, em homenagem ao Barão de Rio Branco, chanceler brasileiro cuja ação diplomática resultou no Tratado de Petrópolis. Em 1913 tornou-se município. Em 1920, capital do território do Acre e em 1962, capital do estado.

Rio Branco, ao longo de sua história, foi transformando-se no maior centro populacional, político, econômico, industrial, administrativo, e cultural do Estado. É cortado pelo Rio Acre, que divide a cidade em duas partes denominados Primeiro e Segundo Distritos.

A partir da década de 50, teve início um pronunciado processo de decadência econômica da histórica margem direita de Rio Branco, que passou a ser chamado de 2º Distrito. Isso resultou da transferência de boa parte de suas principais casas comerciais para o 1º Distrito da cidade, na margem esquerda do Rio Acre, onde já estavam instaladas as principais repartições públicas e as residências das mais importantes famílias do território.

Figura 1 - Localização geográfica do Município de Rio Branco



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística do Brasil.

O Município de Rio Branco, com uma extensão territorial de 8.835,68 Km², se localiza a 9°58'29" sul e a 67°48'36" oeste, numa altitude de 153 metros acima do nível do mar (IBGE 2010). Localizado na mesorregião do Vale do Acre – Regional Baixo Acre limita-se ao norte com os municípios de Bujari e Porto Acre e com o Amazonas, ao sul com os municípios de Xapuri e Capixaba, a leste com o município de Senador Guimard e a oeste com o município de Sena Madureira.

Do ponto de vista geopolítico, a cidade de Rio Branco tem destacada relevância na integração regional sul-americana em virtude da posição estratégica em relação ao Peru, à Bolívia, às cidades amazônicas de Manaus, Porto Velho e ao Oceano pacífico. Situa-se no centro de uma macro-região, distante,

aproximadamente 1.000 km de Manaus, a nordeste; 420 km de Iquitos, a noroeste; 500 km de Lima, a oeste; 750 km do Porto de Ilo, a sudoeste; 625 km de La Paz; e 917 km de Santa Cruz, a sudeste.

O município é um elo importante do Eixo Brasil-Peru-Bolívia, proposto pela “Iniciativa para Integração da Infraestrutura Regional Sul-Americana” (IIRSA), pois a consolidação da Rodovia Transoceânica, que integrará o Acre aos portos de Ilo e Matarani, permitirá fluxos comerciais, turísticos e culturais que impulsionarão a integração e o desenvolvimento da macro-região de abrangência do Eixo Brasil-Peru-Bolívia, além de criar oportunidades de comércio com os países asiáticos na rota do pacífico.

Rio Branco situa-se em ambas as margens do Rio Acre, sua topografia à direita (na região hoje denominada pelo Segundo Distrito) formada por imensa planície de aluvião, enquanto que o solo na margem esquerda (onde fica o centro da cidade) caracteriza-se por sucessão de aclives suaves.

Cerca de 90% dos sedimentos da Bacia do Acre são de idade terciária de origem continental fluvial, tendo sido estudados sob denominações diversas, como a Formação de Pebas Manaus, Puca e Rio Branco. Delas a mais conhecida é a Formação Solimões.

A Formação Solimões é composta por sedimentos típicos de planície de inundação, apresentando estratificações cruzadas, estrutura laminar em argilitos, siltitos acamados e em lentes, arenitos finos e grosseiros em lentes ou interditados com siltitos e argilitos.

O município é o que possui a menor média de temperatura anual dentre as capitais da Região Norte. O clima é equatorial, com temperaturas oscilando entre 25°C e 40°C (nos dias mais quentes do ano). Situada a 153 metros de altitude, as menores temperaturas ocorrem à noite, com registros frequentes de 22°C nas madrugadas. O período compreendido entre os meses de dezembro e março

corresponde à época mais quente do ano, com média de 38°C e ocorrência de queimadas (extremamente prejudiciais à saúde). Geralmente entre maio e agosto o município sofre o fenômeno da friagem, registrando temperaturas muito baixas (em torno de 15°C) para os padrões regionais. A cidade sofre constantes “alagações” que ocorrem nos períodos de chuvas, bem como em outros períodos de secas intensas, ocasionando graves problemas de saúde pública, como Infecções Respiratórias e Diarreias.

Sua vegetação natural é composta basicamente por floresta tropical aberta (baixos platôs e aluvial).

A rede hidroviária apresenta um grande potencial no Estado, ainda pouco aproveitado por falta de uma estrutura hidroportuária que ofereça facilidades necessárias à integração intermodal. No comum, os rios e igarapés de Rio Branco são bastante sinuosos, escoando em estreitas planícies fluviais de deposição, com o regime fluviométrico obedecendo ao regime pluviométrico alternando assim períodos de cheias e vazantes. Os períodos de cheias apresentam, conforme intensidade das chuvas, enchentes de diferentes magnitudes. A formação geológica e geomorfológica são indicadores de rios de águas brancas, com grande concentração de material sólido em suspensão, oriundos dos processos hidroerosivo da corrente sobre as margens.

O Rio Acre, afluente direto do Rio Purus. Por sua extensão e pelo seu caudal, constitui-se no maior representante de drenagem nessa unidade. Tem uma dinâmica geomorfológica muito comum – o deslizamento das suas margens, o que está relacionado às variações de regime fluvial de cheias e vazantes. Este fenômeno ocorre, comumente, no período das enchentes. Quando as águas começam a baixar, a pressão hidrostática diminui e a água anteriormente retida nas margens é liberada. Com isso, o deslizamento que ocorre nas suas margens configura patamares desmoronados. Em Rio Branco estes contribuem para o assoreamento

do leito normal do Rio Acre influenciando o regime e a extensão das cheias sazonais que caracterizam a inundação parcial das áreas urbanas da cidade.

O Igarapé São Francisco, com percurso de 115,6 km² e densidade de drenagem de 1,37 km/km², é de grande importância por ser, a exceção do Rio Acre, o principal coletor da bacia hidrográfica do sítio urbano de Rio Branco. Está bastante degradado devido o desmatamento de suas margens para a ocupação humana e também pela poluição de suas águas por estar servindo de depósito de lixo e esgoto a céu aberto. O Igarapé Judia possui um percurso de 26 km e um escoamento de drenagem do tipo dentrítica. Encontra-se bastante poluído. O Canal da Maternidade encontra-se bastante poluído, por cortar a cidade é um grande coletor de águas pluviais e de dejetos.

3. ANÁLISE SITUACIONAL

3.1. Condições de saúde da população

3.1.1. Perfil demográfico

Rio Branco notabilizou-se como pólo de atração populacional, principalmente durante o processo de migração do Estado com a vinda de milhares de famílias nordestinas e sulistas, ocorrida em diversos ciclos de ocupação, bem como pelo esvaziamento de outros municípios. Tal fato contribuiu para o desenvolvimento urbano, confirmando que existe uma forte interação entre os deslocamentos populacionais e conformação recente dos pólos econômicos.

Segundo dados fornecidos pelo IBGE, a população de Rio Branco em 2010 é de 336.038 habitantes, concentrando 45,82% da população total do Estado, o que torna a cidade mais populosa entre os municípios do Acre. Comparada às demais capitais da Amazônia ocupa a 5ª posição no ranking da região, superior a Boa Vista e Palmas. Apresenta como densidade demográfica 38,03 habitantes por km². Atualmente, 91,82% da população vivem na zona urbana e 8,18% vive na zona rural. Este diagnóstico revela uma forte tendência urbana, entretanto, Rio Branco a exemplo da maioria das cidades da Amazônia, estabelece estreita relação com o campo e a floresta. No Acre a população indígena é cerca 15.921 índios.

Devido à sua ocupação territorial ter sido feita por colonos nordestinos, sulistas e paulistas, a cultura da região, assim como a gastronomia regional, sofreram fortes influências.

Conformando uma tendência historicamente consolidada, a taxa de urbanização vem crescendo, revelada pelo visível inchamento da cidade. Os dados dos últimos Censos no Estado do Acre apontam uma modificação extremamente drástica no comportamento da população do Estado. No ano de 1970, representava 42,37%, passando para 74,84% em 1980. Na década de 90 a 2000 saltou para

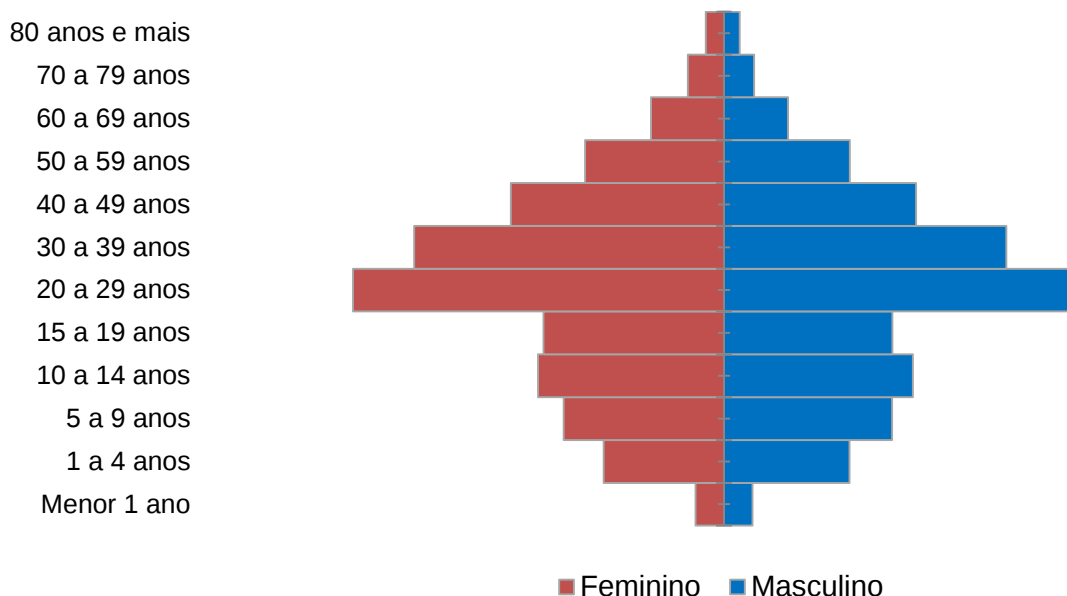
próximo de 90% e em 2010 atinge o patamar de 91.83%, conforme demonstra o quadro.

Tabela 1 - Evolução demográfica do Município de Rio Branco Ano

ANO	Homens	% Homens	Mulheres	% Mulheres	Total	Pop. urbana	% Urbana	Pop. Rural	% Rural
1970	44.323	52,78	39.654	47,22	83.977	35.578	42,37	48.399	57,63
1980	58.954	50,34	58.159	49,66	117.113	87.646	74,84	29.467	25,16
1991	92.291	49,31	94.878	50,69	187.169	167.882	89,7	19.287	10,3
2000	123.248	48,70	129.811	51,30	253.059	226.298	89,42	26.761	10,58
2010	163.592	48,68	172.446	51,32	336.038	308.545	91,82	27.493	8,18
2012	169.590	48,68	178.764	51,32	348.354				

Fonte: IBGE, Censos Demográficos: 1970, 1980, 1991, 2000, 2010.

Gráfico 1 - Pirâmide Populacional do Município de Rio Branco - 2012



Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?poestim/cnv/popac.def>

Segundo dados do IBGE, o índice de envelhecimento da população do município de Rio Branco no ano de 2010 foi de 18,6% do número de habitantes. Estes números no município reforçam as projeções estatísticas do IBGE, estimando que entre as décadas de 2000 e 2050, haverá uma elevação de 13,9 para 64 milhões de pessoas idosas. Em Rio Branco, a gestão municipal vem elaborando

estratégias para lidar com esse novo cenário. Na área da saúde estão sendo implantadas ações direcionadas para atender esse público, que colaboram para o aumento da longevidade da população idosa.

A esperança de vida ao nascer vem aumentando em todas as regiões e em ambos os sexos, segundo a RIPSa (Rede Integrada de Informações para a Saúde). O município de Rio Branco apresentou em 2010 uma expectativa de vida ao nascer de 72 anos para ambos os sexos.

3.1.2. Análise Epidemiológica do Município de Rio Branco

Apesar da redução significativa no perfil da mortalidade do País, as doenças transmissíveis ainda são importantes problemas de saúde pública pelo impacto expressivo sobre a morbidade, em especial aquelas para as quais estão disponíveis mecanismos eficazes de prevenção e/ou que apresentam uma estreita associação com causas ambientais. Ao apresentarem quadro de persistência ou de redução em período ainda recente, algumas doenças transmissíveis configuram uma agenda inconclusa nesta área, com fatores limitantes da ação de saúde pública que tem dificultado o seu controle, a saber:

- a) A associação com precárias condições de vida da população, seja relacionada à pobreza, à desnutrição, seja à moradia ou à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e drenagem urbana, destacando-se neste grupo a tuberculose, a hanseníase, as doenças diarreicas entre outras;
- b) A baixa efetividade de medidas de controle, ressaltando-se as leishmanioses, a leptospirose e a dengue;
- c) Os hábitos de vida, cuja intervenção requer estratégias diferenciadas visando à adoção de práticas saudáveis e medidas de redução de dano.

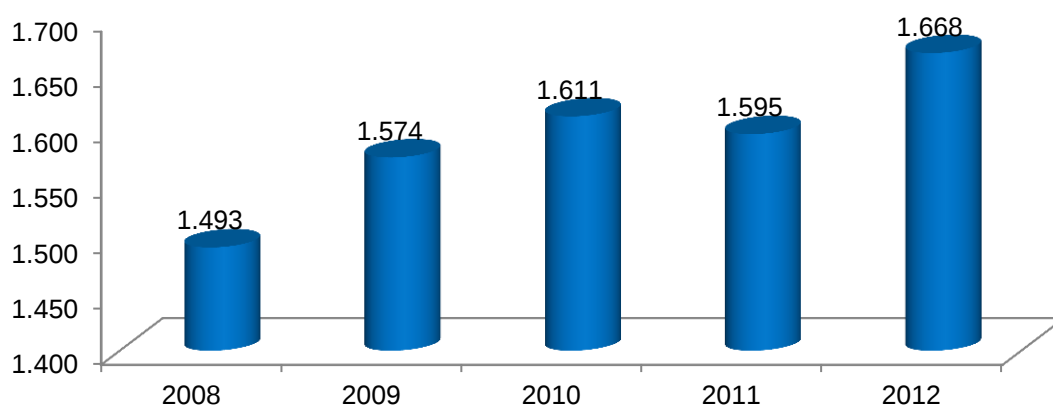
Verifica-se, portanto, que muitas vezes os fatores incidem conjuntamente sobre as mesmas doenças, o que requer a adoção de estratégias integradas do setor saúde e da área social como um todo.

3.1.2.1. Mortalidade Geral

A análise da evolução da mortalidade e dos nascimentos permite acompanhar as mudanças no perfil epidemiológico de uma população, bem como conhecer a magnitude e as tendências dos indicadores de saúde.

Em Rio Branco, a captação de óbitos pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM de 2008 a 2012 vem apresentando crescimento, demonstrando a melhoria desse serviço (gráfico 2). A estratégia de distribuição das Declarações de Óbitos - DO adotada pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, com o recolhimento de 100% dos formulários, traz maior confiabilidade nos dados e permite avaliar os hospitais onde há maior número de DO rasuradas e canceladas.

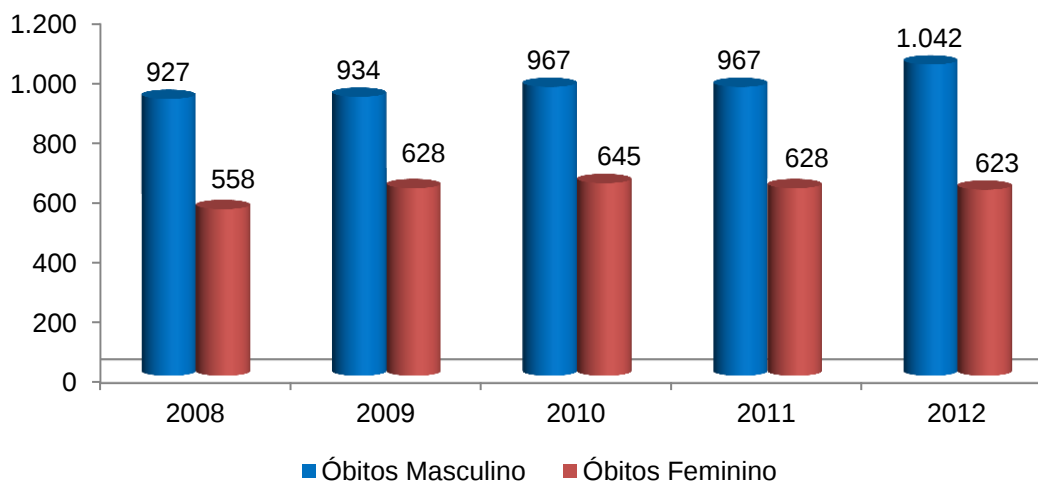
Gráfico 2 - Mortalidade Geral em Rio Branco no período de 2008 a 2012.



Fonte: SIM/DIAD/SEMSA

A análise dos dados de mortalidade, por sexo, revelou que as maiores ocorrências foram em indivíduos do sexo masculino (acima de 60%), principalmente em decorrência das causas externas (acidentes e violência) (Gráfico 2).

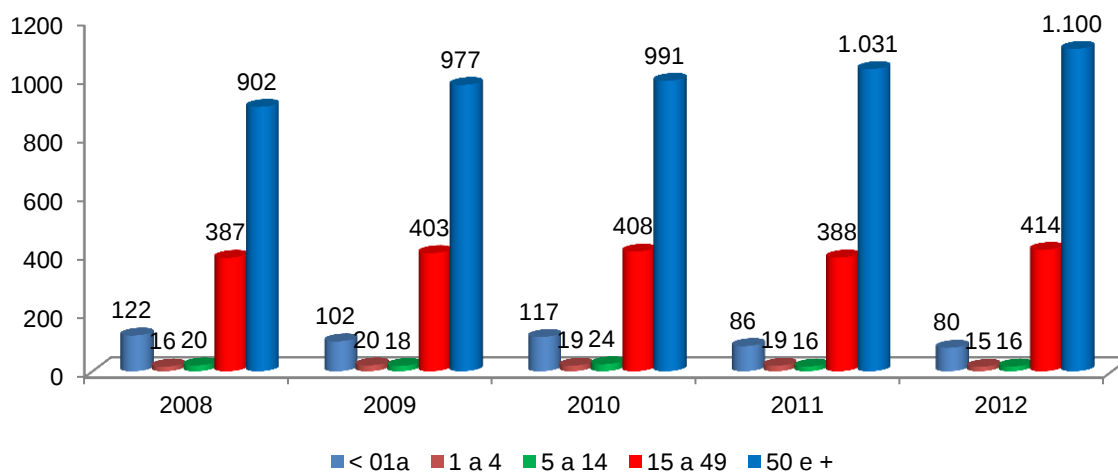
Gráfico 3 - Número geral de mortalidade por todas as causas, segundo sexo. Rio Branco 2008 a 2012.



Fonte: SIM/DIAD/SEMSA

Quanto à faixa-etária, todos os anos avaliados revelaram uma concentração na faixa etária de 50 e + anos de idade (Gráfico 3). Observa-se também uma inversão nos dados com a redução da mortalidade infantil (<01a) e o aumento dos óbitos em idosos.

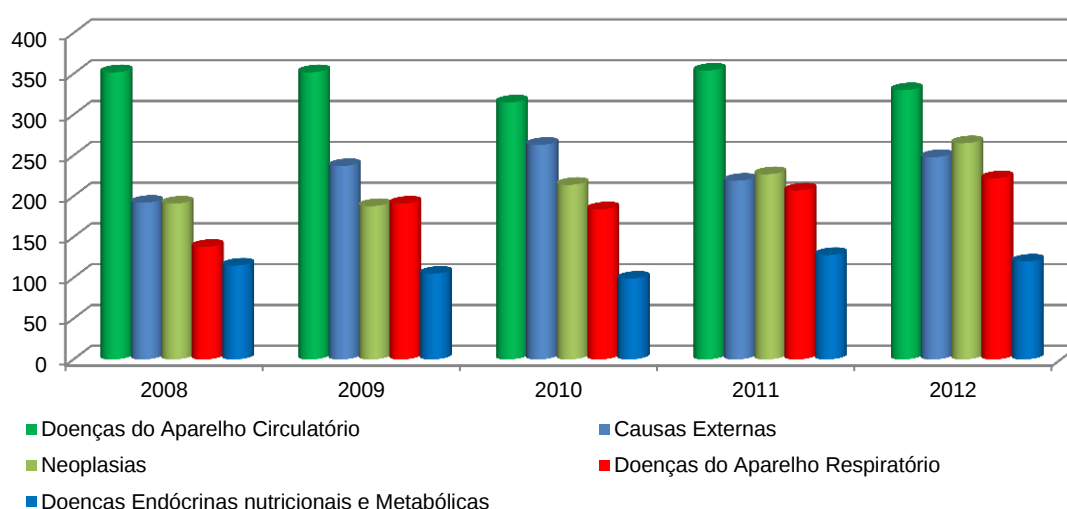
Gráfico 4 - Número geral de óbitos, segundo faixa-etária de maior ocorrência. Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SIM/DIAD/SEMSA

No período de 2008 a 2012, as cinco principais causas básicas dos óbitos foram: doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças do aparelho respiratório, doenças endócrinas e metabólicas e neoplasias. (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Número geral de óbitos pelas cinco principais causas básicas. Rio Branco, 2008 a 2012.



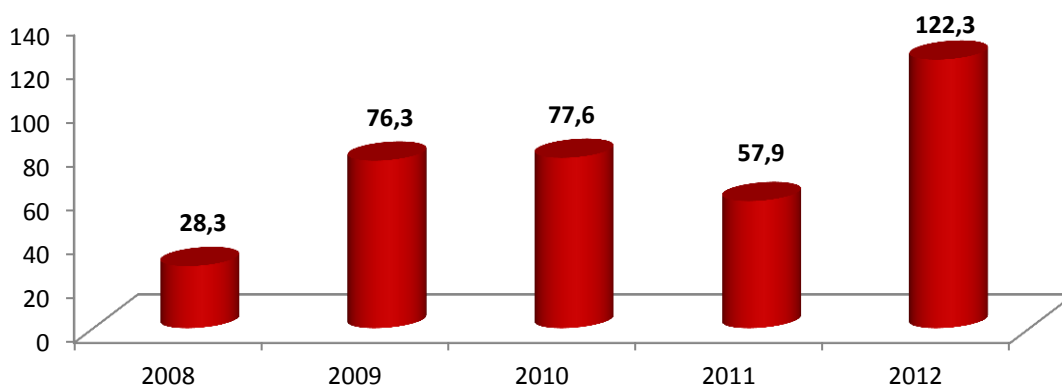
Fonte: SIM/DIAD/SEMSA

3.1.2.2. Mortalidade Materna e Infantil

O indicador de mortalidade materna subsidia a avaliação do atendimento e cuidados dispensados à mulher durante a gestação, parto e pós-parto, até o primeiro ano de vida da criança. Razões de Mortalidade Materna - RMM elevadas podem indicar condições socioeconômicas desfavoráveis, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e dificuldades de acesso a serviços de saúde de qualidade.

A taxa de mortalidade materna em Rio Branco vem apresentando uma tendência crescente no período avaliado, provavelmente devido ao fortalecimento das ações de investigação de óbitos e da instituição do Comitê Municipal de Mortalidade Materna e Infantil, que vem possibilitando a identificação dos óbitos maternos dentre os de mulheres em idade fértil investigados.

Gráfico 6 - Coeficiente da Mortalidade Materna, por ano de ocorrência. Rio Branco, 2008 a 2012.

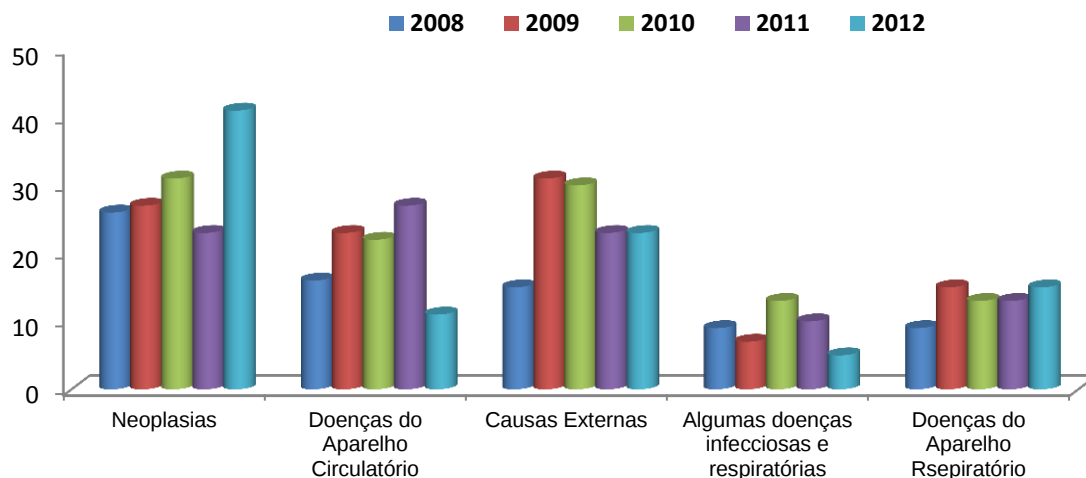


Fonte: SIM/DIAD/SEMSA

As principais causas de óbitos de mulheres em idade fértil são as neoplasias, principalmente por câncer de colo de útero e de mama, ressaltando o ano de 2012 que se destacou dos anos anteriores (Gráfico7). O dado reforça a necessidade de intensificar as ações de prevenção através de exames periódicos.

As causas externas estão em segundo lugar nos anos de 2009, 2010 e 2011, destacando a violência contra a mulher e os acidentes de trânsito.

Gráfico 7 - Distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil, segundo as principais causas. Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SIM/SINASC/DIAD/SEMSA

O elevado índice de mortalidade infantil no mundo e no Brasil são provenientes de dois problemas e/ou causas: o rendimento familiar que afeta diretamente a quantidade e a qualidade da alimentação, e também as condições médico-sanitárias, como falta de pavimentação, esgoto, água tratada e condição da moradia. Os índices sofrem variações de acordo com a renda, mesmo em áreas pobres onde os índices são altos, as camadas sociais de melhor poder aquisitivo possuem taxas inferiores e a camada de baixa renda sempre apresenta índices maiores que a média nacional.

O declínio da mortalidade infantil no Brasil e em todas as regiões brasileiras é resultado do aumento da cobertura vacinal da população e introdução de novas vacinas; utilização da terapia de reidratação oral (TRO); aumento da cobertura de pré-natal; ampliação dos serviços de saúde; redução contínua da fecundidade; melhoria das condições ambientais (principalmente fornecimento de água potável) e nutricionais da população; aumento da taxa de escolaridade das mães e das taxas de aleitamento materno.

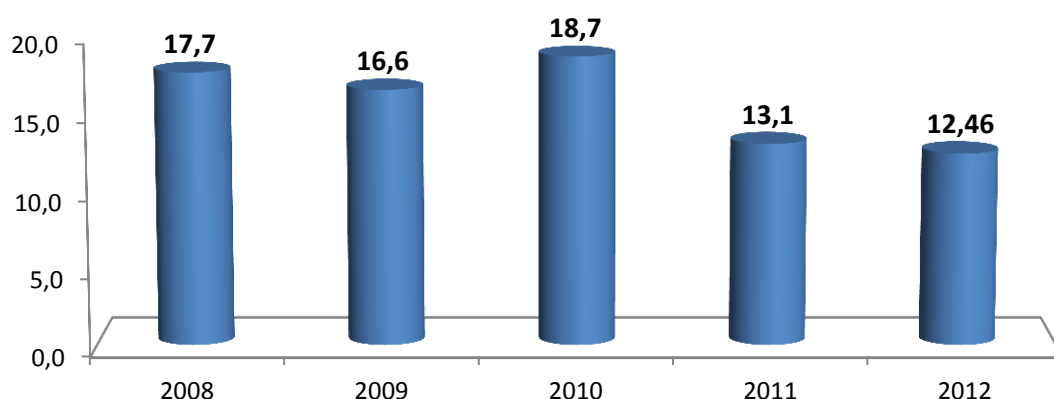
Aproximadamente 70% das mortes de recém-nascidos ocorrem por causas evitáveis, entre elas, falta de atenção adequada à mulher durante a gestação, no parto e também ao feto e ao bebê.

Atualmente, as políticas de redução da mortalidade infantil no Brasil priorizam os primeiros 27 dias de vida da criança, a exemplo do que acontece nos países mais desenvolvidos.

A taxa de mortalidade infantil em Rio Branco mantém tendência contínua de queda nos últimos doze anos. Passaram de 28 óbitos para cada mil bebês nascidos vivos em 2000 para 12,46 óbitos em 2012, numa redução de 55,5% nesse período. Essa taxa superou a meta brasileira, demonstrando que através de ações simples como o acompanhamento sistemático de todas as crianças recém-nascidas para a identificação de riscos e adoção de medidas preventivas é possível proteger

a vida dessas crianças. A queda mais expressiva se deu no período de 2010 (18,7/1.000) para 2012 (12,46/1.000) com redução de 33,4% na mortalidade infantil no município de Rio Branco (Gráfico 8).

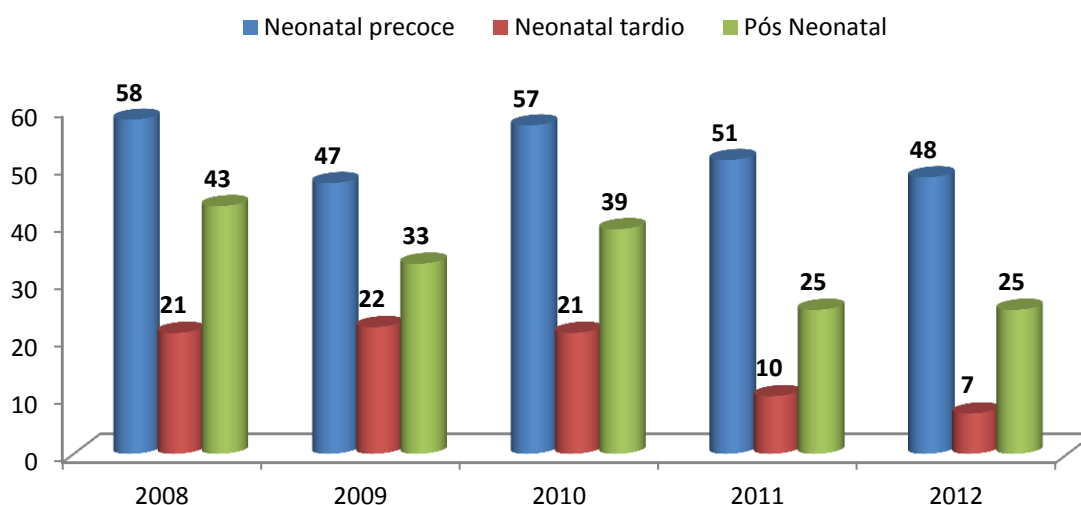
Gráfico8 – Coeficiente de Mortalidade Infantil em Rio Branco, no período de 2008 a 2012.



Fonte: SIM/SINASC/DIAD/SEMSA

Dos óbitos infantis, destacam-se aqueles ocorridos na fase neonatal (< 28 dias) que representam 67,4% das mortes em crianças, concentrando-se em menores de 7 dias como mostra a Gráfico 9.

Gráfico 9 - Número de óbito infantil, segundo período de ocorrência. Rio Branco, 2009 a 2012.

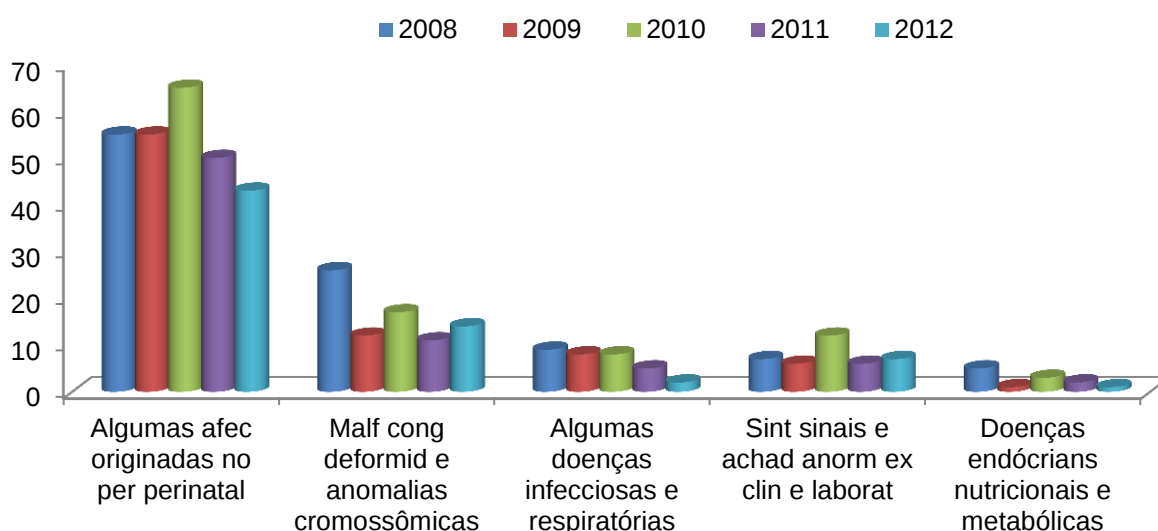


Fonte: SIM/SINASC/DIAD/SEMSA

O baixo peso ao nascer e a prematuridade são reconhecidamente fatores de risco relacionados à mortalidade neonatal. Uma atenção adequada ao pré-natal pode reduzir a mortalidade através da detecção e do tratamento de doenças maternas, do manejo da nutrição materna, da vacinação contra o tétano e do aconselhamento contra o fumo e bebidas alcoólicas, que contribuiriam para reduzir o número de mortes devidas à partos prematuros, baixo peso ao nascer, síndrome de sofrimento respiratório e problemas maternos.

O gráfico abaixo descreve o comportamento da mortalidade infantil, segundo grupos de causas de óbitos no período de 2008 a 2012. Em 2008, as principais causas de óbitos infantis eram as afecções perinatais, malformações congênicas e doenças infecciosas. Em 2012, houve redução significativa dos óbitos por essas causas, embora a velocidade de diminuição tenha sido menor para as afecções perinatais.

Gráfico 10 - Distribuição dos óbitos em menores de 1 ano, segundo a causa básica definida. Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SIM/SINASC/DIAD/SEMSA

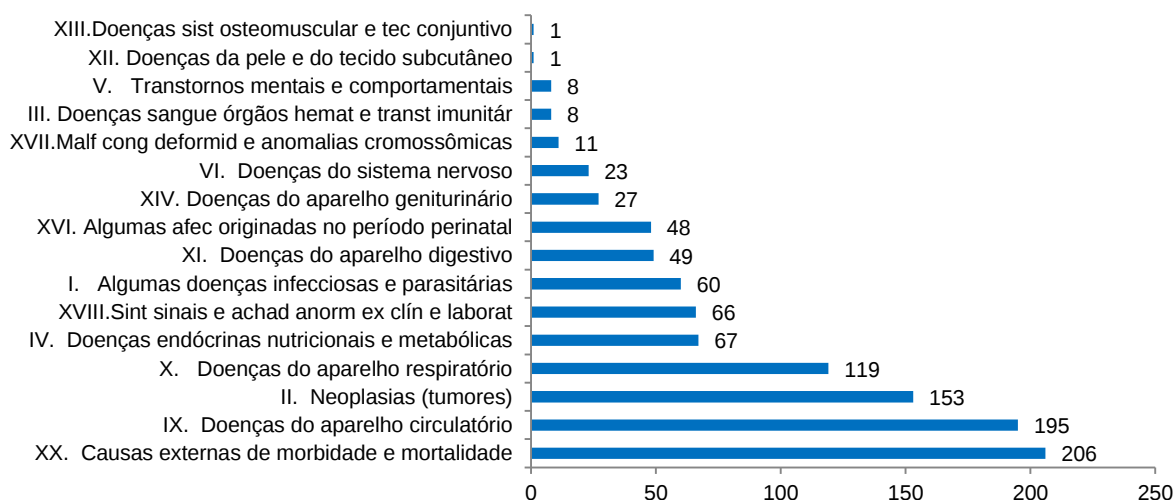
3.1.2.3. Mortalidade Masculina

A Política de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH tem como objetivo promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos.

Os dados estatísticos de Rio Branco revelam que as principais causas de morte no sexo masculino são as doenças do aparelho circulatório e as causas externas (acidentes e violência), que se intercalam durante o período avaliado (Gráfico 11). Outra situação observada é o crescimento do número de óbitos por neoplasias a partir de 2010. Essa informação demonstra a necessidade de programar ações voltadas para o público masculino, com foco na prevenção do câncer de próstata, tabagismo e etilismo.

Os dados de mortalidade reforçam a constatação que a entrada do usuário masculino no sistema de saúde está se dando através da média e alta complexidade e não pela atenção básica.

Gráfico 11 - Número de óbitos na população masculina pelas principais causas CID 10, no município de Rio Branco - AC, período de 2008 a 2012.



Fonte: SIM/DIAD/SEMSA

Aproximadamente 75% das enfermidades e agravos relacionadas à população masculina está concentrada em 05 (cinco) grandes áreas especializadas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia. O hábito de fumar é mais frequente na população masculina do que na feminina, acarretando maior vulnerabilidade às doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas e doenças bucais.

3.1.3. Morbidade

3.1.3.1. Doenças Transmissíveis

a) Tuberculose

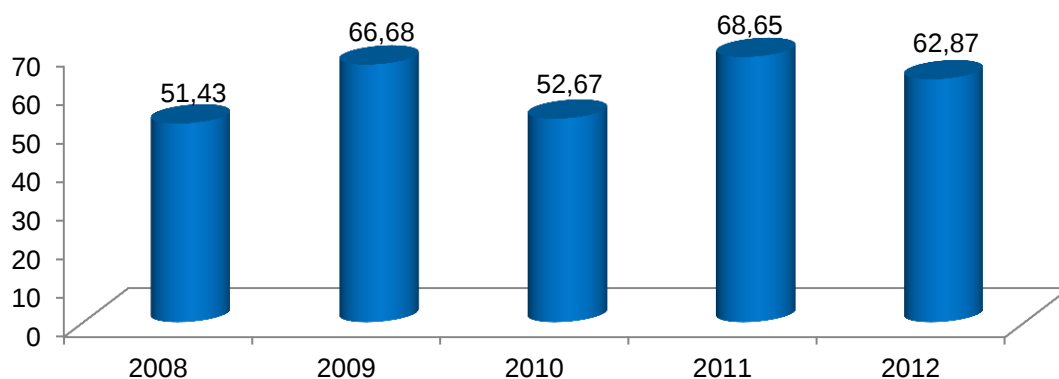
A tuberculose é um problema de saúde prioritário no Brasil, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública.

O Brasil está entre os 22 países com mais alta carga de tuberculose, Entretanto, a taxa de incidência diminuiu em média 1,3% anualmente de 2001 a 2011, chegando a 37,1/100 mil habitantes.

Apesar da queda nas taxas de incidência e mortalidade, os programas de controle da tuberculose ainda apresentam dificuldade em alcançar a meta estabelecida pela OMS para o indicador de cura (85%). Nos últimos 10 anos, o maior valor alcançado (76,1%) foi no ano de 2009. Em 2010, a proporção de cura foi de 73,6%.

Em Rio Branco a taxa de incidência vem se mantendo acima de 51/100 mil habitantes, bem acima da média do Brasil (Gráfico 12).

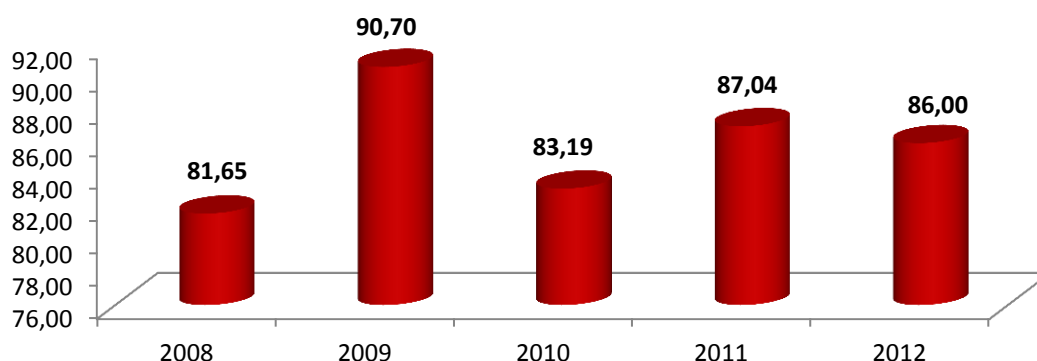
Gráfico 12 - Taxa de incidência de Tuberculose, em Rio Branco no período de 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

O percentual de cura da tuberculose no período de 2008 a 2012 demonstrou que o município de Rio Branco não conseguiu atingir os 85% preconizados pelo Ministério da Saúde em todos os anos avaliados. Entretanto, esse indicador tem se mantido acima de 80% em todos os anos da série histórica, acima da meta brasileira alcançada (em 10 anos a maior meta foi de 76,1% em 2009) (Gráfico 10).

Gráfico 13 - Cura dos casos de Tuberculose, no município de Rio Branco, nas coortes de 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

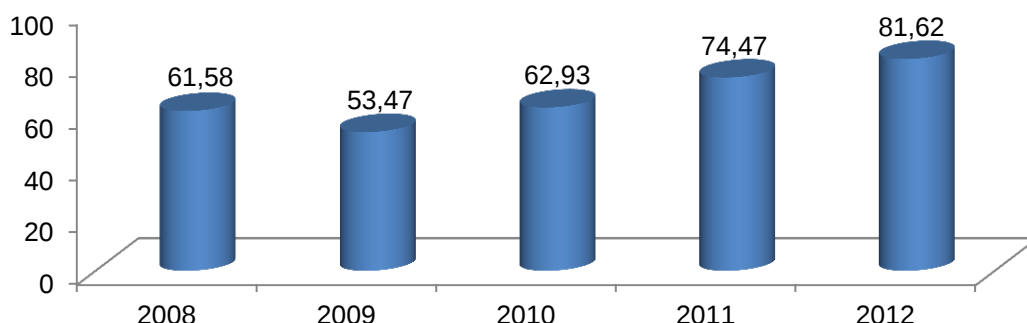
Algumas estratégias são recomendadas para o avanço na redução da incidência de tuberculose no país. Dentre elas estão o Tratamento Diretamente Observado - TDO, que visa garantir a conclusão do tratamento de modo supervisionado e de forma adequada e o exame em todos os contatos

intradomiciliares para identificação de novos casos e interrupção da cadeia de transmissão. Sendo estas o maior desafio para o Sistema Único de Saúde, considerando o preconceito, a estigmatização e a vergonha expressa nas pessoas acometidas pela doença.

Outra dificuldade relevante diz respeito aos moradores de rua e usuários de drogas que na maioria das vezes não são encontrados pelas equipes de saúde para realizar o tratamento adequadamente e acabam abandonando o tratamento, ao tempo que estão em ambientes mais propícios à disseminação da infecção.

Apesar das dificuldades apontadas, o município de Rio Branco vem melhorando a cada ano esse indicador (Gráfico 14)

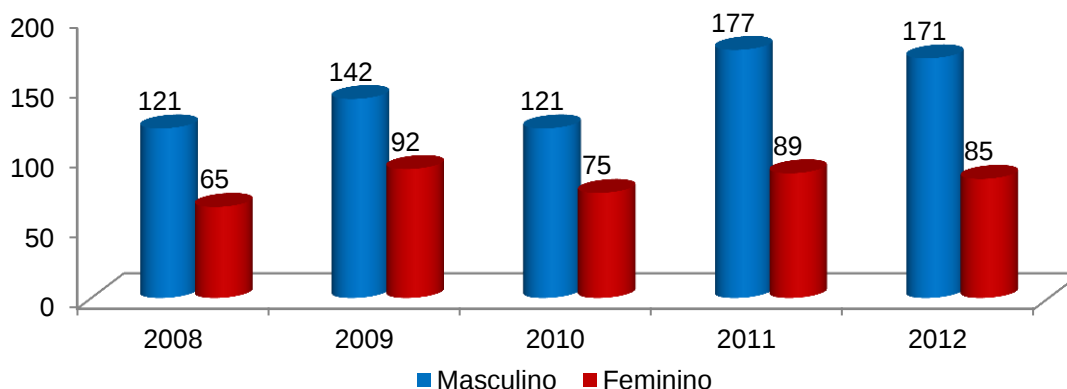
Gráfico 14 - Proporção de contatos de Tuberculose examinados no município de Rio Branco, nas coortes de 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

Com relação ao gênero, observa-se que o sexo masculino é o mais acometido pela doença, provavelmente pelo fato de que existe maior vulnerabilidade em pessoas do sexo masculino (Gráfico 15).

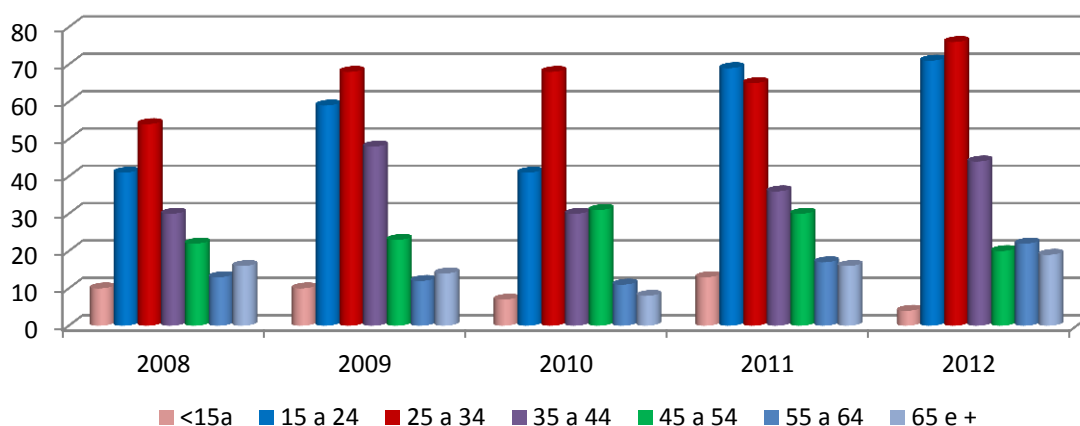
Gráfico 15 - Casos de Tuberculose por sexo no município de Rio Branco, nas coortes de 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

Quanto à faixa etária, destaca-se a população de 15 a 34 anos, que corresponde à população economicamente e socialmente ativa, possibilitando a transmissão da doença em diversos ambientes (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Casos de Tuberculose por faixa etária no município de Rio Branco, nas coortes de 2008 a 2012.

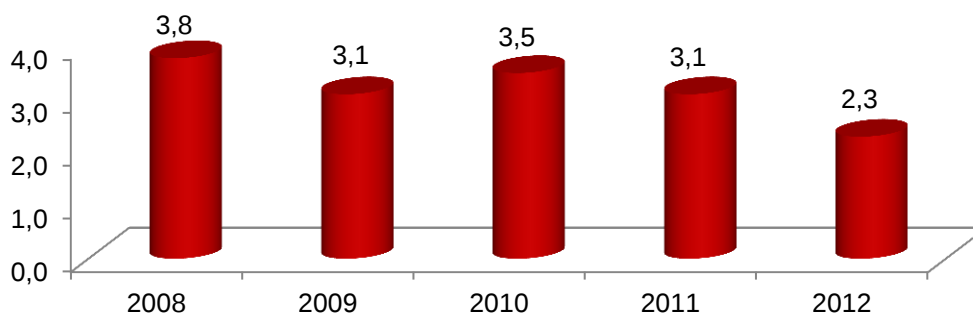


Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

b) Hanseníase

A hanseníase atualmente se constitui como uma doença com potencial para eliminação na maioria dos estados brasileiros considerando a redução no número de casos registrados nos últimos anos. Embora o impacto das ações no âmbito dessa endemia não ocorra em curto prazo, o município de Rio Branco reúne, atualmente, condições favoráveis para a sua eliminação como problema de saúde pública, o que significa alcançar um coeficiente de detecção de menos de um doente em cada 10.000 habitantes (Gráfico 17).

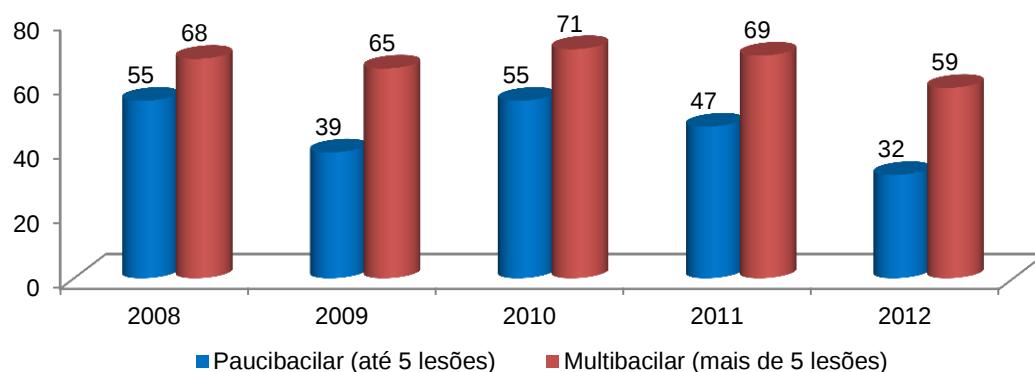
Gráfico 17 - Taxa de detecção de Hanseníase (por 10.000 hab.) no município de Rio Branco – AC, nas coortes de 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

Apesar da redução no número de casos, ainda se observa que mais de 55% desses são encontrados na forma multibacilar (Gráfico 18). Um dos principais problemas para o enfrentamento da Hanseníase é a estigmatização e o auto-isolamento que leva o paciente a deixar de procurar uma unidade de saúde para o diagnóstico e tratamento e ainda, quando o diagnóstico é feito, uma grande parcela omite dos familiares sua condição de saúde impossibilitando o exame dos contatos intradomiciliares para interromper a cadeia de transmissão.

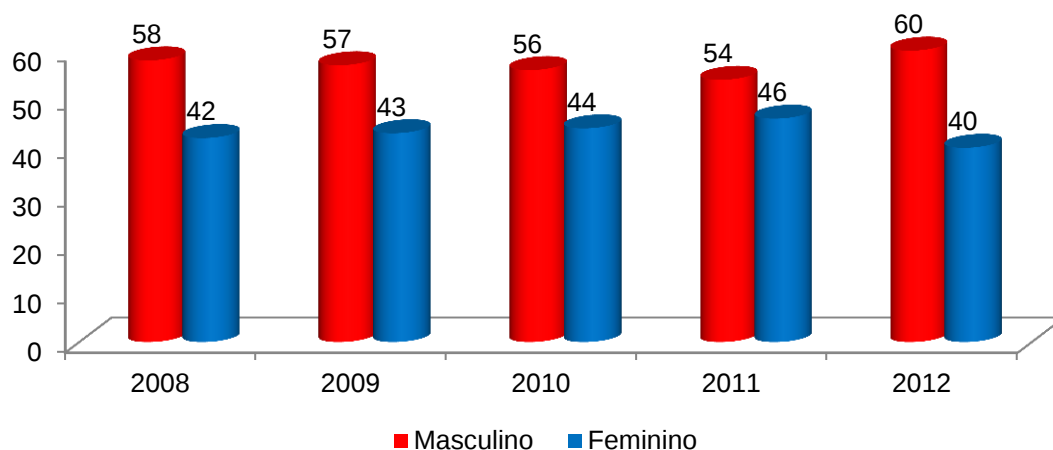
Gráfico 18 - Número de casos de Hanseníase segundo a forma clínica. Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

Na razão de sexo, os dados registrados na série histórica de 2008 a 2012 mostram que a maioria dos casos, média de 57%, é diagnosticada na população masculina (Gráfico 19).

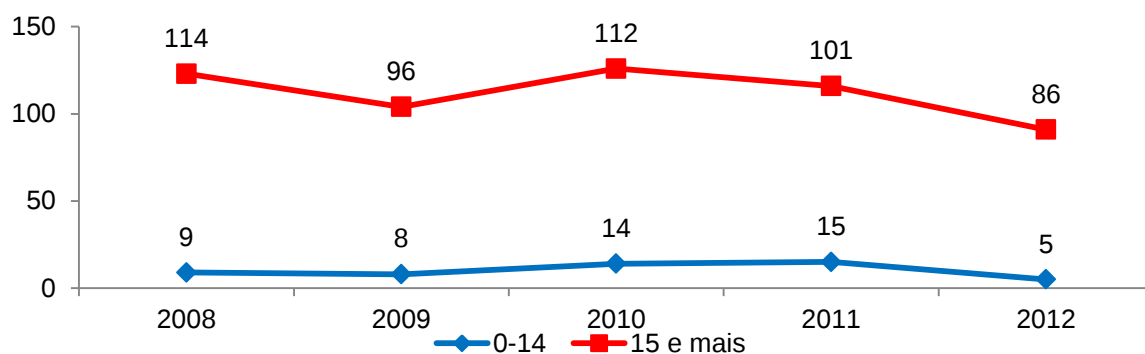
Gráfico 19 - Percentual de Casos Novos de Hanseníase por sexo. Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

Com relação à faixa etária mais acometida, observa-se que a maioria dos casos está concentrada em maiores de 15 anos (Gráfico 20).

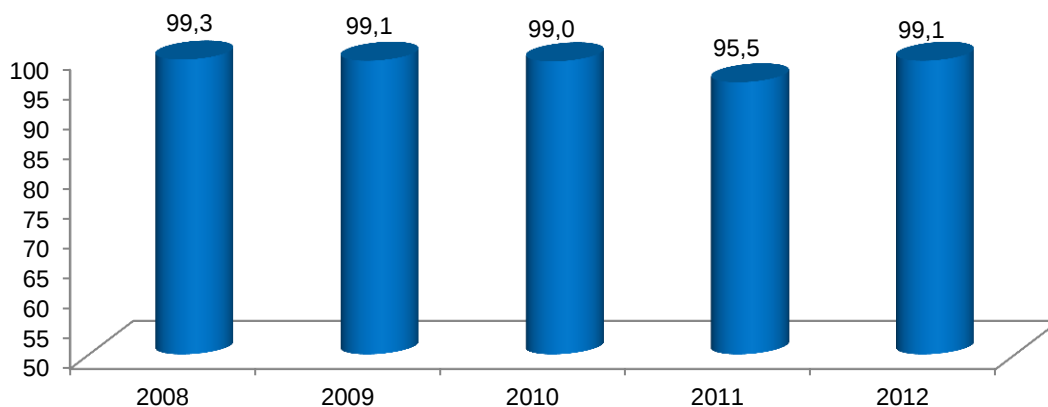
Gráfico 20 - Distribuição dos casos de Hanseníase, segundo faixa etária. Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

O percentual de cura da Hanseníase vem se mantendo numa taxa elevada (> 95%), o que demonstra a adesão do paciente ao tratamento (Gráfico 21).

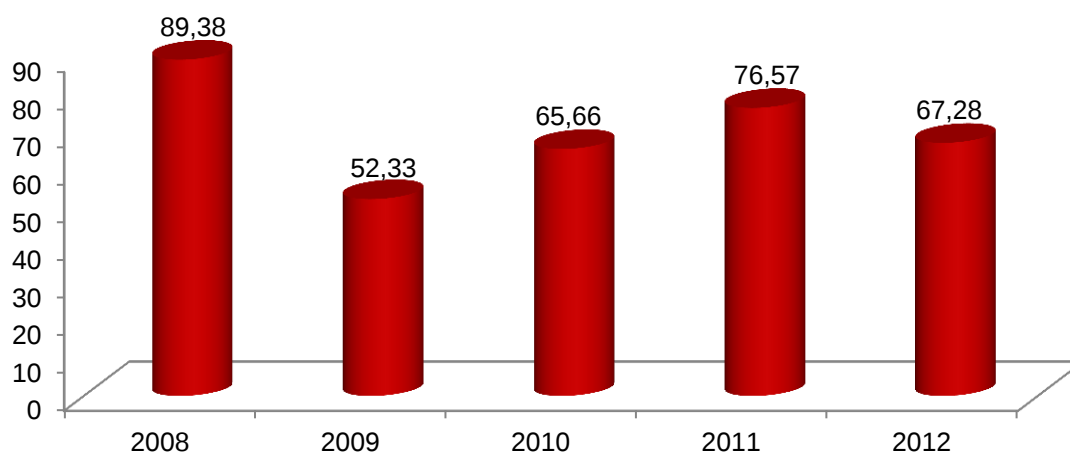
Gráfico 21 - Percentual de cura dos casos de Hanseníase, em Rio Branco, nas coortes de 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

Com relação ao percentual de contatos examinados, o gráfico mostra uma redução brusca de 2008 para 2009, depois uma elevação gradual até 2011 e uma leve redução em 2012 (Gráfico 22).

Gráfico 22 - Percentual de contatos de Hanseníase examinados. Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

c) Hepatites

As hepatites virais têm distribuição heterogênea no mundo, sendo que no Brasil os casos de hepatite pelo vírus B e D se concentram na região Norte (Amazônia Legal). O Estado do Acre apresenta a maior prevalência de Hepatite B e D quando comparado aos outros Estados do Brasil.

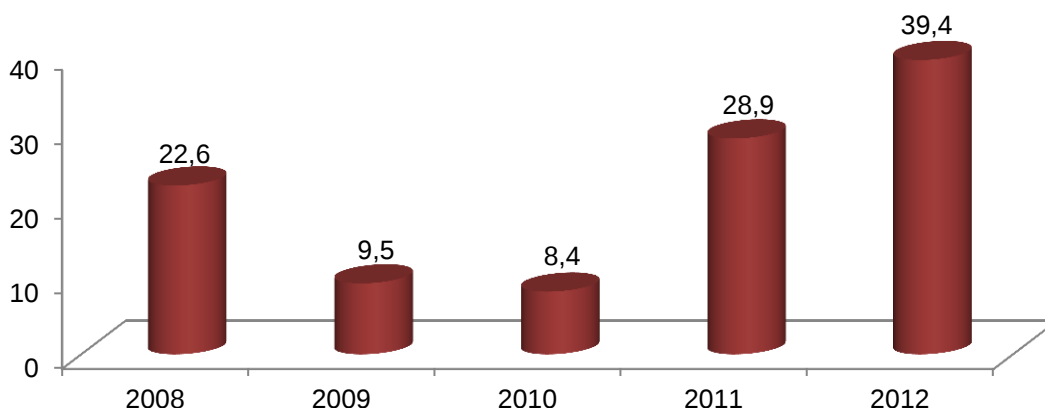
i. Hepatite A (HAV)

A hepatite A ainda é uma doença negligenciada pelo fato de ter uma evolução benigna e ser encontrada principalmente em crianças. Seu comportamento epidemiológico em Rio Branco mostra que existe uma subnotificação exagerada nos anos de 2009 e 2010.

Em 2011 e 2012, com a implantação do Sistema de Gerenciamento de Ambiente de Laboratório-GAL, a vigilância epidemiológica conseguiu resgatar as informações de resultados reagentes para Anti-HAVIgM, notificar todos os casos a partir dessas informações e posteriormente realizar buscas ativas dos mesmos para investigação de contatos e identificação da provável fonte de infecção. Desse modo,

houve um aumento no Coeficiente de Incidência de 8,4/100 mil em 2010 para 39,4/100 mil em 2012 (Gráfico 23).

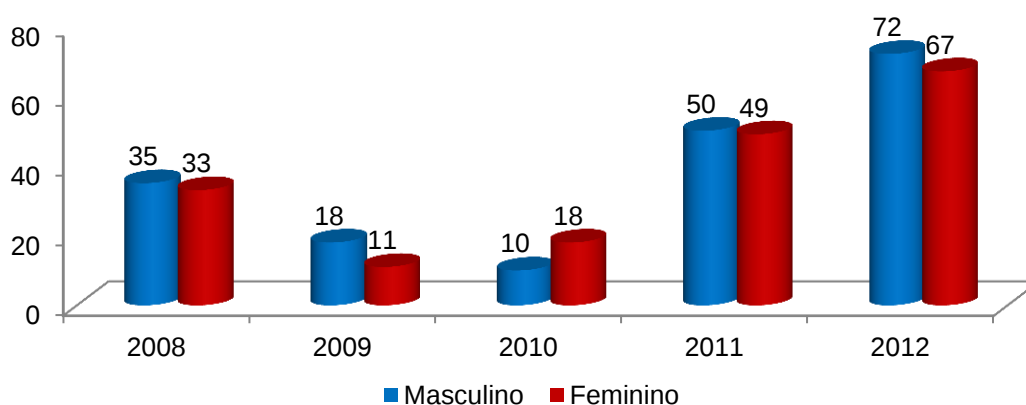
Gráfico 23 - Incidência de Hepatite A em Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

No período avaliado observa-se que, exceto em 2010, o sexo masculino é predominante, provavelmente porque as crianças desse sexo estão mais vulneráveis à exposição de objetos ou ambientes contaminados (Gráfico 24).

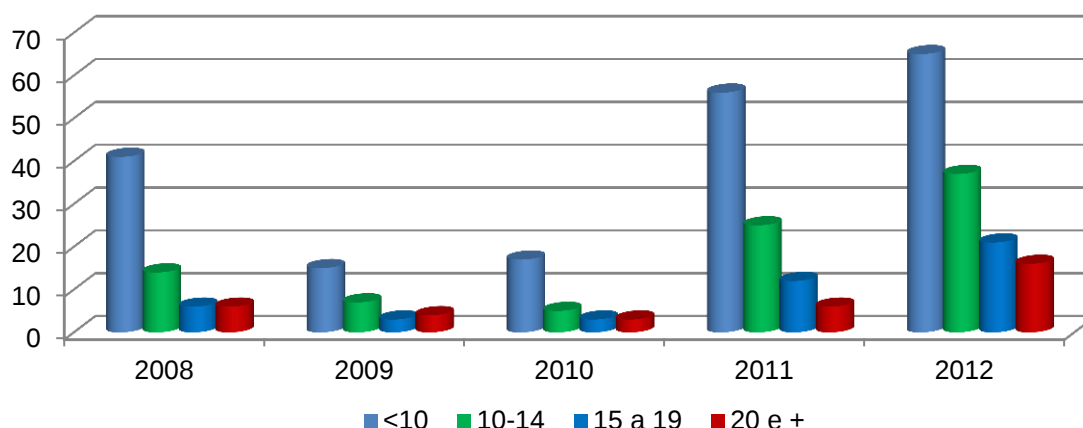
Gráfico 24 - Casos de Hepatite A por sexo em Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

Crianças menores de 10 anos representam o grupo mais acometido pela Hepatite A (Gráfico 25).

Gráfico 25 - Casos de Hepatite A por faixa etária em Rio Branco, 2008 a 2012.



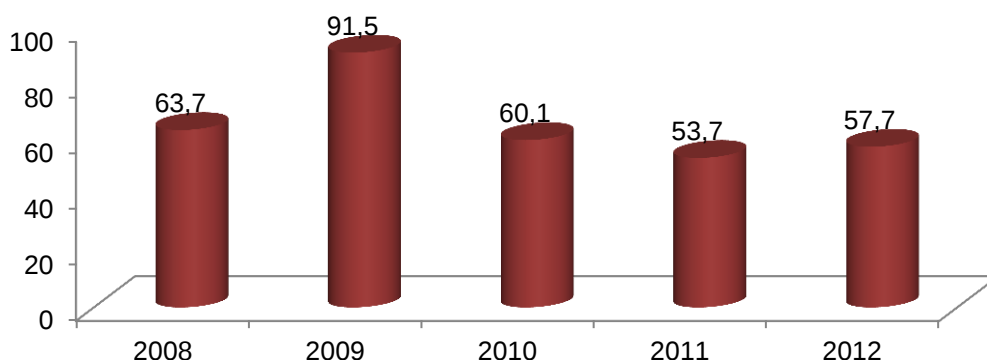
Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

ii. Hepatite B (HBV)

A detecção de Hepatite B, tanto no país como para as regiões, apresentam uma tendência de crescimento de 1999 a 2011. A região Sul apresenta as maiores taxas desde 2002, seguida pela região Norte.

Em Rio Branco, de 2009 a 2012 verifica-se uma diminuição na taxa de detecção de casos de HBV, possivelmente pela subnotificação dos casos. Em 2009 a taxa de detecção foi de 91,5 casos por 100.000 habitantes em decorrência das campanhas de diagnóstico realizadas (Gráfico 26).

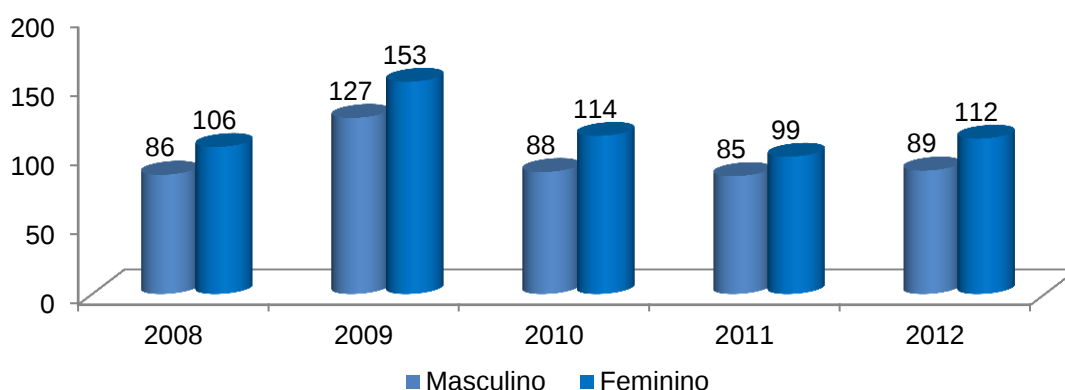
Gráfico 26 - Coeficiente de Detecção de Hepatites B em Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

No Brasil observa-se que a maioria dos casos de Hepatite B ocorre entre indivíduos do sexo masculino. Entretanto, em Rio Branco, pelo fato da implantação do teste de sorologia em gestantes desde 2000, os casos estão concentrados no sexo feminino ao longo de toda a série representada (Gráfico 27).

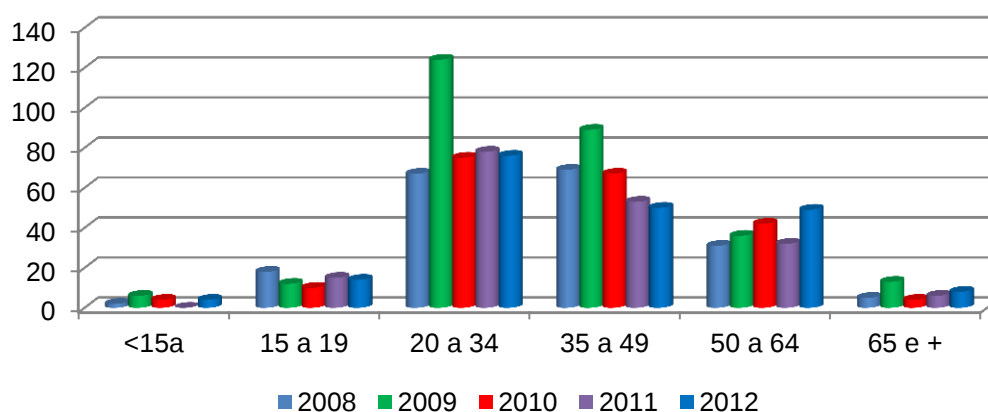
Gráfico 27 – Casos Hepatites B por sexo em Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

Com relação à idade, os casos de Hepatite B estão concentrados na faixa etária de 20 a 49 anos, sendo que em 2012 observa-se um aumento na faixa etária de 50 a 64 anos (Gráfico 28).

Gráfico 28 - Casos de Hepatites B por faixa etária em Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

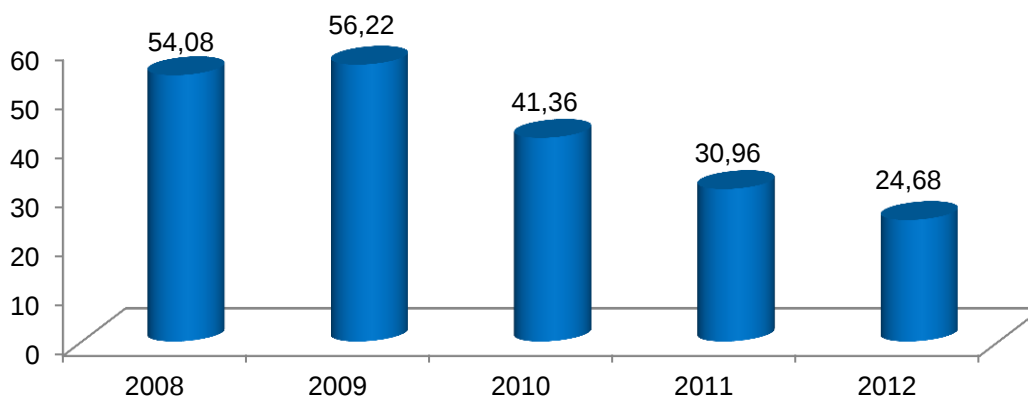
iii. Hepatite C (HCV)

No período de 1999 a 2011, foram confirmados no Brasil 82.041 casos de Hepatite C, do total notificados, 55.222 são da região Sudeste e 18.307 da Sul que juntas concentram 90% dos casos confirmados no país.

A taxa de detecção no país em 2011 foi de 5,0 casos confirmados por 100 mil habitantes.

Em Rio Branco, no período de 2009 a 2012, verifica-se uma diminuição no Coeficiente de Detecção de casos de HCV, possivelmente pela subnotificação de casos (Gráfico 29). Mesmo assim, o município se encontra bem acima da média nacional de detecção, apontando para um sério problema de saúde pública.

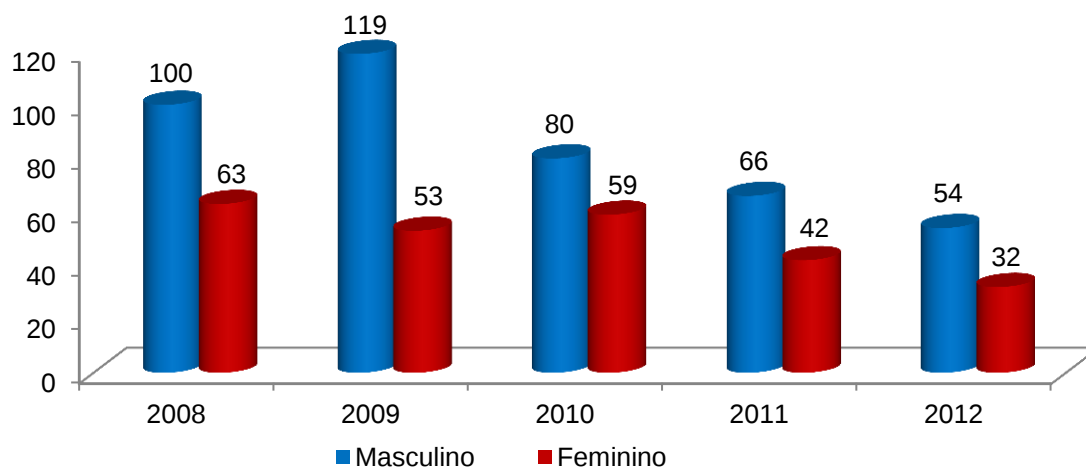
Gráfico 29 - Coeficiente de Detecção de Hepatites C em Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

No município os casos de Hepatite C são mais frequentes no sexo masculino, no qual representam 51% no período de 2008 a 2012 (Gráfico 30).

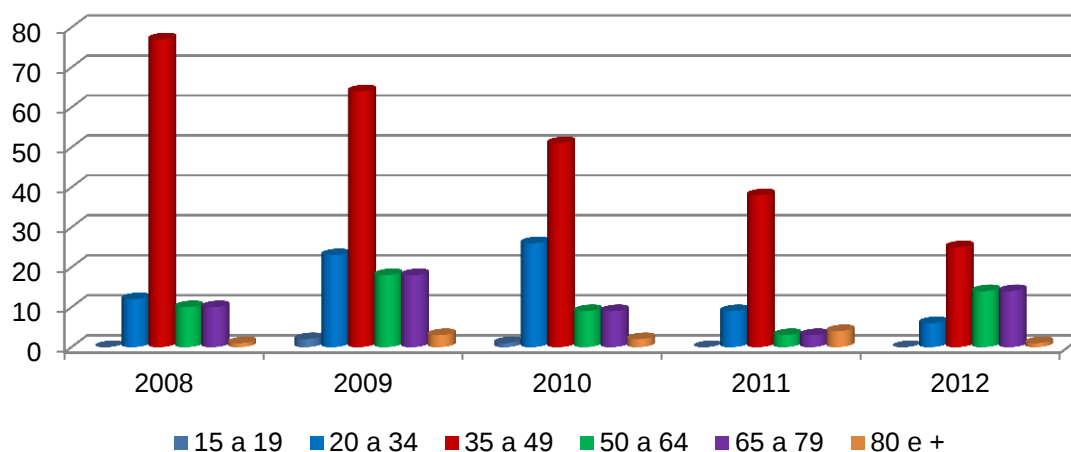
Gráfico 30 - Casos de Hepatites C por sexo em Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

A faixa etária encontrada no município diverge da literatura, mostrando um grupo mais jovem (de 35 a 49 anos) de pessoas infectadas (Gráfico 31). A forma clínica predominante dos casos confirmados no período avaliado é a crônica em todas as faixas etárias.

Gráfico 31 - Casos de Hepatites C por faixa etária em Rio Branco, 2008 a 2012.

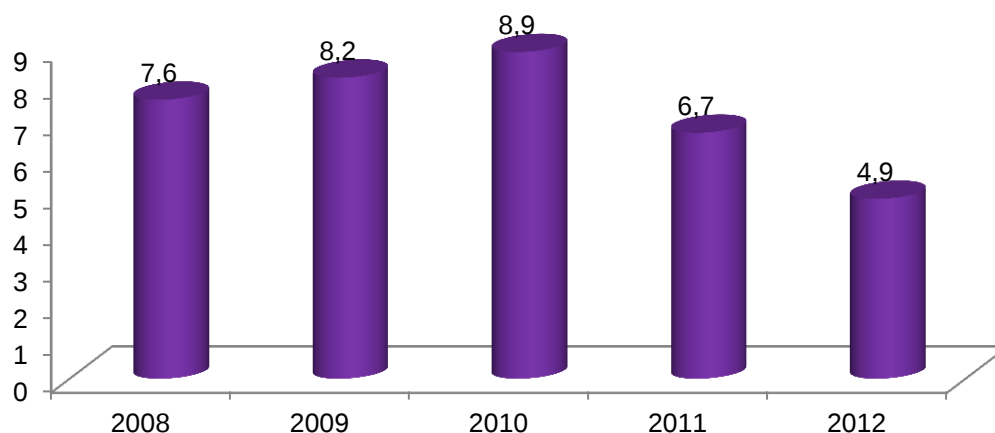


Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

iv. Hepatite B e D

O vírus da hepatite Delta é o mais agressivo de todos os vírus hepatotrópicos e possui uma evolução rápida para cirrose e/ou câncer e óbito. Sua atividade viral depende da co-infecção com o vírus B. A Hepatite D é encontrada principalmente na Amazônia Ocidental. Em Rio Branco o coeficiente de detecção da Hepatite D diminuiu nos últimos dois anos (Gráfico 32).

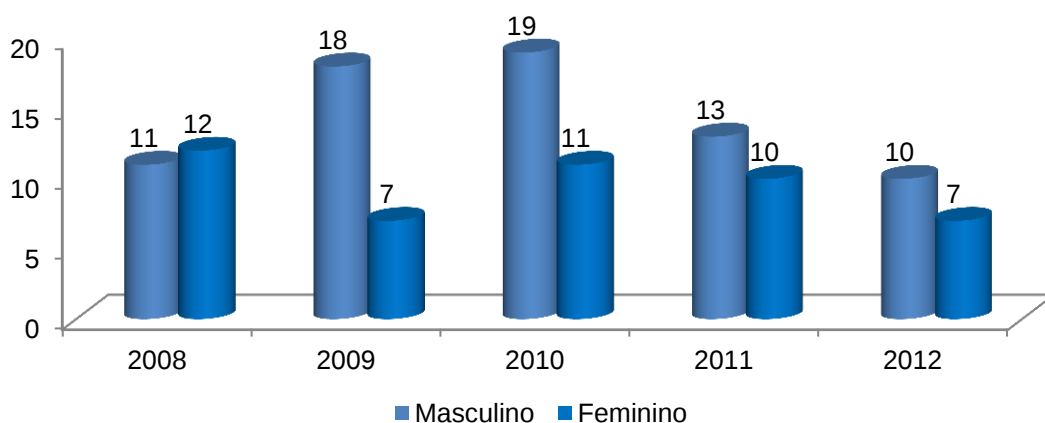
Gráfico 32 - Coeficiente de Detecção de Hepatites D em Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

Observa-se que o sexo mais acometido na Hepatite D é o masculino, diferente da Hepatite B onde as mulheres são maioria, devido ao teste ofertado na gravidez.

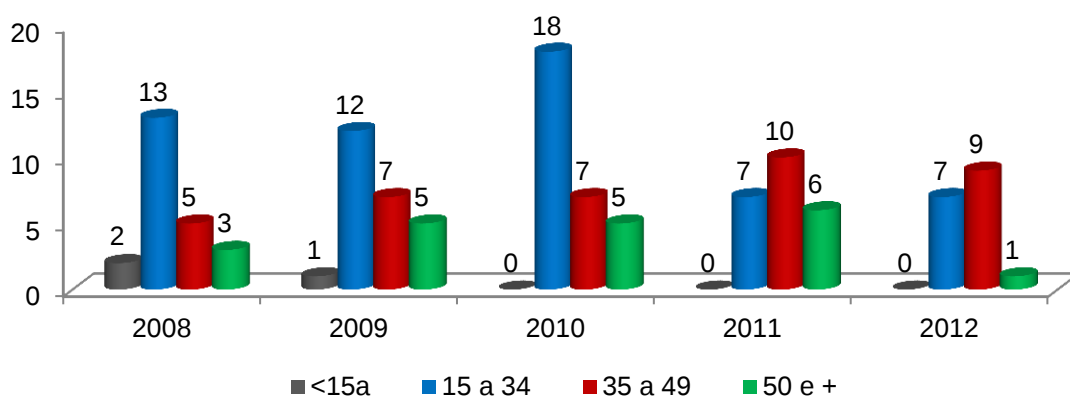
Gráfico 33 - Casos de Hepatites D por sexo em Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

A faixa etária mais acometida pela Hepatite D representa uma população muito jovem (15 a 34 anos) trazendo preocupação para o serviço de saúde em virtude da evolução rápida para cirrose ou hepatocarcinoma, quando os pacientes não são tratados precocemente (Gráfico 34).

Gráfico 34 - Casos de Hepatites D por faixa etária em Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

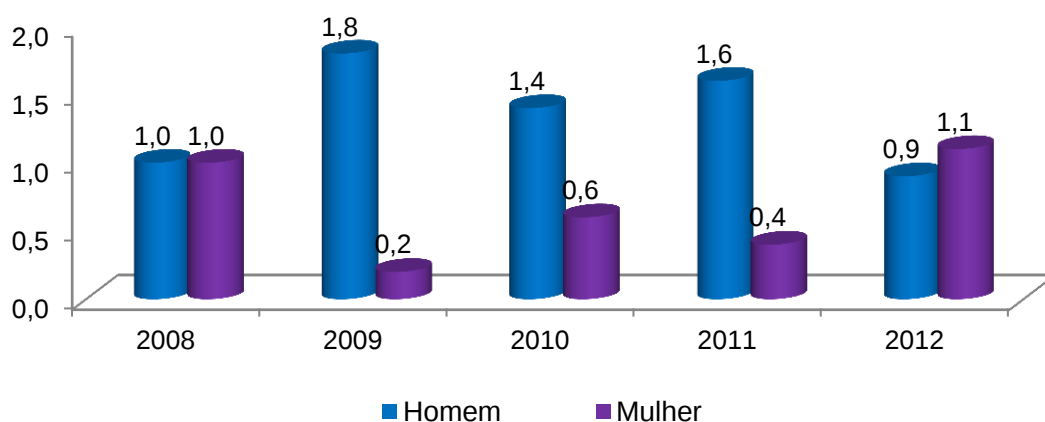
v. Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e Síndrome da Imunodeficiência Humana – AIDS

As doenças sexualmente transmissíveis são consideradas doenças de grande relevância para a saúde pública. No entanto, dados relativos às DSTs são escassos, o que prejudica os estudos epidemiológicos. Em contrapartida, dados referentes ao HIV/AIDS, a sífilis congênita, a sífilis na gestação e as hepatites virais, são de notificação compulsória, portanto obrigatórias, e permitem a alimentação e atualização dos dados.

a) AIDS

De 2008 a 2012 foram notificados 162 casos de AIDS no município de Rio Branco. O aumento proporcional do número de casos de AIDS entre mulheres pode ser observado pela razão de sexo (número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres). A razão de sexo era de 06 (seis) para 01 (um) caso entre homens e mulheres, respectivamente. Em 2012 essa razão atinge um patamar de 0,9 casos em homens para cada 1,1 casos em mulheres, confirmando a feminilização da epidemia (Gráfico 35).

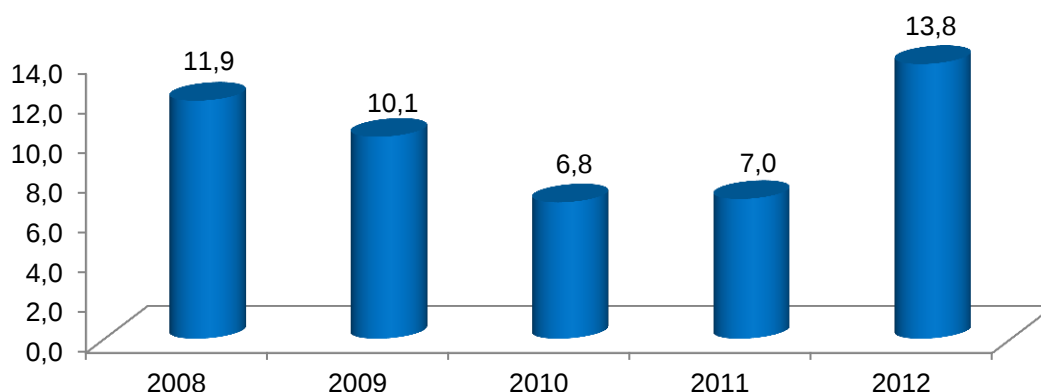
Gráfico 35 - Casos de AIDS em adultos, segundo razão de sexo o município de Rio Branco – AC, no período de 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

O Coeficiente de incidência da AIDS aponta um crescimento significativo no ano de 2012 que corresponde ao período de descentralização dos testes rápidos para algumas unidades básicas de saúde. Essa tendência deve continuar nos anos seguintes, tendo em vista a ampliação do acesso (Gráfico 36).

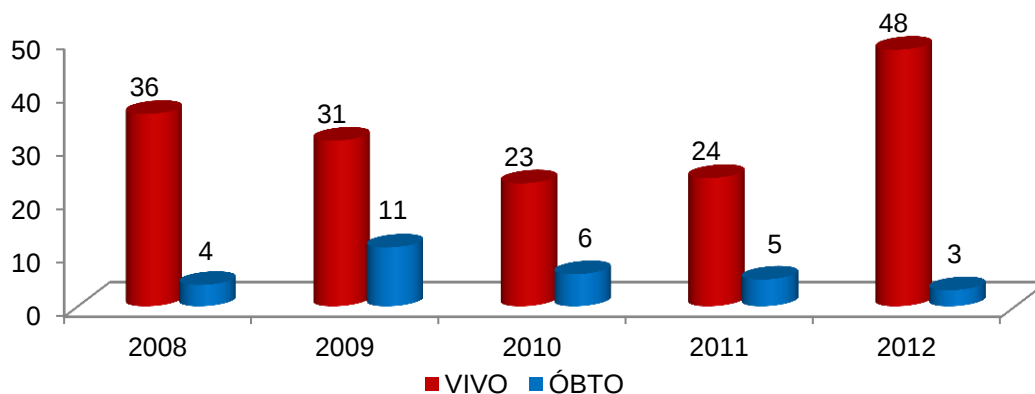
Gráfico 36 - Coeficiente de Incidência de AIDS (por 100.000 hab.), segundo ano de diagnóstico, no município de Rio Branco - AC, no período de 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

Com relação à evolução dos casos observa-se que há uma redução no número de óbitos apesar do aumento no número de casos, significando que os pacientes que são acompanhados precocemente, conseguem uma qualidade de vida melhor com a estabilidade imunológica.

Gráfico 37 - Número de AIDS por evolução no município de Rio Branco - AC, no período de 2008 a 2012.

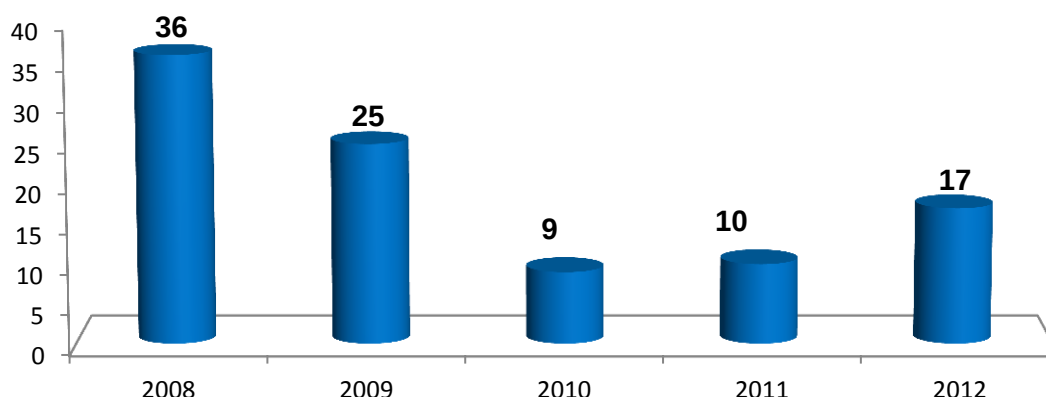


Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

b) Sífilis

O gráfico abaixo revela que entre os anos de 2008 a 2012 foram notificados 97 casos de sífilis congênita, com uma redução acentuada no período de 2008 a 2010 e tendência de crescimento nos anos seguintes (Gráfico 38). É possível que tal fato esteja relacionado à subnotificação de casos, considerando tratar-se de uma doença sexualmente transmissível bastante comum em nosso meio. Também se observa a prática do tratamento isolado, sem o comparecimento do parceiro, por vergonha ou por falta de diálogo entre as partes, com a omissão de um dos parceiros por medo da violência. Daí resulta a reinfeção da gestante e a transmissão vertical da doença.

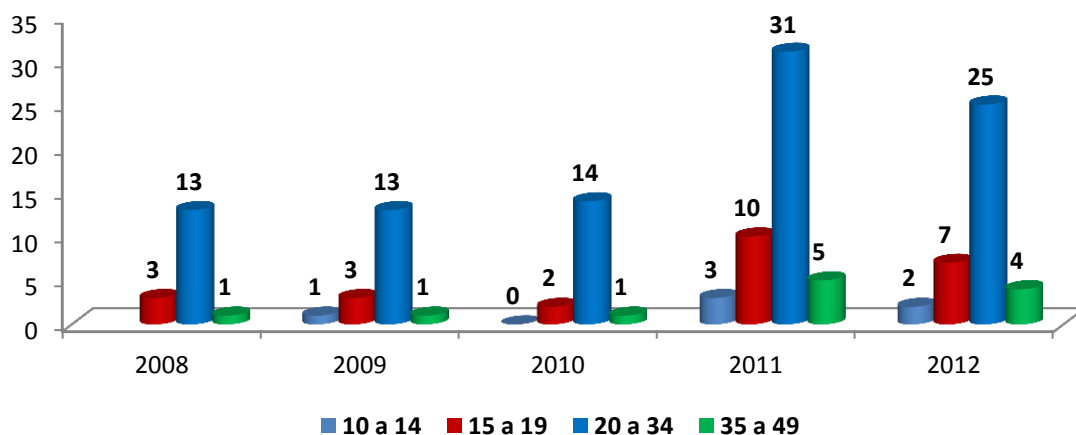
Gráfico 38 - Número absoluto de Sífilis Congênita no município de Rio Branco - AC, no período de 2008 a 2012.



FONTE: SINAN/DIAD/SEMSA

Observa-se que o número de sífilis em gestante vem aumentando nos dois últimos anos em decorrência do fortalecimento das ações de vigilância dessa doença, com foco na gestante para reduzir a transmissão vertical (Gráfico 39). Quando a gestante é detectada precocemente, o tratamento é realizado para evitar sequelas no bebê.

Gráfico 39 - Número absoluto de Sífilis em gestante. Rio Branco, 2008 a 2012.



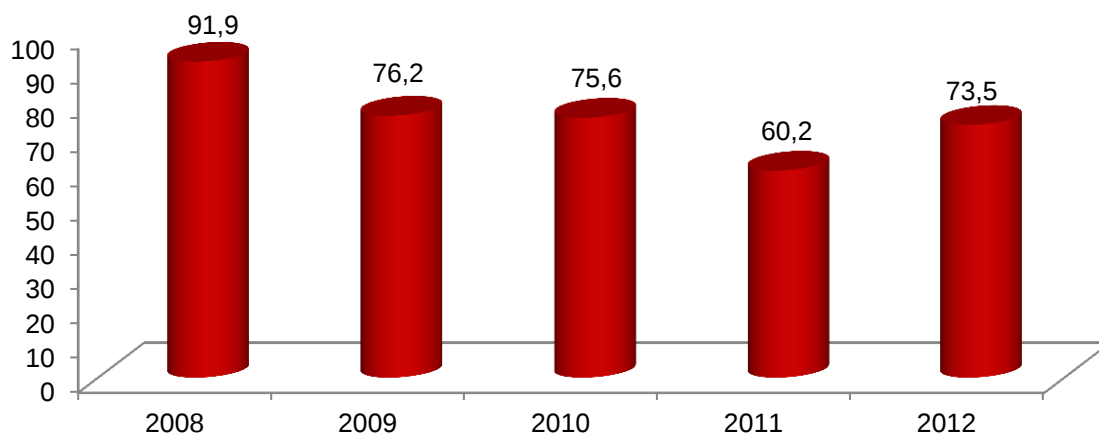
Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

3.1.3.2. Doenças Transmitidas por Vetores

a) Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA

A Leishmaniose Tegumentar Americana – LTA apresentou uma variação no coeficiente geral de detecção de 91,9/100 mil habitantes em 2008 para 73,5/100 mil hab. em 2012. Apesar da redução observada no período o coeficiente geral de detecção ainda é considerado muito alto pelos parâmetros do Ministério da Saúde nas áreas de transmissão da doença (Gráfico 40).

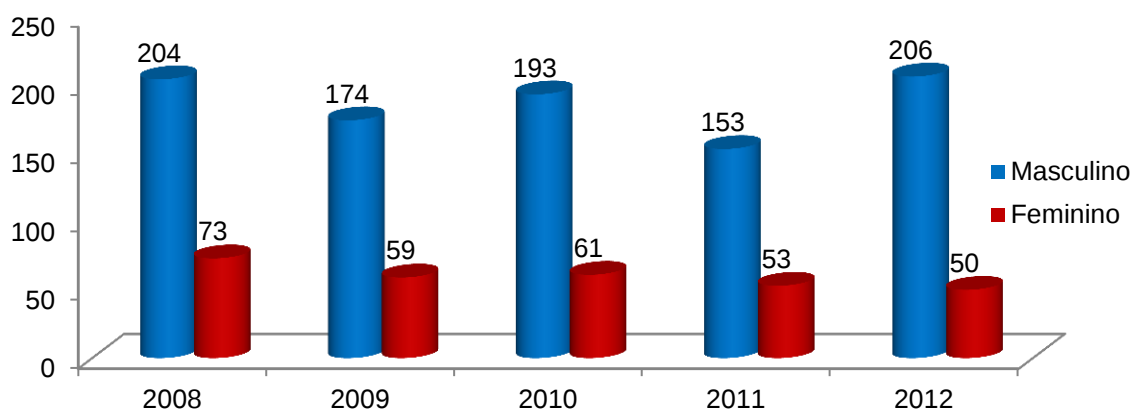
Gráfico 40 - Coeficiente geral de detecção de casos autóctones de LTA por 100.000 habitantes. Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

Em relação ao gênero, a LTA é encontrada principalmente em indivíduos do sexo masculino (em 75% dos casos) em virtude das atividades executadas por estes em áreas periurbanas ou de florestas, seja pelo lazer ou pela profissão que desenvolve (Gráfico 41).

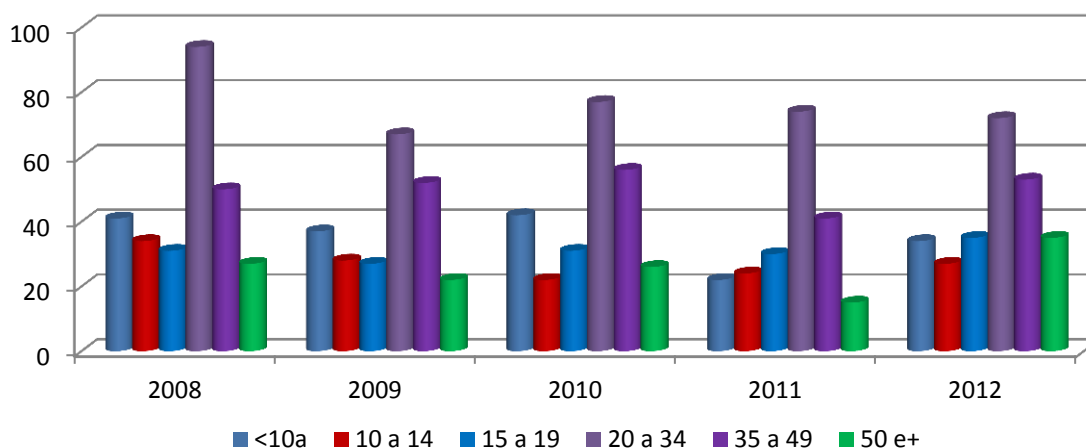
Gráfico 41 - Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana por sexo. Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

Em todos os anos a faixa etária considerada economicamente ativa (20 a 34 anos) é a mais atingida e a forma cutânea da doença prevalece sobre a forma mucosa (Gráfico 42). A proporção de casos de LTA que evoluíram para cura clínica, em todos os anos, supera o indicador (85%).

Gráfico 42 - Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana por faixa etária. Rio Branco, 2008 a 2012.



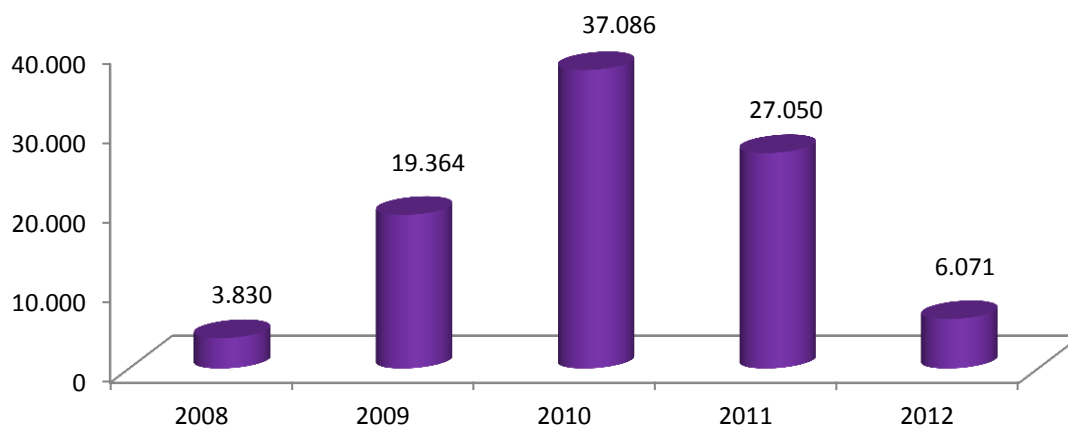
Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

b) Dengue

Em Rio Branco, a primeira epidemia de dengue ocorreu em 2000, causada pelo sorotipo DENV1. No Gráfico 43, observa-se que nos anos de 2009, 2010 e 2011 estão registradas as maiores epidemias de dengue no município.

Atualmente o município já possui os quatro sorotipos circulando em seu território, o que significa a manutenção de notificações de casos confirmados por um período de tempo prolongado, até que se esgote a população de suscetíveis ou que cesse a circulação viral. O último sorotipo isolado foi o DENV4, em 2012.

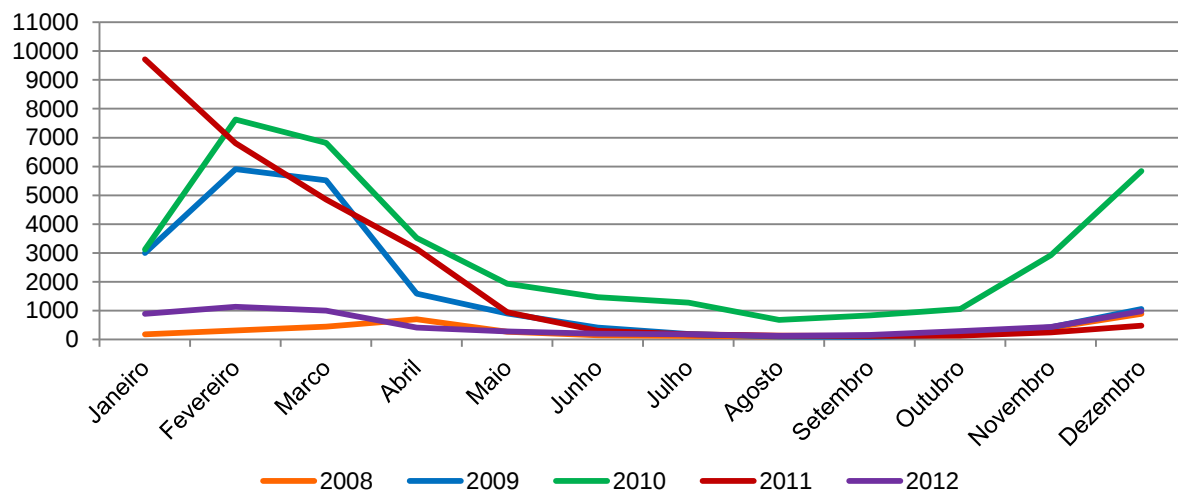
Gráfico 43 - Casos suspeitos de Dengue, em Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

Analisando a série histórica por mês de notificação, observa-se que os casos aumentam conforme se intensifica o período chuvoso - de novembro a abril (Gráfico 44).

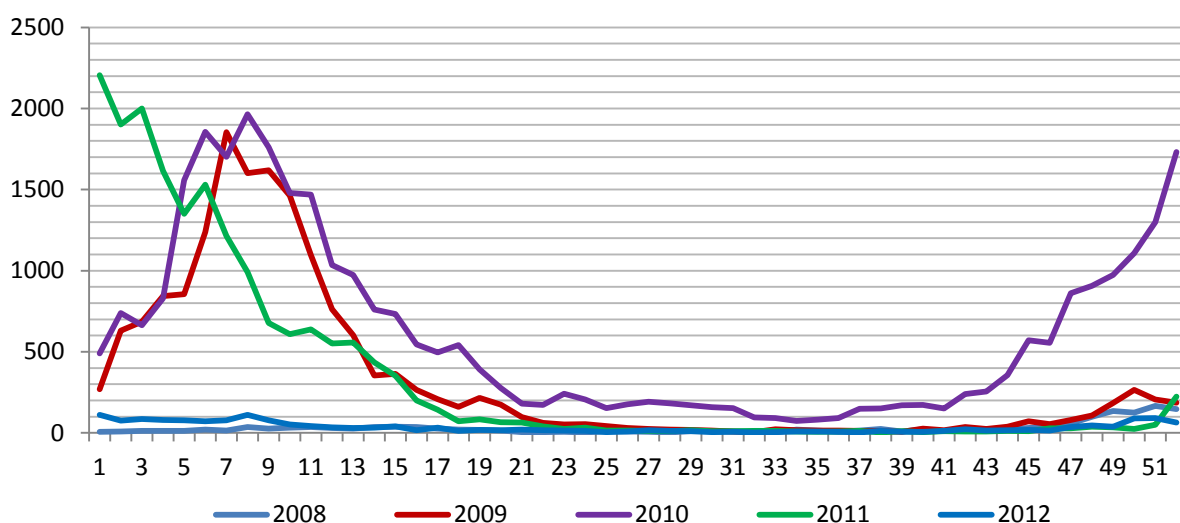
Gráfico 44 - Casos suspeitos de Dengue, segundo mês de ocorrência. Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

O monitoramento da dengue no município é feito a partir das notificações semanais, onde é possível visualizar o comportamento da doença num curto espaço de tempo, possibilitando a intervenção imediata para evitar epidemias. É possível observar o final do ano de 2010 e o início de 2011 quando se registrou a maior epidemia no município de Rio Branco (Gráfico 45).

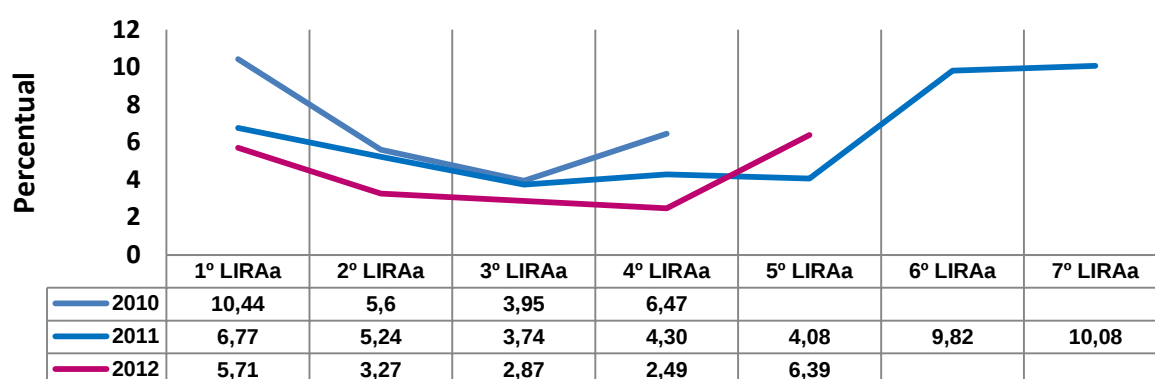
Gráfico 45 - Casos confirmados de Dengue, por Semana Epidemiológica. Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

A pesquisa do **LIRA'a – Levantamento Rápido de Índice do *Aedes aegypti*** foi adotada pela gestão para ser realizada após cada ciclo de visitas a partir de 2011, visando o constante monitoramento da infestação e distribuição do vetor na cidade, estratos e bairros. O resultado apresentado nos anos de 2011 e 2012 variou entre risco e alerta, justificado principalmente pela quantidade de chuva do período e pela oscilação do quantitativo de agentes em campo. (Gráfico 46). Em 2010 foram realizados apenas três LIRAa para orientação do controle vetorial de modo geral no município.

Gráfico 46 - Resultado do Levantamento Rápido de Índice de Infestação Predial (LIRAa's). Rio Branco, 2010 a 2012.

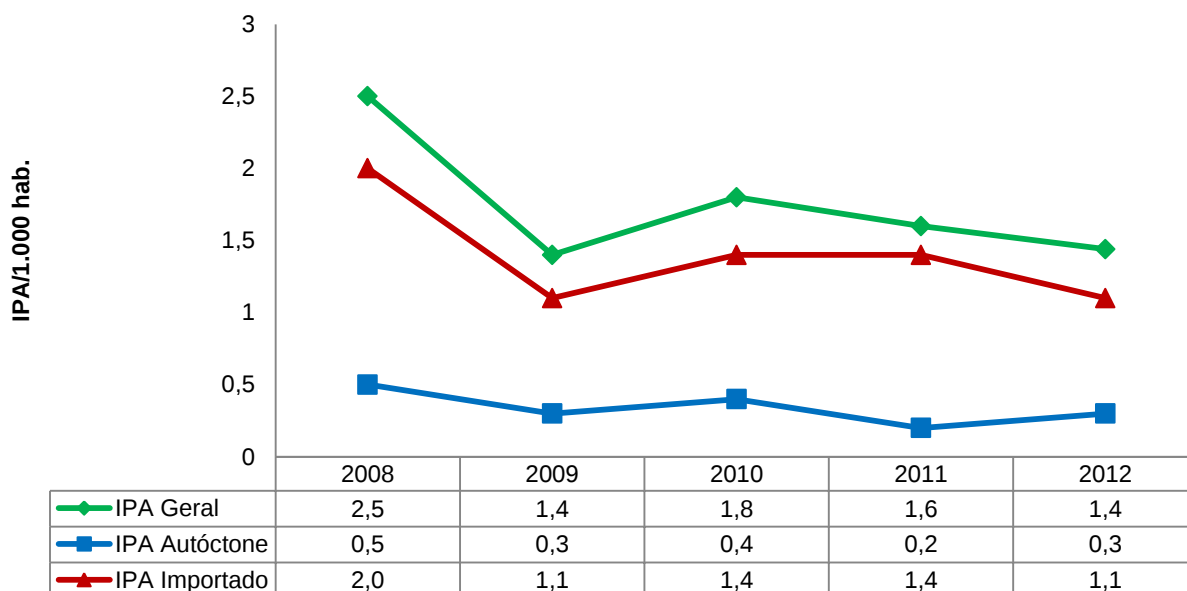


Fonte: DECV/SEMSA

c) Malária

No Brasil 99,7% dos casos de malária são notificados na Região Amazônica. Em Rio Branco, observa-se que o IPA – Índice Parasitário Anual-(indicador que mede o risco de transmissão da malária) nos anos de 2008 a 2012 não ultrapassou 0,5/1.000 habitantes para os casos autóctones, colocando o município numa condição extremamente confortável para a transmissão dessa doença (Gráfico 47).

Gráfico 47 - Índice Parasitário Anual – IPA em Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SIVEP-MALÁRIA/DIAD/SEMSA

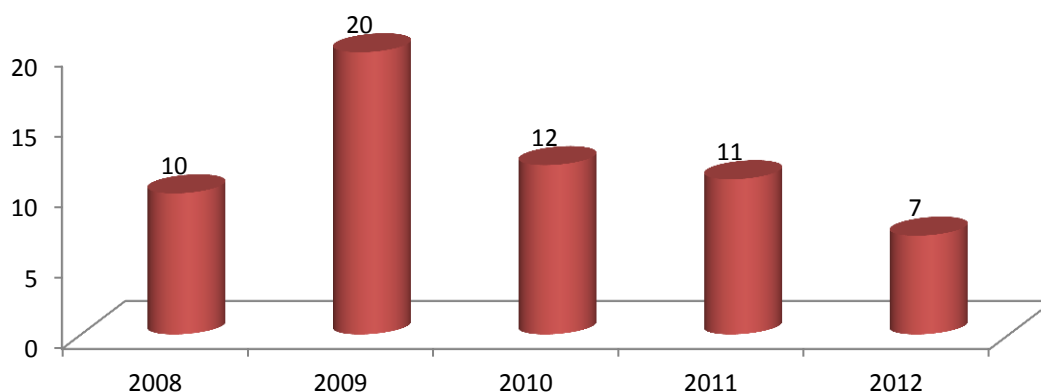
d) Meningites

No Brasil, as principais causas de meningite bacteriana, de relevância para a saúde pública, são as causadas por *Neisseriameningitidis* (meningococo), *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) e a *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib). O quadro clínico da doença pode variar de acordo com a etiologia, mas em geral a doença é grave e pode evoluir para o óbito.

Em 1999, foi introduzida no país a vacina contra o Hib, responsável por várias doenças invasivas, como meningites e pneumonias, sobretudo em crianças. Observa-se, após a introdução da vacina, redução de mais de 90% no número de casos, na incidência e no número de óbitos por meningite por *H. influenzae*.

Em Rio Branco as Meningites causadas por bactérias são as que têm maior incidência, seguida pelas não especificadas e virais. A partir de 2009 observa-se uma redução contínua no número de casos dessa doença (Gráfico 48).

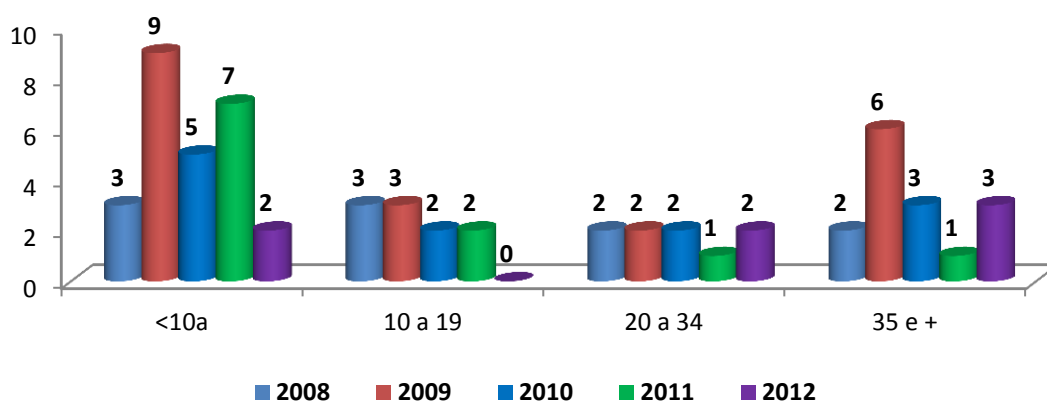
Gráfico 48 - Casos de Meningites confirmados em Rio Branco, no período de 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

A faixa etária com maior registro de casos corresponde aos menores de 10 anos, com tendência de redução pela introdução das vacinas Meningo C e Pneumo 10-valente a partir de 2010, além da Tetra e mais recentemente a Pentavalente que contêm a vacina *Hib* (Gráfico 49).

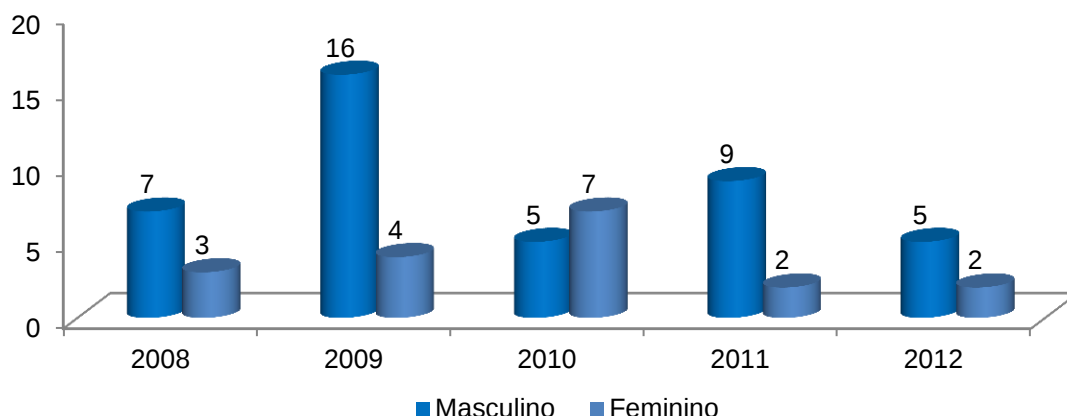
Gráfico 49 - Casos de Meningites por faixa etária. Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

Nos anos analisados, o sexo masculino foi o mais acometido (70%) pelas meningites, exceto no ano de 2010 (Gráfico 50).

Gráfico 50 - Casos de Meningites por sexo. Rio Branco, 2008 a 2012.



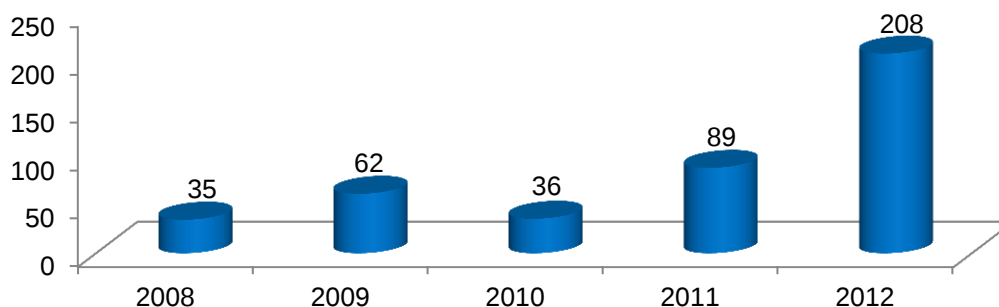
Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

e) Leptospirose

A leptospirose é uma endêmica, com aumento de incidência em períodos chuvosos, principalmente em centros urbanos, onde a aglomeração populacional, a baixa renda, as condições inadequadas de saneamento e a alta infestação de roedores infectados predispõem as populações à ocorrência de casos. A letalidade, que pode chegar até a 40% dos casos graves, bem como os custos hospitalares e as perdas dos dias de trabalho são elevados.

Em Rio Branco a leptospirose vem ocorrendo durante todos os meses do ano, com aumento de casos no período de elevados índices pluviométrico. Nos anos de 2011 e 2012, o exame sorológico para leptospirose foi utilizado como diagnóstico diferencial para suspeitos de dengue com resultado negativo. Desse modo foram detectados casos oligossintomáticos, com sinais e sintomas inespecíficos. Em 2012 foi registrado um surto de leptospirose, com 208 casos confirmados (Gráfico 51).

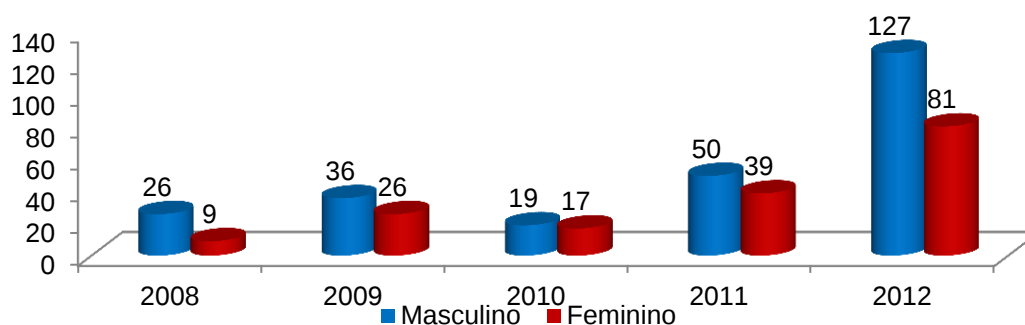
Gráfico 51 - Casos confirmados de Leptospirose em Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

O gênero mais acometido em todos os anos analisados é o masculino com 60% dos casos (Gráfico 52).

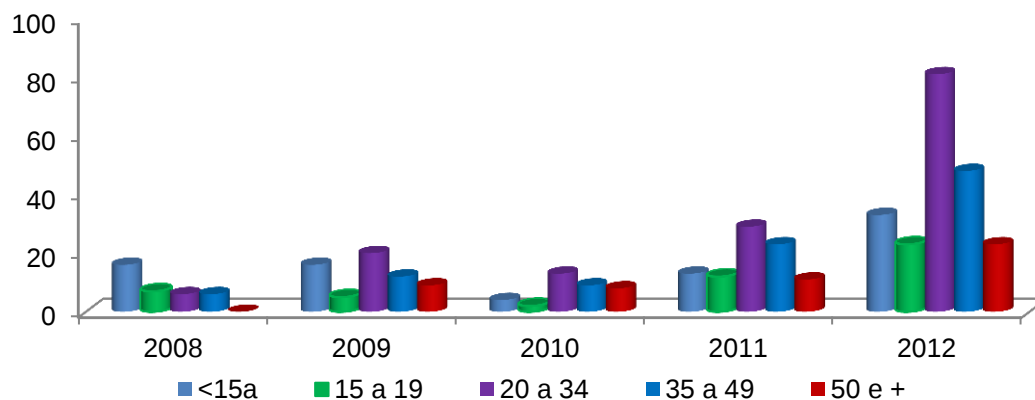
Gráfico 52 - Casos de Leptospirose por sexo. Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

Os dados mostram que a faixa etária mais acometida foi de 20 a 34 anos, indicando que o local provável da infecção pode ser o ambiente de trabalho ou estar relacionado a atividades que possibilitem o contato com roedores (Gráfico 53).

Gráfico 53 - Casos de Leptospirose por faixa etária. Rio Branco, 2008 a 2012.



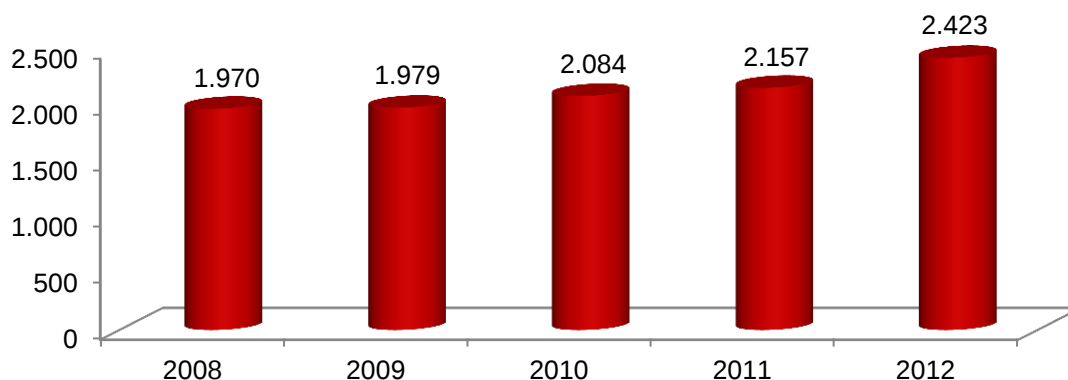
Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

f) Raiva

A raiva é de grande relevância para a saúde pública devido à letalidade de 100%, pelo fato de ser uma doença passível de eliminação no seu ciclo urbano e por possuir medidas eficientes de prevenção e controle através de medidas simples como vacinação humana e animal, disponibilização de soro anti-rábico, bloqueio de focos, recolhimento de animais de rua, entre outros. A profilaxia anti-rábica humana é o meio mais eficaz para evitar a raiva e sua indicação correta e em tempo oportuno é fundamental.

Em Rio Branco os casos de atendimento anti-rábico vêm aumentando ano a ano, apresentando uma incidência alta de agressões no período de 2008 a 2012 (Gráfico 54).

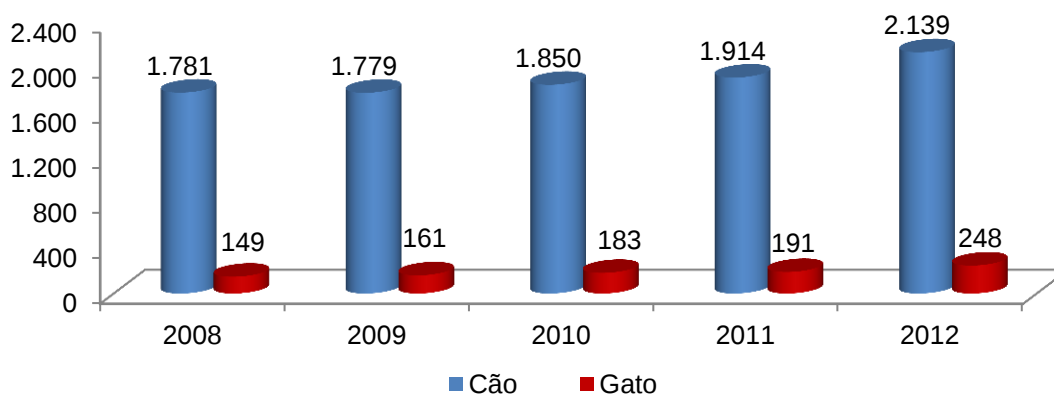
Gráfico 54 - Número de Atendimento anti-rábico humano ocorrido em Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

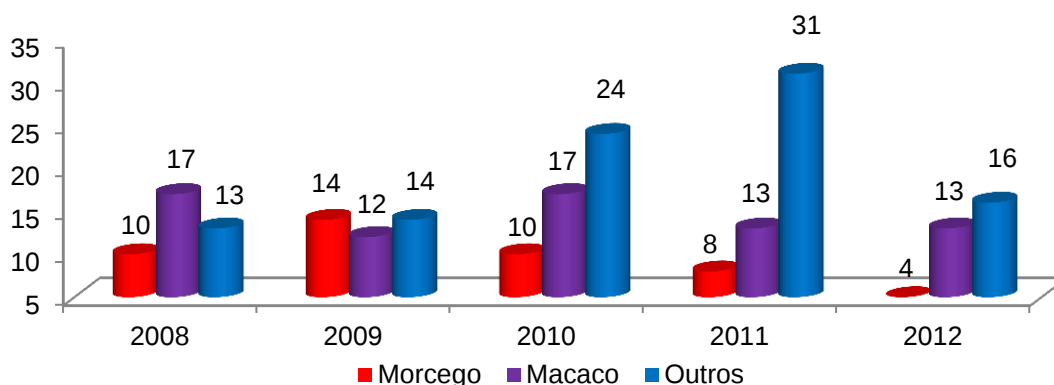
As principais espécies agressoras no período avaliado são caninas e felinas (Gráfico 41), mas observa-se um registro importante de agressão por animais silvestres (morcego e macaco) que possuem papel importante na transmissão do vírus rábico (Gráfico 55).

Gráfico 55 - Número de Atendimento anti-rábico humano por Cães e Gatos no município de Rio Branco - AC, no período de 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

Gráfico 56 - Número de Atendimento anti-rábico humano por espécie agressora. Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

g) Diarréia

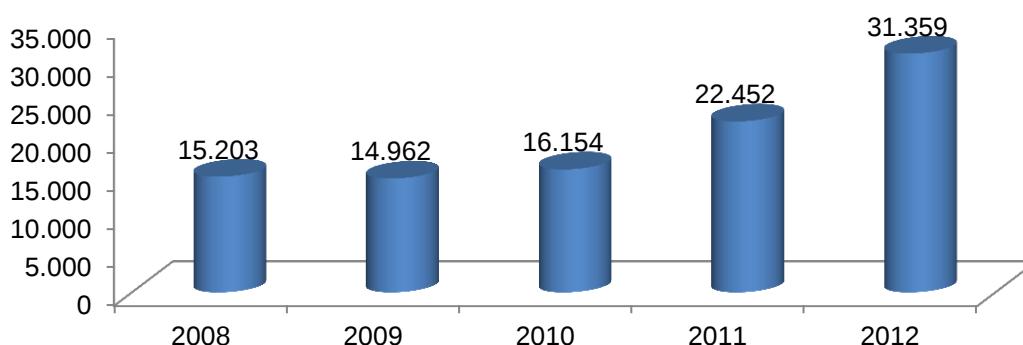
A doença diarreica aguda ainda é um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo uma das principais causas de morbimortalidade infantil. As complicações ocorrem devido à desidratação e ao desequilíbrio hidroeletrólítico, sendo este relacionado, com frequência, à assistência e tratamento instituídos de forma inadequada, podendo inclusive causar o óbito, principalmente quando associados à desnutrição. Os episódios diarreicos repetidos podem ocasionar desnutrição crônica, com retardo do desenvolvimento estado-ponderal e, até mesmo, da evolução intelectual.

A redução na morbimortalidade por doenças diarreicas no Brasil pode ser reflexo das várias estratégias de saúde pública implantadas no País, como melhoria das medidas sanitárias, promoção do aleitamento materno, distribuição da solução de hipoclorito de sódio a 2,5% para tratamento da água para famílias sem acesso a água tratada, ampliação do Programa de Saúde da Família e implantação, em 2006, da vacina oral rotavírus humano.

Anualmente é registrada uma média de 20.000 episódios de diarreia em crianças menores de cinco anos de idade no município de Rio Branco (Gráfico 57).

Apesar do número elevado de diarreia notificado em menores de 1 ano de idade, o município registrou uma redução importante na taxa de mortalidade infantil.

Gráfico 57 - Casos de Doença Diarreica Aguda em Rio Branco, 2008 a 2012.

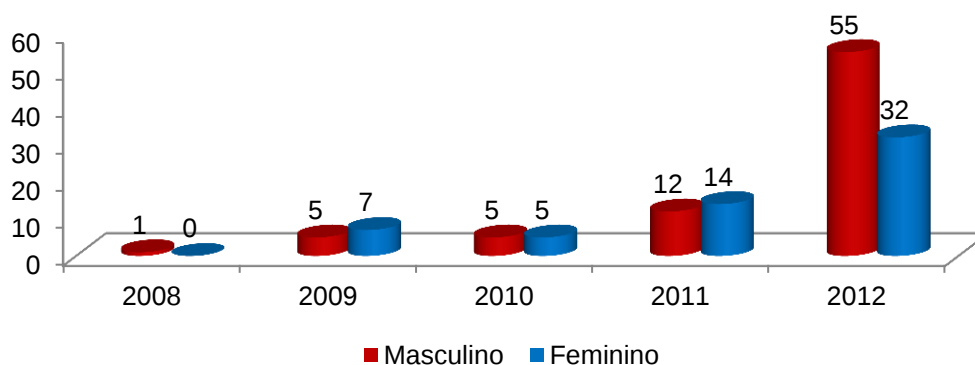


Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

Após o registro da maior epidemia por rotavírus registrada no Brasil e ocorrida no Acre no ano de 2005, houve uma redução significativa no número de casos nos últimos anos, de modo que atualmente o município de Rio Branco monitora esta doença por meio de Unidades Sentinelas. Entretanto, observa-se que após a introdução da vacina oral rotavírus humano no calendário básico da criança, o percentual de resultado de exame positivo diminuiu consideravelmente.

À medida que o número de casos de diarreia aumenta as coletas para exame de rotavírus também são aumentados para orientar a tomada de decisão da gestão (Gráfico 58).

Gráfico 58 – Casos confirmados de Rotavírus em Unidade Sentinela, por sexo. Rio Branco, 2008 a 2012.



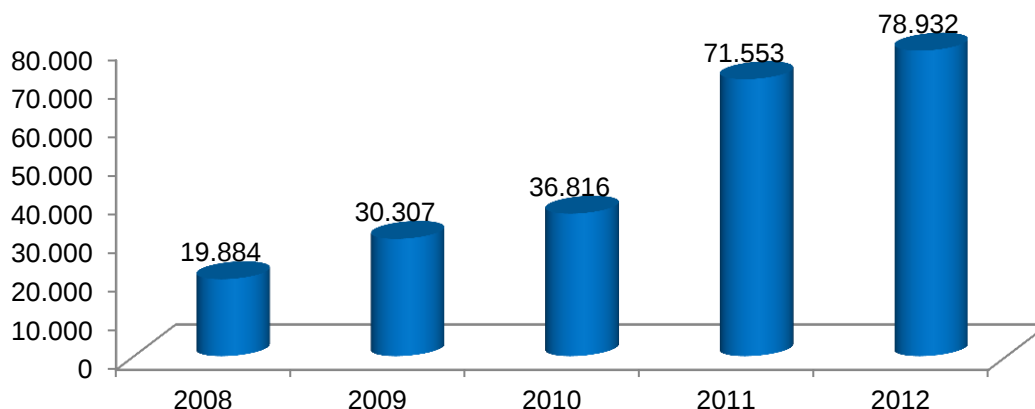
Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

h) Infecção Respiratória Aguda - IRA

As infecções respiratórias agudas, principalmente a pneumonia, podem trazer risco de morte quando não tratadas. Atualmente são a principal causa de doenças entre as crianças com menos de cinco anos.

Em Rio Branco, os casos de IRA vêm aumentando ano após ano em decorrência das queimadas provocadas no período de estiagem (Gráfico 59). O monitoramento semanal das infecções respiratórias agudas foi implantado em 2006 para melhorar a vigilância desse agravo em crianças menores de cinco anos, visando à redução da mortalidade infantil.

Gráfico 59 - Casos de IRA ocorridos em Rio Branco no período de 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

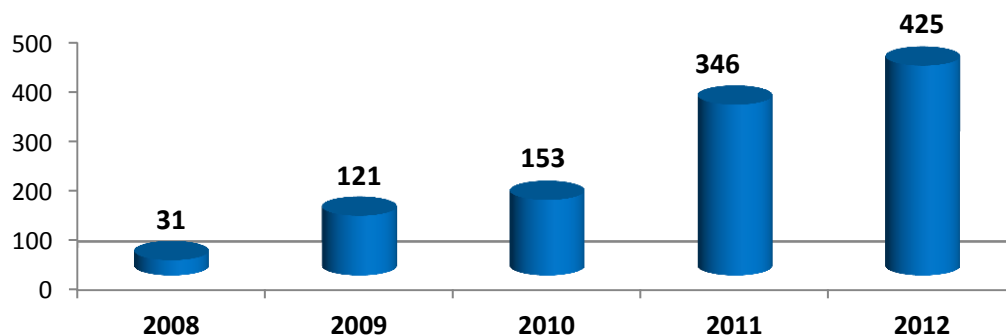
3.1.3.3. Violência sexual, doméstica e/ou outras violências

A vigilância de violências foi normatizada pelo MS por meio de portarias específicas que tem como objetivos específicos descrever o perfil das violências (interpessoais ou autoprovoçadas) e acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, dentre outros) atendidos em unidades de urgência e emergência indicadas pelas SMS em articulação com as SES e realizar a análise da tendência das violências e acidentes.

O número de notificações aumentou nos últimos dois anos como consequência das capacitações realizadas com os profissionais da rede primária da atenção, possibilitando a identificação de fatores de riscos e comportamentais das pessoas vítimas de violência (Gráfico 60).

Na análise geral dos dados notificados, observou-se 97,6% das vítimas são do sexo feminino e que 62,6% sofreram abuso sexual, a maioria dentro da própria residência.

Gráfico 60 - Número absoluto de notificações de violência. Rio Branco, 2008-2012.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA

3.1.3.4. Imunização

O Brasil acumula conquistas importantes no contexto das doenças imunopreveníveis. Atualmente, 44 imunobiológicos, entre soros e vacinas, estão disponíveis à população em aproximadamente 34 mil salas de vacina e as coberturas vacinais no âmbito do País são, em geral, elevadas para todas as vacinas do calendário da criança em campanhas de vacinação, contribuindo assim para o impacto sobre essas doenças.

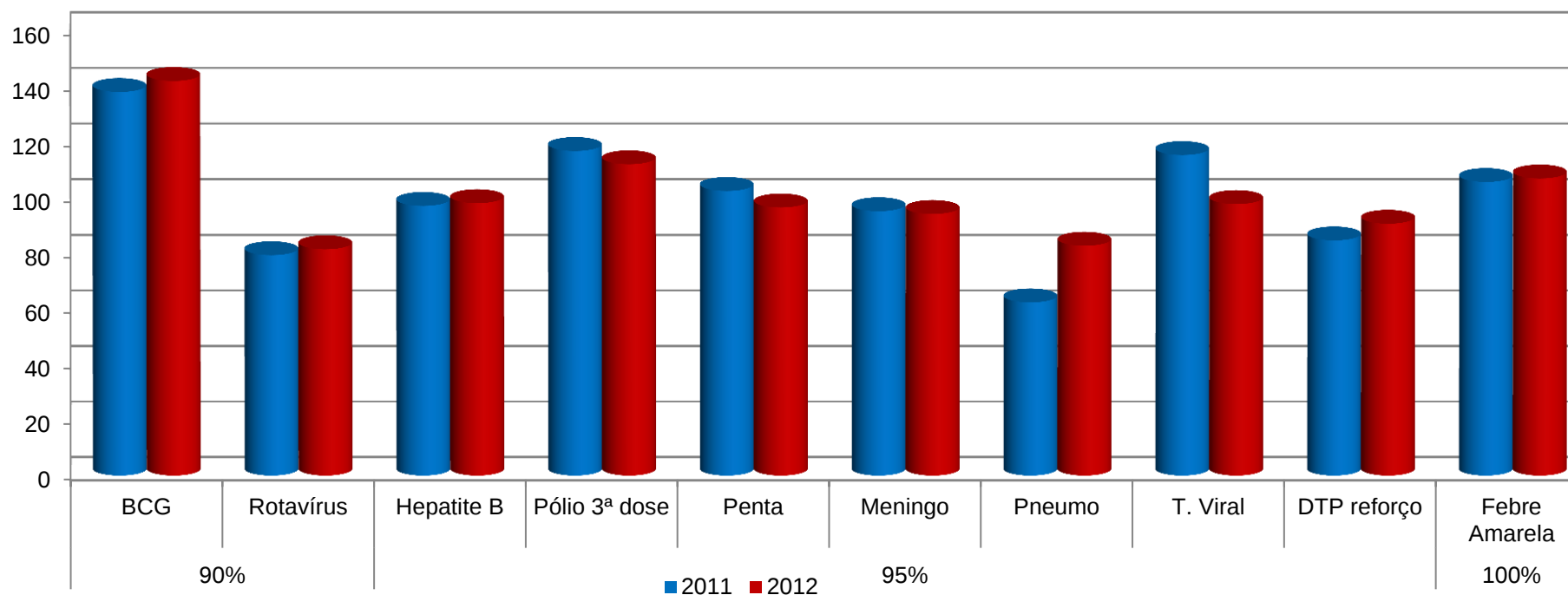
Como resultado das ações de imunização, pode-se contar com a erradicação da poliomielite, a eliminação do sarampo, da rubéola, da síndrome da rubéola congênita e a crescente redução da morbidade e mortalidade da maioria das doenças imunopreveníveis no Brasil.

O Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Imunização estabelece metas vacinais de cobertura de 95% para Hepatite B, Pólio, Pentavalente, Meningo C, Pneumo 10 e Tríplice Viral, de 90% para BCG e Rotavirus e 100% para Febre Amarela.

Em Rio Branco, os dois últimos anos foram os que mais avançaram nas metas de vacinação no período avaliado, mas ainda se observa uma heterogeneidade dos resultados (Gráfico 61 e 62).

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

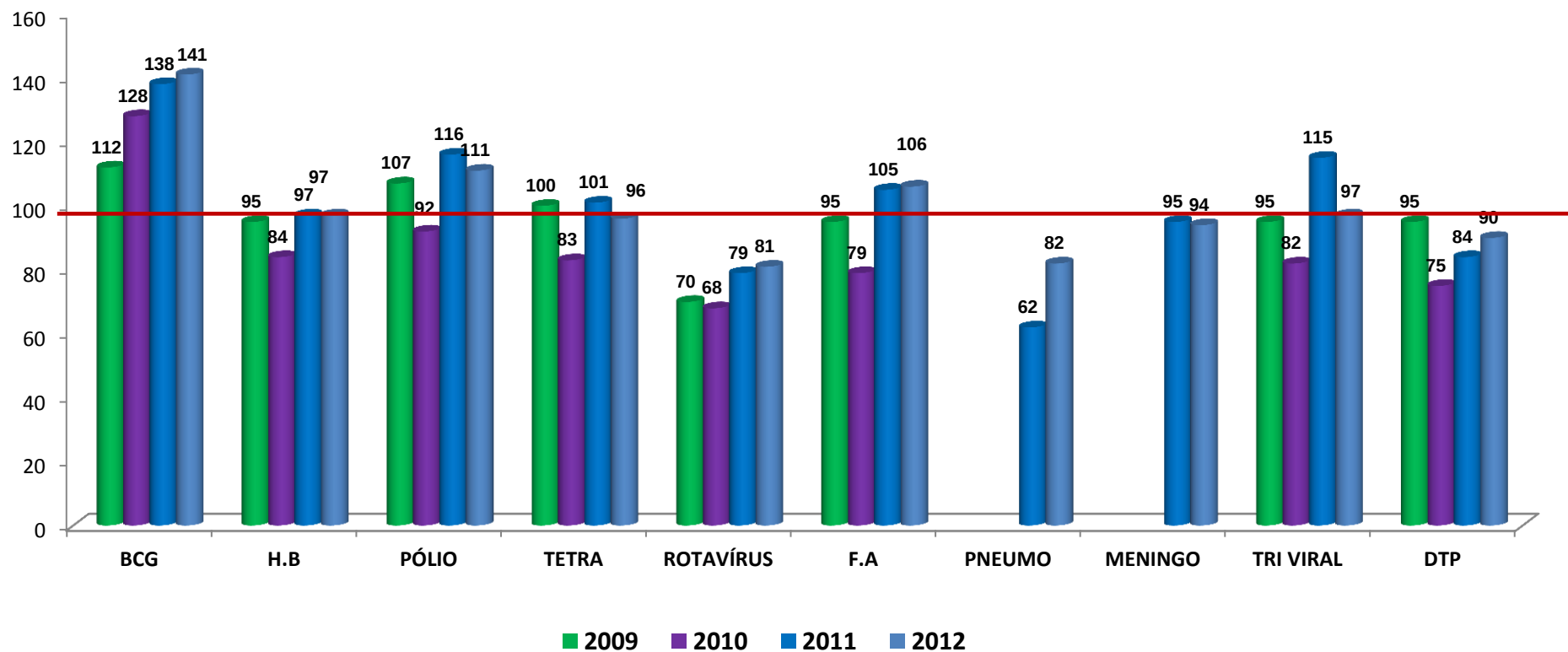
Gráfico 61 - Cobertura Básica Vacinal em crianças menores e/ou igual a 1 ano, em Rio Branco, no período de 2011 a 2012.



Fonte: SIAP I ou SI-PNI e SINASC.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Gráfico 62 – Série histórica de Cobertura Básica Vacinal em crianças menores e/ou igual a 1 ano, em Rio Branco, no período de 2009 a 2012.



Fonte: SI-API ou SI-PNI e SINASC

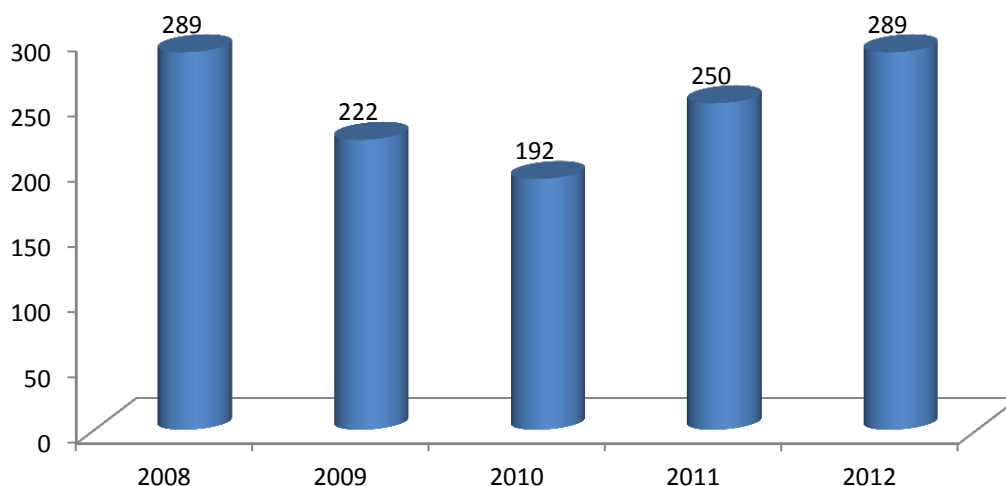
3.1.3.5. Zoonoses

O Departamento de Controle de Zoonoses realiza ações de promoção, prevenção e controle de zoonoses em cães e gatos do município, priorizando o Programa de Controle da Raiva Animal.

A Raiva é uma zoonose transmitida pela saliva de um animal doente contaminada com o vírus rábico, através da mordida, arranhão ou lambedura. É considerada ainda 100% letal sendo necessário apenas 01 (um) caso humano da doença para seja considerada situação epidemiológica epidêmica. A profilaxia através da vacinação de caninos e felinos, ainda e a forma mais eficaz de prevenção da doença em humanos. A Raiva encontra-se controlada no município desde 2005 não há registro de caso positivo em cães e gatos.

São coletadas amostras de encéfalo dos animais com lesões neurológicas e agressores que dão entrada no DCZ para monitoramento da Raiva Animal no município.

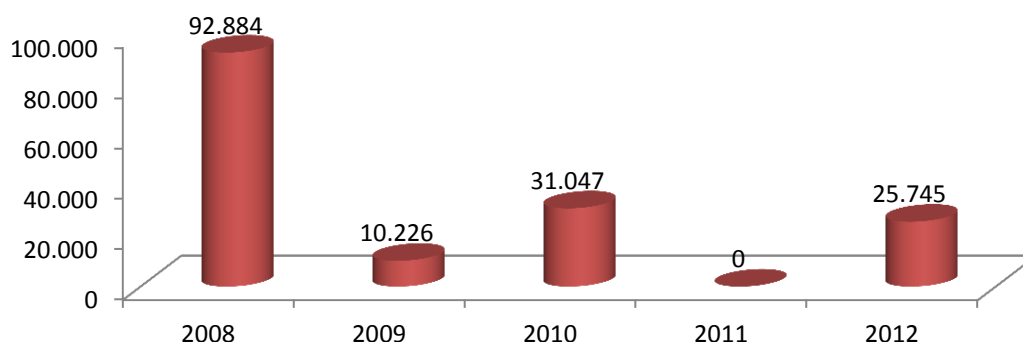
Gráfico 63 - Amostras de encéfalo encaminhadas para exame laboratorial de Raiva no período de 2008-2012 no município



Fonte: ZOONOSSES/SEMSA

A imunização dos animais é realizada na Campanha de vacinação Antirrábica Canina e Felina que ocorre no segundo semestre anualmente objetivando vacinar 80% da população que hoje está estimada em 45.990 cães e 9.198 gatos, totalizando 55.188 animais. São realizadas visitas em domicílio e postos fixos em feiras de saúde e de adoção de animais.

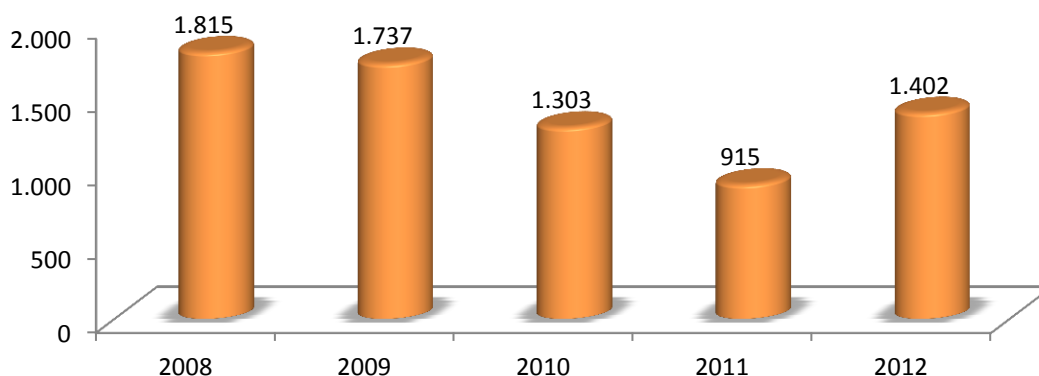
Gráfico 64 - Vacinação Antirrábica canina e felina 2008-2012 no município



Fonte: ZOONOSSES/SEMSA

A partir de 2008 o DCZ implantou o manejo etológico dos animais, passando a realizar o recolhimento seletivo de animais, removendo principalmente os animais de relevância epidemiológica, respeitando o espaço físico disponível para o abrigo de animais.

Gráfico 65 - Animais Recolhidos no município no período de 2008-2012



Fonte: ZOONOSSES/SEMSA

Realiza o Controle de Animais Sinantrópicos através da orientação de manejo ambiental e administração de rodenticidas quando necessário. O DCZ também realiza o acompanhamento dos casos positivos de Leptospirose.

O diagnóstico da Leishmaniose Cutânea em cães e gatos passou a ser realizado a partir de 2008, conforme a demanda e com a parceria das Clínicas Veterinárias.

O Departamento possui papel fundamental nas enchentes abrigando os animais de proprietários desabrigados no período das cheias do Rio Acre e orientando as famílias na volta a suas residências para a prevenção da Leptospirose.

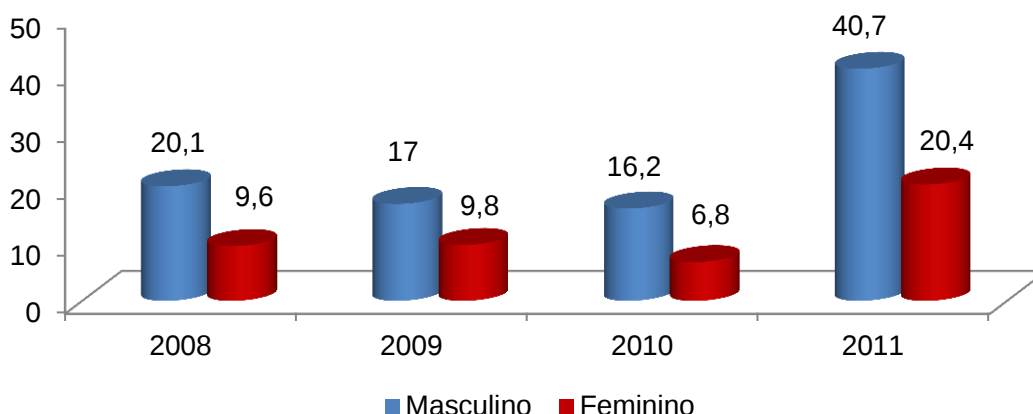
3.1.3.6. Práticas de Atividades Físicas

Embora as sociedades humanas tradicionalmente associem atividade física a um bom estado de saúde, são relativamente recentes as evidências que comprovam que um estilo de vida ativo protege o indivíduo de várias doenças, incluindo doença isquêmica do coração, hipertensão arterial, diabetes tipo II, osteoporose, câncer de cólon e reto, câncer de mama e depressão.

As oportunidades para indivíduos adultos serem fisicamente ativos podem ser classificadas em quatro domínios: no trabalho, no deslocamento para o trabalho, nos deveres domésticos e no lazer.

O sistema VIGITEL indaga os entrevistados sobre atividades físicas praticadas nesses quatro domínios, o que permite a construção de vários indicadores do padrão de atividade física (Gráfico 66).

Gráfico 66 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividades físicas no tempo livre, por sexo. Rio Branco, 2008 a 2011.



Fonte: VIGITEL

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio demográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000.

**Considera-se volume recomendado de atividade física a prática de pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada, ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa.

Atenção: esse indicador foi inserido em 2011, acompanhando as mudanças nas recomendações internacionais (WHO,2011), que não considera mais um número mínimo de dias na semana para a prática da atividade física.

Com a mudança do cálculo, esse indicador não é comparável aos dados anteriormente publicados de prática de atividade física suficiente no tempo livre.

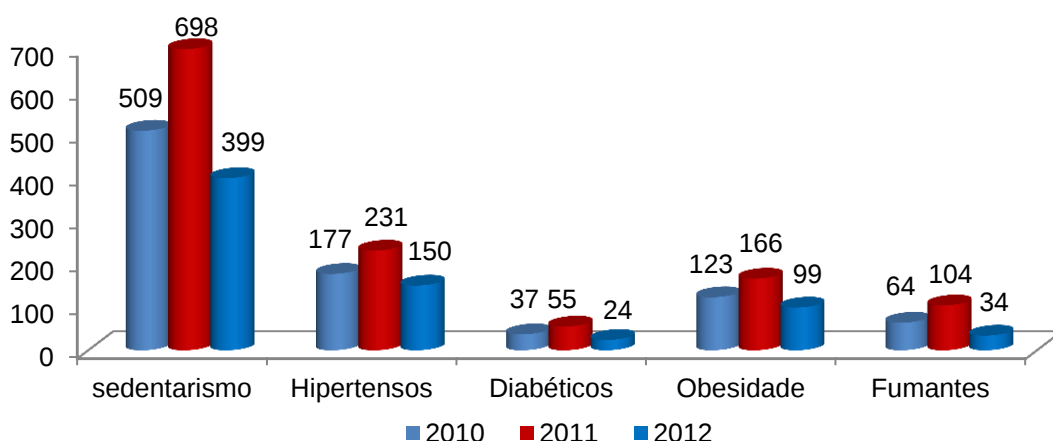
Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%

Com a implantação do Programa Saúde em Movimento em 2008 e posteriormente da academia da comunidade ao ar livre em 2010, a Secretaria Municipal de Saúde desenvolve ações que colaboram para o aumento do número de praticantes de atividades físicas, possibilitando que as pessoas com sobrepeso, obesos e

portadores de doenças crônicas, possam prevenir complicações a partir do acesso facilitado à atividade física, favorecendo sua qualidade de vida e reduzindo custo social, internações hospitalares e mortalidades. Apresenta também a possibilidade do resgate da auto-estima e do aumento da sociabilidade (Gráfico 67).

Gráfico 67 - Distribuição de adultos fisicamente inativos, que iniciaram a prática de atividade física, em Rio Branco, no período de 2010 a 2012.



Fonte: Programa Saúde em Movimento/DATASUS/MS/SEMSA

3.1.3.7. Doenças e Agravos não Transmissíveis - DANT

a) Tabagismo

O tabagismo antes visto como um estilo de vida, hoje se apresenta como uma dependência química, incluído pela organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1993 no grupo dos transtornos mentais e de comportamento. Reconhecido como uma doença resultante da dependência de nicotina, que obriga os usuários dos produtos de tabaco a se exporem continuamente a cerca de 4.700 substâncias tóxicas, sendo 60 delas cancerígenas para o homem e, assim, a contraírem outras doenças limitantes e fatais (IARC 1987; Dubeand Green, 1982; US National Health Institute, Monograph9).

Milhares de estudos até o momento acumulados evidenciam o uso do tabaco como fator causal de quase 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas

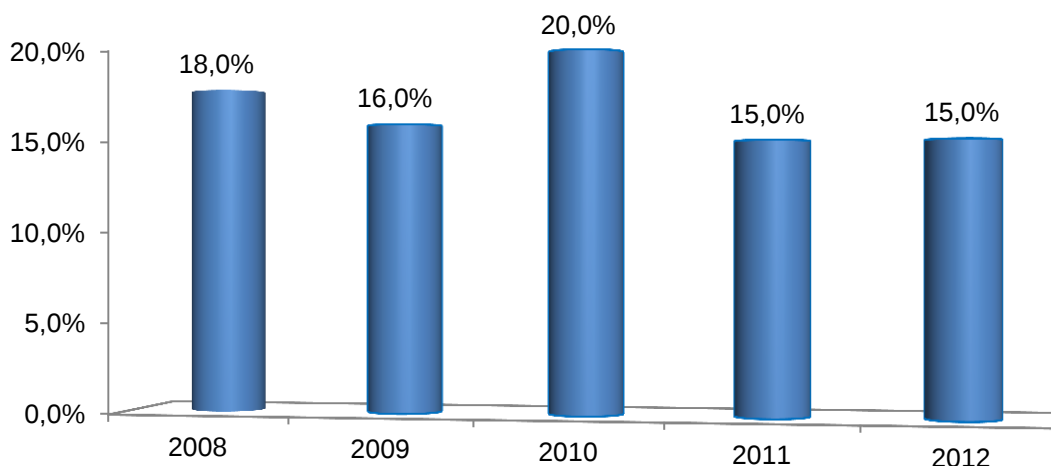
(WHO, 1996; Doll, 1994; U.S. Surgeon General, 1989; Rosemberg, 2002). Esses estudos mostram que ao consumo de tabaco podem ser atribuídas: 45% das mortes por doença coronariana (infarto do miocárdio), 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% das mortes por doença cérebro-vascular (derrames) e 30% das mortes por câncer.

É importante enfatizar que 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes, o que mostra a forte correlação dessa doença com o tabagismo. Devido à toxicidade do tabaco, o total de mortes decorrentes de seu uso é atualmente cerca de 5 milhões ao ano e se tais tendências de expansão forem mantidas, as mortes causadas pelo uso de tabaco alcançarão 8,4 milhões/ano em 2020, especialmente, em indivíduos na idade produtiva (35-36) (WHO, 2001). No Brasil, são estimadas cerca de 200 mil mortes/ano em consequência do tabagismo (OPAS, 2002).

Diante dessa realidade, o MS criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, por meio do Instituto Nacional do Câncer. O objetivo é prevenir a iniciação do consumo de derivados do tabaco, entre crianças e adolescentes, e ainda, estimular o abandono do fumo, entre os já dependentes do tabaco.

Com o enfretamento do tabagismo através de ações de prevenção e controle a população brasileira apresenta uma queda no número de fumantes maiores de 18 anos de 20% em todo o país, nos últimos anos, de acordo com a pesquisa Vigitel 2012 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para as Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) do Ministério da Saúde. Já em Rio Branco (AC), o número de fumantes reduziu 17%, passando de 18%, em 2008 para 15%, em 2012.

Gráfico 68 - Prevalência do Tabagismo em adultos (≥ 18 anos) por município de residência, em Rio Branco, no período de 2008 a 2012.



Fonte: MS/SVS/CGDANT – VIGITEL

O Gráfico 68 acima demonstra que o município de Rio Branco segue essa mesma tendência de queda, observando-se uma redução de 17% referente ao período de 2008 a 2012. Para esse indicador, a meta do Pacto pela Saúde foi de 17%, tendo o município alcançado 15% de prevalência, indicando um percentual de 106,2% da meta pactuada.

b) Hipertensão Arterial - HAS e Diabetes Mellitus – DM

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) representam hoje um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Segundo o VIGITEL 2011, estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que as DCNT são responsáveis por 63% de todas as 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008. No Brasil, as DCNT são igualmente importantes, sendo responsáveis, em 2007, por 72% do total de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3% dos óbitos), neoplasias (16,3%) e diabetes (5,2%).

Os dados do Vigitel 2011 apontam que a prevalência da população brasileira portadora de Hipertensão Arterial é de 22,7% e de Diabetes Mellitus 5,6%. Dados estes que tendem a aumentar nos próximos anos, não só pelo crescimento e envelhecimento da população, mas, sobretudo devido um pequeno conjunto de

fatores de risco responsável pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devido a essas enfermidades. Dentre esses fatores, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, dietas inadequadas e a inatividade física.

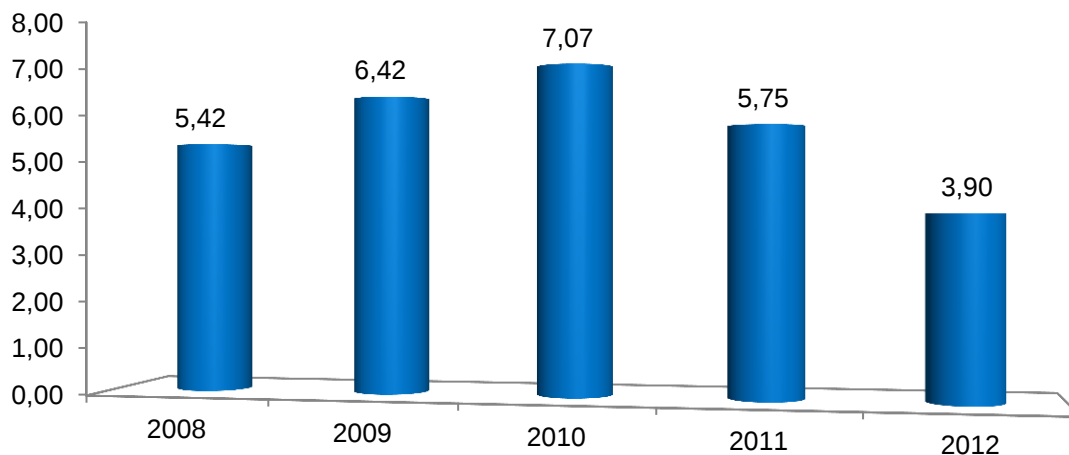
Mesmo sendo assintomática, a hipertensão arterial é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada.

A diabetes mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, com estimativas de seis milhões de portadores na população brasileira, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde. O grande impacto econômico da diabetes ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento e, sobretudo, das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores.

As complicações ocasionadas pela HAS e DM, sabidamente, oneram os gastos com a saúde pública no Brasil. Os dois gráficos seguintes revelam a situação atual do município de Rio Branco em relação às taxas de internações hospitalares por complicações dessas doenças.

De acordo com a série histórica apresentada no gráfico abaixo, observamos que do ano de 2008 a 2010 houve um aumento dos casos de internação por AVC, porém nos anos subsequentes ocorreu uma redução deste índice chegando a 2,22 em 2012.

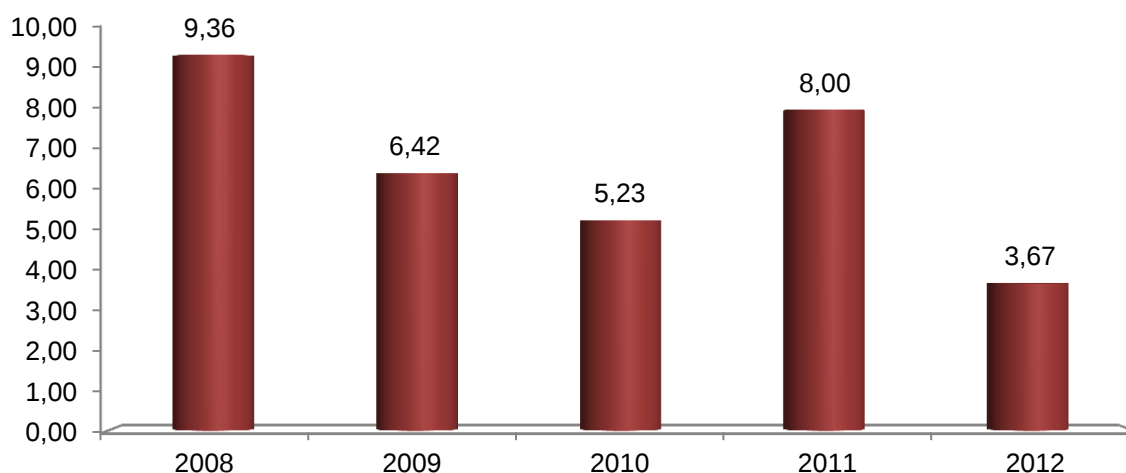
Gráfico 69 - Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral - AVC, na população entre 30 e 59 anos em Rio Branco, no período de 2008 a 2012.



Fonte: SIH/IBGE

De acordo com o gráfico abaixo a taxa de internação por Diabetes Mellitus e suas complicações vem apresentando importante redução passando de 9,36 em 2008 para 5,23 em 2010 e em 2011 elevou novamente para 8 e reduzindo significativamente no ano de 2012 para 3,67.

Gráfico 70 - Taxa de Internação por Diabetes Mellitus e suas complicações, na população entre 30 e 59 anos, em Rio Branco, no período de 2005 a 2010.



Fonte: SIH/IBGE

3.1.3.8. Análise Ambiental

A Vigilância em Saúde Ambiental é a área responsável pela vigilância e o monitoramento da qualidade da água para consumo humano. Trata-se de uma ação de coletas de amostras de água junto aos Sistemas de Abastecimento de Água-SAA e nas Soluções Alternativas Coletivas-DAC's, conforme preconiza a Portaria nº 2.014/2011.

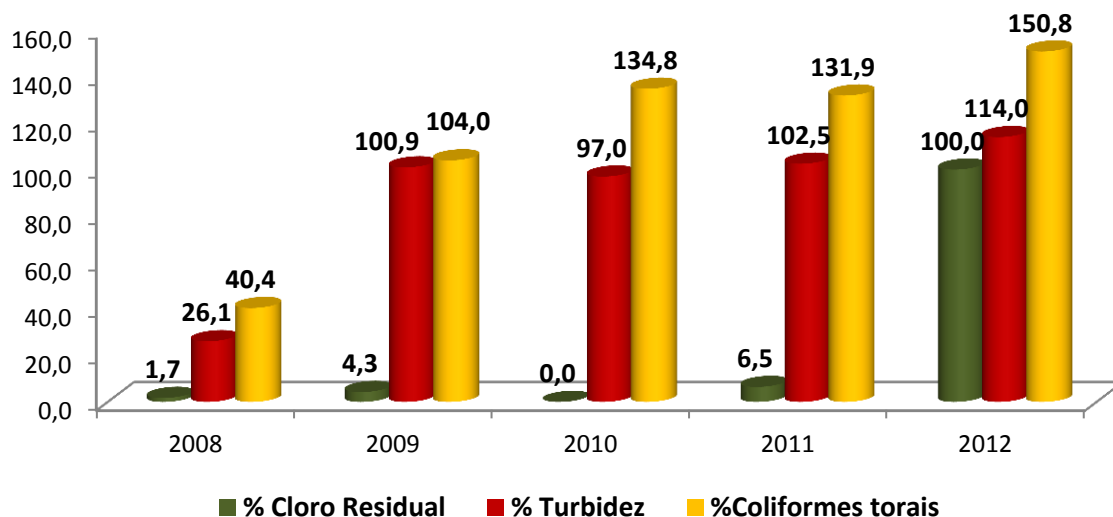
Os parâmetros a serem analisados são Turbidez, Cloro residual e Coliforme total.

O número mínimo de amostras coletada é definido em função da população total do município. Para um município com população superior a 100.000 habitantes, devem ser coletadas 53 amostras de água para análise dos parâmetros Cloro residual livre e Turbidez e 40 amostras para Coliformes Totais.

As coletas são realizadas diariamente, de segunda a quinta-feira, até que se atinja o total exigido pelo Ministério da Saúde-MS. Através dos resultados apresentados nos Relatórios de análises expedidos pelo LACEN, é possível verificar o quantitativo de amostras que se encontra dentro ou fora dos padrões estabelecidos pela Portaria 2.914/2011 para a tomada de providências.

O gráfico a seguir mostra a evolução das ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano, quando apenas no ano de 2012 o percentual de amostras para análise do cloro residual foi alcançado, devido à dificuldade de adquirir os materiais e reagentes para a realização da ação.

Gráfico 71 - Percentual de amostras de água coletadas para análise da qualidade da água para consumo humano. Rio Branco, 2008 a 2012.



Fonte: SISAGUA/SEMSA

3.1.3.9. Grupos Vulneráveis

a) Saúde do Trabalhador

As ações em Saúde do Trabalhador, no âmbito do SUS, têm se desenvolvido de forma isolada e fragmentada das demais ações de saúde. Estas ações atualmente são desenvolvidas de modo desigual nos estados e municípios.

A inadequação das informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores dificultam a definição de prioridades para o planejamento e intervenções em saúde, além de omitir à sociedade instrumentos importantes para a melhoria das condições de trabalho.

As informações disponíveis mostram que a incorporação de novas tecnologias e de métodos gerenciais, nos processos de trabalho, modifica o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores. Essas mudanças se expressam, entre outros, no aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), também denominadas de

Distúrbios Ósteo- Musculares Relacionados ao Trabalho (DORT); os cânceres; formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse, a fadiga física e mental; e outras expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho. Essas “novas” formas de adoecimento convivem com as já conhecidas doenças profissionais, como a silicose, as intoxicações por metais pesados, por agrotóxicos, entre outras.

Para termos uma noção da importância do tema saúde e segurança ocupacional basta observar que no Brasil, em 2011, ocorreu cerca de 1 morte a cada 3 horas, motivada pelo risco decorrente dos fatores ambientais do trabalho e ainda cerca de 81 acidentes e doenças do trabalho reconhecidos a cada 1 hora na jornada diária. Em 2011 observamos uma média de 49 trabalhadores/dia que não mais retornaram ao trabalho devido a invalidez ou morte.

Segundo dados do Anuário Estatístico da Previdência Social , no ano 2010 o Estado do Acre registrou 1.114 acidentes de trabalho e 1.156 em 2011 .Destes 826, no ano 2010 e 831 no ano de 2011 foram registrados em Rio Branco, sendo que o número de mortes passou de 2 em 2010 para 8 em 2011.

Como esses dados são da previdência refere aos contratos formais podemos afirmar que o número de acidentes e agravos relacionados à saúde do trabalhador são bem maiores, pois não contempla os trabalhadores informais, dentre outros.

Quanto ao Sistema de Notificação Compulsória - SINAN/2012, verificamos que os dados são incipientes, temos em 2012 apenas 55 acidentes de trabalho notificados em Rio Branco.

Se faz necessário à implementação da Política de Saúde do Trabalhador no município de Rio Branco redefinindo ações que possam identificar e contemplar a atenção integral á saúde do trabalhador.

b) Saúde do Homem

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem está em fase de implementação, através do desenvolvimento de estratégias e ações voltadas para a melhoria das condições de saúde e acesso aos serviços de saúde da população masculina, na faixa etária de 20 a 59 anos. Contribui de modo efetivo para a redução das doenças e da mortalidade, por meio do enfrentamento dos fatores de risco.

A maior exposição da população masculina a determinados fatores de risco para a saúde reflete-se na proporção de homens e de mulheres que formam a população brasileira, nas taxas de mortalidade e nas expectativas de vida, por sexo. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimou que em 2011 a população brasileira fosse constituída de 51,5% de mulheres e 48,5% de homens. No mesmo ano, 56,88% dos óbitos foram de homens, e 43,12%, de mulheres. Ainda no mesmo ano, a esperança de vida ao nascer era de 70,6 anos para homens e 77,7 anos para mulheres. A par dos aspectos selecionados com os dados epidemiológicos, é importante considerar que, devido a fatores culturais, os homens são mais avessos às ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas de doenças e agravos à saúde. Ademais, as inadequações administrativas e de capacidade de atendimento dos serviços públicos de saúde desencorajam especialmente os trabalhadores e as trabalhadoras a procurar por cuidados à sua saúde. Soma-se a essa dificuldade o fato de a legislação trabalhista brasileira não conceder direito ao homem de se ausentar do trabalho, sem prejuízo da remuneração, para a realização de consultas e exames médicos preventivos. A formulação de uma política de atenção integral à saúde do homem deve levar em conta todos esses fatores, inclusive criando horários especiais de atendimento de trabalhadores e trabalhadoras.

Os homens são acometidos de algumas doenças ou agravos à saúde *especificamente relacionados ao sexo masculino, tais como os cânceres e as infecções da próstata, do pênis e dos testículos*, mas estão sujeitos a outros transtornos da saúde que, embora acometam também as mulheres, apresentam

taxas de morbimortalidade mais elevadas na população masculina. É o caso, por exemplo, do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, da obesidade, da aids, da tuberculose, do câncer do aparelho respiratório, das neoplasias de esôfago e estômago, e das doenças isquêmicas do coração.

De acordo com o projeto de lei do Senado (PLS) 241/2013, a política será mantida em caráter permanente pelas diversas instâncias de gestão do SUS e abordará prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de doenças que acometem a população masculina. Essas ações prevê a proposta, deverão ser amplamente divulgadas.

As barreiras institucionais e socioculturais para a inserção dos homens nos serviços de saúde são particularmente relevantes. Muitos deles argumentam que seu papel de provedor da família os impede de buscar assistência à saúde com maior frequência, visto que o horário de funcionamento das unidades coincide com suas jornadas habituais de trabalho. As campanhas de educação e de comunicação voltadas para questões de saúde, por sua vez, quase sempre dão pouca importância ao homem, sendo majoritariamente dirigidas para outros públicos, como criança, idoso e mulher. (Fonte: Agência Senado)

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas.

Entende-se ainda a necessidade de ações voltadas para a inserção do parceiro/acompanhante nas rotinas dos serviços de pré-natal, parto e puerpério ofertados nas linhas de cuidado preconizadas pela Rede de Atenção à Saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS). Além do papel mais participativo dos homens no momento do nascimento das crianças, o pré-natal masculino também visa aproximar os adultos do cuidado preventivo. Os “grávidos” serão estimulados a fazer exames

que detectam AIDS, sífilis e hepatites virais, dentre outros, de acordo com a necessidade.

c) Saúde do Idoso

O envelhecimento tem sido amplamente reconhecido como uma conquista do século XX. As estimativas de aumento da população mundial de idosos têm ocasionado um estreitamento da base da pirâmide etária e o alargamento do topo, ou seja, a redução da população jovem e o aumento da população idosa.

Em Rio Branco, segundo a RIPSa (Rede integrada de Informações para a Saúde) a expectativa de vida ao nascer é de 72 anos para ambos os sexos.

O envelhecimento no município de Rio Branco tem acompanhado os índices de crescimento em relação aos outros municípios. A população idosa de Rio Branco segundo o IBGE (2010) ocupa 6,4% do total de sua população, correspondendo a 21.620 idosos. Atualmente somos considerados um município em processo de envelhecimento.

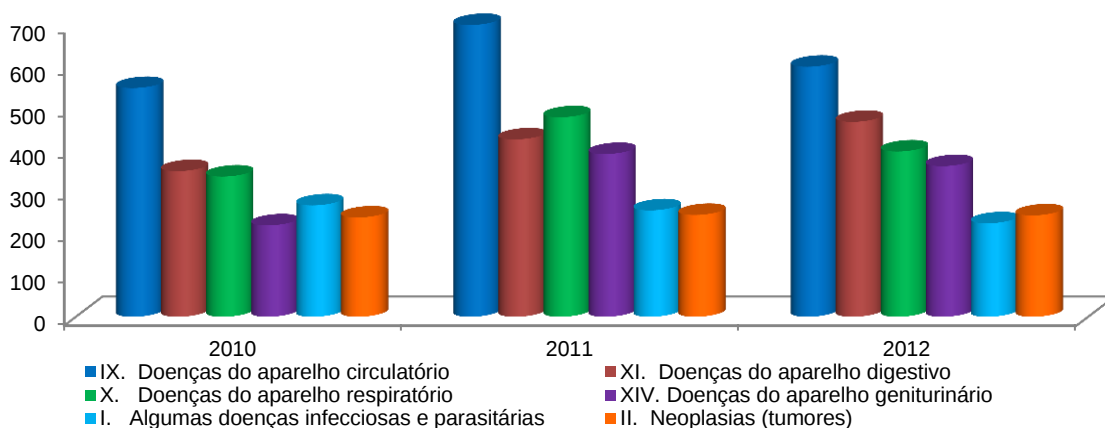
Em relação à questão de gênero, a feminilização é uma característica deste município, hoje temos mais mulheres idosas do que homens idosos no município (53,3%).

Neste contexto, a Saúde é elemento central por exercer fortes impactos na qualidade de vida e ações estratégicas vêm sendo implantadas com objetivo de atender essa nova demanda, que exige um olhar qualificado centrado no cuidado e na promoção da autonomia e longevidade.

Epidemiologia do envelhecimento do município de Rio Branco

A transição epidemiológica caracteriza-se pela mudança do perfil de morbidade e de mortalidade de uma população, com diminuição progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas. Os dados do DATASUS (2010) demonstram que a maior ocorrência de internação por pessoas idosas estão relacionadas às doenças do aparelho circulatório, aparelho digestivo, respiratório e doenças do aparelho geniturinário.

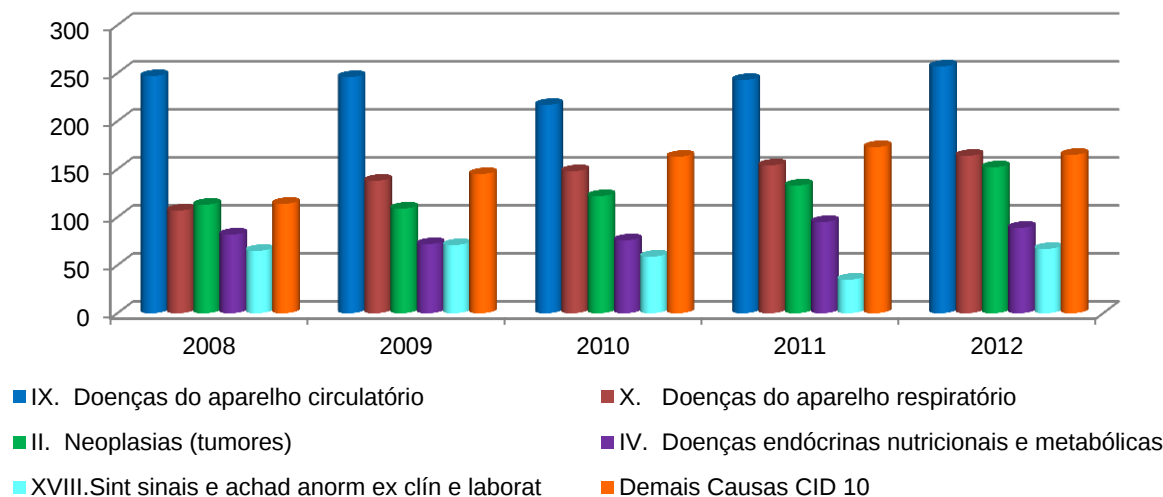
Gráfico 72 – Principais causas de Internações, segundo CID 10 da Pessoa Idosa (> 60 anos) no município de Rio Branco – AC, 2010 a 2012



Fonte: SIH/SUS

Os agravos e doenças crônicas não-transmissíveis tem sido as principais causas de óbitos na população idosa, conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 73 – Principais causas de óbitos, segundo CID 10 da Pessoa Idosa (> 60 anos) no município de Rio Branco – AC, 2010 a 2012



Fonte: SIM/MS

Verifica-se que alguns fatores requer adoção de estratégias integradas entre a saúde e o social, principalmente quando temos um perfil de população onde vivem em precárias condições socioeconômicas.

A saúde da pessoa idosa e o envelhecimento são preocupações relevantes que reafirma a necessidade de mudanças na linha de cuidado a essa população. A humanização do atendimento, a prática de ações inovadoras, a qualificação dos profissionais de saúde da Atenção Primária, o desenvolvimento de ações intersetoriais, são caminhos para a promoção do envelhecimento ativo. O exemplo disso às equipes de Saúde da Família de forma articulada no território desenvolvem atividades objetivando promover, prevenir e manter a autonomia das pessoas idosas de sua área adstrita.

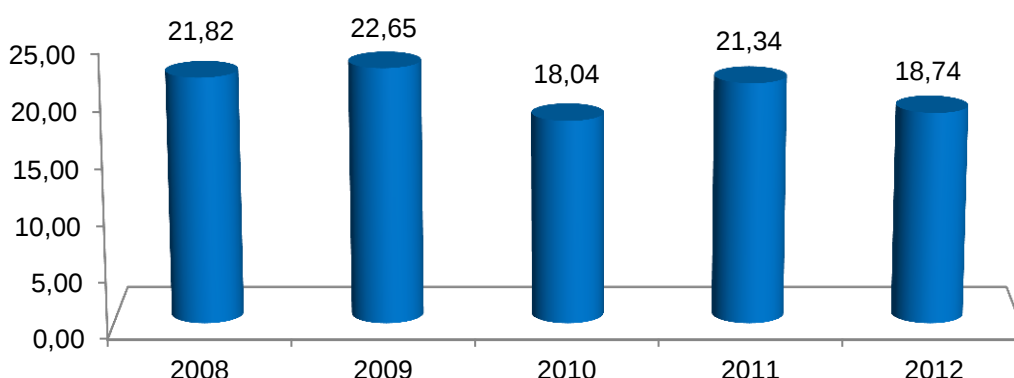
As diretrizes mais importantes para a atenção integral à saúde do idoso são: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a manutenção e reabilitação da capacidade funcional; apoio ao desenvolvimento de capacidade funcional e apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. Tais diretrizes devem ser efetivadas pela gestão municipal de saúde no desenvolvimento de ações que objetivem a qualidade

e a integralidade do cuidado à pessoa idosa, qualificando serviços e profissionais de saúde para trabalhar aspectos específicos dessa população; identificar aspectos de vulnerabilidade social; realizar diagnóstico precoce das patologias evitáveis e dos processos de demências (BRASIL 2010).

A avaliação funcional da pessoa idosa, pelos profissionais, com vistas à elaboração do projeto terapêutico singular que objetive a atenção integral e continuada merece destaque, pois um dos aspectos que dificultam o processo do envelhecimento saudável é a perda progressiva da capacidade funcional dos idosos, que resulta na dependência para as atividades de vida diária.

O gráfico abaixo apresenta uma redução de 2,6% (3,08) na taxa de internação hospitalar de idosos por fratura de fêmur em 2012 em relação ao ano de 2011(2008). Vale ressaltar, que muitos idosos que não residem no município de Rio Branco, são notificados como residentes em Rio Branco, o que afeta e aumenta o número de casos. Outro fator relevante são as precárias condições socioeconômicas dos idosos que sofreram queda, o que influencia na má adequação do domicílio, além das condições arquitetônicas dos bairros periféricos que dificultam a movimentação dos moradores ampliando os riscos de quedas.

Gráfico 74 - Taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur no município de Rio Branco – Acre no período de 2008 a 2012.



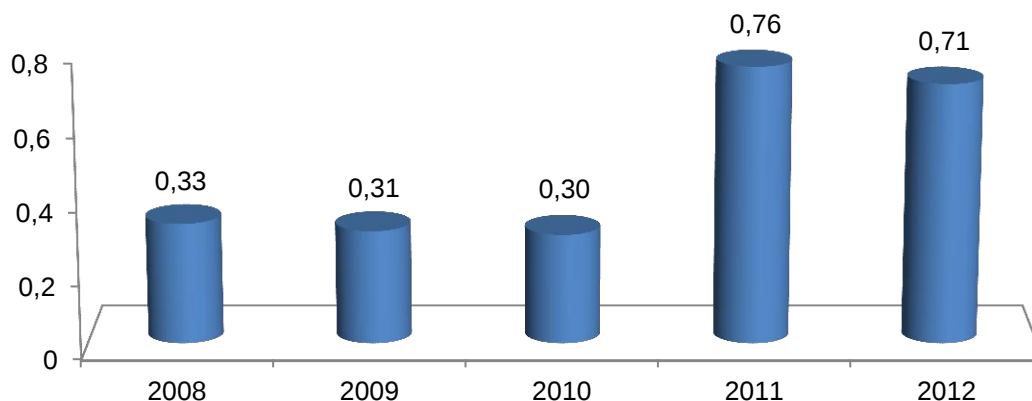
Fonte: SIH/SUS

d) Saúde da Mulher

i. Exames Citopatológicos

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2008, foram registrados cerca de 530 mil casos de câncer de colo de útero e 1.384.155 casos novos de câncer da mama em todo o mundo, o que torna este tipo de câncer o mais comum entre as mulheres. No Brasil, para o ano de 2012, foram estimados 17.540 casos novos de câncer do colo do útero e 52.680 casos novos de câncer de mama feminino. No Estado do Acre, nos anos de 2011 e 2012, ocorreram **33 e 40 óbitos por câncer de colo de útero**, e no mesmo período, **18 e 30 óbitos por câncer de mama**. Demonstrando com isso, a incidência maior do câncer de colo de útero em nosso Estado.

Gráfico 75 - Razão de Exames citopatológicos em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos em Rio Branco, no período de 2008 a 2010.



Fonte: SISCOLO/IBGE

A razão de exames citopatológicos no município de Rio Branco apresentou uma depressão entre os anos de 2008 a 2010, com grande aumento no ano de 2011, em decorrência da organização dos serviços e qualificação dos profissionais, chegando-se a um maior número de exames. Em 2012, houve uma discreta redução, necessitando implantar estratégias mais eficazes. Para o ano de 2013, a meta pactuada de coleta de exames citopatológicos, é a razão de 0,7, na faixa etária

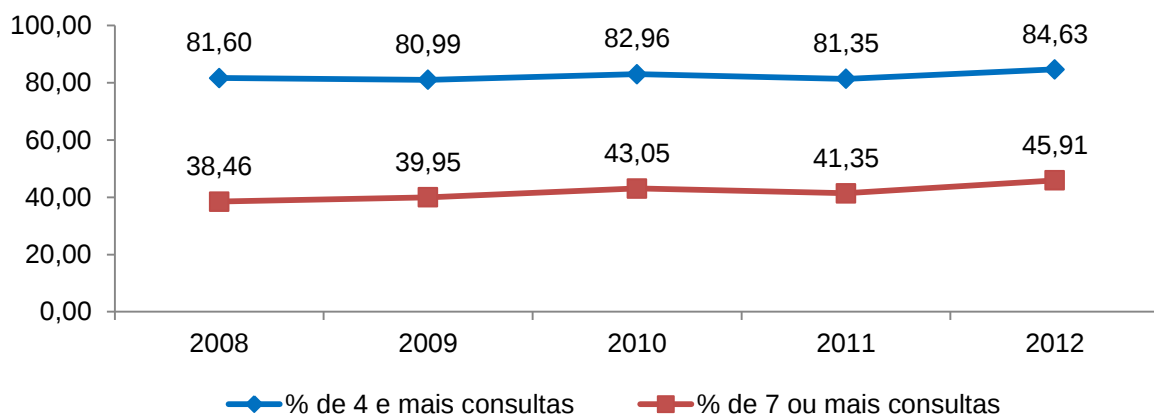
de **25 a 64 anos**. Para atingir tal meta, torna-se necessário realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, como estratégia fundamental, não só para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames, mas informar sobre os sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas usuárias.

ii. Assistência ao Pré-natal

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o bom desenvolvimento da gestação, contribuindo para um parto saudável, sem complicações para a saúde materna e fetal.

Com relação a este serviço, o município de Rio Branco vem apresentando um crescimento no número de consultas realizadas, por cada gestante.

Gráfico 76 - Comparativo da frequência mensal de consultas de pré-natal na Atenção Primária, no município de Rio Branco, no período de 2008 a 2012.



Fonte: SINASC/MS

Observamos no Gráfico 76 que no ano de 2010 o percentual de mães sem consulta de pré-natal caiu de 14,3% para 1,3%, porém vem oscilando nos últimos anos. No entanto, vem crescendo no decorrer dos últimos anos, tanto no indicador % de 4 ou mais consultas, quanto no % de 7 ou mais consultas. Em 2012, das mulheres que fizeram o pré-natal, 45,91% realizaram sete ou mais consultas e 84,63% quatro ou mais consultas.

As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da Unidade de Saúde, assegurando 7 ou mais consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, com vinculação às Maternidades, assim como, garantir na atenção primária a consulta puerperal e o atendimento do recém-nascido na 1ª semana de vida.

Vale ressaltar, a importância dos Grupos de Gestantes nas Unidades Básicas de Saúde e a Rede Perinatal que realiza um movimento de fortalecimento do vínculo das usuárias com os serviços da atenção primária e com as maternidades da capital (Maternidade Bárbara Heliodora e Hospital Santa Juliana) com o intuito de fortalecer a assistência de qualidade no pré-natal, no parto humanizado, bem como, na assistência integral à saúde da mulher.

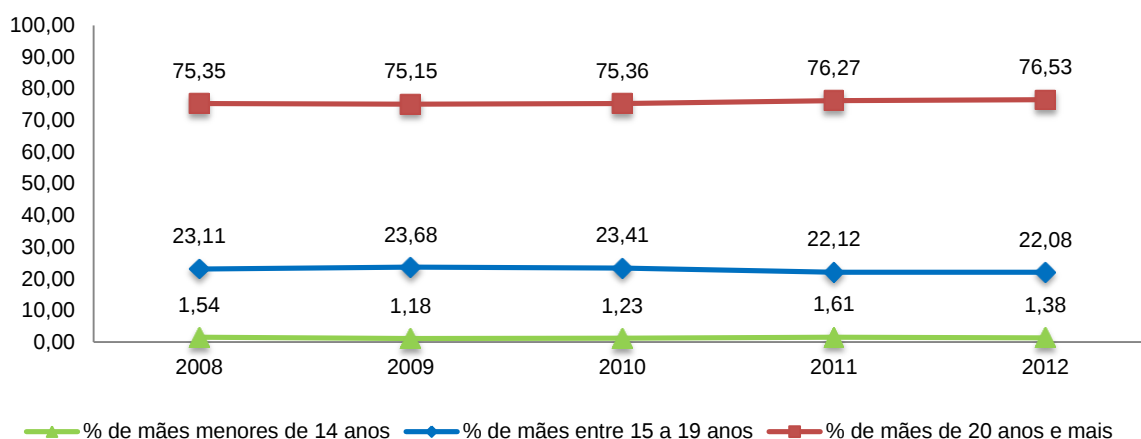
iii. Saúde da Criança e Adolescente

A Mortalidade Infantil (MI) refere-se a morte de crianças menores de um ano e é uma estimativa da probabilidade de uma criança nascida viva morrer antes de completar 1 ano de vida. A MI pode ser classificada em mortalidade **neonatal** e **pós-neonatal**. A **neonatal** pode ainda ser **precoce** do nascimento até o 6º dia de vida ou **tardia** do 7º ao 27º dia de vida.

Existem grandes diferenças nos valores da taxa de mortalidade infantil (TMI). No mundo, Países menos desenvolvidos como Afeganistão, Congo e outros na África e Oriente Médio alcançam valores acima de 100, enquanto que Islândia, Suécia, Japão e Portugal alcançaram as menores taxas, de 3 e 2 por mil nascidos vivos. No Brasil a redução mais acentuada se deu a partir de 1970 e é creditada mais às políticas sociais desenvolvidas pelos governos do que pela melhoria no padrão de vida da população. No município de Rio Branco, observa-se uma queda na mortalidade infantil nos últimos dois anos, de 2010 a 2012, com taxa de 18,18, 13,04 e 12,46 respectivamente, apesar de observarmos falha no sistema de atendimento. Precisamos investir mais no acompanhamento de puericultura das crianças de 0 a 2 anos, desde os Centros de Saúde e Unidade de Referência da

Atenção Primária até as Unidades de Saúde da Família como uma maneira de continuar diminuindo a mortalidade infantil. Vários fatores têm influenciado na mortalidade infantil, e um deles é a idade da mãe, quanto mais jovem e com menos anos de estudo, mais probabilidade de a criança chegar a morrer no 1º ano de vida.

Gráfico 77 - Comparativo de Nascidos Vivos de mães adolescentes e de 20 anos e mais em Rio Branco, no período de 2008 a 2012.

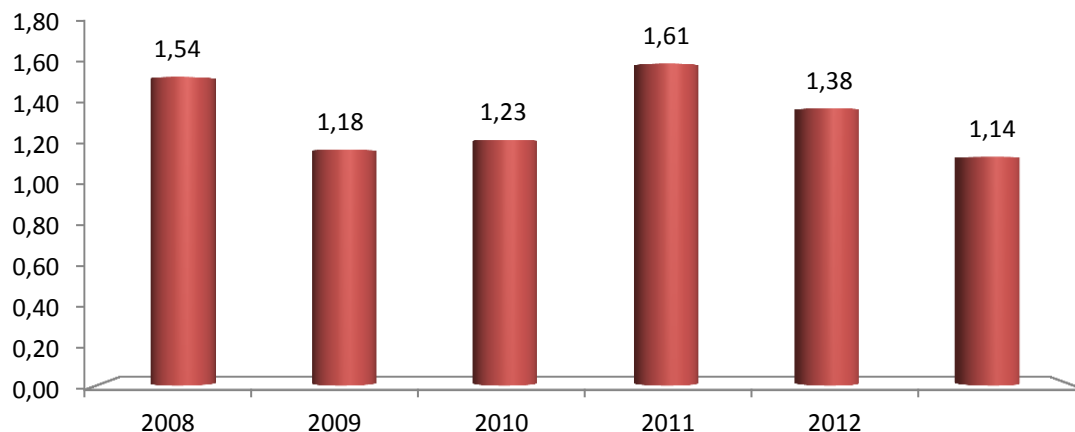


Fonte: SINASC/DATASUS/MS/SEMSA

Podemos observar que a proporção de nascidos vivos de mães com menos de 19 anos vem decrescendo de 24,65 para 23,47 de 2008 a 2012. (gráfico 77). Todavia, quase 1/3 dos nascimentos são de mães adolescentes.

A gravidez na adolescência é uma das consequências do início precoce das atividades sexuais e também da dificuldade de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (Planejamento Familiar).

Gráfico 78 - Proporção de Nascidos Vivos de mães adolescentes (< de 14 anos) residentes no município de Rio Branco – AC, no período de 2008 a 2012.



Fonte: SINASC/DATASUS/SEMSA

A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes menores de 14 anos em 2008 e 2009 apresentou redução, voltando a crescer em 2010 e 2011, e reduzindo novamente nos dois últimos anos (Gráfico 78).

Neste sentido, os serviços de saúde devem encorajar e promover um comportamento sexual e reprodutivo responsável e saudável para adolescentes, objetivando o seu bem-estar, a sua qualidade de vida e a elaboração e execução de seus projetos pessoais e profissionais.

e) Saúde Bucal

As ações de saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) eram anteriormente ofertadas de forma paralela ao processo de organização dos demais serviços de saúde, com baixo poder de resolutividade, de maneira que eram incapazes de equacionar os principais problemas da população.

Em 2004, por determinação do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o Ministério da Saúde lançou a “Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente”. Com essa política, a saúde bucal passou a ser ofertada de forma integral. Houve a inserção de procedimentos mais complexos na Atenção Primária e a criação de uma rede de serviços de atenção em saúde bucal no SUS, resgatando a cidadania da

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

população brasileira, O “Brasil Sorridente” teve como embasamento epidemiológico a conclusão do “Projeto SB Brasil 2003 – Condições da Saúde Bucal da População Brasileira” incluída neste contexto,

A Secretaria Municipal de Saúde, no período de 2014 a 2017, tem como missão incentivar o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB no município de Rio Branco inserindo ações estratégicas de acordo com as necessidades detectadas no cotidiano, ampliando o acesso à assistência odontológica, estimulando o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e controle das doenças bucais da atenção básica de saúde do município de Rio Branco.

Os principais problemas relacionados à saúde bucal em nosso país são: cárie dentária, doença periodontal, câncer bucal e a má oclusão orofacial.

A prevalência dos casos não varia conforme o sexo, grupo étnico, classe social, e ocorre em todas as idades da vida do ser humano, estando diretamente associada ao comportamento das pessoas, ou seja, relaciona-se diretamente aos fatores culturais, dietéticos e econômicos.

A cárie é uma doença multifatorial, infecciosa, transmissível e dieta dependente, que produz uma desmineralização das estruturas dentárias, ocupando o primeiro lugar entre os problemas de saúde bucal do nosso país e consequentemente do município de Rio Branco, devido ao seu caráter cumulativo ao longo dos anos.

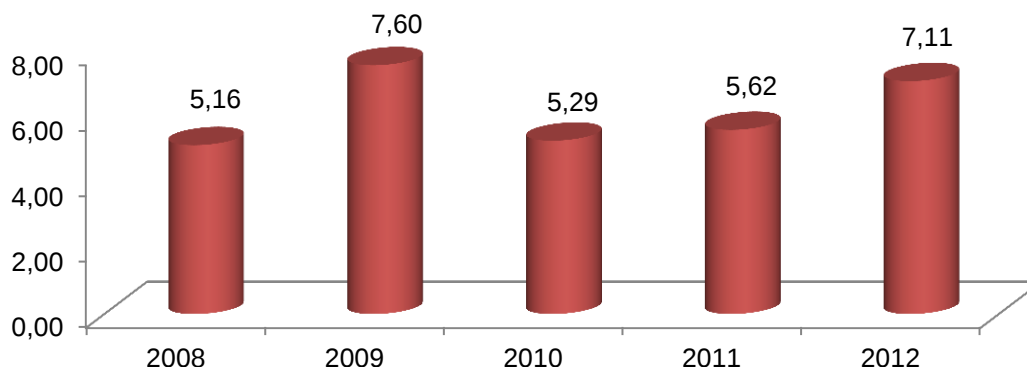
A epidemiologia da doença periodontal mostra alta prevalência no Brasil. Sabe-se que ela pode ocorrer em qualquer idade variando o seu potencial de destruição. Essa doença está diretamente relacionada com a idade e a gravidade, e quando não tratada, ao longo do tempo a doença tende a se agravar resultando na perda do elemento dentário.

A prevalência da doença periodontal está relacionada aos mesmos fatores que circundam a cárie dentária, uma vez que os fatores comportamentais são os responsáveis pelo surgimento da mesma, independente da classe social em que as pessoas estão inseridas.

A adição do flúor na água de abastecimento por alguns municípios do país revela uma redução de 40% nos casos de cárie dentária. No entanto, o município de Rio Branco teve sua primeira tentativa de fluoretação da água em 1988 e a segunda em 2010, ambas frustradas. É importante frisar que o fluoreto só tem efeito se tiver o uso continuado e permanente ao longo dos anos mostrando diferença no levantamento epidemiológico após, pelo menos, dez anos ininterruptos da adição deste composto na água.

As ações preventivas e educativas são intensificadas através do Programa Saúde na Escola com o acompanhamento das escolas municipais (incluindo escolas rurais) e creches. Três escolas possuem consultórios odontológicos sendo 02 (duas) municipais e 01 (uma) estadual, que atendem além dos alunos da própria escola os alunos das outras na forma de rodízio. Registramos também 20 (vinte) Técnicos em Saúde Bucal lotados na SEME, onde atuam em atividades preventivas e educativas nas escolas assegurando as atividades apresentadas no gráfico baixo.

Gráfico79 - Cobertura da ação coletiva de escovação supervisionada, em residentes no município de Rio Branco – AC, no período de 2008 a 2012.



Fonte: SAI/SUS/IBGE

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A figura acima apresenta a cobertura da ação educativa relacionada à escovação supervisionada de 2008 a 2012. Percebe-se o crescimento do número de atividades nesse âmbito a partir do ano de 2009 num patamar de 5,16% em 2008 para 7,60% em 2009, com uma diminuição em 2010, voltando a subir em 2011 para 5,62 e em 2012 totalizando com 7,11%. Partindo desse pressuposto, acredita-se que a melhor forma, no momento, é o investimento nas ações de prevenção das principais doenças bucais.

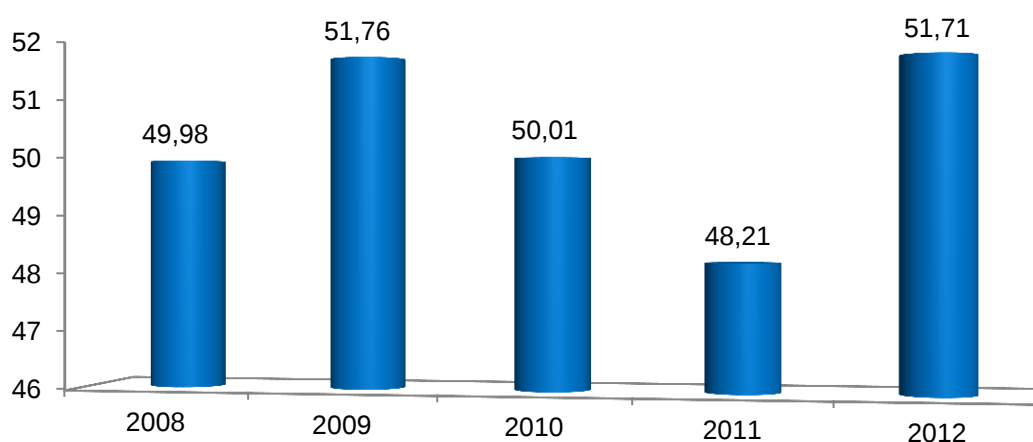
O câncer de boca apresenta elevado grau de letalidade devendo ser considerado problema prioritário, principalmente pela possibilidade de detecção precoce, sendo este o diferencial entre a vida e a morte do paciente. No Brasil, a frequência relativa do câncer de boca no sexo masculino ocupa a terceira posição enquanto no sexo feminino ocupa a sétima.

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer - INCA, os encaminhamentos de pacientes feitos pelo cirurgião-dentista ocorrem na maioria das vezes, quando o estadiamento do câncer ultrapassa a fase inicial. Cerca de 80% dos casos encaminhados estão em estado avançado da doença e, destes, cerca de 30% dos casos estão fora da possibilidade terapêutica, o que significa que ocorrerá apenas o acompanhamento, minimizando os episódios de sofrimento até que o óbito ocorra. Os grupos de risco para esse tipo de doença são: pessoas de pele branca, idade superior a 40 anos, tabagistas, etilistas, desnutridos, imunodeprimidos, bem como situações de exposição constante ao sol, irritações crônicas na cavidade bucal e má higiene bucal, o que pode ser detectado através de campanhas preventivas com orientação para o autoexame.

O município de Rio Branco, conta com 24 Equipes da Saúde Bucal (Cirurgião-dentista com Auxiliar em Saúde Bucal) atuando em 24 Unidades Básicas de Saúde com carga horária de 40 horas semanais, 50 ESB lotadas em Centros de Saúde, em 02 (duas) escolas Municipais e 01 (uma) escola estadual onde constam os consultórios odontológicos instalados e URAP's com cumprimento de 20h

semanais, número este dividido entre 33 (trinta e três) servidores municipais e 17 (dezessete) servidores estaduais. Dentre o total de servidores, registramos alguns cedidos e outros permutados com o Estado. Mesmo com a ampliação do acesso aos serviços públicos odontológicos, nota-se que a cobertura ainda é baixa com apresentado no gráfico abaixo:

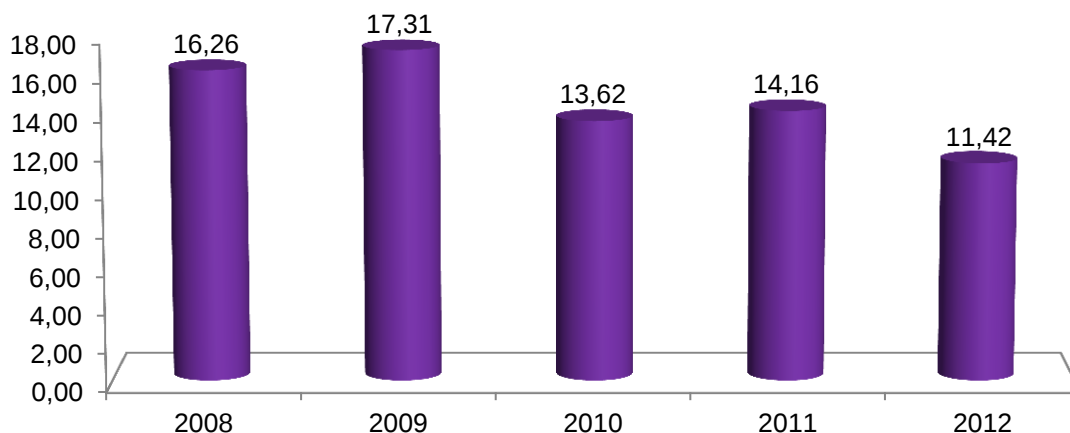
Gráfico 80 - Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal no município de Rio Branco - AC, 2008 a 2012.



Fonte: DAB/SAS/MS

Ainda, avaliando dados da realidade do município de Rio Branco, notamos que com os investimentos na saúde como criação de um Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, a instalação de um Laboratório de Prótese dentária, bem como o aumento das atividades preventivas, nota-se que a perda de dentes, ou seja, as exodontias diminuíram entre 2008 e 2012 consideravelmente como apresenta o gráfico abaixo:

Gráfico 81 - Proporção de exodontia em relação aos procedimentos realizados em odontologia no município de Rio Branco - AC, 2008 a 2012.



Fonte: SIA/SUS/MS

Esta avaliação situacional não só servirá para continuarmos avançando com equidade no acesso à saúde bucal para toda a população do município de Rio Branco, com o aumento da cobertura através de maior número de profissionais, como também representa importante instrumento de orientação para a erradicação da pobreza em nosso município. A ampliação da Rede de Atenção à Saúde é fundamental para a promoção da cidadania. Não se reduz a miséria sem promover a cidadania.

f) Portadores de Transtornos Mentais

De acordo com o Ministério da Saúde, 3% da população brasileira sofrem de transtornos mentais severos e persistentes, afetando em torno de 3,6 milhões de brasileiros. Considerando a estimativa do IBGE de 195 milhões de pessoas, 6% da população apresentam transtornos mentais graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja contínuo ou eventual.

A política atual de saúde mental do Ministério da Saúde visa reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, fortalecendo a rede extra-hospitalar de

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

assistência aos portadores de transtornos mentais e aos usuários de álcool, crack e outras drogas, incluindo ações de saúde mental na atenção primária.

No Estado do Acre a assistência aos portadores de transtornos mentais ainda se encontra centrada no único Hospital Psiquiátrico existente – Hospital de Saúde Mental do Acre – HOSMAC. Seguindo a lógica que norteia a Política do Ministério da Saúde e atendendo os princípios básicos do SUS, pretende-se que as pessoas com transtornos mentais ou que sofrem de distúrbios comportamentais no nosso estado possam estar sendo atendidas por todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde, promovendo-se verdadeiramente mudanças de enfoques, de postura, de propostas e de ações em saúde mental, embora sendo estas mudanças tão complexas e contraditórias, como costumam ser, os grandes processos de transformações sociais que se movem no contexto global.

A municipalização das ações representa o grande passo de todo o processo de descentralização, que tem como finalidades a assistência em saúde mental nas Unidades de Saúde o mais próximo da moradia do usuário e nos dispositivos substitutivos à internação em hospitais manicomiais e também a reinserção social dos portadores de transtornos mentais graves e persistentes.

Atualmente a Rede Municipal de Saúde vêm se organizando no sentido de fortalecer o atendimento às pessoas com transtornos mentais e em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas, desenvolvendo ações intra e intersetoriais com outros serviços e instituições visando mudança no sistema de assistência em saúde mental, do modelo centrado no hospital psiquiátrico e avançando no sentido do cuidado próximo às famílias e aos recursos socioculturais dos pacientes.

As equipes do dispositivo Consultório na Rua, Unidade de Acolhimento, Unidades de saúde da família, Centros de Saúde e Unidades de Referência da Atenção Primária são orientadas para intervir no processo saúde-doença e na prevenção dos transtornos mentais, nos diferentes níveis de convivência dos cidadãos. Todos os profissionais dos serviços e das Unidades de Saúde da Rede

Municipal devem prestar a devida assistência às pessoas portadoras de distúrbios mentais.

O dispositivo **Consultório na Rua (CR)** de Rio Branco está inserido na modalidade I de acordo com a portaria Nº 122 de 25 de janeiro de 2012. Funciona em uma unidade móvel, foi implantado em setembro de 2012. A equipe técnica é formada por: 01 psicólogo (a); 01 enfermeiro (a); 01 técnico(a) de enfermagem e 01 agente social. Esta equipe realiza atividades de abordagem social, curativos, aferição de Pressão Arterial, glicemia capilar, testes rápido de Hepatites (B e C), sífilis e HIV, orientações educativas e preventivas, redução de danos, encaminhamentos para Unidades Básicas de Saúde e Instituições parceiras (Conselho Tutelar, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Centro POP, Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB e outras).

A equipe técnica do Dispositivo Consultório na Rua atua diretamente com a população que se encontra nas áreas prioritárias pactuadas no Plano Estadual de Enfrentamento ao Álcool, Crack e outras Drogas, que são: área do Preventório, Dom Giocondo (Papouco) e Cidade Nova, e em outras áreas onde se encontram pessoas em situação de vulnerabilidade social e de saúde, que são: AC-40, Rua Minas Gerais, Bairros: Taquari, Mocinha Magalhães, Recanto dos Buritis, 06 de Agosto, Sobral e Ginásio Coberto, Mercado Elias Mansour, Mercado da SEMSUR e Praça da Catedral. Ofertam cuidados em saúde aos usuários de Álcool, Crack e outras Drogas em seus próprios contextos de vida, promovendo acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, articulando com outros serviços da rede de atenção psicossocial, oferecendo assistência integral e apoio para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando com isso um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania.

A Unidade de Acolhimento Paulo Pêra, implantada em 27 de setembro de 2012, localiza-se na Rodovia AC-40, KM 09 – como uma das ações estratégicas do **Plano Crack é Possível Vencer** (Decreto: 7179 de maio de 2010). Funciona como

um componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial, com ações intersetoriais. É formada por uma equipe técnica composta por 01 enfermeiro, 01 assistente social, 02 psicólogos (01 psicóloga é a coordenadora da Unidade), 04 técnicos de enfermagem e 04 educadores sociais.

Possui capacidade para 20 leitos, sendo 06 (seis) feminino e 14 (quatorze) masculino, funciona 24 horas com permanência de um a seis meses, recebe os clientes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Leitos de Saúde Mental (HUERB) Portaria nº 121. 01/2012. Oferecendo acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas de ambos os sexos, maiores de 18 anos com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.

Durante o processo de internação os clientes recebem acolhimento humanizado, com posterior processo de grupalização por meio de atividades terapêuticas e coletivas; intervenções que favoreçam a adesão visando à interrupção ou redução do uso de crack, álcool e outras drogas; atendimento de enfermagem, psicoterápico e social, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular e participam de oficinas terapêuticas.

A Unidade de Acolhimento Paulo Pêra realiza articulação e vinculação com as Unidades Básicas de Saúde, Assistência Social, Segurança, Educação, Justiça e Direitos Humanos, com o objetivo de possibilitar ações que visem à reinserção social e familiar dos clientes.

g) População Rural e Ribeirinha

A população rural e ribeirinha representa 10,02% da população de Rio Branco e residem em localidades que apresentam grandes dificuldades de acesso aos serviços de saúde em virtudes das barreiras sociais e geográficas. Com o intuito de minimizar as dificuldades de acesso, no ano de 2005, foi criado o Programa

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Saúde na Comunidade com o objetivo de levar atendimento de saúde às comunidades, contribuindo para o bem estar e qualidade de vida da população.

São 140 localidades atendidas, 189 comunidades beneficiadas, 63 pontos fixos (escolas, postos e associações).

As localidades atendidas são:

- Via Fluvial: Riozinho do Rola e seus afluentes.
- Via Terrestre: Estrada Transacreama e ramais, Estrada de Porto Acre, Pólos de Assentamentos, Seringais e Reservas Chico Mendes.

Durante os atendimentos são desenvolvidas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e envolvem os seguintes serviços:

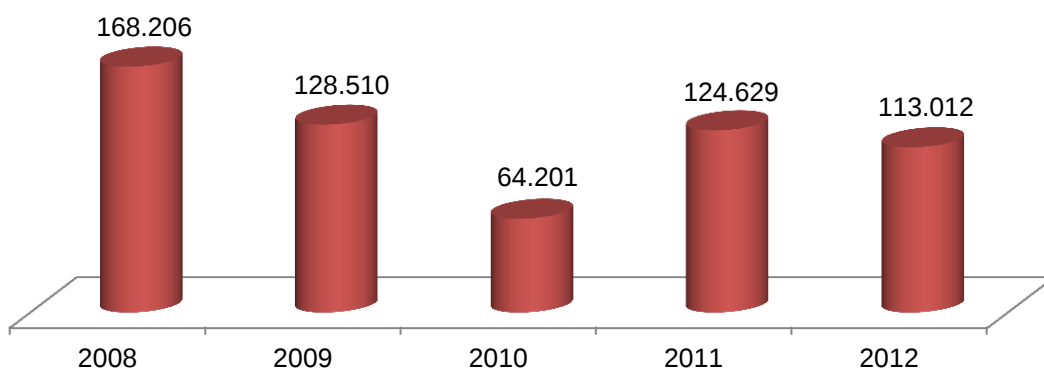
- Consultas: Médicas, de Enfermagem e Odontológicas;
- Saúde da Mulher: PCCU, Planejamento Familiar, Pré-Natal;
- Saúde Bucal: Exodontia, Restauração, Aplicação de Flúor, Escovação Supervisionada, Retirada de tártaro (limpeza) e aplicação de selante e outros;
- Saúde da Criança e Adolescentes: Acompanhamento Crescimento e Desenvolvimento;
- Imunização;
- Saúde do Idoso: Avaliação multidimensional e acompanhamento dos Idosos;
- Hipertensão e Diabetes (Acompanhamento dos hipertensos e Diabéticos)
- DST/HIV (teste rápido);
- Saúde Mental (ações educativas);

Educação em Saúde: desenvolvimento de ações educativas sobre a prevenção de violência, doenças e agravos; distribuição de preservativos e de Sais de Reidratação Oral (SRO) bem como colheres medidas.

Doenças Endêmicas: diagnóstico, tratamento, dispensação de medicamentos e notificação dos casos de tuberculose, leishmaniose e malária.

O gráfico abaixo apresenta o conjunto das ações desenvolvidas nos atendimentos de saúde à população rural e ribeirinha na oferta das ações de saúde para a população rural e ribeirinha apresentando declínio de 2008 a 2010. Esse declínio se deve, além das dificuldades de acesso às localidades, ao fato de impossibilidades relacionadas à logística (insuficiência de transporte e recursos humanos) para a realização dos atendimentos de saúde. Nos anos subsequentes constatamos melhoria de oferta das ações de saúde nas localidades rurais conforme demonstração.

Gráfico 82 - Comparativo do número de atendimentos (ações realizadas) nas Comunidades Rurais e Ribeirinhas. Rio Branco – Acre, no período de 2008 a 2012.



Fonte: Área Técnica Saúde na Comunidade/SEMSA

Dentre os principais problemas de saúde da população destacam-se a incidência de malária, leishmaniose, parasitoses, IRA (infecção respiratória aguda), cefaléia, gastrite, anemia, ITU (infecção do trato urinário), DIP (doença inflamatória pélvica), hipertensão arterial, artrite, lombalgia.

h) Saúde da População Negra

Nos últimos dez anos, a estrutura da população mudou em termos de cor ou raça, com destaque para uma maior proporção das pessoas que se declaram como negras e pardas, em comparação com o Censo realizado em 2000, o percentual de pardos cresceu de 38,5% para 43,1% (82 milhões de pessoas) em 2010. A proporção de pretos também subiu de 6,2% para 7,6% (15 milhões) no mesmo período. Esse resultado também aponta que a população que se autodeclara branca caiu de 53,7% para 47,7% (91 milhões de brasileiros).

O analista socioeconômico do IBGE, Jefferson Mariano, afirma que essa mudança de cenário faz parte de uma mudança cultural que vem sendo observada desde o Censo de 1991. “Muitos que se autodeclaravam brancos agora se dizem pardos, e muitos que se classificavam como pardos agora se dizem pretos. Isso se deve a um processo de valorização da raça negra e ao aumento da autoestima dessa população”, diz.

O Brasil ainda é racista e discriminatório, sutilmente através de muitas vezes do silêncio e da indiferença, mas existem políticas. As demandas (da população negra), a questão da exclusão, da discriminação, do racismo, da falta de acesso a saúde, tudo isso começou a fazer parte da agenda política, onde procura-se amenizar as iniquidades sofridas.

O Ministério da Saúde através do Comitê de Saúde da População Negra vem realizando esforços para romper com o racismo e avançar nas políticas afirmativas. De igual forma, o Município de Rio Branco, através da Área Técnica de Saúde da População Negra, procura a cada dia fortalecer as ações que irão combater o racismo e promover o acesso a saúde com o cuidado devido às particularidades desta população. A qualificação dos profissionais das Unidades Básicas de saúde é a alternativa apontada para a implantação da Política de Saúde da População Negra com foco no manejo das especificidades de saúde da população negra, bem como na redução do racismo e na valorização na raça negra.

i) Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.060 de 2002 instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Esta política é um resultado de múltiplos movimentos e longa mobilização nacional e internacional de atores sociais e institucionais. O Brasil não tem medido esforços para organizar, em termos de dados estatísticos, sobre quem e quantos são as pessoas com deficiência, levando em consideração as suas especificidades, objetivando incluí-las no meio social, o que significa respeitar as necessidades, condições e possibilitar o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e artísticos e aos produtos decorrentes dos avanços sociais, políticos e tecnológicos.

O Município de Rio Branco, capital do Estado do Acre, através da Secretaria Municipal de Saúde e Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, vêm realizando levantamento desta população a fim de traçar planos estratégicos que venham responder às necessidades urgente desta população, através do fortalecimento das ações e serviços de saúde desenvolvidos pela Atenção Primária para a promoção da saúde e prevenção de doenças, e para isto utiliza as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, portarias ministeriais, legislação municipal e o plano Viver Sem Limites, que orientam estas ações e buscam efetivar o direito à saúde da pessoa com deficiência, garantindo o acesso e prioridade nas Unidades Básicas de Saúde (Segmentos de Saúde e Unidades de Saúde da Família) com sinalização visual, faixas, placas e adesivos informativos, além da adequação das estruturas físicas dos estabelecimentos de saúde; bem como nas ações intersetoriais visando a disponibilidade de profissionais capacitados para o desenvolvimento das ações decorrentes desta política.

3.1.3.10. Organização da Rede de Atenção Básica

A Atenção Primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Abordando de modo geral a dimensão ética da humanização do atendimento básico da saúde.

Rio Branco, sendo a capital do Estado vem-se consolidando como referência em atenção à saúde para toda a área geográfica do Vale do Acre. Tem uma unidade territorial de 9.223km² e com uma densidade demográfica de 33,14 hab/km². É banhada pelos rios Acre, Iquiri, Xipamamu e Antimari. Através das rodovias estaduais AC-090, AC-040 e AC-010 e as rodovias federais BR-364 e BR-317, liga-se aos municípios de Sena Madureira, Bujari, Plácido de Castro, Senador Guiomard, Epitaciolândia, Brasiléia, Capixaba e Xapuri, pela BR-364 está ligado à cidade de Porto Velho (RO). No ano 2000 o Índice de Desenvolvimento Humano foi de 0,754.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Tabela 2 - População residente por faixa etária no município de Rio Branco – AC, ano de 2012

Faixa Etária	População residente
Menor 1 ano	5.662
1 a 4 anos	24.463
5 a 9 anos	32.630
10 a 14 anos	37.276
15 a 19 anos	34.675
20 a 29 anos	71.957
30 a 39 anos	58.854
40 a 49 anos	40.301
50 a 59 anos	26.330
60 a 69 anos	13.642
70 a 79 anos	6.593
80 anos e mais	3.376
Total	355.759

Fontes: 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos 2001-2009, 2011-2012: interpolação intercensitária e projeções.

O Sistema Municipal de Saúde tem como princípios norteadores o desenvolvimento das ações sob a perspectiva do trabalho em equipe e participativo, da integralidade e qualidade dos serviços e o desenvolvimento da política de atendimento humanizado. O estabelecimento de parcerias e articulações intersetoriais e o fomento ao controle social permeiam essas diretrizes na estruturação de uma rede de promoção à saúde.

Prevendo o amparo às ações de assistência desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família e, principalmente à implementação do acesso às ações de atendimento básico realizado pelo município, a Secretaria Municipal de Saúde oferece condições de atendimento de forma universal e em rede através dos investimentos que visam a melhoria da qualidade e continuidade das ações realizadas nas Unidades de Referência de Atenção Primária, aumentando a capacidade de resolubilidade dos serviços ofertados pela Atenção Primária no município de Rio Branco.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Rede de Atenção Primária do município de Rio Branco está dividida em 13 Seguimentos de Saúde, com a distribuição de 04 Unidades de Referência da Atenção Primária – URAP, 08 Centros de Saúde e 01 Centro de Formação sob a gestão do estado. Nas Unidades de Referência da Atenção Primária – URAP são ofertados os serviços de clínica geral, pediatria e ginecologia/obstetrícia, bem como os serviços de enfermagem, odontologia, imunização, farmácia dentre outros, com atendimento por demanda espontânea e por referenciamento das Equipes de Saúde da Família de sua área de abrangência, também possui sistema de agendamentos de atendimentos para as especialidades de Média e Alta Complexidade, cujas ações são oferecidas pela Rede Estadual de Saúde.

Além das 13 Unidades Básicas de Saúde, a Atenção Primária conta ainda com 46 Unidades de Saúde da Família com equipes completas destas 23 possui equipe de saúde bucal (DATA-SUS agosto/2013), 07 Unidades de Saúde da Família com equipes incompletas (sem o profissional médico), 07 equipes do Programa de Agente comunitário de Saúde- PACS, 02 Unidades Móveis de Saúde na Comunidade para atendimento à população rural e ribeirinha; 02 Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF, 01 central de abastecimento Farmacêutica – CEAFAFAM, 02 Centros de Apoio Diagnóstico, 01 Centro de Especialidades Odontológica – CEO, 01 dispositivo Consultório na RUA, e 01 Unidade de Acolhimento Adulto para atendimento das pessoas em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas.

Proporcionalmente ao número de habitantes temos uma cobertura da estratégia saúde da família de 45,56% e 97,39 de cobertura com equipes de Agentes Comunitários de Saúde.

Esta estrutura vem ofertando à comunidade local também ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento, através dos Serviços de Assistência Médica, Enfermagem, Assistência Farmacêutica, Programas de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, Atenção ao Idoso, Saúde em Movimento, Saúde do Homem, Controle do Tabagismo, Saúde do Trabalhador,

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DST/AIDS, Saúde Mental, Educação em Saúde, Hipertensão, Diabetes, Hanseníase, Leishmaniose, Tuberculose e o Programa Saúde do Homem.

A partir do ano de 2014 a secretaria estará implementando a Rede de Urgência no município de Rio Branco com a capacitação dos profissionais e estruturação das Unidades Básicas de Saúde para a oferta do serviço.

O Programa Saúde na Comunidade foi iniciado de forma programada e sistemática no ano de 2005, com o objetivo de atender à população da Zona Rural e Ribeirinha de forma integral. São realizados atendimentos médicos, de enfermagem e odontológicos, exames laboratoriais para diagnóstico de leishmaniose, malária, coleta para PCCU e ações educativas.

No total são 60 Pontos de atendimentos (locais onde acontecem os atendimentos de saúde) envolvendo duas ou três comunidades em cada atendimento.

O Departamento de Assistência Farmacêutica foi inserida em 2010 no organograma do município, sendo um setor sob a responsabilidade da Diretoria de Assistência à Saúde. É uma área responsável pela seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos e insumos para as Unidades Básicas de Saúde, até os processos de garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

Assim como a Divisão de Assistência Farmacêutica, a Farmácia Popular do Brasil foi inserida no organograma do município no ano de 2010. Trata-se de um programa do Governo Federal (MS) em parceria com a Prefeitura Municipal de Rio Branco e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), desde dezembro de 2005, que visa à ampliação do acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, que são aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de cuidados da saúde da população, atendendo as doenças mais prevalentes.

Atualmente, a rede de Atenção Primária também é constituída por 02 Centros de Apoio Diagnóstico. Dentre as ações realizadas por esses Centros, destaca-se a descentralização da coleta para a atenção básica com a instalação de laboratórios em 08 Centros de Saúde e 04 Unidades de Referência da Atenção Primária – URAP's.

Atualmente os **exames realizados pelo Centro de Apoio Diagnóstico – CAD** são:

Bioquímica

Ácido Úrico	Glicose
Albumina	HDL Colesterol
Amilase	Hemoglobina Glicada
Bilirrubina total e frações	LDH – Desidrogenase Láctica
Cálcio	LDL Colesterol
Cálcio de 24 horas (Calciúria)	Lipase
Cloretos	Proteína de 24 horas (Proteinúria)
Colesterol Total	Proteínas Totais e Frações
Creatinina	Sódio
Ferro Sérico	TGO/AST
Fosfatase Alcalina	TGP/ALT
Fósforo	Uréia
Gama GT (GlutamilTransferase)	

Hematologia

Coagulograma	Hemograma
Contagem de reticulócitos	Teste de falcização de hemácias
Coombs direto	TAP – Tempo de protombina
Coombs indireto	VHS
Grupo sanguíneo	

Imunologia

ASO – Antiestreptolisina O

Látex - Fator reumatóide

PCR - Proteína C reativa

Hormônio

B- HCG quantitativo

Cortisol

Estradiol

Ferritina

FSH

LH

Progesterona

Prolactina

PSA livre

PSA total

T3

T4

T4 livre

Testosterona total

AntiTireoglobulina

TSH

CEA – Carcinoembriogênico

Alfa fetoproteína

Urínálises

EAS – Elementos anormais de sedimentoscopia

Parasitologia

EPF- Exame parasitológico de fezes

EPF -3 amostras

Pesquisa de leucócitos fecais

Pesquisa de sangue oculto

Baciloscopia

Pesquisa de BAAR

Vale ressaltar, que toda a sorologia é feita pelo Laboratório Central – LACEN, cuja ajuda possibilitou a efetivação da descentralização, uma vez que havia necessidade de profissionais para executar as atividades nesse âmbito.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

As ações de vigilância em saúde são desenvolvidas em toda a rede, com o propósito de prevenir doenças crônicas não transmissíveis e prover a saúde da população. A Secretaria Municipal de Saúde tem coordenado ações educativas interagindo com a comunidade, estimulando mudanças de atitudes e práticas no cotidiano das pessoas, no sentido de torná-las mais saudáveis, envolvendo a prevenção e controle do tabagismo, alimentação saudável, práticas corporais, controle de vetores, controle da qualidade da água e do solo, entre outras.

Com relação às ações de vigilância epidemiológica e ambiental desenvolvidas no município de Rio Branco, o mesmo foi habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica-PAB, segundo a Norma Operacional Básica-NOB/SUS/1996, em 07 de dezembro de 2000, com a descentralização das ações básicas de saúde, através do Termo de Pactuação CIB nº 22/2000. De acordo com a NOB/96, a criação de uma unidade de vigilância epidemiológica municipal é prerrogativa para a descentralização das ações.

No contexto local, o município de Rio Branco passou a executar as ações de promoção, prevenção e controle de doenças de interesse nacional, estadual e municipal, através de uma vigilância epidemiológica focada no propósito de fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. A partir de abril de 2003, Rio Branco propôs à Secretaria Estadual de Saúde a Certificação para as Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças conforme Portaria 1399/1999, passando a receber fundo a fundo os recursos do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças-TFECD, atualmente denominado Teto Financeiro de Vigilância em Saúde. As ações referentes à Programação das Ações de Vigilância em Saúde-PAVS são selecionadas pelo Ministério da Saúde de acordo com as prioridades definidas, tendo em vista a redução, eliminação ou erradicação de doenças mais prevalentes em todo território nacional e em determinadas regiões, avaliando sempre o impacto social e financeiro dessas doenças.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

O Departamento de Vigilância Sanitária realiza através das diretrizes estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e das ações previstas no Plano de Ação em Vigilância Sanitária a fiscalização sanitária de produtos e serviços de interesse à saúde, dos ambientes e da saúde do trabalhador no âmbito da Municipalidade.

O Departamento de Controle de Zoonoses desenvolve ações de prevenção e controle de doenças em cães e gatos do município.

Além dos serviços já mencionados, o município de Rio Branco utiliza a rede estadual de saúde para referenciar usuários ao atendimento na média e alta complexidade. Nesse âmbito, a rede está composta da seguinte forma:

Média complexidade:

- UPA do 2º Distrito e UPA do Tucumã;

Alta complexidade:

a) 05 públicos:

- Hospital das Clínicas – antiga Fundação Hospitalar do Acre;
- Maternidade Bárbara Heliodora;
- Hospital de Saúde Mental do Acre – HOSMAC;
- Hospital de Urgência e Emergência – HUERB;
- Hospital da Criança e Maternidade Bárbara Heliodora.

b) 01 filantrópico:

- Hospital e Maternidade Santa Juliana.

Vale ressaltar, que está em fase de construção 01 (um) Instituto de Traumatismo-ortopedia que irá compor a rede do estado, financiado pela esfera federal.

a) Núcleo de Educação em Saúde - NES

Buscando efetivar os princípios do SUS, que tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, a Educação Popular em Saúde, se propõe a promover a

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

saúde, priorizando as ações preventivas e democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

As principais iniciativas locais vêm sendo desenvolvidas a partir da integração entre Área Técnica de Educação em Saúde, Conselho Municipal de Saúde e órgãos representativos da comunidade. Dentre as ações podemos destacar os encontros com a população das regionais administrativas do município, proporcionando o esclarecimento sobre a importância da participação da comunidade e controle social, objetivando a construção de um processo de formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e estimulando a busca de soluções e organizações para a ação individual e coletiva.

As ações de educação em saúde são fortalecidas pelas diretrizes do Programa Saúde na Escola do Ministério da Saúde, que propõe o desenvolvimento de políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira. A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças e através do Programa Saúde na Escola a articulação entre as escolas e a Rede de Atenção Primária se configura uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras.

4. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou “as características sociais dentro das quais a vida transcorre” (Tarlov, 1996).

Ao atuarmos sobre as causas das desigualdades de saúde e doença, temos a oportunidade de melhorar a saúde nas regiões mais vulneráveis da cidade. Uma das causas mais importantes são as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham (determinantes sociais de saúde).

4.1. Aspectos socioeconômicos

O objetivo dessa subseção é apresentar um prisma de indicadores socioeconômicos relacionados: ao Produto Interno Bruto (PIB), o IDH, a educação, trabalho e renda.

4.1.1. Produto Interno Bruto

Segundo o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio Branco possui o maior PIB no estado do Acre. Em 2010, o PIB foi de R\$ 4.311.124,00, representando um percentual de 50,9% do PIB estadual. Em comparação com 2005 a aumento nominal foi de 55,00%. O PIB per capita 2010 foi de R\$ 12.838,52 e aumentou nominalmente 60,41% desde 2005.

4.1.2. Índice de Desenvolvimento Humano

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado para oferecer um contraponto ao PIB, tendo em vista que este somente considera a dimensão econômica do desenvolvimento. É uma medida simplificada do progresso em longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano, são eles: renda, educação e saúde.

No IDH Global 2012, o Brasil ficou em 85º lugar com nota 0,730. O Acre está em 21º lugar entre os Estados do país com IDH 0,663. Rio Branco, conforme Ranking do IDH dos Municípios do Brasil (IDH-M) 2010, figura na 1.107ª colocação com índice de 0,727. Em 2000, nosso IDH era 0,591 e em 1991 era 0,485. Dentre as capitais, Rio Branco está na 21ª colocação, ficando a frente apenas de Maceió, sendo Florianópolis a capital que figura em 1º lugar.

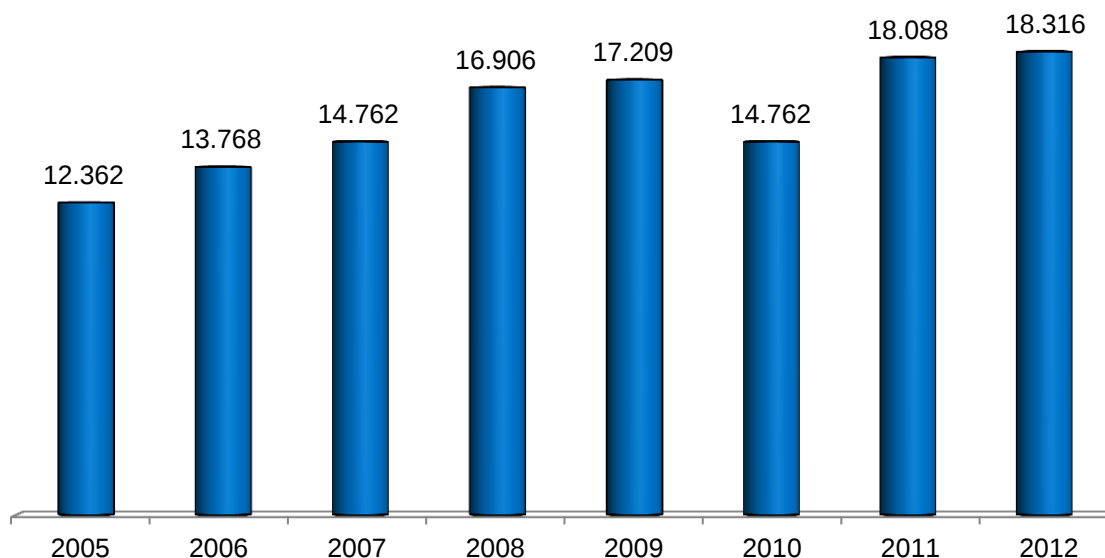
O IDH 2010 do Acre é equacionado pelo IDH Renda 0,671, Saúde 0,777 e Educação 0,559. Já o IDH Rio Branco 2010 apresenta índice de Renda 0,729, de Saúde 0,798 e Educação 0,661.

4.1.3. Educação

A seguir são apresentados alguns dados e informações relativas aos aspectos educacionais do Município de Rio Branco.

A rede municipal conta, atualmente, com 75 unidades escolares, sendo 10 creches, 27 escolas do Ensino Infantil, 17 de Ensino Fundamental e 21 escolas rurais, além de acompanhar pedagogicamente alunos de 57 escolas estaduais, de 1º ao 5º ano.

Gráfico 83 - Número de Alunos Matrículas na Rede de Educação do Município (2005 a 2012)



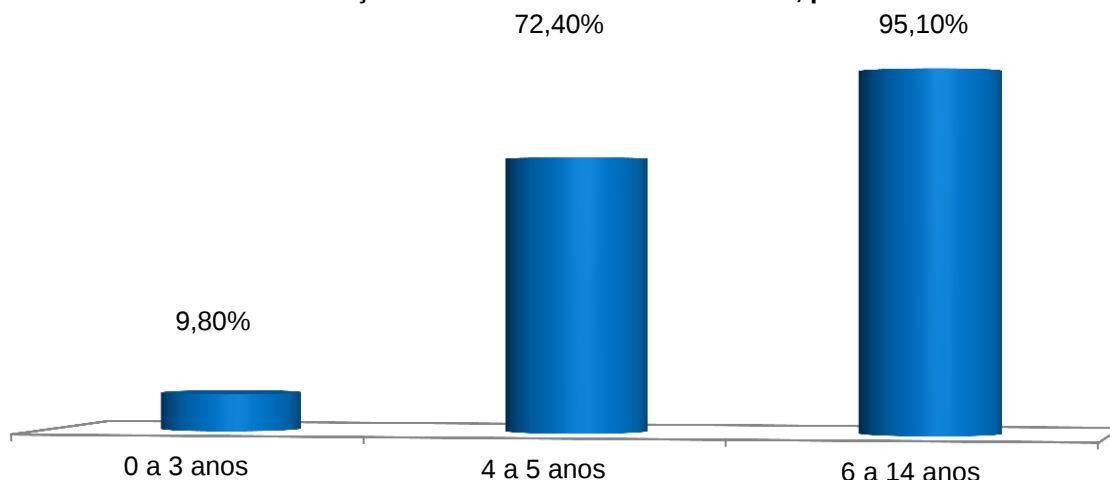
Fonte: Secretaria Municipal de Educação (SEME)/2012.

Conforme o último Censo Demográfico (2010), no município de Rio Branco a taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais era de 8,2%. Na área urbana, a taxa era de 7,4% e na zona rural era de 18,2%. Entre adolescentes de 10 a 14 anos, a taxa de analfabetismo era de 2,9%.

Em relação à matrícula na Rede Municipal, em 2005, eram atendidos pouco mais de 10 mil alunos. Em 2012, este número alcançou quase 19 mil alunos. Além disso, o município realiza o acompanhamento pedagógico de mais 20 mil alunos (1º ao 5º ano da rede estadual). No total são atendidos aproximadamente 39 mil alunos.

O gráfico a seguir demonstra o crescimento do número de matrículas e estratifica por faixa etária o percentual de atendimento da Rede de Educação infantil do município.

Gráfico 84 - Percentual de crianças atendidas na rede educacional, por faixa etária – 2010



Fonte: Ministério da Educação (MEC)/2010.

Além dos dados situacionais de percentual e atendimento escolar do ano de 2010, foram também definidas as metas de atendimento para os próximos anos, conforme demonstrado na tabela a seguir:

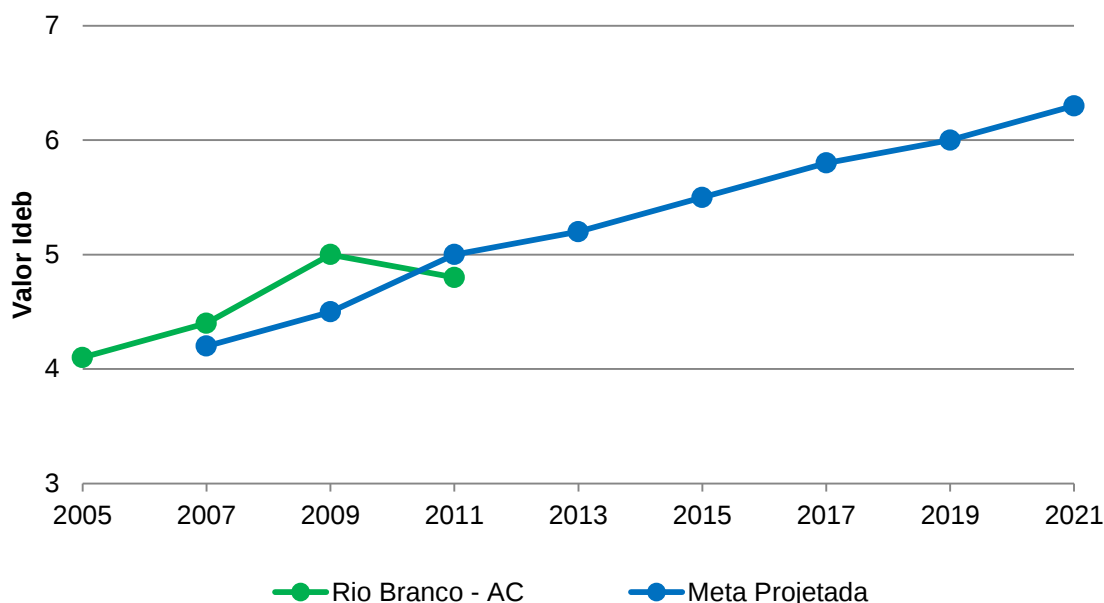
Tabela 3 - metas de atendimento de crianças na rede educacional - 2012/2020

ANO	0 a 3 anos	4 a 5 anos	6 a 14 anos
2012	12,5%	89,8%	96,4%
2014	15,9%	96,7%	97,4%
2016	20,0%	99,0%	98,1%
2018	24,8%	99,0%	98,6%
2020	30,3%	99,0%	99,0%

Fonte: Ministério da Educação (MEC)/2012.

O gráfico a seguir demonstra a evolução do IDEB de Rio Branco. Verifica-se que o Município tem acompanhado as metas projetadas pelo MEC, entretanto os resultados variam de acordo com os anos, como foi o caso de 2011.

Gráfico 85 - Evolução do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de Rio Branco.



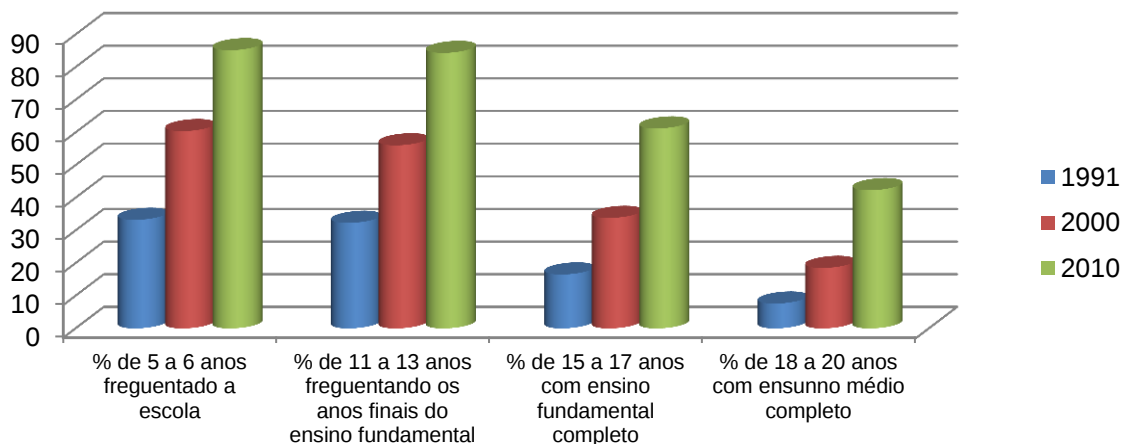
Fonte: IDEB 2011 Inep

A proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município e compõe o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal para o componente Educação.

No período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 41,04 % e no de período 1991 e 2000, 81,68 %. A proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 50,19 % entre 2000 e 2010 e 73,74 % entre 1991 e 2000.

A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 89,80 % no período de 2000 a 2010 e 104,84 % no período de 1991 a 2000. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 128,62 % entre 2000 e 2010 e 134,13 % entre 1991 e 2000.

Gráfico 86 - Fluxo Escolar por Faixa Etária em Rio Branco – AC



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano 2013 – PNUD.

Em 2010, verifica-se que 62,09 % dos alunos entre 6 e 14 anos de Rio Branco estavam cursando o ensino fundamental regular na série correta para a idade. Em 2000 eram 48,44 % e, em 1991, registrou-se 28,82 %. Entre os jovens de 15 a 17 anos, 34,02 % estavam cursando o ensino médio regular sem atraso. Em 2000 eram 17,44 % e, em 1991, constatou-se 6,25 %. Entre os alunos de 18 a 24 anos, 15,18 % estavam cursando o ensino superior em 2010, 4,85 % em 2000 e 3,36 % em 1991.

Nota-se que, em 2010, 4,92% das crianças de 6 a 14 anos não frequentavam a escola, percentual que, entre os jovens de 15 a 17 anos atingia 18,46%.

O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), vinculado ao Ministério da Educação, criou o índice de desenvolvimento da educação básica. O índice busca representar a qualidade da educação sob dois aspectos: o fluxo (progressão dos alunos) e o desenvolvimento dos alunos (aprendizado – nota padronizada em português e matemática). Segue quadro comparativo para análise:

Tabela 4 - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

IDEB	Anos Iniciais (1º ao 5º ano)		Anos Finais (6º ao 9º ano)		Ensino Médio (1º ao 3º ano)	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Brasil	4,7	6,5	3,9	6,0	3,4	5,7
Acre	4,5	6,2	4,1	5,6	NE	5,0
Rio Branco	4,9	NE	4,2	NE	NE	NE

FONTE: www.portaldieb.com.br NE: Não Existente

Salientamos não existirem dados da rede privada, da rede de escolas municipais de educação. Analisando os índices da cidade que possuímos, percebemos que estão maiores em relação ao Brasil e ao Acre.

4.1.4. Renda

Abaixo, a pesquisa realizada pela Prefeitura Municipal de Rio Branco em parceria com o SEBRAE/AC apresenta percentual de renda mensal por população de cada uma das Regionais administrativas do município.

A Regional I (06 de Agosto), conta com média de infraestrutura (51% a 75%), conta com 8 associações de moradores e tem 24.438 moradores. Mais de 50% da população tem baixo poder aquisitivo.

A Regional II (Cadeia Velha) é formada por 26 bairros, tem população de 43.438 pessoas e contempla 12 associações de moradores. Oposta a primeira Regional, apresenta uma pequena parcela que concentra baixo índice de poder aquisitivo (11%). Apenas 25% desta Regional apresentam média carência de infraestrutura (51% a 75%).

A Regional III (São Francisco e Tancredo Neves), com 30 bairros e população de 41.246 pessoas, demonstra que 40% da população tem baixo poder

aquisitivo. Há média carência de infraestrutura nesta Regional e conta com 25 associações de moradores.

A Regional IV (Estação Experimental) apresenta um índice baixo de pessoas que tem baixo poder aquisitivo, apenas 11%. Apresenta população de 33.731 habitantes. A carência de infraestrutura é média (51% a 75%).

A Regional V (Calafate e Floresta) conta com 27.225 moradores, sendo que 20% tem baixo poder aquisitivo. Esta Regional tem média carência de infraestrutura (51% a 75%).

A Regional VI (João Eduardo), com 43.879 moradores apresenta forte índice de carência de infraestrutura. A maior parte da população tem faixa de renda entre 3,1 e 4,5 salários mínimos.

Na Regional VII (Belo Jardim e Vila Acre), 86% dos moradores têm baixo poder aquisitivo. A carência em infraestrutura é altíssima (76% em diante).

As Regionais Rurais descritas anteriormente conta com média de 28 mil pessoas do município que tem como destaque a produção familiar como referência econômica local.

4.2. Condições de vida e ambiente

As condições de vida e ambiente incidem diretamente nas questões de saúde da população. Para essa análise, apresentamos dados de saneamento básico, transporte e trânsito, habitação, aspectos ambientais, fundiários e agropecuários.

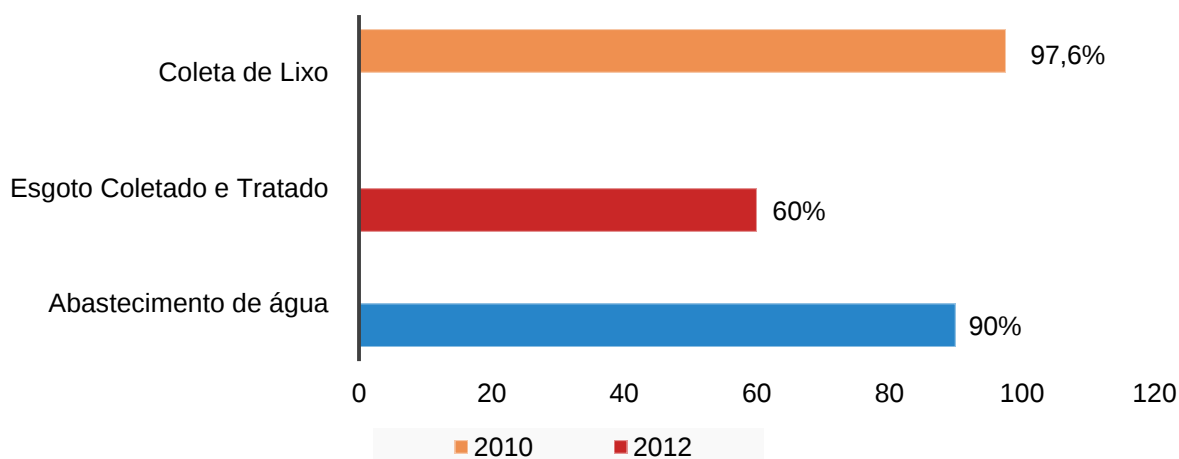
4.2.1. Saneamento Básico

As condições de saneamento e serviços correlatos do município interferem nas condições de saúde da população. Neste sentido, a atual gestão tem investido

recursos consideráveis na área de saneamento, principalmente no abastecimento de água, esgotamento sanitário e limpeza pública.

O gráfico a seguir demonstra a cobertura de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo em Rio Branco nos anos de 2010 e 2012.

Gráfico 87 - Percentual de domicílios da área urbana com acesso à rede de abastecimento de água, à coleta de lixo e esgoto coletado e tratado.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico/2010 e Sistema Comercial de Saneamento do SAERB/2012. Obs: o índice de 60% de esgoto coletado e tratado na área urbana será obtido após a conclusão das obras de infraestrutura do PAC I.

Em relação à coleta de lixo observa-se no gráfico acima, que no período do Censo, a Prefeitura atendia 97,6 % dos domicílios. Para tanto, o município de Rio Branco, implantou em 2009 a Unidade de Tratamento de Resíduos Sólidos (UTRE) que é uma referência no tratamento de resíduos sólidos, não só para o Estado, mas para a região norte. A tabela abaixo demonstrar a quantidade de resíduos coletados por ano (toneladas/ano) e o percentual tratado na Unidade.

Tabela 5 - Quantidade de Resíduos Coletados por ano – UTRE.

INDICADOR E DADOS	RIO BRANCO - AC			
	2009	2010	2011	2012
Coleta e tratamento de resíduos sólidos	30%	100%	100%	100%
Quantidade de resíduos sólidos coletados na área urbana (ton/ano)	60.878,86	66.573,91	71.143,26	76.119,42
Quantidade de resíduos sólidos tratados adequadamente (ton/ano)	17.989,44	66.475,12	71.090,85	76.050,96

Fonte: Prefeitura de Rio Branco, Secretaria de Meio Ambiente/2012

4.2.2. Transporte e Trânsito

Mesmo as cidades que tiveram o processo de formação acompanhado de planejamento urbano, atualmente enfrentam problemas relacionados ao trânsito, como a falta de vagas em estacionamentos, engarrafamentos e o crescente aumento da frota de veículos. Rio Branco como a maioria das cidades amazônicas, tem como característica a ocupação às margens de rios, com crescimento desordenado e sem planejamento urbanístico.

Assim como outras capitais brasileiras, a cidade enfrenta o desafio de readequar a malha viária e planejar ações que garantam maiores níveis de mobilidade e acessibilidade aos cidadãos. A parceria do Estado com investimentos em obras de infraestrutura foi fundamental para a cidade, com isso a Prefeitura avançou com os trabalhos junto à comunidade, realizando ações de engenharia de trânsito, como a sinalização vertical e horizontal, e o Programa de Readequação da Malha Viária – REVI. O processo de municipalização foi fortalecido com a aprovação da Lei de reestruturação da RBTRANS em 2008 e a elaboração do Plano Diretor de Transporte e Trânsito – PDTT em 2009, além de outras ações estruturantes.

Rio Branco passa por importante processo de evolução no que se refere ao transporte público. No transporte coletivo, foram implantadas novas tecnologias

como a bilhetagem eletrônica e o GPS (sistema de posicionamento global) e, ainda, a renovação e modernização da frota de ônibus.

Na atual administração estas ações estão sendo ampliadas e objetivam garantir maior mobilidade e cidadania. Em Rio Branco 100% da frota de transporte coletivo encontra-se padronizada, 80% renovada com 70% adaptada para cadeirantes, sendo no mínimo um ônibus com plataforma elevatória em cada linha. São 151 ônibus, divididos em 36 linhas, operado por três empresas: Viação Floresta, São Judas Tadeu e Via Verde Transportes. São registradas mais de dois milhões de passagens por mês, 24 milhões de passagens por ano com mais de 150 mil pessoas cadastradas na bilhetagem, dos quais se destacam mais de 50 mil estudantes.

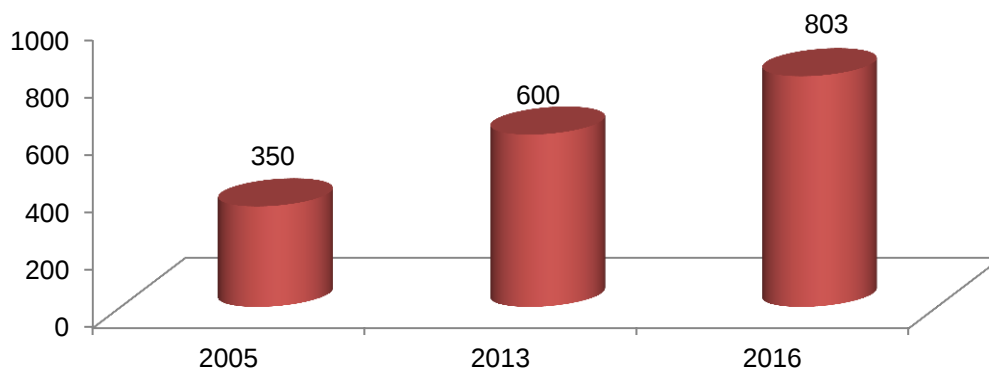
Neste sistema, estão registrados 602 táxis, 569 moto-táxis, operados por mais de 1.500 permissionários, que realizam mais de 100 mil viagens de táxi por mês e mais de 1,2 milhões por ano, mais de 180 mil viagens de moto-táxi por mês e mais de 2,16 milhões por ano.

4.2.3. Malha Viária e Estradas Vicinais

A extensão atual da malha viária do município de Rio Branco é de 803 Km. Até 2005 a malha asfaltada era de 350 Km e no período de 2005 a 2012 foram asfaltados mais 150 Km.

A meta da atual gestão municipal, em parceria com o Governo do Estado no âmbito do Programa Ruas do Povo, é asfaltar 303 Km até 2014 e chegar a 803 km de malha asfaltada até 2017, conforme está demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 88 - Intervenções na malha viária (2005 a 2016)

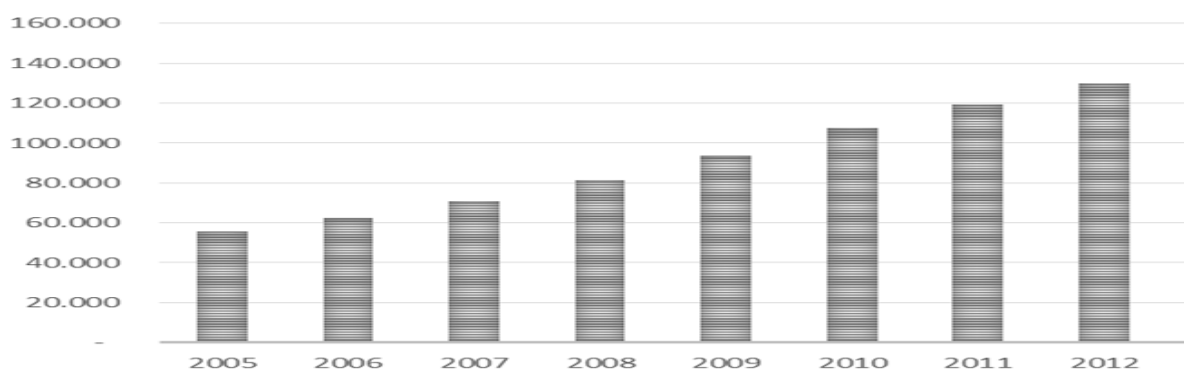


Fonte: Prefeitura de Rio Branco, (EMURB)/2013.

4.2.4. Frota de Veículos

No período de 2005 a 2013, a frota mais que duplicou, saindo de 56 mil para mais de 135 mil veículos, ou seja, enquanto a taxa de crescimento da população de 336.038 habitantes é de 3,6% ao ano, a frota de 135.000 veículos cresce quase quatro vezes mais, com taxa de 12% ao ano, tudo isso aliado ao processo de crescimento urbano e as necessidades de deslocamento, exigem a consolidação das políticas já delineadas com o rigor nas ações.

Gráfico 89 - Crescimento da frota de veículos de Rio Branco (2005 a 2012)



Fonte: DETRAN Acre/2013.

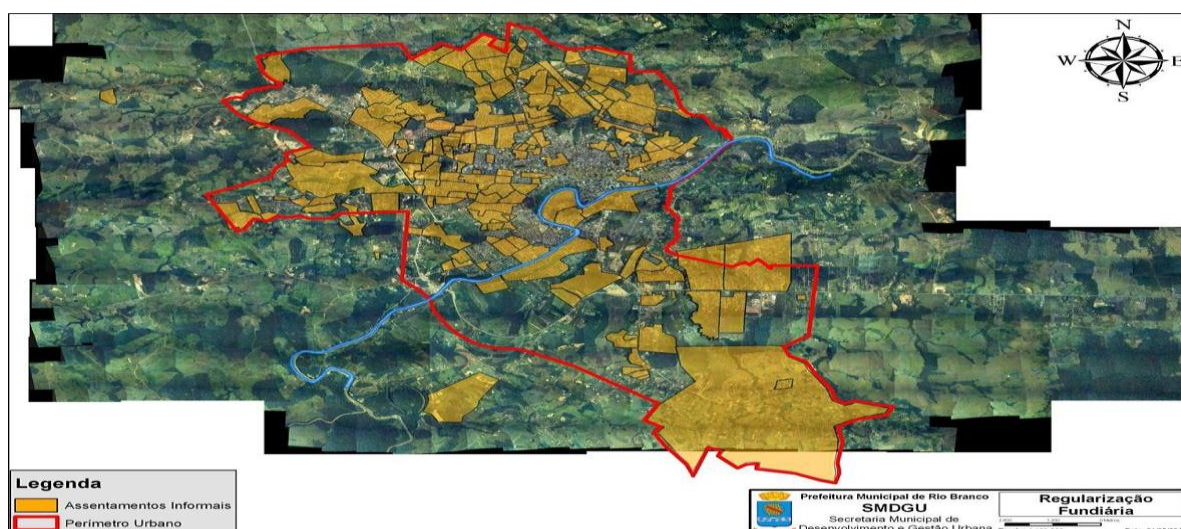
4.2.5. Habitação

No ano de 2007, Rio Branco contava com 5,2 mil domicílios em áreas rurais, sendo que 2,7 mil famílias viviam em Projetos de Assentamento. Entretanto, apenas 36% possuíam algum tipo de titulação o que demonstra um forte índice de irregularidade na área rural.

Na zona urbana existem 101.756 moradias. A situação de imóveis irregulares ainda é grande, muito embora devam ser considerados avanços devido a uma série de instrumentos criados, dentre eles o Plano Municipal de Regularização Fundiária, Plano Diretor de Rio Branco e Plano de Habitação de Interesse Social.

Em Rio Branco, a regularização fundiária de imóveis consiste em um dos principais problemas. Para tentar corrigi-lo, a Prefeitura Municipal de Rio Branco resolveu elaborar o Plano Municipal de Regularização Fundiária. Este Plano foi concluído em 2009. Este Plano apontou 196 parcelamentos com irregularidades na cidade, conforme pode ser visualizado no mapa abaixo:

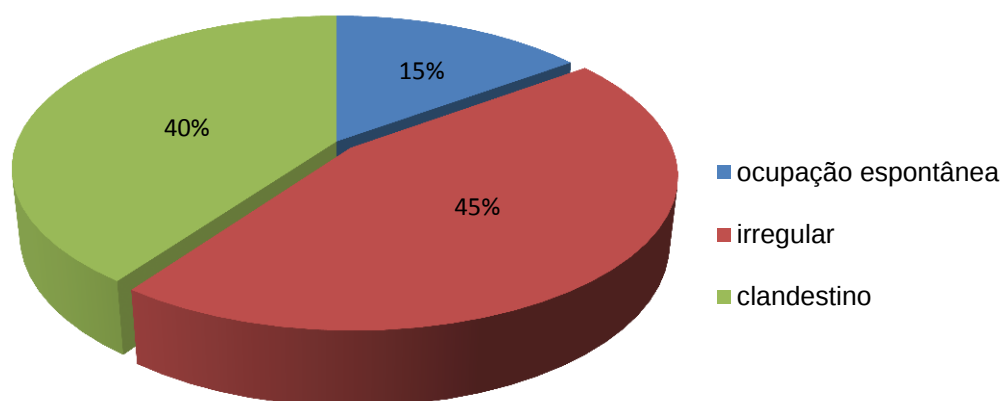
Figura 2 - Parcelamentos Irregulares de Rio Branco



Fonte: Plano Municipal de Habitação de Rio Branco, 2011.

No gráfico abaixo, é possível visualizar as formas de uso e ocupação do espaço urbano e os devidos percentuais.

Gráfico 90 - Formas de Ocupação de Rio Branco em números percentuais



Fonte: Plano Municipal de Habitação de Rio Branco, 2011

Para tentar sanar o déficit habitacional de Rio Branco, o Governo do Estado do Acre planejou e está executando as obras de construção do Conjunto Residencial “Cidade do Povo” que abrigará mais de 50.000 pessoas de diferentes classes e níveis de renda. Pessoas com baixa renda estão incluídas neste Projeto.

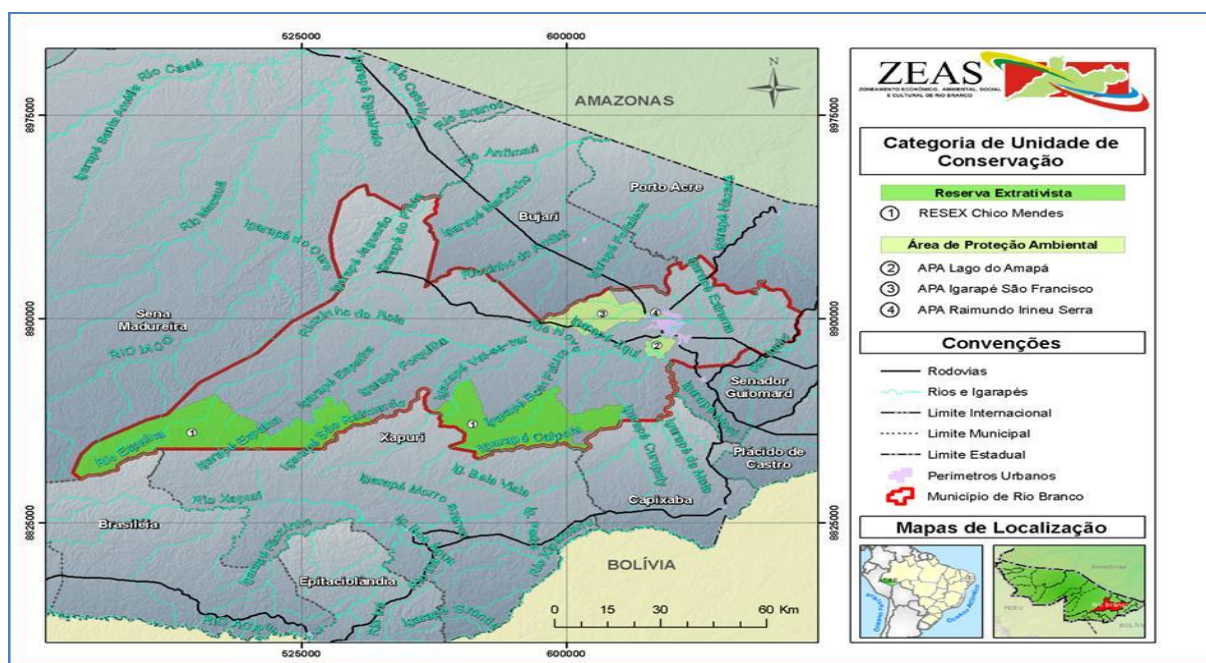
Na zona rural, está em andamento a execução do Programa Nacional de Habitação Rural, executado pela Prefeitura Municipal de Rio Branco através da Secretaria de Agricultura Familiar em parceria com a Caixa Econômica Federal. Este Programa irá beneficiar 2.000 famílias em Projetos de Assentamento e no entorno ou cinturão verde da capital acreana.

A consolidação das obras permitirá resolver o déficit e outros problemas da capital acreana, a saber: I) regularização fundiária; II) falta de preservação de APP's; III) carência de conservação de áreas verdes e fundos de vale; IV) destinação de resíduos; V) saneamento; VI) disponibilidade de rede de energia elétrica; VII) enchentes; VIII) dentre outros que podem ser encontrados em áreas impróprias para habitação.

4.2.6. Aspectos Ambientais, Fundiários e Agropecuários.

No município há quatro unidades de conservação: I) Área de Proteção Ambiental Raimundo Irineu Serra; II) Área de Proteção Ambiental Lago do Amapá; III) Área de Proteção Ambiental do Igarapé São Francisco, e IV) parte da Reserva Extrativista Chico Mendes que somadas correspondem a 23% (201.627,74 ha) da área total do município.

Figura 3 - Localização das unidades de conservação dentro dos limites territoriais do Município



Fonte: Rio Branco, ZEAS 2010.

As Áreas de Proteção Ambiental (APA's) são definidas no Sistema Nacional de Unidades de Conservação (Lei n. 9.985 de 2000) como sendo área em geral extensa, com certo grau de ocupação humana, dotada de atributos abióticos, bióticos, estéticos ou culturais especialmente importantes para a qualidade de vida e o bem-estar das populações humanas.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Essas áreas têm como objetivos básicos proteger a diversidade biológica, disciplinar o processo de ocupação e assegurar a sustentabilidade do uso dos recursos naturais. São constituídas por terras públicas ou privadas.

A Tabela 6 demonstra algumas características das Unidades de Conservação do Município de Rio Branco.

Tabela 6 - Informações consolidadas das UCs de Rio Branco

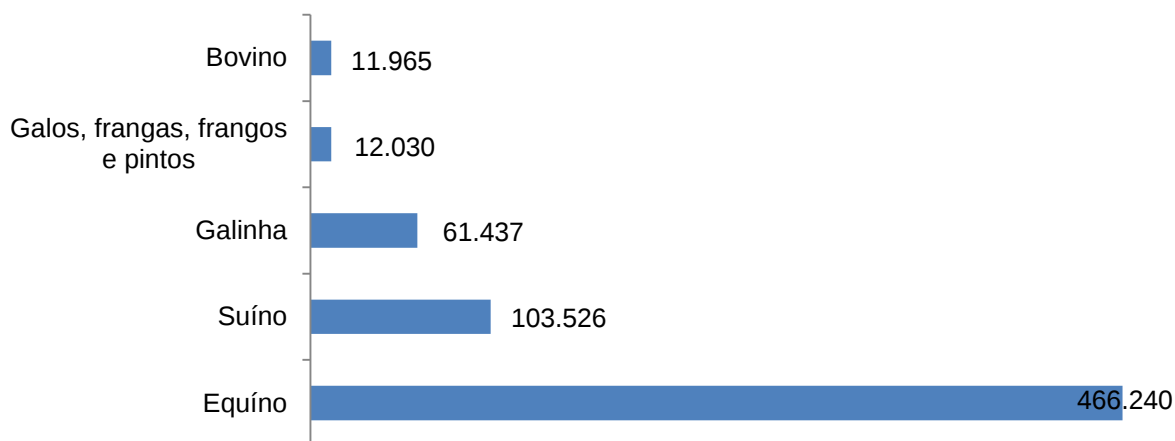
Unidade de Conservação	APA Raimundo Irineu Serra	APA Igarapé São Francisco	APA Lago do Amapá	Reserva Extrativista Chico Mendes
Grupo	Uso Sustentável	Uso Sustentável	Uso Sustentável	Uso Sustentável
Categoria	APA	APA	APA	RESEX
Área (ha)	908,74	30.004	5.224	970.570
Ano de Criação	2005	2005	2005	1990
Decreto (nº)	500 (07/06/2005)	12.310 (14/07/2005)	13.531 (26/12/2005)	99.144 (12/03/90)
Município Sede	Rio Branco	Rio Branco e Bujari	Rio Branco	Rio Branco
Plano de Manejo	Não	Não	Não	Não
Conselho Gestor	Sim	Sim	Sim	Sim
Instituição Responsável	SEMEIA	SEMA	SEMA	IBAMA

Fonte: Prefeitura de Rio Branco, ZEAS/2010.

Com relação a ação antrópica, verifica-se maior concentração no entorno do núcleo urbano do Município, ao longo das rodovias BR-364, AC-90 e AC-10, onde estão localizados 14 Projetos de Assentamento do INCRA, 06 Pólos Agroflorestais, sendo 04 de responsabilidade da Prefeitura e 02 do Estado.

A Pesquisa Agrícola Municipal do IBGE, referentes a 2011, aponta os 5 (cinco) principais tipo de rebanho, bem como as principais culturas (permanentes e temporárias) no município de Rio Branco, conforme os gráficos a seguir:

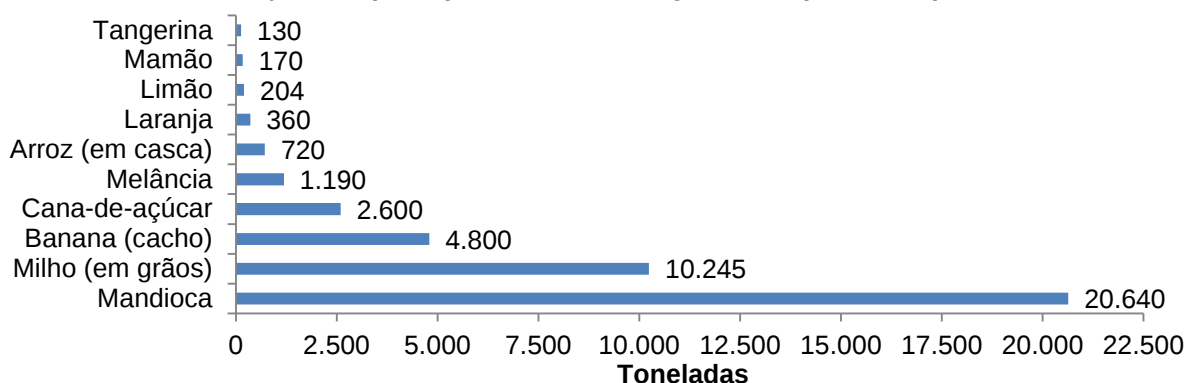
Gráfico 91 - Distribuição dos principais tipos de rebanho do Município – 2011



Fonte: IBGE - Pesquisa da Produção Pecuária Municipal /2011.

Além do campo da pecuária, a supracitada pesquisa também fornece dados acerca da área de agricultura local. Neste caso, foram coletados dados acerca das 5 (cinco) principais culturas de agricultura do município, divididas entre aquelas permanentes e aquelas temporárias, conforme demonstrado no gráfico que segue:

Gráfico 92 - Distribuição das principais culturas de agricultura (toneladas) - 2011



Fonte: IBGE - Pesquisa da Produção Pecuária Municipal (PAM)/2011

5. GESTÃO EM SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, criada através da Lei nº. 770 de 26 de dezembro de 1988, foi primeiramente habilitada na Gestão Plena da Atenção Básica – PAB segundo a Norma Operacional Básica – NOB/SUS/1996. Em 07 de dezembro de 2000, foi pactuada a descentralização das ações básicas de saúde no município de Rio Branco, através do Termo de Pactuação CIB nº. 22/2000. Em 26 de maio de 2003, foi assinado o Termo de Cessão de Uso de Bens Móveis e Imóveis, através do Convênio nº. 06 e em 02 de julho de 2003 através do Decreto nº. 8.213, houve o processo de cessão dos servidores públicos estaduais lotados nas unidades básicas de saúde. Em 2004, assumiu o papel da Gestão do Sistema Municipal de Saúde na organização e execução das ações da atenção básica de acordo com a Portaria nº. 2023/GM/2004 sem prejuízo das competências determinadas na Lei nº. 8.080/90.

Em 2007 assinou o Termo de Compromisso de Gestão – TCG, aderindo o Pacto pela Saúde, no qual assume a responsabilidade sanitária de garantir a atenção à saúde na rede básica, com ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

O Fundo Municipal de Saúde criado através da Lei Municipal nº. 966 de 11 de outubro de 1991 e regulamentado pela Lei nº. 1329 de 17 de setembro de 1999, sendo instrumento de suporte financeiro para o desenvolvimento das ações de atenção básica.

O Conselho Municipal de Saúde – CMS de Rio Branco, criado através da Lei nº. 964 de 08 de outubro de 1991, alterado pela Lei nº. 1318 de 08 de abril de 1999. É constituído de forma paritária com 50% de usuários, 25% de profissionais de saúde e 25% de prestadores de serviços públicos e privados. A partir de 1999, vem cumprindo regularmente com seu objetivo que é fiscalizar e fortalecer as ações do controle social no âmbito do Sistema Municipal de Saúde de Rio Branco.

A Gestão Municipal vem buscando um modelo de atenção à saúde integral e familiar, com foco nas necessidades dos usuários do sistema. Para tanto, a Prefeitura de Rio Branco, buscou uma política de governo de forma participativa, envolvendo todas as secretarias municipais, coordenações de programas específicos, representantes da comunidade, delegados das sete regionais administrativas, construindo assim, um plano de governo com ações matricial. Cada regional possui peculiaridades, já que foram definidas com base em fatores socioeconômicos, compreendendo bairros e conjuntos com características semelhantes. Elas são numeradas de I a VII, sendo que cinco delas se localizam no 1º distrito: II, III, IV, V, VI; e outras duas no 2º distrito: I, VII. As regionais são compostas por aproximadamente 110 bairros.

5.1. Gestão de pessoas

Entendendo o trabalho na saúde como processo essencial para efetivação dos princípios doutrinários do SUS, a SEMSA cria o Departamento de Gestão de Pessoas em abril de 2009, por meio da Portaria nº 05/2009, que vem ser regulamentada na estrutura da Secretaria, por meio da Reforma Administrativa, Lei nº 1.790 de 22/12/2009.

Desde então, a área de pessoal desvincula-se do Departamento de Planejamento e Gestão, passando a compor a estrutura da secretaria enquanto departamento, sendo a ele vinculadas as Divisões de Gestão do Trabalho; de Educação na Saúde; e de Humanização, com as seguintes competências:

- Propor, formular e implantar políticas de formação, desenvolvimento profissional e educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade, de forma articulada com os outros Departamentos e instituições formadoras;
- Propor, formular, implantar e implementar as políticas de gestão do trabalho no âmbito municipal;

- Efetivar/Implantar a Política de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde em todas as unidades de saúde sob a gestão municipal, articulando a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores e usuários, visando à integralidade, universalidade, equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas na rede de serviços de saúde;
- Monitorar e avaliar os processos de trabalho desenvolvidos pelos trabalhadores da SEMSA, propondo intervenções que fortaleçam a atenção à saúde.

Entendendo que a valorização do servidor perpassa por diversos aspectos que poderão potencializar ou fragilizar os processos de trabalho, tanto na gestão quanto na atenção, interferindo diretamente nas ações de saúde, o departamento tem como foco promover a valorização do servidor considerando os seguintes eixos estruturantes:

- Vínculos efetivos de trabalho com garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários;
- Planos de Cargos, Carreiras e Remuneração com desenvolvimento na carreira;
- Qualificação profissional;
- Negociação de Trabalho;
- Política de Educação Permanente em Saúde; e
- Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde.

5.2. Gestão do trabalho

A partir de abril de 2010, a Prefeitura de Rio Branco passa a adotar o Vínculo Estatutário, até então Celetista, para os servidores públicos municipais da administração direta e indireta, por meio da Lei nº 1794/2009, garantindo um Regime Previdenciário Próprio.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Tendo um de seus eixos a negociação nas relações de trabalho, a Prefeitura de Rio Branco, por meio da Secretaria de Administração, da Secretaria de Articulação Política e Institucional e das secretarias das pastas específicas, mantém relações de negociação coletiva e permanente com as representações sindicais onde são definidas além de questões salariais, condições de trabalho, Plano de Cargos e Carreiras, qualificação profissional, dentre outras demandas trazidas pelos sindicatos e pela gestão.

Com a ampliação das ações e serviços oferecidos, o quadro de pessoal vem sendo gradativamente ampliado, levando em conta a necessidade e a capacitação de financiamento para a contratação de pessoal. Em 2007, foi realizado Concurso Público Efetivo pela Prefeitura. Em 2012 foi realizado Concurso Público Efetivo, por meio do Edital nº1/2012-PMRB, para Agentes Comunitários de Saúde, sendo contratados 230 profissionais no mesmo ano.

Além disso, situações emergenciais como a Dengue, levam o município a ampliar o quadro de Agente de Endemias para manter o quantitativo ideal de servidores em campo para atender as necessidades de coberturas das áreas para eliminação de focos de dengue, foi realizado um novo Concurso Simplificado, por meio do Edital nº 01/2013 com o total de 130 vagas.

O cadastramento do servidor consistiu em uma atividade da área de Gestão do Trabalho com o objetivo de atualizar seus dados funcionais. A realização do Censo Previdenciário, através do Instituto de Previdência de Rio Branco (RBPREV) e a Secretaria Municipal de Administração (SEAD), também contempla a área de gestão do trabalho, pois busca atualizar os dados funcionais relativos à previdência do servidor, fato importante, pois objetiva elaborar uma base de dados consistentes para os cálculos atuariais da previdência.

Além dessas atividades a Divisão de Gestão do Trabalho é responsável por:

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Elaborar e manter atualizado o diagnóstico da situação de Gestão do Trabalho na saúde, no âmbito municipal;
- Definir o quadro de necessidades de trabalhadores da SEMSA, propondo à Secretaria de Administração o suprimento das necessidades de acordo com as demandas dos setores;
- Realizar em conjunto com os departamentos, o remanejamento dos trabalhadores conforme padrão de lotação e necessidades do serviço;
- Implementar o PCCS em parceria com setores afins, e propor alterações que atendam a Política de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde;
- Implantar sistema de informações sobre os trabalhadores do SUS no âmbito municipal;
- Acompanhar a implementação das ações de Saúde do Trabalhador;
- Elaborar, em articulação com áreas afins, normas e protocolos para garantir assistência integral à saúde dos trabalhadores, mantendo a equidade em relação aos usuários de modo geral;
- Elaborar e implementar em conjunto com as áreas técnicas, unidades de saúde, departamentos e secretaria de administração, o padrão de lotação da SEMSA;
- Coordenar a distribuição de vale transporte para os trabalhadores da SEMSA;
- Acompanhar, monitorar e atualizar as informações referentes à Folha de pagamento;
- Manter atualizadas as informações sobre todos os trabalhadores que atuam nas unidades e serviços de saúde da SEMSA;
- Emitir parecer, no âmbito de sua competência, sobre questões relacionadas a direitos, vantagens, concessão de benefícios e deveres dos trabalhadores lotados na SEMSA, de acordo com a legislação vigente;

- Emitir declarações e outros documentos referentes a situação administrativa, financeira e funcional dos trabalhadores da SEMSA;

5.3. Educação na saúde

Com o objetivo de Implementar a Política de Educação Permanente, a Divisão de Educação na Saúde tem realizado atividades que permitiram obter, por parte dos trabalhadores, gestores e usuários, o diagnóstico situacional de necessidades referentes à área de Gestão de Pessoas.

Desta forma, com o objetivo de promover o desenvolvimento institucional, aconteceu em 2012 o Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS (CDG-SUS) na Regional Vale do Baixo Acre e Purus e Pesquisa de Práticas de Integralidade sobre as áreas programáticas estratégicas na SEMSA. Foram realizadas 10 turmas, perfazendo um total de 257 alunos inscritos, dos quais 242 foram aprovados, entre estes envolvendo gestores (35%), trabalhadores (134%), usuários (21%), professores (2%) e acadêmicos (13%), distribuídos pelos segmentos de saúde. Deste total, identificamos a participação das seguintes intuições assim representadas: Universidade (15%), SESACRE (34%), SEMSA (120%), Outras Secretarias (2%), Movimento Social (14%), ETMMR (9%) e Conselhos (6%). Como resultado desta atividade, cada turma elaborou suas redes explicativas, as quais definem os problemas encontrados e as ações estratégicas propostas para solução dos mesmos.

Em 2013, a Divisão de Educação na Saúde, juntamente com a Divisão de Humanização, realizou o II Seminário de Educação Permanente e I Seminário de Humanização, que teve como objetivos: promover o debate sobre a concepção da Política Nacional de Humanização e da Política Nacional de Educação Permanente no âmbito da SEMSA; definir diretrizes para elaboração do Plano Municipal de Educação Permanente e do Plano Municipal de Humanização para a gestão 2014-

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2017, a partir da identificação das necessidades e demandas das unidades e serviços de saúde.

Além das ações de diagnóstico, a Divisão de Educação na Saúde ainda:

- Coordena, articula e monitora, juntamente com as unidades e serviços de saúde, estágios curriculares mediante a celebração de convênios com Instituições formadoras de Ensino Superior (UFAC, UNINORTE, UNOPAR, COC, FIRB/FAAO, FAMETA) e escolas de Ensino Técnico (Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha, CETEAC e SENAC), além de atividades de pesquisas acadêmicas e estágio voluntário;
- Participa ativamente da reforma curricular dos cursos das áreas de saúde e afins da UFAAC, como o Curso de Medicina, Enfermagem e Educação Física;
- Estabelece articulação com os Programas de Residência Médica e Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, definindo campos de prática nas Unidades de Saúde que promovam as mudanças necessárias no processo de trabalho das equipes;
- Promove execução de ações de capacitação junto com as áreas técnicas do Departamento de Atenção à Saúde no marco do Convênio de Educação Permanente assinado entre a SESACRE e SEMSA.
- Planeja, coordena e avalia os processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, além de propor metodologias e estratégias de ensino que contribuam para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da SEMSA;
- Mantém diálogo permanente com a Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha para a identificação, planejamento e execução das demandas de formação técnica dos trabalhadores da SEMSA;

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Estabelece parcerias inter e intra-institucionais para realização dos processos de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da SEMSA;
- Assessora tecnicamente as unidades e serviços de saúde vinculados à SEMSA na implantação da Política de Educação Permanente em Saúde;
- Busca cooperação técnica e financeira junto a Instituições nacionais e internacionais para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde;
- É responsável por coordenar e articular a implantação da Comissão Regional de Integração Ensino-Serviço do Vale Baixo Acre e Purus, constituída pelos municípios: Santa Rosa, Manuel Urbano, Sena Madureira, Bujari, Porto Acre, Rio Branco como sede da Comissão, Senador Guimard, Plácido de Castro, Acrelândia e Capixaba.

5.4. Humanização

A Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco busca realizar atividades de Humanização, alicerçados pela Política Nacional de Humanização - PNH, que tem como objetivo efetivar os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade de atenção à saúde, tendo como princípios próprios a indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

Dessa forma, a Divisão de Humanização da SEMSA atua tendo como base as diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização de: acolhimento, gestão participativa e co-gestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários.

Com o objetivo de Implementar a Política de Humanização, a Divisão de Humanização tem realizado, juntamente com a Divisão de Educação na Saúde,

atividades que permitiram obter, por parte dos trabalhadores, gestores e usuários, o diagnóstico situacional de necessidades referentes à área de Gestão de Pessoas, como:

- Curso de Apoiadores Institucionais da Política Nacional de Humanização, realizado de junho a dezembro de 2012, que teve como um dos objetivos formar 120 apoiadores e oportunizar a construção de planos de intervenção com a formulação de propostas;
- Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS (CDG-SUS), durante o ano de 2012, que obteve redes explicativas que definem os problemas encontrados e as ações estratégicas propostas para solução dos mesmos;
- II Seminário de Educação Permanente e I Seminário de Humanização, em outubro de 2013, com o objetivo de definir diretrizes para elaboração do Plano Municipal de Educação Permanente e do Plano Municipal de Humanização para a gestão 2014-2017, a partir da identificação das necessidades e demandas das unidades e serviços de saúde.

Além desses espaços coletivos de construção, anualmente a Divisão de Humanização promove, desde 2011, a Mostra de Experiências Exitosas na Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, que tem como objetivo estimular o desenvolvimento de experiências e projetos locais, dando visibilidade às ações bem sucedidas na área da gestão e da atenção à saúde e premiar os profissionais e residentes que atuam na gestão e na atenção à saúde, reconhecendo assim, o mérito dos atores envolvidos nas ações que se destacaram na Atenção Primária, promovendo a integração e a troca de experiências entre os trabalhadores, residentes e gestores.

5.5. Planejamento

O planejamento, ferramenta vital tanto na organização do serviço como na tomada de decisões, está presente em todos os setores da Secretaria Municipal da Saúde.

Diante da quantidade e complexidade das tarefas a serem realizadas no processo de planejamento, algumas etapas são fundamentais, como a contribuição dos técnicos, gestores e a participação popular no diagnóstico, análise e entendimento do sistema, assim como a avaliação de suas capacidades. Dessa forma é possível definir metas e objetivos, assim como priorizar ações e equacioná-las de acordo com os recursos disponíveis.

Os instrumentos de planejamento e gestão, previstos pelo SUS, visam oferecer um direcionamento das ações do sistema de saúde, articulando as mudanças e melhorias necessárias na gestão dos serviços. Também contribuem no sentido de direcionar a captação de recursos. Além da captação de recursos, o acompanhamento e monitoramento da execução de convênios de receita e despesa contribuem no sentido de demonstrar como estão sendo utilizados os recursos disponíveis.

No sentido de atender as demandas relativas aos instrumentos de planejamento previstos pelo SUS, em 2013, foram elaborados o Relatório Anual de Gestão, a Programação Anual de Saúde, os Relatórios Quadrimestrais, o Plano Plurianual – PPA 2014-2017 (PMRB 2013), entre outros.

Em 2013, foi incluído no processo de planejamento a elaboração dos Relatórios Detalhados do 1º, 2º e 3º Quadrimestres de 2013, conforme preconiza a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, Seção III, Art. 36 e posteriormente da Resolução nº 459 de 10 de outubro de 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Todos os instrumentos de planejamento e gestão elaborados são encaminhados para a apreciação do Conselho Municipal de Saúde, conforme previsto na legislação.

A SEMSA, com a colaboração do Planejamento Estratégico da Casa Civil, realizou em 2013 uma Oficina para elaboração do Planejamento Estratégico da SEMSA. Esta oficina contou com a participação de Gestores, Diretores, Chefes e Coordenadores de Centros de Saúde e Unidades de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e da Ouvidoria. O objetivo da oficina foi promover o debate sobre quais são os atuais desafios e problemas enfrentados pela SEMSA, e possíveis ações no sentido de melhoria dos processos de gestão e de atuação da Secretaria. Também visou o alinhamento estratégico da atuação da Secretaria com os eixos, programas e objetivos estratégicos previstos no Plano de Governo 2013-2016.

Dentre os principais desafios apresentados estão: a avaliação, adequação e aquisição de estruturas; o desenvolvimento de políticas de Recursos Humanos, de acordo com as categorias profissionais; a necessidade de desenvolvimento da comunicação interna para melhor integração das equipes e setores; equacionar as despesas à realidade financeira da Secretaria e captação de recursos por projetos e parcerias; garantir a melhoria da rede logística da SEMSA; elaboração do manual de métodos e procedimentos da SEMSA; desenvolver planejamentos dentro das unidades; fortalecer a rede de Atenção Primária com a participação efetiva de trabalhadores, usuários e gestão divulgando as ações e serviços junto à população.

O Plano Plurianual 2014-2017, elaborado em julho de 2013, define as políticas prioritárias e investimentos programados para o desenvolvimento do município. Na área de saúde, os investimentos municipais foram direcionados às áreas de estruturação física da Rede de Atenção Primária, ampliando o número de Unidades de Saúde; à implantação do Plano de Gestão de Pessoas, visando a melhoria do processo de trabalho; ao planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde para prevenção e controle de doenças e agravos de interesse epidemiológico; à implantação de 2 sistemas de regulação e

controle nas 58 unidades de saúde; ao aumento da cobertura populacional atendida, ampliando o acesso da população aos serviços e ações de saúde; à ampliação da média de oferta de serviços de saúde por ano; ao fortalecimento da Política Municipal de Saúde da Pessoa com Deficiência, População Negra e Idosos; e à manutenção das ações e serviços constantes no PPA e da gestão administrativa.

5.6. Infraestrutura

A infraestrutura municipal de saúde de Rio Branco conta com 13 Centros de Saúde, 46 Unidades Básicas de Saúde, 7 unidades administrativas, um Centro de Apoio Diagnóstico de Imagem (CAD Imagem) e um Centro de Apoio Diagnóstico – Laboratório Central de Saúde Pública do Acre (CAD LACEM), uma Farmácia Popular e a sede do Conselho Municipal de Saúde e Ouvidoria.

Das 46 Unidades Básicas de Saúde existentes, 26 estão alocadas em imóveis alugados, não construídos para fins adaptados ao uso em saúde. A Atenção Básica conta com apenas 20 Unidades Básicas de Saúde funcionando em imóveis próprios. Portanto, um dos focos de atuação relacionados à infraestrutura é a substituição gradativa dos imóveis alugados por imóveis próprios.

A SEMSA, a partir do ano de 2009, tem realizado diferentes esforços no sentido de adequação das instalações das unidades de saúde, atendendo a necessidade dos serviços disponibilizados à população; e construção de novas unidades de saúde em imóveis próprios, além de reformas e da manutenção das unidades em funcionamento. Quanto à reformas e serviços de manutenção predial, foram feitas 30 reformas abrangendo 18 unidades de saúde, 6 prédios administrativos, uma URAP, 3 Centros de Saúde e 2 unidades itinerantes.

O convênio firmado em 2010 viabilizou a construção de 10 Unidades de Saúde (05 Unidades Porte I e 05 Unidades Porte II), financiadas pelo repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde. Seis destas unidades já foram inauguradas, estando as demais em construção. Estas unidades são localizadas nos Bairros

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Bahia, 06 de Agosto, Defesa Civil, Conquista, Tancredo Neves, Taquari, Santa Inês e Chico Mendes e nos Loteamentos Cabreúva e Laélia Alcântara.

No ano de 2013, encontra-se em execução a construção de outras 3 Unidades de Saúde - Porte IV, nos loteamentos Jequitibá, Santo Afonso e Cidade do Povo, além de 2 reformas dos Centros de Saúde Ary Rodrigues e Rosângela Pimentel Figueira, provenientes de recursos de emendas parlamentares aprovadas nos últimos anos.

Além destas, a gestão conseguiu viabilizar a construção de mais 13 Unidades Básicas de Saúde, no sentido de ampliar a estrutura física para atendimento e melhoria do acesso da população à Atenção Primária de Saúde em Rio Branco. Destas, 13 projetos de Construção de Unidades de Saúde, 3 projetos de ampliação de unidades e 2 reformas foram aprovadas através do Programa Requalifica UBS.

Os 13 novos projetos de Construção de Unidades de Saúde contemplam os bairros Quinze, Cadeia Velha, Belo Jardim II, Bairro Plácido de Castro, Bairro Placas, Jardim Primavera, Sobral, Boa Vista/Sobral, Floresta Sul, Estrada do Amapá, Vila Acre, Belo Jardim e Bairro Comara. As 3 ampliações atenderão os Bairros Adalberto Sena, Quinze e São Francisco, e as reformas atenderão os bairros Cidade Nova e Placas.

A construção destas novas unidades possibilitará a redução de investimentos em locação de imóveis, resultando na liberação de recursos que podem ser destinados à assistência direta e indireta da comunidade.

5.7. Regulação, controle e avaliação.

O Departamento de Regulação, Controle e Avaliação desenvolve um conjunto de ações que visam subsidiar a gestão na tomada de decisão e no planejamento das políticas locais de saúde.

Dentre as principais atividades, destacamos:

- Cadastro e atualização de estabelecimentos e profissionais de saúde.
- Programação física e orçamentária por unidade de saúde.
- Alimentação dos sistemas de informação e base de dados nacionais, primando sempre pela qualidade e fidedignidade.
- Dar subsídio à gestão com informações relevantes à tomada de decisão.
- Pactuação e Avaliação dos indicadores de Saúde.
- Regulação da demanda e oferta de serviços.
- Reorganização dos limites das áreas de saúde da Rede Assistencial da esfera municipal.
- Auxiliar a gestão central e unidades de saúde no controle interno de gastos com material de insumo, consumo e medicamentos;
- Potencializar a co-gestão das unidades de saúde no processo de planejamento e tomada de decisão;
- Identificar o custo de cada unidade de saúde, segundo suas especificidades;
- Estimar os custos de um novo serviço a ser disponibilizados à população

As atualizações e cadastros dos estabelecimentos de saúde, públicos e privados, localizados no território do município de Rio Branco são sistematicamente atualizados, bem como o cadastro dos profissionais que compõe a rede de assistência à saúde, buscando assim governabilidade sob os serviços prestados no âmbito municipal.

Os sistemas de informação fornecem diagnósticos precisos da situação de saúde do município, uma vez que transforma número em informação, apontando qual é a situação epidemiológica e a condição de saúde e doença da população,

além de informar para onde devem ser direcionados os investimentos e quais são as ações prioritárias.

Ao longo do tempo, vêm-se consolidando o processo de pactuação de metas e Avaliação dos Indicadores de Saúde, através de realização de oficinas anuais, com a participação de gestores, trabalhadores em saúde das mais diversas áreas, técnicos estaduais, acadêmicos, conselheiros e representantes da sociedade. Tendo como produto final dessa construção coletiva e participativa, um relatório que consolida as propostas advindas de oficinas, em que se registra estratégias para monitorar as metas pactuadas, enfatizando os pontos fortes e aqueles que devem ser fortalecidos, a fim de reduzir a mortalidade infantil e materna, melhorar a assistência às pessoas portadoras de agravos e endemias, e ainda, promover uma melhor qualidade de vida através do incentivo à prática de vida saudável.

As metas a serem pactuadas têm como base a série histórica dos indicadores, bem como a capacidade operacional da rede, discutida com os participantes das oficinas.

Neste contexto, o Relatório Final das Oficinas de Avaliação dos resultados dos Indicadores de Saúde e pactuação de metas, deve servir como base para a construção da Programação Anual e instrumento de monitoramento quadrimestral dos indicadores prioritários pactuados.

A avaliação das condições de saúde, do trabalho em saúde e dos resultados e impactos das ações e dos serviços de saúde, pode ainda, decorrer de atividades de acompanhamento e monitoramento, implementadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção e cuidado à saúde.

Nessa perspectiva, estamos caminhando para a implantação dos Núcleos locais de Monitoramento e Avaliação (M&A), que serão compostos por profissionais das mais diversas áreas de conhecimento, do segmento ao qual pertencem, a fim de nortear as mudanças desejáveis nos processos de implantação, consolidação e

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

reformulação das práticas de saúde, tendo como fator de grande relevância, o comprometimento de todo corpo funcional, visando uma melhor qualidade e efetividade no sistema de saúde, bem como nas tomadas de decisões com mais rapidez e eficácia.

Dessa forma viabilizaremos uma resposta mais rápida para as intervenções que se fizerem necessárias, assim como, aproximar todo corpo funcional dos dados por eles gerados, através das informações registradas. Com o propósito de desenvolver ferramentas mais adequadas no processo de M&A que atenda as necessidades dos segmentos de saúde, dando uma melhor resposta aos serviços, e, conseqüentemente ao usuário.

A Central de Regulação desenvolve ações que visam oportunizar aos usuários da rede municipal de saúde de Rio Branco acesso integral, universal e igualitário, visando a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de complexidade, que são oferecidos por 12 (doze) unidades básicas de saúde, 01 (um) Centros de Apoio Diagnóstico - CAD e 01 (um) CAD Imagem da rede municipal; e nos serviços especializados de atenção à saúde da rede estadual, sendo: Hospital de Clínicas, Dermatologia, Maternidade, entre outros.

O agendamento dos procedimentos especializados se dá através de um sistema informatizado, via internet, denominado SISREGiii que, disponibiliza à rede municipal de assistência a saúde as vagas de consultas/procedimentos especializados a serem ofertados à população.

Quanto ao controle da distribuição/utilização das vagas oferecidas pelos ambulatorios de especialidades da rede estadual, ficou estabelecido que a Central de Regulação Ambulatorial Estadual disponibilizaria 45% de toda a oferta em primeira consulta e retorno especializado para a Central de Regulação Municipal, às quais são utilizadas pelas Unidades Básicas de Saúde, conforme pactuado em PPI podendo haver revisão de vagas oferecidas.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Conforme dados estatísticos concernente à produção de serviços especializados no âmbito municipal, observa-se que em 2012, via Central de Regulação Municipal, foram ofertadas 30.452 consultas médicas especializadas, representando, aproximadamente, uma consulta especializada para cada onze habitantes. Quanto às ultrassonografias, foram oferecidos 7.180 procedimentos.

Quando pensamos em reestruturar o sistema de saúde, temos que considerar não apenas a rede, mas também a organização dos serviços de cada unidade que a compõe, reordenando sua prática não só assistencial como também gerencial.

O desempenho da função gerencial requer conhecimentos e habilidades que passam pelas dimensões técnica administrativa, política e psicossocial. Para tanto o Gerente/Coordenador deve ter a habilidade/capacidade de planejar, organizar, coordenar, controlar e avaliar os serviços desenvolvidos na unidade sob sua responsabilidade.

Nesse sentido Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, implantou o Núcleo de Apoio Gerencial – NAG, com objetivo de nortear e auxiliar o gerenciamento das Unidades e Serviços de Saúde da Gestão Municipal, nos processos de planejamento e gestão, auxiliando na tomada de decisão, visando à otimização dos recursos disponibilizados, contribuindo com o ganho de eficiência e, com a qualificação da atenção e ampliação do acesso aos usuários do SUS.

O NAG é um serviço que subsidiará o planejamento das ações da unidade e serviços de saúde, orientando na realização do seu diagnóstico local, e, nortear o planejamento visando à melhoria da qualidade dos serviços.

Serve, também, de suporte para avaliação e monitoramento das ações planejadas, apontando para novos rumos, na busca de evolução e ampliação do acesso aos serviços de saúde e no aprimoramento dos processos de trabalho.

5.8. Ouvidoria municipal de saúde

A Ouvidoria Municipal de Saúde/SUS no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco foi implantada através da Portaria Nº 07 de 02 de março de 2009. Composta por 02 Servidoras efetivas e 04 Tele atendentes, no qual são de empresa terceirizada.

A Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é o canal de comunicação por onde os usuários dos serviços públicos de saúde buscam informações, esclarecem dúvidas e encaminham reclamações, denúncias, solicitações e sugestões para melhoria do atendimento. A aproximação com a população é um dos principais objetivos da atual gestão.

Este canal de comunicação pode ser acessado pelo telefone, internet, caixas coletoras de demandas nos Centros de Saúde/ URAPS, ou pelo atendimento presencial. Os usuários têm suas demandas encaminhadas diretamente por uma Ouvidora, e por uma técnica em ouvidoria. Em todos os atendimentos, o cidadão recebe um número de protocolo para acompanhamento do processo e garantia da resolução da demanda.

No ano de 2012 foram realizados 408 atendimentos, e em 2013 de 01/01 a 16/10 foram 373 demandas. Entre todas as formas de acesso dos usuários à Ouvidoria, destaca-se o atendimento por telefone através do Sistema Ouvidor SUS (0800) e pelo atendimento presencial.

Para aperfeiçoar a comunicação, foram realizadas capacitações para todos os interlocutores da rede municipal que recebem e respondem as demandas da Ouvidoria e reuniões com os Coordenadores e Gestores. O objetivo foi sensibilizar os profissionais para a importância da solução das demandas em tempo hábil.

A comunicação da Ouvidoria com os cidadãos foi reforçada com o incentivo dos gestores que, ao longo do ano divulgaram na mídia os serviços prestados por

este importante canal de comunicação e incentivaram a população a utilizá-los. Essa nova postura da população deverá contribuir no aperfeiçoamento e melhoria contínua da prestação de serviços do SUS, sua estruturação, acolhimento e articulação com a comunidade, e servirá como mediadora na relação entre usuários, trabalhadores e instituições de saúde.

5.9. Financiamento

O financiamento da gestão em saúde corresponde ao aporte de recursos financeiros advindos de recursos da União, Estados e do próprio Município, ou ainda de outras fontes suplementares de financiamento, no sentido de viabilizar as ações e serviços públicos em saúde.

O aporte regular dos recursos é assegurado pelos respectivos fundos de saúde, vinculado a cada uma das esferas governamentais: União, Estado ou Município, de acordo com a Emenda Constitucional nº 29 de 2000.

O Fundo Municipal de Saúde de Rio Branco foi criado através da Lei Municipal nº. 966 de 11 de outubro de 1991, e regulamentado pela Lei nº. 1329 de 17 de setembro de 1999; sendo este o instrumento de suporte financeiro para o desenvolvimento das ações da Atenção Básica em Rio Branco.

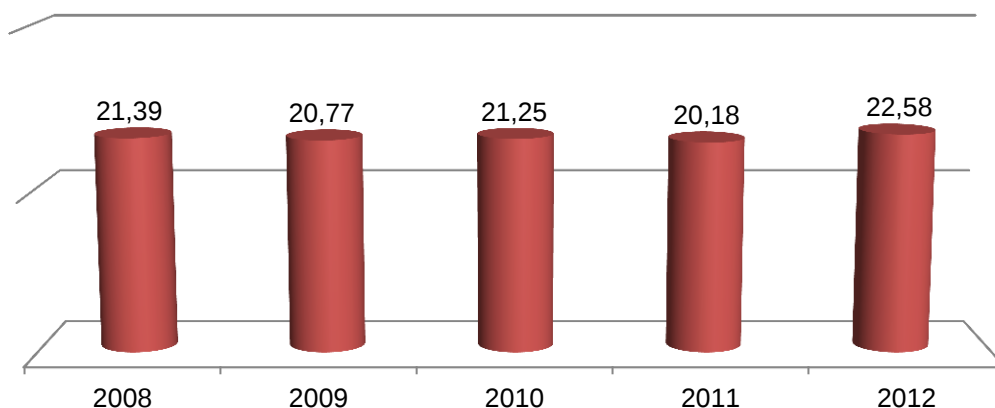
As transferências de recursos são realizadas via “Fundos de Saúde”, sendo estes repasses disciplinados pela legislação. Esses repasses ocorrem por meio de transferências ‘fundo a fundo’, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os Estados e Municípios; ou ainda pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, propiciando que gestores estaduais e municipais possam contar com recursos pactuados para o cumprimento de suas ações.

A previsão de gastos com a Secretaria de Saúde no ano de 2012, relacionada na “Despesa por Órgão” prevista na Lei Orçamentária Anual de 2012 (PMRB, LOA 2012) correspondeu a 20,67% da Receita Total Estimada da Prefeitura de Rio Branco.

O percentual total de Gastos com Saúde do município de Rio Branco, envolvendo transferências constitucionais e legais do SUS, recursos próprios do município e convênios, durante o período de 2008 a 2012, teve um aumento no ano de 2012 para 22,58%, como demonstra o Gráfico 93. Enquanto o percentual utilizado de Recursos Próprios da Prefeitura é de 15%, neste mesmo período, significando assim que porcentagem de participação do município com recursos próprios é bastante significativa e atende ao previsto na Emenda Constitucional nº 29 de 2000.

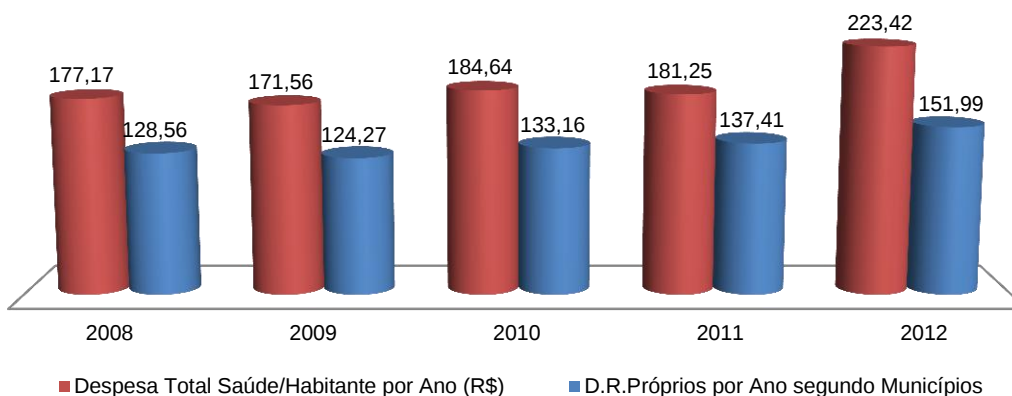
Gráfico 93 - Percentual de Gasto Total com Saúde do município de Rio Branco, Acre.

**% de Gasto Total com Saúde
em Rio Branco**



Fonte: SIOPS

Gráfico 94 - Despesa de Saúde por habitante no município de Rio Branco, Acre



Fonte: SIOPS

Para o ano de 2012, na análise per capita, o município de Rio Branco gastou R\$ 223,42 por habitante/ano. Destes, R\$ 151,99 são provenientes de receita própria do município. O gasto total de saúde por habitante tem aumentado gradativamente desde 2008.

Os desafios do financiamento do SUS municipal para o quadriênio 2014-2017 envolvem uma maior eficácia na aplicação dos recursos disponíveis. Dentre os objetivos estratégicos relacionados à sustentabilidade financeira do SUS municipal pode-se destacar o equacionamento das despesas à realidade financeira da Secretaria, no sentido de promover um equilíbrio entre receita e despesa; e captação permanente de recursos por projetos e parcerias, a fim de atender as necessidades do sistema e da população.

5.10. Gestão participativa e controle social

A gestão municipal tem como principal foco o fortalecimento do processo participativo e a estratégia de gestão popular, envolvendo todas as áreas técnicas e setores da SEMSA e o CMS. Para 2011 e 2012, dentre as prioridades da gestão está à implantação dos Conselhos Populares de Saúde nos 14 Segmentos de Saúde e a criação do colegiado gestor da SEMSA, que são espaços de discussão das políticas públicas de saúde entre gestores, trabalhadores em saúde, usuários e lideranças comunitárias na implantação da melhoria do serviço visando alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas diante das necessidades de saúde da população.

No ano de 2013 o Conselho Municipal de Saúde busca o fortalecimento junto à gestão para a reformulação da lei e regimento interno do CMS de acordo com a Resolução nº 453 do CNS, o fortalecimento da gestão participativa e apoio à efetivação das atividades dos Conselhos Populares de Saúde, a estruturação física, recursos humanos e de equipamentos para o e COPS.

O CMS articula junto ao Conselho Estadual e Nacional de Saúde a implementação da educação permanente para o controle social, implementação das práticas de gestão participativa, ampliação e fortalecimento da participação social e do controle social através dos fóruns de discussões e planejamento dos Conselhos de Saúde e a efetivação das ações de planejamento como instrumento estratégico para a gestão, priorizando o modelo de gestão colegiada.

No ano de 2013 o Conselho Municipal de Saúde tem como prioridade também a Qualificação dos Conselheiros de Saúde – QUALICONSELHO, Programa de Inclusão digital – PID, O Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS, o Decreto nº 7.508, Lei complementar 141, Mobilização para o repasse de 10% da Receita Bruta da União a Saúde, Resolução do CNS nº 453 e outras atividades que são de interesse do Controle Social.

6. OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS

6.1. Eixo I – Atenção à Saúde

Fortalecer o Sistema de Saúde, ampliando o acesso e a capacidade resolutiva da atenção primária.

Diretrizes:

- Fortalecimento da atenção básica através da reorganização dos Segmentos de Saúde, da estruturação da Estratégia Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Objetivo: Fortalecer o sistema de saúde, ampliando o acesso e a capacidade resolutiva da atenção primária.

Área Técnica Responsável: Diretoria de Assistência à Saúde

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Qualificar técnicos para compor a equipe gestora das 06 Unidades de Referência de Atenção Primária (URAP).	04	02			Número de equipes gestoras qualificadas	RP e SUS
02	Ampliar as Equipes de Saúde da Família de 52 para 58.	03		03		Número de equipes de saúde da Família implantadas.	RP e SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

03	Fortalecer as ações de 100% das Unidades de Saúde da Família através dos Programas: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Programa Mais médicos para o Brasil e com o Apoio Institucional.	100%	100%	100%	100%	Percentual de Unidades com ações fortalecidas.	RP e SUS
----	---	------	------	------	------	--	----------

Diretrizes:

- Organização e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial;
- Fortalecimento da participação do controle social nas discussões das políticas públicas de saúde mental, Álcool e outras drogas.

Objetivo: Fortalecer as ações de saúde mental, álcool e outras drogas, desenvolvidas pelas Unidades Básicas de Saúde e pelos serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

Área Técnica Responsável: Área Técnica de Saúde Mental

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Implementar as ações de saúde mental nas 68 Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Unidades com ações de acompanhamento aos usuários do serviço de saúde mental.	RP
02	Implantar 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) nível II.	01				Centro de Atenção Psicossocial implantado.	RP e SUS
03	Promover 16 fóruns intersetoriais de discussão sobre a política de Saúde Mental, álcool e outras drogas.	04	04	04	04	Número de fóruns intersetoriais promovidos.	SUS
04	Intensificar as ações de promoção da Saúde Mental em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Unidades com ações de promoção da saúde mental na data pontual.	SUS
05	Implantar 01 Unidade de Acolhimento destinada ao sexo feminino.	100%				Unidade de Acolhimento implantada.	SUS

Diretrizes:

- Ampliação da oferta dos serviços odontológicos na Atenção Primária;
- Ampliação das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças bucais.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Objetivo: Ampliar o acesso à assistência odontológica, estimular o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e controle das doenças bucais.

Área Técnica Responsável: Área Técnica de Saúde Bucal

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Ampliar de 21 para 34 equipes a cobertura de saúde bucal na Estratégia Saúde Família.	02	03	04	04	Percentual de ampliação de cobertura das equipes de saúde bucal.	RP
02	Ampliar de 35 para 44 equipes a cobertura de saúde bucal das Unidades de Saúde (URAP e Centros de Saúde).	01	02	03	03	Percentual de ampliação de cobertura das equipes de saúde bucal nas Unidades de Saúde.	RP
03	Ampliar de 06 para 10 equipes a cobertura de saúde bucal nas Escolas Municipais.	01	01	01	01	Percentual de ampliação de cobertura das equipes de saúde bucal nas escolas	RP
04	Realizar 02 levantamentos epidemiológicos para avaliar o índice CPOD (índice de dentes cariados, perdidos e obturados), por amostragem, da população do município de Rio Branco.		01		01	Número de levantamento realizado dentro da amostragem definida.	RP

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

05	Intensificar as ações de promoção da Saúde Bucal nas 68 Unidades Básicas de Saúde e nas Escolas, voltadas para prevenção e educação em saúde.	68	68	68	68	Número de Unidades com ações realizadas	RP
06	Atender 100% dos insumos, equipamentos, materiais e recursos humanos necessários para o atendimento a população da zona urbana, rural e ribeirinha.	100%	100%	100%	100%	Percentual da população urbana rural e ribeirinha coberta com ações de saúde bucal.	RP

Diretriz:

- Implementação do serviço de atenção especializada em odontologia.

Objetivo: Ofertar assistência odontológica especializada visando à continuidade e integralidade da atenção.

Área Técnica Responsável: Área Técnica de Saúde Bucal - Atenção Especializada (Média Complexidade)

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Implementar as ações de 01 Centro de Especialidades Odontológicas-CEO.	01	01	01	01	Número de CEO com ações implementadas.	SUS
02	Implantar 01 Laboratório de Prótese dentaria.			01		Laboratório implantado.	SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Diretrizes:

- Atenção Integral à saúde da mulher numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde;
- Alcance das mulheres em todos os ciclos de vida e nos distintos grupos populacionais;
- Gestão da Política de Atenção à Saúde da Mulher dinâmica, inclusiva e articulada com setores governamentais e não governamentais;
- Garantia do acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços;
- Qualificação dos profissionais nas ações de saúde da mulher.

Objetivo: Promover a Atenção Integral à Saúde da Mulher e contribuir para a redução da morbimortalidade, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais.

Área Técnica Responsável: Área Técnica de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente.

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Implementar as ações de Saúde da mulher em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Percentual de Unidades com as ações implementadas.	RP e SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

02	Referenciar 100% de mulheres com câncer do colo do útero e lesões precursoras para tratamento.	100%	100%	100%	100%	Percentual de mulheres referenciadas para tratamento.	RP e SUS
03	Reduzir em 5% ao ano o número de mortalidade materna obstétrica direta.	5%	5%	5%	5%	Redução da mortalidade materna obstétrica direta.	RP e SUS
04	Ampliar em 2% ao ano a razão de mulheres na faixa etária de 25 e 64 anos com um exame citopatológico por ano.	2%	2%	2%	2%	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	RP e SUS
05	Ampliar em 20% ao ano a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	20%	20%	20%	20%	Razão de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos.	RP e SUS
06	Aumentar em 2% ao ano a proporção de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal.	2%	2%	2%	2%	Proporção de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal.	RP e SUS
07	Intensificar as ações de promoção da Saúde da Mulher em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Unidades com ações de promoção da saúde da mulher.	RP e SUS

Diretrizes:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de Doenças Crônicas com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção, prevenção e qualidade de vida;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção;
- Fortalecimento da participação do controle social nas discussões sobre Políticas Públicas voltadas para a garantia dos direitos da pessoa idosa;
- Formação e educação permanente dos profissionais na área do envelhecimento;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Objetivo: Promover a qualidade de vida e a autonomia do idoso, em especial a do idoso frágil ou sofrendo de incapacidades.

Área Técnica Responsável: Área Técnica de Saúde do Idoso

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador Monitoramento	de Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Implementar em 100% das Unidades Básicas de Saúde as ações de Saúde do Idoso com foco nas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção integral a pessoa idosa.	25%	25%	25%	25%	Percentual de Unidades com as ações de Saúde do idoso implementadas.	RP

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

02	Reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não transmissíveis – DCNTS (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	2%	2%	2%	2%	Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTS)	RP
03	Realizar anualmente 2 Fóruns de Saúde da Pessoa Idosa.	02	02	02	02	Número de Fóruns de Saúde da Pessoa Idosa realizados anualmente.	RP
04	Articular anualmente 1 projetos de extensão universitária para atenção a Saúde do Idoso.	01	01	01	01	Número de projetos de extensão articulados anualmente	RP
05	Intensificar as ações de promoção da saúde da pessoa idosa em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Número de UBS com ações realizadas nas datas pontuais.	RP

Diretrizes:

- Diálogo e troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS;
- Gestão participativa nos espaços do SUS;
- Construção compartilhada do conhecimento e valorização das culturas populares;
- Protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde;
- Educação Popular na Atenção Primária em Saúde;

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

Objetivo: Implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde.

Área Técnica Responsável: Área Técnica de Educação em Saúde.

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Fortalecer a parceria com os conselheiros municipais de saúde e lideranças comunitárias nas 10 regionais administrativas.	03	03	03	01		RP
02	Implementar a Política de Educação Popular em Saúde em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%		RP
03	Integrar as Áreas Programáticas no desenvolvimento das ações de educação popular em saúde em 100% dos Segmentos de Saúde.	100%	100%	100%	100%		RP
04	Implementar junto as Unidades Básicas de Saúde 100% das ações do Programa Saúde na Escola.	100%	100%	100%	100%		SUS

Diretrizes:

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Implementação da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência na Atenção Primária;
- Promoção da intersetorialidade para o desenvolvimento das ações de prevenção de deficiências;
- Promoção da qualidade de vida;
- Atenção Integral à saúde;
- Melhoria dos mecanismos de informação;
- Qualificação de profissionais;
- Organização e funcionamento dos serviços;
- Organização do fluxo de atendimento prioritário às pessoas com deficiência, melhorando o acesso e fortalecendo o acolhimento;

Objetivo: Desenvolver ações para a atenção à saúde das pessoas com deficiência, com foco na melhoria das condições de vida, prevenção de agravos, fortalecimento do acesso e do acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde.

Área Técnica Responsável: Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Implementar a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Percentual de Unidades com a Política de Saúde da Pessoa com deficiência implantada.	RP
02	Ofertar capacitação para 120 profissionais de saúde sobre a atenção a saúde das pessoas com	25%	25%	25%	25%	Número de profissionais de saúde capacitados sobre a atenção a saúde das pessoas	RP

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

	deficiência.					com deficiência.	
03	Promover articulação intersetorial com no mínimo 70% das áreas afins para o desenvolvimento das ações de prevenção de deficiências.	20%	20%	20%	10%	Percentual de parceria estabelecida.	RP
04	Intensificar as ações de promoção da Saúde da Pessoa com Deficiência em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Unidades com ações de promoção da saúde da pessoa com deficiência.	

Diretrizes:

- Identificação dos agravos de saúde da população negra;
- Inclusão dos temas racismo e saúde da população negra na formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde;
- Promoção da intersetorialidade para as ações de saúde da população negra;
- Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.
- Ampliação e fortalecimento da participação do movimento social negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde.

Objetivo: Promover a atenção integral à saúde da população negra, combatendo o racismo e a discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde, desenvolvendo ações voltadas aos agravos específicos desta população.

Área Técnica Responsável: Área Técnica de Saúde da População Negra.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Implementar a Política de Atenção à Saúde da População Negra em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Percentual de Unidades Básicas de Saúde com a Política de Atenção à Saúde da População Negra implementada.	RP
02	Intensificar as ações de promoção da Saúde da População Negra em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Percentual de Unidades Básicas de Saúde com ações de promoção realizadas.	RP
03	Articular anualmente 1 projeto de extensão universitária para atenção a Saúde da População Negra.	01	01	01	01	Número de levantamento epidemiológico de Saúde da População Negra realizado.	RP
04	Articular a realização de 01 levantamento epidemiológico da Saúde da População Negra.	25%	25%	25%	25%	Número de projeto de extensão universitária articulado.	
05	Realizar anualmente 2 Fóruns de Saúde da População Negra.	02	02	02	02	Número de Fóruns de Saúde da População Negra realizados anualmente.	

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Diretrizes:

- Fortalecimento do programa de hipertensão e diabetes nas Unidades Básicas de Saúde;
- Implementação das ações de promoção e prevenção da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus;
- Desenvolvimento de ações educativas com vistas à prevenção das complicações decorrentes da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Objetivo: Reduzir a morbimortalidade decorrente desses agravos, mediante a ampliação, desenvolvimento e manutenção de ações de caráter de promoção, prevenção e proteção à saúde, bem como o acompanhamento/ tratamento de maneira individual e coletiva.

Área Técnica Responsável: Área Técnica de Hipertensão e Diabetes

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Implementar nos 13 Segmentos de Saúde as ações do programa de hipertensão e diabetes.	03	03	03	04	Número de Segmentos com o programa implementado.	RP
02	Aumentar em 50% o número de acompanhamentos de pacientes cadastrados no SISHIPERDIA.	10%	10%	15%	15%	Percentual de pacientes acompanhados.	RP
03	Ofertar os exames de hemoglobina glicada e microalbuminúrica a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados no SISHIPERDIA.	25%	25%	25%	25%	Percentual de pacientes cadastrados que realizaram os exames.	RP

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

04	Intensificar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Percentual de Unidades com ações de promoção realizadas.	RP
----	---	-----	-----	-----	-----	--	----

Diretrizes:

- Fortalecimento das ações de controle do tabagismo nas Unidades Básicas de Saúde;
- Fortalecimento das estratégias de acesso dos fumantes aos avanços existentes na cessação do tabagismo;
- Abordagem de crianças e adolescentes para prevenção da iniciação do tabagismo.

Objetivo Específico: Reduzir a prevalência do Tabagismo no município de Rio Branco.

Área Técnica Responsável: Área Técnica de Controle do Tabagismo.

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Implantar/Implementar as ações de prevenção e controle do tabagismo em 13 Segmentos de Saúde.	04	03	03	03	Número de Segmentos de Saúde com as ações de prevenção e controle do tabagismo implantado/implementado.	RP e SUS
02	Fortalecer as ações educativas em 100% das Escolas contempladas pelo Programa Saúde na Escola	30%	30%	30%	10%	Percentual de escolas com as ações educativas implantadas.	RP e SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

03	Intensificar as ações de promoção da saúde e prevenção do tabagismo em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Percentual de Unidades com ações realizadas.	RP e SUS
----	--	-----	-----	-----	-----	--	----------

Diretrizes:

- Entendimento da Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, tendo como foco a Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado;
- Norteamento da prática de saúde pela humanização e a qualidade da assistência a ser prestada;
- Reorganização das ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados.

Objetivo Específico: Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbimortalidade dessa população.

Área Técnica Responsável: Área Técnica Saúde do Homem.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Implementar as ações de saúde do homem em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Percentual de Unidades de Saúde com as ações implementadas.	RP e SUS
02	Qualificar 100% das equipes de Saúde da Família para o atendimento integral à Saúde do Homem.	25%	25%	25%	25%	Percentual de equipes qualificadas.	RP e SUS
03	Ofertar 08 atendimentos de saúde, aos homens em privação de liberdade.	02	02	02	02	Número de atendimentos realizados.	RP e SUS
04	Implantar 01 protocolo clínico /terapêutico para atendimento à população masculina em 100% das Unidades de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Percentual de Unidades com protocolo implantado.	RP e SUS
05	Intensificar as ações de promoção da saúde do homem em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Percentual de Unidades com ações realizadas.	RP e SUS

Diretriz:

- Estruturar as ações e serviços de saúde para atendimento da população do campo e da floresta;
- Inserção das ações de apoio diagnóstico nos atendimentos rurais e ribeirinhos;
- Intensificação das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Fortalecimento das ações de vigilância em Saúde;
- Fortalecimento e ampliação das ações de saúde bucal;
- Fortalecimento de parcerias intersetoriais.

Objetivo Específico: Promover a saúde das populações do campo e da floresta por meio de ações que visem o acesso aos serviços de saúde e redução de riscos e agravos à saúde.

Área Técnica Responsável: Área Técnica Saúde na Comunidade

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Realizar anualmente 90 atendimentos de saúde às comunidades rurais e ribeirinhas.	90	90	90	90	Número de atendimentos de saúde às comunidades rurais e ribeirinhas realizados.	RP
02	Definir 01 equipe permanente de saúde para realização das ações de saúde nas comunidades Rurais e Ribeirinhas.	01	01	01	01	Equipe permanente de saúde composta.	RP
03	Ofertar ações de apoio diagnóstico em 100% dos atendimentos de saúde à população rural e ribeirinha.	100%	100%	100%	100%	Percentual de atendimentos de saúde com oferta de exames.	RP

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

04	Realizar diagnóstico da necessidade de prótese dentária em 100% da população atendida pela equipe de saúde bucal.	100%	100%	100%	100%	Percentual de atendimentos realizados pela Equipe de Saúde Bucal.	RP
05	Intensificar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em 100% dos atendimentos de Saúde às comunidades rurais e ribeirinhas.	100%	100%	100%	100%	Percentual de atendimentos com realização das ações de promoção e prevenção.	RP

Diretrizes:

- Organização da atenção nutricional;
- Promoção da alimentação adequada e saudável;
- Vigilância alimentar e nutricional;
- Gestão das ações de alimentação e nutrição;
- Participação e controle social;
- Qualificação da força de trabalho;
- Desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Inserção das ações de saúde no atendimento aos beneficiários do Programa Bolsa Família;
- Fortalecimento das ações do SISVAN em todas as Unidades Básicas de Saúde.

Objetivo Específico:

Área Técnica Responsável: Área Técnica de Alimentação e Nutrição

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Implementar as ações de alimentação e nutrição em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Percentual de Unidades com as ações de alimentação e nutrição implementadas.	SUS
02	Intensificar as ações de suplementação de Ferro e vitamina A em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Número de Unidades com ações de suplementação de Ferro e vitamina A realizadas.	SUS
02	Fortalecer as ações educativas sobre alimentação saudável em 100% das Escolas contempladas pelo Programa Saúde na Escola	100%	100%	100%	100%	Percentual de escolas com as ações educativas implantadas.	SUS
03	Intensificar as ações educativas sobre alimentação saudável em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Percentual de Unidades com ações realizadas.	SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

04	Intensificar o acompanhamento de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família – PBF nas 02 vigências.	02	02	02	02	Ampliação do percentual de famílias beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas.	SUS
05	Executar 100% das ações do Plano de Alimentação e Nutrição (PAN) nas Unidades Básicas de Saúde.	100%	100%	100%	100%	Percentual de ações do PAN executadas.	SUS
06	Implementar em 50% das Unidades Básicas de Saúde o cadastro de acompanhamento do SISVAN.	10%	15%	15%	10%	Percentual de UBS com cadastro de acompanhamento do SISVAN implementado.	SUS

Diretrizes:

- Organização das ações e serviços de atenção integral à saúde da criança e do adolescente na Atenção Primária;
- Monitoramento e avaliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente;
- Fortalecimento das ações intersetoriais com os programas afins, além de Escolas Públicas, Universidades, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente, bem como Instituições não governamentais ligadas à criança e adolescente;
- Trabalho em Rede de Atenção à Saúde;

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Fortalecimento das ações de promoção da saúde.

Objetivo: Promover a Saúde Integral das Crianças e Adolescentes atendendo as necessidades primárias.

Área Técnica Responsável: Área Técnica de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Implementar as ações de saúde da criança em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Percentual de Unidades com as ações implementadas.	RP e SUS
02	Reduzir a mortalidade infantil de 13 para 10/1.000 nascidos vivos até 2017.	13/ 1.000	13/ 1.000 para 12/ 1.000	12/ 1.000 para 11/ 1.000	11/ 1.000 para 10/ 1.000	Coeficiente de mortalidade em menores de 1 ano de idade, por 1.000 nascidos vivos, na população residente no Município de Rio Branco, no ano considerado.	RP e SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

03	Implantar em 16 Unidades de Saúde da Família a Triagem Neonatal (teste do pezinho) em crianças de 0 a 30 dias.	04	04	04	04	Número de Unidades de Saúde da Família com a triagem neonatal implantada.	RP e SUS
04	Expandir de 5 para 13 Unidades Básicas de Saúde a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.	02	02	02	02	Índice de implantação da Rede Amamenta Brasil.	RP e SUS
05	Implementar as ações de saúde do adolescente em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Percentual de Unidades com as ações implementadas.	RP e SUS
06	Inserir 100% das ações de saúde do adolescente no Plano Municipal da Rede Cegonha.	25%	25%	25%	25%	Percentual de ações de saúde do adolescente na Rede Cegonha.	RP e SUS
07	Realizar 100% das ações do Plano de Atendimento da saúde Integral dos adolescentes em medidas socioeducativas.	100%	100%	100%	100%	Percentual de ações realizadas.	RP e SUS

Diretrizes:

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Assistência integral a saúde do trabalhador através de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde;
- Estruturação de rede de informações em saúde do trabalhador;
- Realização de estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador;
- Participação da comunidade na gestão das ações em saúde do trabalhador.

Objetivo: Desenvolver ações para a atenção à saúde do trabalhador no município de Rio Branco, reduzindo os agravos relacionados à saúde do trabalhador, bem como acidentes de trabalho.

Área Técnica Responsável: Área Técnica de Saúde do Trabalhador

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Implementar as ações de saúde do trabalhador em 100% das Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Unidades com ações de saúde do trabalhador implementadas.	RP
02	Promover 01 Seminário sobre a Política de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária.	01				Número de seminário promovido.	RP

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

03	Realizar 01 pesquisa que contribua para a melhoria das ações da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador	01				Número de pesquisa realizada.	RP
06	Elaborar 01 fluxo de cuidado ao trabalhador da saúde.	01				Número de fluxo de cuidado ao trabalhador da saúde elaborado.	RP
07	Implantar e acompanhar 01 Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador - CIST junto ao Conselho Municipal de Saúde – CMS, favorecendo a participação da comunidade na gestão das ações em saúde do trabalhador.	01				Número de CIST implantada.	RP

6.2. Eixo II – Vigilância em Saúde

Promover a integração das Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Ambiental com a Atenção Básica, de forma a fortalecer e ampliar a capacidade de análise da situação de saúde e de resposta às necessidades de saúde da população, reduzindo a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes intensificando através da Rede de Atenção Primária ações de prevenção e controle, considerando as diversidades locais e os grupos ou segmentos populacionais mais expostos.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Diretrizes:

- Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

Objetivo: Implementar a Rede de Atenção às Urgências.

Área Técnica Responsável: Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Fortalecer a rede de atenção às vítimas de violências	51	68	68	68	Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.	RP e SUS

Diretrizes:

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Objetivo: Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Área Técnica Responsável: Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
02	Ampliar o acesso ao teste de Sífilis durante a gestação	1,5	2,0	2,0	2,0	Número de testes de sífilis por gestante	RP e SUS
03	Reduzir o número de óbitos maternos	05	04	04	04	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	RP e SUS
04	Reduzir a mortalidade infantil	11,50	11,00	10,50	9,80	Taxa de mortalidade infantil	RP e SUS
05	Investigar os óbitos infantis e fetais	80%	80%	80%	80%	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	RP e SUS
06	Investigar os óbitos maternos	100%	100%	100%	100%	Proporção de óbitos maternos investigados	RP e SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
07	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	90%	90%	90%	90%	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	RP e SUS
08	Reduzir a incidência de Sífilis congênita	10	04	03	03	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	RP e SUS

Diretriz:

- Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Objetivo: Melhoria das condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

Área Técnica Responsável: Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
09	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas não Transmissíveis-DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	272,1	266,6	261,3	256,1	Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) por 100.000 hab.	RP e SUS

Diretriz:

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

Objetivo: Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Área Técnica Responsável: Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Departamento de Zoonoses e Departamento de Vigilância Sanitária.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
10	Alcançar as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança	75%	75%	75%	75%	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas (8 vacinas e 1 campanha – Influenza de 6 meses a <2 anos)	RP e SUS
11	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	85%	85%	85%	85%	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	RP e SUS
12	Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose	85%	85%	85%	85%	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	RP e SUS
13	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	94%	95%	95%	95%	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	RP e SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
14	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação	95%	95%	95%	95%	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	RP e SUS
15	Realizar notificação de doenças ou agravos relacionados ao trabalho	84	100	120	144	Proporção de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	RP e SUS
16	Realizar 100% das ações de vigilância sanitária no município	100%	100%	100%	100%	Percentual de ações de vigilância sanitária executadas no município	RP e SUS
17	Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos					Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	RP e SUS
18	Reduzir o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV	14	13	12	11	Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200 cel/mm3	RP e SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
19	Aumentar o acesso ao diagnóstico da Hepatite C	8.893	9.782	10.761	11.837	Número de testes sorológicos anti HCV realizados	RP e SUS
20	Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase	95%	95%	95%	95%	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	RP e SUS
21	Garantir exames dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase	80%	80%	80%	80%	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	RP e SUS
22	Garantir a vacinação antirrábica dos cães na campanha	80%	80%	80%	80%	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	RP e SUS
23	Realizar busca ativa de casos de tracoma em 10% da população de escolares da rede pública do 1º ao 5º ano do ensino fundamental	10%	10%	10%	10%	Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários	RP e SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
24	Reduzir a Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária na Região Amazônica	0,9	0,9	0,9	0,9	Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária	RP e SUS
25	Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue	02	02	02	02	Número absoluto de óbitos por dengue	RP e SUS
26	Realizar visitas domiciliares para controle de dengue	80%	80%	80%	80%	Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	RP e SUS

Diretriz:

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

Objetivo: Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento.

Área Técnica Responsável: Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
27	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100%	100%	100%	100%	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	RP e SUS

6.3. Eixo III - Gestão em Saúde

Fortalecer a gestão do SUS na SEMSA de modo a melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva das ações e serviços prestados à população do município de Rio Branco.

Diretriz: Fortalecimento das Políticas de Humanização, Educação Permanente e Gestão do Trabalho.

Objetivo: Implementar o Plano de Gestão de Pessoas da SEMSA.

Área Técnica Responsável: Departamento de Gestão de Pessoas

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Implementar e atualizar o Plano Municipal de Educação Permanente	10%	30%	60%	80%	Percentual do Plano Implementado.	RP e Convênio
02	Realizar a Revisão do PCCR				01	Revisão do PCCR Concluída	RP
03	Implementar a mesa de negociação permanente				01	01 Uma Mesa de Negociação Permanente Efetivada	RP
04	Realizar, anualmente, 01 Mostra de Experiência Exitosas na Atenção Primária.	01	01	01	01	Mostra de Experiência Realizada	RP
05	Implementar e atualizar o Plano Municipal de Humanização	10%	30%	60%	80%	Percentual do Plano Implementado.	RP
06	Instituir o sistema de avaliação do desempenho dos servidores municipais.				01	Sistema de Avaliação de Desempenho Intituido	RP

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
07	Implantar um Sistema de Informações sobre os trabalhadores da SEMSA				01	Sistema de Informações Implantado	RP

Diretriz: Implementação, monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento e gestão.

Objetivo: Fortalecer as ações de Planejamento e Gestão no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, de modo a melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva das ações e serviços prestados à população do Município de Rio Branco.

Área Técnica Responsável: Departamento de Planejamento

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Promover a elaboração e aprovação dos instrumentos básicos de planejamento e gestão:	05	05	05	06	Número de instrumentos básicos de planejamento e gestão elaborados.	RP

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
	Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Quadrimestral do 1º, 2º e 3º quadrimestre e Relatório Anual de Gestão (PMS 2011-2013)						

Diretriz: Estruturação da Rede de Atenção Primária.

Objetivos: Ampliar a infraestrutura física da Rede de Atenção Primária no município de Rio Branco, favorecendo melhores condições de trabalho e da oferta de serviços de saúde.

Captar recursos para construção, reforma e adequação física da Rede de Atenção Primária.

Área Técnica Responsável: Departamento de Planejamento

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
02	Construção de Unidades Básicas de Saúde.	04	05	06	05	Unidades de saúde construídas.	RP e SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
03	Ampliação e melhoria das Unidades de Referência de Atenção Primária, Centros de Saúde e Unidades de Saúde.	05				Unidades ampliadas e reformadas.	RP e SUS
04	Elaborar o Manual de métodos e processos da SEMSA, com a execução do mesmo.		01			Manual elaborado.	RP
05	Construção do Centro de Apoio Diagnóstico.			01		Centro de Apoio Diagnóstico construído.	RP e SUS
06	Construção do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II			01		Centro de Atenção Psicossocial construído.	RP e SUS
07	Construção de Unidade de Acolhimento Feminina.		01			Unidade de Acolhimento Feminina construída.	RP e SUS
08	Construção de uma Unidade Especializada em Saúde.			01		Unidade Especializada em Saúde Construída.	RP e Convênio
09	Construção de 7 academias de saúde.	02	05			Academias de Saúde Construídas.	RP e SUS

**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
10	Construção da Policlínica Barral y Barral.			01		Policlínica Construída.	RP e Convênio
11	Implantação de Centros de Recuperação de Dependentes químicos.	01		01		Centros de Recuperação de Dependentes químicos implantados.	RP e Convênio
12	Estruturação da Central de Controle Operacional.		01			Central de Controle Operacional estruturada.	RP e Convênio

Diretrizes:

- Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial,
- Garantia de acesso às especialidades médicas por meio da regulação das solicitações.

Objetivo: Melhorar as condições gerenciais, oferta e acesso ao serviço de saúde.

Área Técnica Responsável: Departamento de Regulação, Controle e Avaliação

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Instalar 01 sistema de prontuário eletrônico em 58 Unidades Básicas de Saúde;	19	19	20		Número de UBS com sistema de prontuário eletrônico instalado;	RP
02	Inserir 100% das agendas médicas especializadas no sistema de regulação da Central de Regulação do Município de Rio Branco;	40%	20%	20%	20%	% das agendas médicas especializadas disponibilizadas para as UBS, pelo sistema de Regulação;	RP
03	Estruturar em 100% a Central de Regulação Municipal;	52%	16%	16%	16%	% de estruturação da Central de Regulação municipal	RP
04	Estruturar 01 Núcleo de Apoio Gerencial na SEMSA	100%	“-	-	-	Número de Núcleo de Apoio Gerencial estruturado;	RP
05	Instalar 01 sistema de informática de controle de medicamentos e almoxarifado em 58 UBS;	19	19	20		Número de UBS com sistema de controle de medicamentos e almoxarifado instalado;	RP
06	Estruturar os Núcleos de Apoio Gerencial, Monitoramento e	02	02			Número de URAPS, com Núcleos de Apoio Gerencial,	RP

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
	Avaliação em 04 URAPs.					Monitoramento e Avaliação estruturada.	

Gestão em Saúde/Controle Social

Diretrizes:

- Implementação das práticas de gestão participativa;
- Implementação da Ouvidoria com as vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

Objetivo: Fortalecer as ações da gestão participativa e do controle social no âmbito do Sistema Municipal de Saúde de Rio Branco.

Área Técnica Responsável: Ouvidoria Municipal de Saúde de Rio Branco.

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Buscar aumento no percentual de resolutividade das demandas recebidas na OMS.	80%	85%	90%	100%	Percentual de resolutividade das demandas recebidas pela OMS anualmente.	RP

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
02	Realizar 01 reunião semestral com os gestores visando à sensibilização para cumprimento de prazos e resolução das demandas e sobre fluxos e rotinas da Ouvidoria.	02	02	02	02	Número de Reuniões realizadas por semestre.	RP
03	Acolher, registrar e encaminhar as demandas na Ouvidoria.	60%	65%	70%	75%	Percentual das demandas recebidas pela OMS anualmente.	RP
04	Disponibilizar banner de divulgação do serviço de ouvidoria nos Centros de Saúde, URAPS, VISA, Vigilância em Saúde e Diretorias.	100%	100%	100%	100%	Percentual de banners disponibilizados.	RP
05	Manter formulários de solicitação dos serviços da ouvidoria nas Unidades de Saúde da rede municipal.	100%	100%	100%	100%	Percentual de formulários disponibilizados nas Unidades de Saúde.	RP

**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
06	Capacitação dos servidores lotados na Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde.	100%	100%	100%	100%	Percentual de servidores da Ouvidoria capacitados.	RP
07	Realizar visitas técnicas nos Centros de Saúde, URAPs, VISA, Vigilância em Saúde e Diretorias visando promover a sensibilização dos gestores na rápida resposta à Ouvidoria.	12	12	12	12	Percentual de visitas técnicas realizadas nas Unidades de Saúde.	RP

Diretriz:

- Efetivação das ações da gestão participativa e do controle social no âmbito do sistema municipal de saúde de rio branco

**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Objetivo: Fortalecer as ações da gestão participativa e do controle social no âmbito do sistema municipal de saúde de rio branco

Área Técnica Responsável: Conselho Municipal de Saúde

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Indicador de Monitoramento	Fonte de Recurso (PAB, RP, Convênio, etc.)
01	Reformulação da Lei de Criação e do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde	X	X			Lei do Conselho aprovada na câmara municipal de Rio Branco e Regimento aprovado no CMS	Recurso Próprio - RP
02	Reestruturação do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos populares de Saúde	X	X			Número de Conselho de Saúde e Conselho Populares equipados (camera fotográfica, camera de filmagem, data-show, computadores, notebook, mesas, cadeiras, armários e matérias permanentes para realização das reuniões e atividades dos mesmos).	Recurso Próprio – RP
03	Garantir a realização de Capacitações permanente e continuada para os conselheiros municipais e populares de saúde	X	X	X	X	Numero de capacitações realizadas anualmente	Recurso Próprio – RP
04	Executar projetos educativos em Saúde para as comunidades nas regionais em parceria com o COPS		X	X	X	Numero de projeto executados por ano	Recurso Próprio – RP
05	Garantir o fluxo das informações das ações da SEMSA e Conselho de	X	X	X	X	Numero de boletim elaborado anualmente, cartilhas produzidas	Recurso Próprio – RP

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

	Saúde para os usuários, trabalhadores e gestores.					e publicações feitas mensalmente.	
06	Aprovar e convocar a Conferência municipal de saúde e a realização das pré-conferências nas regionais de saúde		X			Numero de conferência realizada a cada 4 anos e a realização de 7 pré- conferência.	Recurso Próprio – RP
07	Seminários de controle social para 36 conselheiros de saúde e 192 conselheiros populares de saúde		X	X	X	Numero de seminários realizados anualmente	RP
08	Aquisição de sede própria para o Conselho Municipal de Saúde		X			Compra da sede do CMS	RP
09	Aquisição de carro próprio para o conselho municipal de saúde		X			Compra de carro tipo utilitário para a realização das atividades dos Conselheiros de Saúde do Municipal e da Secretaria Executiva do CMS	RP
10	Reestruturação da Biblioteca do SUS do CMS.	X				Biblioteca do CMS reorganizada e livros arquivados em programa digital.	RP
11	Revisão do Plano Municipal de Saúde após a realização da conferência municipal de saúde		X			Numero de atualização do plano Municipal de Saúde Triênio 2014/2017	RP

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

<http://www.portalideb.com.br/cidade/3070-rio-branco/ideb?etapa=5&rede>

Acessado em 24/10/2013

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo populacional, 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?poestim/cnv/popac.def>

Censo Populacional 2010. Censo Populacional 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (29 de novembro de 2010). Página visitada em 11 de dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: **uma construção coletiva. Organização e funcionamento. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 100 p.

BRASIL. PORTARIA N.º 3.332, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt3332_instrumentos_planejas_us.pdf Acessado em 16 de outubro de 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2011 a 2013**. Portarias de n.º 450/2010 e 303/2011. Rio Branco: SEMSA, 2011. 159 p.

BRASIL. *Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 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 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm Acessado em 16 de outubro de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 459, DE 10 DE OUTUBRO DE 2012. **Aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei**

Complementar nº 141/2012, na forma do Anexo I desta resolução.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0459_10_10_2012.html

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO. LEI Nº 2.010 DE 03 DE OUTUBRO DE 2013. **Dispõe sobre o Plano Plurianual do Município para o Quadriênio 2014-2017 e dá outras Providências.** Diário Oficial do Estado do Acre. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOEAC/2013/10/07> Acessado em 16 de outubro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.226, de 18 de setembro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.* Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/100572-2226.html> Acessado em 16 de outubro de 2013.

IBGE - Censo Demográfico/2010 e Sistema Comercial de Saneamento do SAERB/2012

SITES CONSULTADOS

DAB/SAS/MS/ <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>

Fonte: Secretaria Municipal de Educação(SEME)/2012./
<http://lai.riobranco.ac.gov.br/lai/index.php/institucional2/secretaria-de-educacao>

DETRAN/Acre/2013./
<http://www.detran.ac.gov.br/images/stories/estatisticas/rb%20set%202013.pdf>

<http://www.portalideb.com.br/cidade/3070-rio-branco/ideb?etapa=5&rede>

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?popestim/cnv/popac.def>

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

