



Plano Municipal de **SAÚDE** Rio Branco - AC

2018-2021



SaudeRB



semsa.riobranco



Plano Municipal de Saúde

2018 - 2021

Rio Branco - Acre, dezembro de 2017.

Marcus Alexandre Médici Aguiar
Prefeito de Rio Branco

Oteniel Almeida dos Santos
Secretário Municipal de Saúde

Maria Jesuíta Arruda da Silva
Secretária Adjunta de Saúde

Iara Guedes Bezerra
Departamento de Planejamento

Félix Araújo da Silva
Diretoria de Assistência a Saúde

Sulamitta da Silva Lima Guedes
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

Silvia Maria de Assis Pereira
Departamento de Gestão de Pessoas

Alesta Amâncio da Costa
Conselho Municipal de Saúde

Marta Alves
Ouvidoria Municipal de Saúde

Equipe de Trabalho (Portaria nº 272/2017)

Iara Guedes Bezerra
Coordenação Geral

Diretoria de Assistência à Saúde

Felix Araújo da Silva
Andrea Almeida de Melo Gomes

Diretoria de Vigilância em Saúde

Luana Christina Esteves das Neves
Maria Socorro Martins de Souza

Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação

Sulamita da Silva Lima Guedes
Adriana Salomão Silva

Departamento de Planejamento

Iara Guedes Bezerra
Rosiane Silveira de Lima

Departamento de Gestão de Pessoas

Silvia Maria de Assis Pereira
Jorge Clei Ferreira da Silva

Diretoria do Fundo Municipal de Saúde

Maria Reginalda Lima da Silva
Marilda Nascimento de Lima Filha

Conselho Municipal de Saúde

Francisco Weliton do Nascimento
Elimar do Nascimento Silva
Vanessa Rose Freitas da Silva
Eufrásia Santos Cadorin
Isabela de Oliveira Sobrinho
Hugo Pereira Prates

Casa Civil - Prefeitura Municipal de Rio Branco

Bruna Mendonça Moreira Carvalho
Ialey Azevedo da Silva

Colaboradores

Marcos Francisco Lima de Araújo
Tattiana Jimenez

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.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1. METODOLOGIA.....	11
2. ANÁLISE SITUACIONAL	13
2.1 PERFIL DEMOGRÁFICO	13
2.2 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE	14
2.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	16
2.3.1 Saúde da mulher.....	16
2.3.2 Saúde do Homem	20
2.3.3 Saúde da Criança	21
2.3.4 Saúde do Idoso.....	23
2.3.5 Saúde Bucal	25
2.3.6 Saúde do Trabalhador.....	26
2.3.7 Mortalidade Geral	27
2.3.8 Morbidade	29
2.3.8.1 Doenças Transmissíveis.....	29
2.3.8.2 Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Humana ..	40
2.3.8.3 Doenças Transmitidas por Vetores.....	43
2.3.8.4 Violência Sexual, Doméstica e Outras Violências	48
2.4 ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	48
2.4.1 Rede de Atenção à Saúde.....	48
2.4.1.1 Atenção Primária em Saúde.....	48
2.4.1.1.1 Assistência à Saúde.....	48
2.4.1.1.2 Vigilância em Saúde.....	53
2.4.1.2 Atenção de Média e Alta Complexidade	56
2.5 GESTÃO EM SAÚDE.....	57
2.5.1 Gestão do Trabalho, Educação na Saúde e Humanização	57
HUMANIZAÇÃO	60
2.5.2 Planejamento	61
2.5.3 Regulação, Controle e Avaliação	62
2.5.4 Ouvidoria Municipal de Saúde	64
2.5.5 Financiamento	65
2.5.6 Gestão Participativa e Controle Social	66
3. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS.....	69
3.1 EIXO I – ATENÇÃO À SAÚDE	69
3.2 EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE	77
3.3 EIXO III – GESTÃO EM SAÚDE	85
REFERÊNCIAS.....	92

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Pirâmide Etária do Município de Rio Branco - Acre, 2016.	13
Gráfico 2 - Evolução do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de Rio Branco - AC, 2005 a 2015.	15
Gráfico 3 - Coeficiente da Mortalidade Materna, por ano de ocorrência, em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	17
Gráfico 4 - Distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil, segundo as principais causas, em Rio Branco - Acre, 2013 a 2016.	17
Gráfico 5 - Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária, no município de Rio Branco - Acre, 2013 a 2016.	18
Gráfico 6 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero realizado em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária, no município de Rio Branco - AC, 2013 a 2016.	19
Gráfico 7 - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, no município de Rio Branco - AC, 2013 a 2016.	19
Gráfico 8 - Número de óbitos na população masculina pelas principais causas CID 10, no município de Rio Branco - AC, período de 2012 a 2016.	20
Gráfico 9 - Coeficiente de Mortalidade Infantil em Rio Branco - Acre, no período de 2012 a 2016.	21
Gráfico 10 - Número de óbito infantil, segundo período de ocorrência em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	22
Gráfico 11 - Distribuição dos óbitos em menores de 1 ano, segundo a causa básica definida. Rio Branco, 2012 a 2016.	23
Gráfico 12 - Número de Internações, segundo CID 10 de Pessoas idosas (> 60 anos) no município de Rio Branco - AC, 2013 a 2016.	24
Gráfico 13 - Principais causas de Internações, segundo CID 10 de Pessoas idosas (> 60 anos) no município de Rio Branco - AC, 2013 a 2016.	24
Gráfico 14 - Principais causas de óbitos, segundo CID 10, de pessoas idosas (> 60 anos) no município de Rio Branco - AC, 2013 a 2016.	25
Gráfico 15 - Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	25
Gráfico 16 - Quantidade de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos realizados em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	26
Gráfico 17 - Casos notificados de acidente de trabalho grave em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	26
Gráfico 18 - Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	27
Gráfico 19 - Número geral de mortalidade por todas as causas, segundo sexo em Rio Branco - Acre 2012 a 2016.	28
Gráfico 20 - Número geral de óbitos, segundo faixa-etária de maior ocorrência. Rio Branco, 2012 a 2016.	28
Gráfico 21 - Número geral de óbitos pelas cinco principais causas básicas em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	29
Gráfico 22 - Taxa de incidência de Tuberculose em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	30
Gráfico 23 - Cura dos casos de Tuberculose no município de Rio Branco - Acre, nas coortes de 2012 a 2016.	30

Gráfico 24 - Proporção de contatos de Tuberculose examinados no município de Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	31
Gráfico 25 - Casos de Tuberculose por sexo no município de Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	31
Gráfico 26 - Casos de Tuberculose por faixa etária no município de Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	32
Gráfico 27 - Taxa de detecção de Hanseníase (por 10.000 hab.) no município de Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	32
Gráfico 28 - Número de casos de Hanseníase segundo a forma clínica em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	33
Gráfico 29 - Percentual de casos novos de Hanseníase por sexo em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	33
Gráfico 30 - Distribuição dos casos de Hanseníase, segundo faixa etária em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	34
Gráfico 31 - Percentual de cura dos casos de Hanseníase em Rio Branco - Acre, nas coortes de 2012 a 2016.	34
Gráfico 32 - Percentual de contatos de Hanseníase examinados em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	35
Gráfico 33 - Incidência de Hepatite A em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	36
Gráfico 34 - Casos de Hepatite A por sexo em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	36
Gráfico 35 - Casos de Hepatite A por faixa etária em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	36
Gráfico 36 - Coeficiente de detecção de Hepatites B em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	37
Gráfico 37 - Casos Hepatites B por sexo em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	37
Gráfico 38 - Casos de Hepatites B por faixa etária em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	38
Gráfico 39 - Coeficiente de Detecção de Hepatites C em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	38
Gráfico 40 - Casos de Hepatites C por sexo em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	39
Gráfico 41 - Casos de Hepatites C por faixa etária em Rio Branco - Acre, 2008 a 2012.	39
Gráfico 42 - Coeficiente de Detecção de Hepatites D em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	40
Gráfico 43 - Casos de Hepatites D por sexo em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	40
Gráfico 44 - Casos de AIDS em adultos, segundo razão de sexo em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	41
Gráfico 45 - Coeficiente de Incidência de AIDS (por 100.000 hab.), segundo ano de diagnóstico em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	42
Gráfico 46 - Número de AIDS por evolução no município de Rio Branco - Acre, no 2012 a 2016.	42
Gráfico 47 - Número absoluto de Sífilis Congênita em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	43
Gráfico 48 - Número absoluto de Sífilis em gestante em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	43
Gráfico 49 - Coeficiente geral de detecção de casos autóctones de LTA por 100.000 habitantes em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	44
Gráfico 50 - Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA por sexo em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	44
Gráfico 51 - Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana por faixa etária em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	45
Gráfico 52 - Casos suspeitos de Dengue em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	45
Gráfico 53 - Casos suspeitos de Dengue, segundo mês de ocorrência em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	46
Gráfico 54 - Índice Parasitário Anual - IPA em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	46

Gráfico 55 - Casos confirmados de Leptospirose em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016	47
Gráfico 56 - Casos de Leptospirose por sexo em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	47
Gráfico 57 - Número absoluto de notificações de violência em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.	48
Gráfico 58 - Percentual de aplicação municipal em saúde em Rio Branco - Acre, 2013 a 2016.	66

Índice de Tabela

Tabela 1 - Orçamento do Fundo Municipal de Saúde de Rio Branco - Comparativo 2013 a 2016.	66
--	----

APRESENTAÇÃO

O planejamento no Sistema Único de Saúde é uma função gestora que além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS.

O Plano de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. É o plano de saúde que norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde (BRASIL,2016).

O plano de saúde consolida as políticas e compromissos de saúde numa determinada esfera de governo. Nesse sentido, reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. É elaborado no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo ano da gestão em curso ao primeiro ano da gestão subsequente.

Este documento é a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão, e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção. O seu conteúdo reflete as necessidades de saúde da população sob as quais se baseiam a definição de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde (assistência, vigilância em saúde ã epidemiológica, sanitária e ambiental ã e assistência farmacêutica).

O Plano Municipal de Saúde de Rio Branco para o período de 2018 a 2021 aborda uma análise situacional do município e da atual gestão de saúde, e apresenta as diretrizes, objetivos e metas formuladas para o período. O PMS foi elaborado a partir dos relatórios técnicos e das Conferências de Saúde, Saúde da Mulher e Vigilância em Saúde, sendo um instrumento dinâmico e flexível.

As Conferências contaram 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.

O resultado apresentado neste documento visa contemplar todas as áreas de atenção à saúde e atender à legislação vigente, alinhado às políticas federais, estaduais e municipais, incluindo o Plano Plurianual 2018 - 2021 e demais dispositivos legais.

1. METODOLOGIA

O processo metodológico de construção do PMS envolve três dimensões: política, técnica e administrativa. Política, na medida em que a priorização dos problemas e a escolha das ações é sempre um processo político, muitas vezes conflitivo e não consensual, visto que envolve atores com diferentes interesses e valores. Técnica, porquanto se baseia na utilização de diversas informações que permitem a construção da realidade sanitária local por meio da identificação e explicação dos problemas e das possíveis ações estratégicas, utilizando para isso diferentes conhecimentos (demográficos, epidemiológicos, dentre outros), ferramentas (gráficos, tabelas, mapas, entre outros) e tecnologias (sistemas de informação, entre outros). Administrativa, porque requer o balanço entre os recursos necessários e os recursos disponíveis para a execução das ações planejadas, em articulação com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Para que se chegue a um consenso, ainda que provisório, em torno das prioridades da gestão do Sistema Municipal de Saúde e para que os objetivos sejam alcançados, é importante que o PMS seja construído de forma participativa, envolvendo os diversos atores responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Deste modo, para assegurar os requisitos legais da participação social, da transparência e corresponsabilização das ações planejadas, participaram do processo de elaboração do PMS de Rio Branco, além dos dirigentes e técnicos do nível político-administrativo, profissionais de saúde e representantes de diversos grupos da população, tomando como subsídio as proposições das Conferências de Saúde (2015), Saúde da Mulher (2017) e Vigilância em Saúde (2017), dentre outros.

A metodologia do PMS baseia-se ainda no planejamento com enfoque situacional. O ponto de partida foi a análise da situação de saúde do município, por meio da identificação, explicação e priorização dos principais problemas do estado de saúde da população e do Sistema de Saúde Municipal. A partir daí, houve a definição de diretrizes, objetivos e metas.

O Plano Municipal de Saúde passou ainda, conforme exigência legal, pelo crivo do Conselho Municipal de Saúde, órgão que teve papel central em todo o processo de construção do documento, desde a realização das conferências municipais.

Convém enfatizar, entretanto, que selecionar, pactuar e apresentar indicadores no PMS é apenas o início do processo de monitoramento e avaliação. A compreensão da sua importância para a gestão do SUS implica que seja estabelecida sistemática para avaliar processualmente a evolução das ações planejadas.

Os indicadores propostos neste PMS devem ser monitorados e avaliados trimestralmente, em atendimento a Lei Complementar n.º 141/2012, para composição do Relatório de Prestação de Contas Trimestral, e ao final do exercício para a construção do Relatório Anual de Gestão.

O acompanhamento periódico do PMS orienta o gestor na tomada de decisões, subsidiando o redirecionamento dos rumos das políticas e a revisão das ações estratégicas, sempre que necessário, conferindo dinâmica ao processo de planejamento.

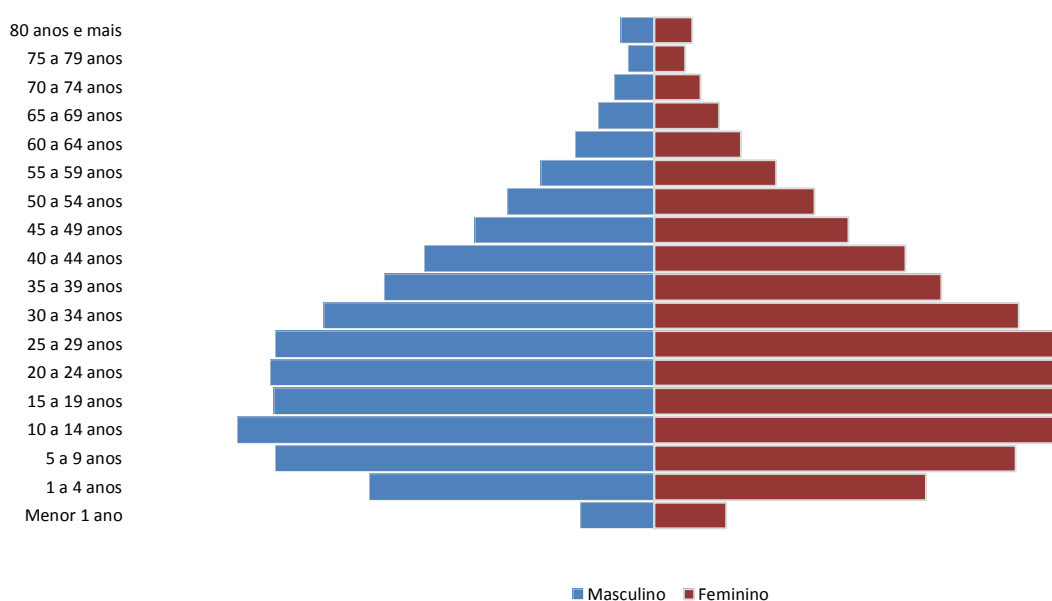
2. ANÁLISE SITUACIONAL

2.1 PERFIL DEMOGRÁFICO

Segundo dados fornecidos pelo IBGE (2010), a população de Rio Branco em 2010 é de 336.038 habitantes, e a população estimada para 2017 é de 383.443, 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. 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.

Conformando uma tendência historicamente consolidada, a taxa de urbanização vem crescendo, revelada pelo visível aumento populacional 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%. Em 2015 tivemos um acréscimo em relação a 2010 de 10,27 %.

Gráfico 1 - Pirâmide Etária do Município de Rio Branco - Acre, 2016.



Fonte: IBGE/DATASUS/MS/Estimativa TCU/SEMSA/2017

Segundo dados do IBGE (2010), 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.

A esperança de vida ao nascer vem aumentando em todas as regiões e em ambos os sexos. De acordo com dados da Rede Integrada de Informações para a Saúde - RIPSa, o município de Rio Branco apresentou em 2010 uma expectativa de vida ao nascer de 72 anos para ambos os sexos chegando a 73,6 em 2015.

2.2 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

De acordo com o art. 3º da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Nesse contexto, entende-se por determinantes e condicionantes também, as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Cabe à gestão do sistema de saúde, a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, gerando assim a corresponsabilidade da população para as condições favoráveis quer sejam sociais, culturais, ambientais, físicas, mentais e biológicas para o indivíduo ter saúde.

Considerando os aspectos econômicos do município, no ano de 2012, o PIB foi de R\$ 6.270.619,00, representando um percentual de 61,85% do PIB estadual. Em 2014 o PIB ficou em 8.192.366,00, representando um crescimento de 76,54% em comparação a 2012.

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

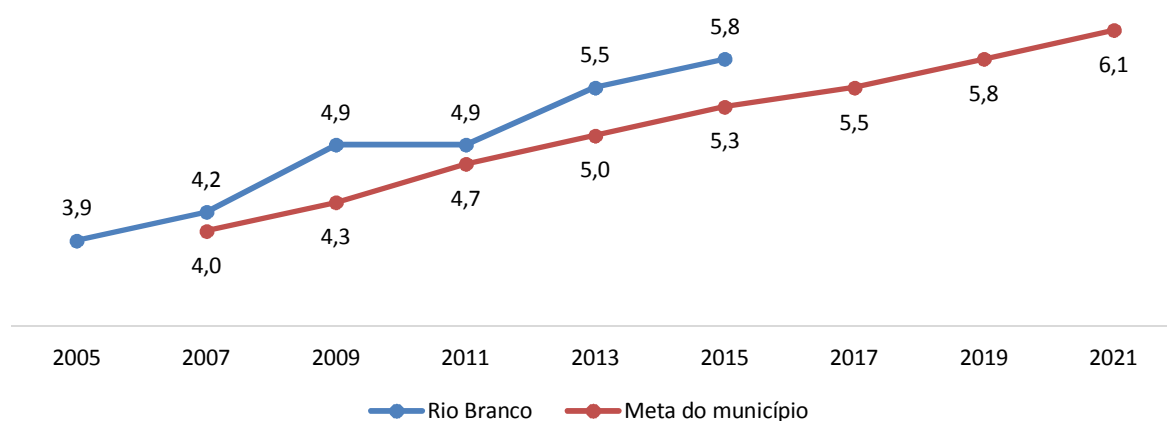
de 0,727. Dentre as capitais, Rio Branco está na 21ª colocação, ficando a frente apenas de Maceió, sendo Florianópolis a capital que figura em 1º lugar.

O IDHM do Acre apresentou uma melhora de 28% nos últimos dez anos, saltando de 0,517 em 2000, para 0,663 em 2010. Na análise dos municípios, com exceção de Rio Branco que apresentou índice de desenvolvimento alto (0,727), todos os demais municípios ficaram entre baixo e médio desenvolvimento.

Em relação aos aspectos educacionais do Município de Rio Branco, em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 5.8 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.5. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 1 de 22. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 6 de 22. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 95,1% em 2010, o que coloca o município na posição 2 de 22 dentre as cidades do estado.

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.

Gráfico 2 - Evolução do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de Rio Branco - AC, 2005 a 2015.



Fonte: QEdu.org.br. Dados do Ideb/Inep (2015).

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%, entre adolescentes de 10 a 14 anos, a taxa de analfabetismo era de 2,9%. 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%.

As condições de vida e ambiente incidem diretamente nas questões de saúde da população. Para essa análise, são considerados dados de saneamento básico, transporte e trânsito, dentre outros.

Segundo o relatório do IBGE (2010), Rio Branco apresenta 56.7% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 13.8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 20.4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 1 de 22, 12 de 22 e 1 de 22, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 1956 de 5570, 5302 de 5570 e 1826 de 5570, respectivamente.

Em relação à coleta de lixo observa-se 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.

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.

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.

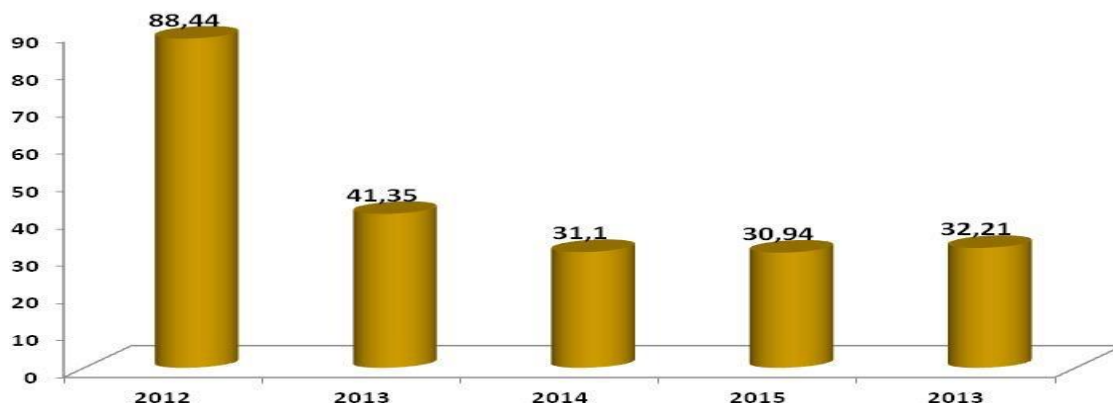
2.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

2.3.1 Saúde da mulher

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 redução no período avaliado, provavelmente devido ao fortalecimento das ações de investigação de óbitos e do aumento do número de consultas pré-natal (Gráfico 3).

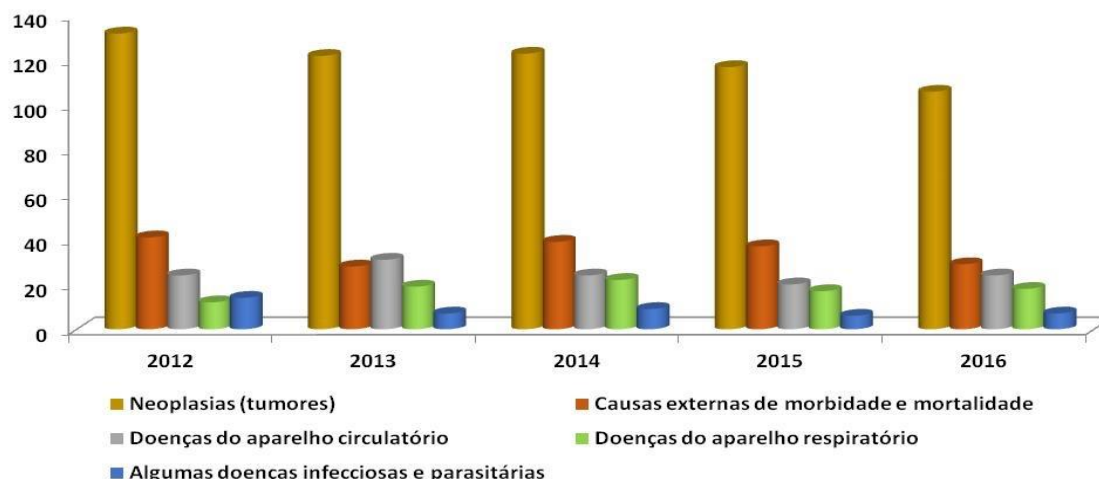
Gráfico 3 - Coeficiente da Mortalidade Materna, por ano de ocorrência, em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SIM/MS/2017

As principais causas de óbitos de mulheres em idade fértil são as neoplasias, principalmente por câncer de colo de útero e de mama, seguido das causas externas, destacando a violência contra a mulher e os acidentes de trânsito. O dado reforça a necessidade de intensificar as ações de prevenção através de exames periódicos (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil, segundo as principais causas, em Rio Branco - Acre, 2013 a 2016.



Fonte: SIM/MS/2017

Câncer de Mama e Colo de Útero:

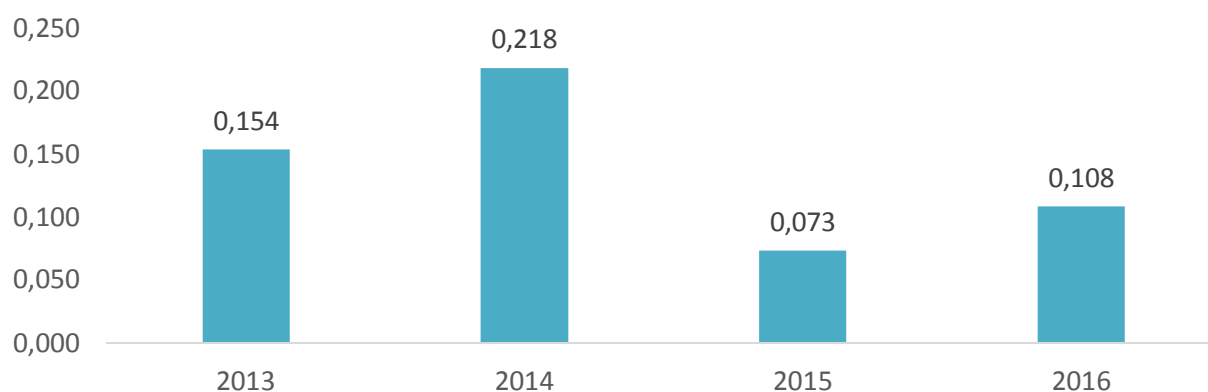
Segundo dados do Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), a estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017, aponta

a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. O perfil epidemiológico observado assemelha-se ao da América Latina e do Caribe, onde os cânceres de próstata (61 mil) em homens e mama (58 mil) em mulheres serão os mais frequentes.

No Estado do Acre, no ano de 2016, foram contabilizados 507 casos novos da doença. Dos principais tipos de casos de câncer na população feminina encontrado no Estado, o câncer de colo do útero foi o mais frequente, com 73 casos, seguido do câncer de mama com 58 casos. O câncer de mama é o terceiro mais incidente entre as mulheres, atrás apenas do câncer de pele não melanoma e colo de útero.

Em Rio Branco no ano de 2016, foram realizadas 1.729 mamografias no Centro de Apoio e Diagnóstico - CAD, destas 939 na faixa etária de rastreamento (50 a 69 anos), mulheres assintomáticas e onde a prevalência da doença é maior, porém também é realizado em todas as faixas etárias, conforme indicação médica. Este serviço oferece diariamente o referido exame, a toda população residente no município (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária, no município de Rio Branco - Acre, 2013 a 2016.

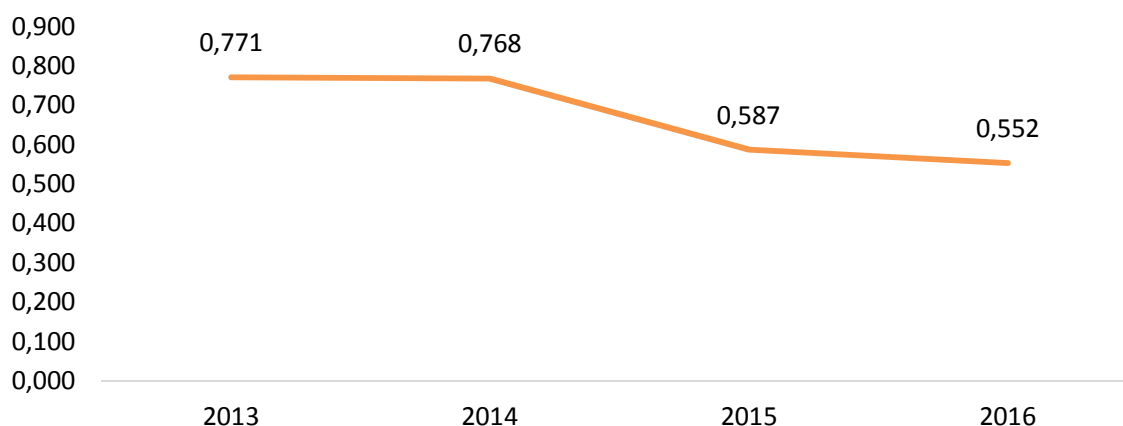


Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/2017

De acordo as Diretrizes do Ministério da Saúde, as estratégias para a detecção precoce do câncer de colo de útero são o diagnóstico precoce e o rastreamento (realização do exame numa população assintomática, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhar a mulher para investigação e tratamento).

A razão de exames citopatológicos no município de Rio Branco apresentou uma depressão entre os anos de 2014 a 2016. Em 2016 a meta pactuada foi de 0,57 e obtivemos um resultado de 0,55. Vale ressaltar que algumas das dificuldades encontradas foram com a implantação do novo Sistema de Informação (SISCAN) que influenciou no total de coletas realizadas no referido período, assim como, a insuficiência de insumos para a coleta de PCCU nas Unidades de Saúde em alguns períodos do ano, devido a problemas com fornecedores (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero realizado em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária, no município de Rio Branco - AC, 2013 a 2016.

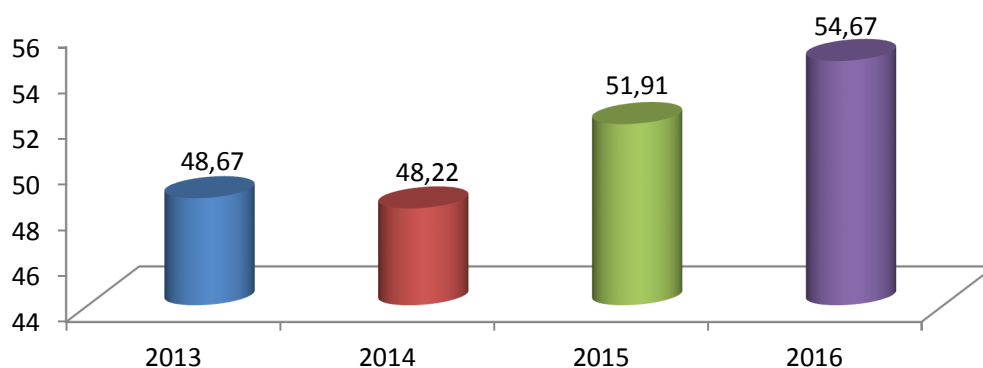


Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/2017

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 conforme gráfico abaixo.

Gráfico 7 - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, no município de Rio Branco - AC, 2013 a 2016.



Fonte: SINASC/MS/2017

Com relação ao número de nascidos vivos de mães residentes com 7 ou mais consultas de pré-natal, o percentual vem aumentando no decorrer dos últimos anos, com um acréscimo de 12,33% no período de 2013 a 2016.

Este acréscimo pode estar relacionado aos 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, assim como ao aumento da cobertura do pré-natal com a expansão da Estratégia Saúde da Família.

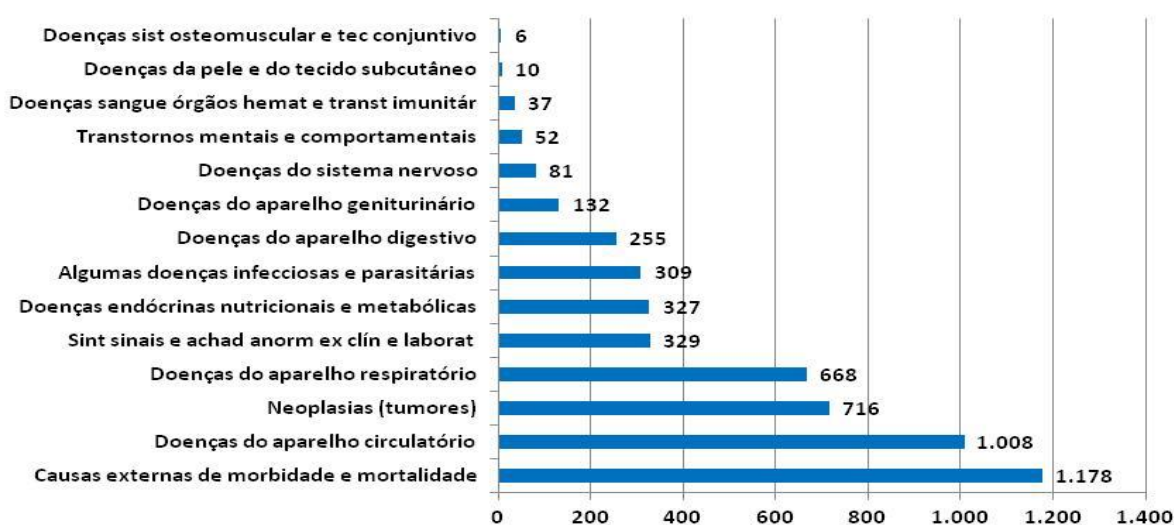
2.3.2 Saúde do Homem

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.

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.

Os dados estatísticos de Rio Branco revelam que as principais causas de morte no sexo masculino são as causas externas (acidentes e violência) e as doenças do aparelho circulatório que se intercalam durante o período avaliado (Gráfico 8). Outra situação observada é o crescente número de óbitos por neoplasias. Essa informação demonstra a necessidade de programar ações voltadas para o público masculino, com foco na prevenção do câncer de próstata, tabagismo e etilismo.

Gráfico 8 - Número de óbitos na população masculina pelas principais causas CID 10, no município de Rio Branco - AC, período de 2012 a 2016.



Fonte: SIM/MS/2017

Aproximadamente 75% das enfermidades e agravos relacionados à população masculina estão concentradas 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.

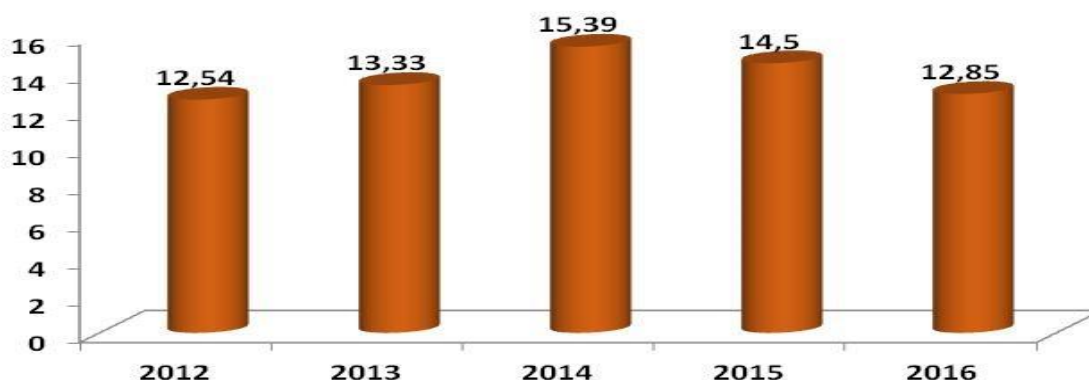
2.3.3 Saúde da Criança

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.

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.

Aproximadamente 70% das mortes de recém-nascidos ocorrem por causas evitáveis, entre elas, falta de atenção adequada à mulher durante a gestação, o parto e também ao feto e ao recém-nascido. A taxa de mortalidade infantil em Rio Branco nos últimos três anos tem se mantido numa tendência de redução. Passaram de 15,40 óbitos para cada mil bebês nascidos vivos em 2014 para 12,85 óbitos em 2016, uma redução de 16,56% nesse período. (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Coeficiente de Mortalidade Infantil em Rio Branco - Acre, no período de 2012 a 2016.



Fonte: SIM/MS/2017

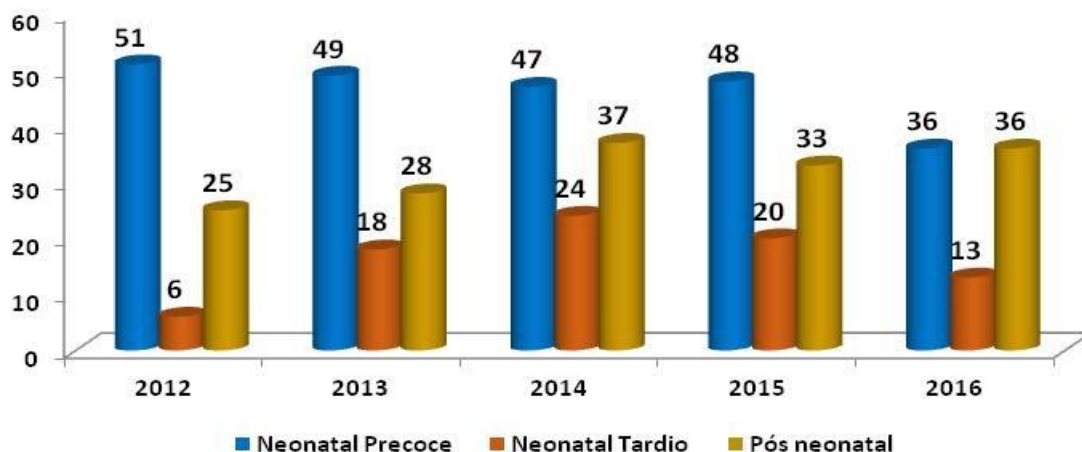
Consideramos como estratégias que contribuíram na redução da morbimortalidade infantil, o monitoramento no acompanhamento de puericultura das crianças de 0 a 2 anos nas Unidades Básicas de Saúde; a implantação do Programa

Primeira Infância Acreana - PIA; a formação do Comitê Municipal de Promoção, Defesa e Apoio ao Aleitamento Materno implantado em agosto de 2016; as ações da Semana do Bebê, com a valorização na primeira infância; as ações de incentivo e apoio ao aleitamento materno na Semana Mundial do Aleitamento Materno - SMAM, com a realização da Hora do MAMAÇO e a implantação de um Posto de coleta de leite humano na URAP Augusto Hidalgo de Lima.

No ano de 2017, foram priorizadas ainda algumas estratégias para contribuir com a redução da mortalidade infantil, das quais destacamos a capacitação dos enfermeiros da Atenção Básica no Curso de Atenção Integral à Saúde da Criança - AIDPI Criança (2 meses a 5 anos) e a implantação do Programa Cuidar Mais, que tem como objetivo fortalecer as ações e serviços voltados à saúde da criança e da mulher, implementado no ano de 2017.

Dos óbitos infantis, destacam-se aqueles ocorridos na fase neonatal (< 28 dias) que representam 68% das mortes em crianças, concentrando-se em menores de 7 dias como mostra o Gráfico 10.

Gráfico 10 - Número de óbito infantil, segundo período de ocorrência em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.

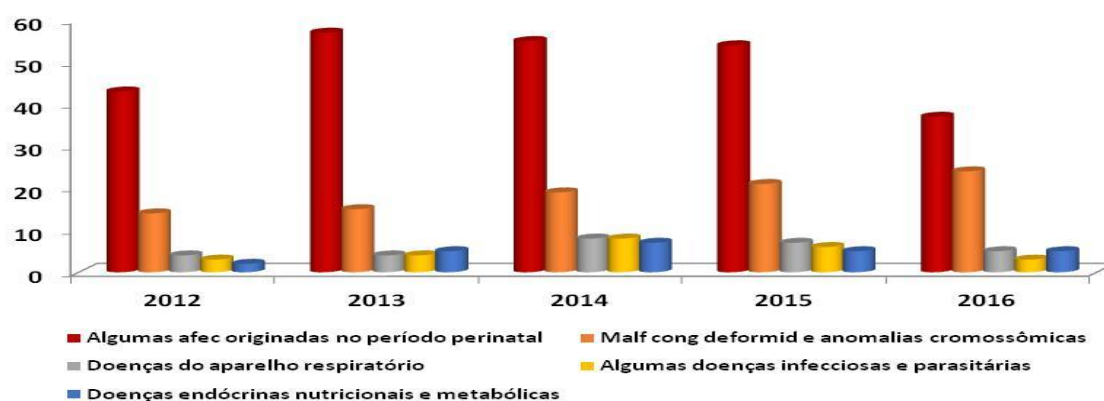


Fonte: SIM/MS/2017

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 a 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 2012 a 2016. Em 2013, as principais causas de óbitos infantis eram as afecções perinatais, malformações congênicas e doenças endócrinas. Em 2016, houve redução significativa dos óbitos por essas causas, exceto a má formação congênita que se manteve numa tendência de aumento (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Distribuição dos óbitos em menores de 1 ano, segundo a causa básica definida. Rio Branco, 2012 a 2016.



Fonte: SIM/MS/2017

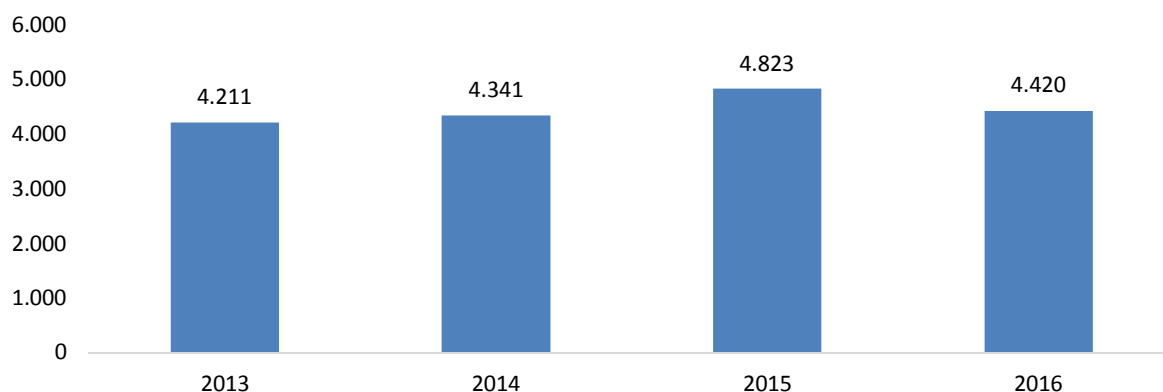
2.3.4 Saúde do Idoso

O envelhecimento populacional tem sido uma das maiores conquistas a nível mundial. 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%).

A transição epidemiológica caracteriza-se pela mudança do perfil 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 (2017) demonstram que ao longo dos últimos três anos as internações de idosos se manteve linear, porém em 2016 ocorreu uma pequena queda de internações por pessoas idosas. (Gráfico 12).

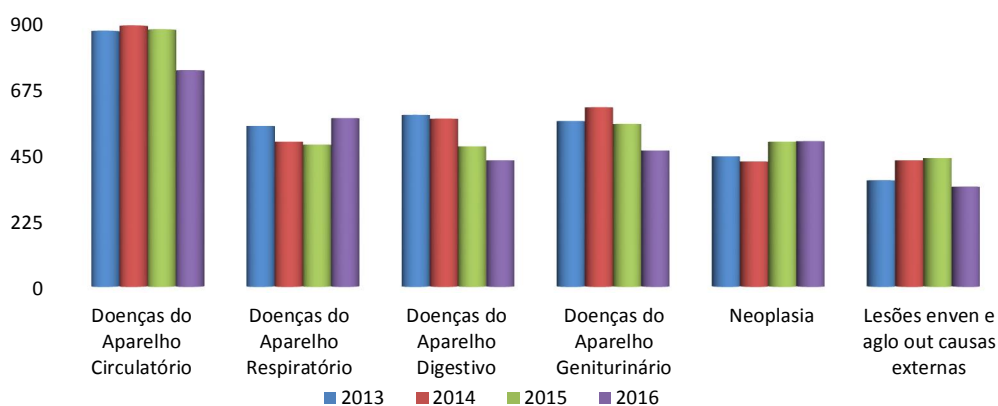
Gráfico 12 - Número de Internações, segundo CID 10 de Pessoas idosas (> 60 anos) no município de Rio Branco - AC, 2013 a 2016.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/2017

O gráfico 13, demonstra as principais causas de internações de pessoas idosas no município de Rio Branco, tendo como maior ocorrência de doenças do aparelho circulatório, aparelho digestivo, respiratório, doenças do aparelho geniturinário, neoplasias e causas externas. A tendência da série histórica apresenta diminuição de internações ao longo dos anos, com destaque para as doenças do aparelho digestivo e aparelho geniturinário que apresentam diminuição considerável.

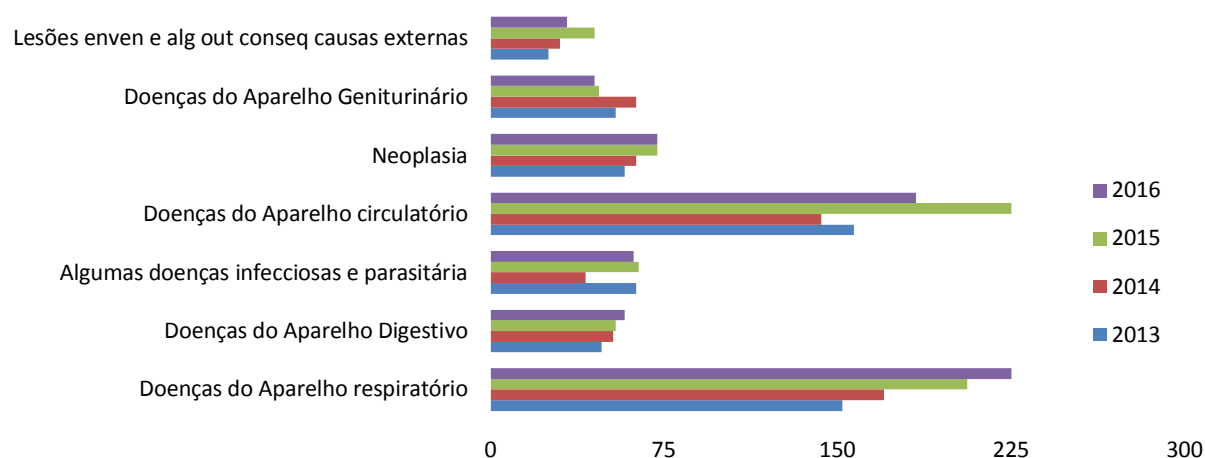
Gráfico 13 - Principais causas de Internações, segundo CID 10 de Pessoas idosas (> 60 anos) no município de Rio Branco - AC, 2013 a 2016.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/2017

Quanto às causas de mortalidade, percebe-se que as doenças que levam o idoso à morte, são praticamente as mesmas que os levam às internações. Na série histórica observamos que as doenças do aparelho respiratório tiveram uma tendência de aumento ao longo dos anos, já as doenças do aparelho circulatório em 2016, ocorreu um declínio considerável (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Principais causas de óbitos, segundo CID 10, de pessoas idosas (> 60 anos) no município de Rio Branco - AC, 2013 a 2016

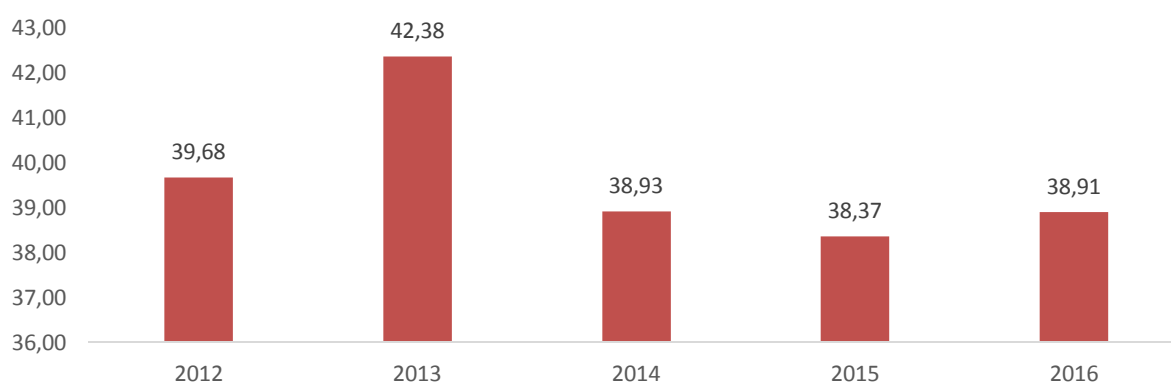


Fonte: SIM/MS/2017

2.3.5 Saúde Bucal

Em relação a saúde bucal, o município de Rio Branco, através da Rede Municipal de Atenção à Saúde, ainda não possui cobertura adequada à necessidade da população. A cobertura populacional estimada de saúde bucal em 2016 foi de 38,91%. Existe a necessidade de contratação de profissionais cirurgiões dentistas e auxiliares de saúde bucal para composição das equipes da Estratégia Saúde da Família e equipes de Atenção Básica (Gráficos 15).

Gráfico 15 - Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016

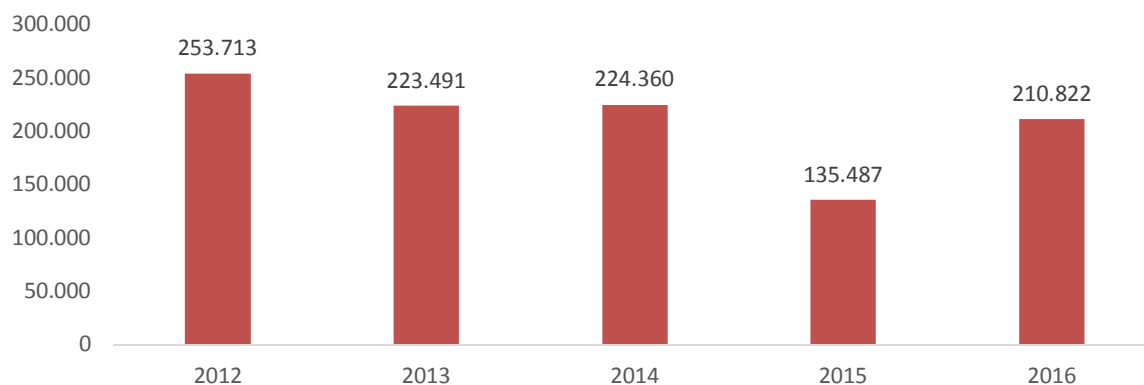


Fonte: <http://sage.saude.gov.br/2017>

Como forma de dar respostas às demandas populacionais desta área e diminuir os vazios assistenciais, foram realizadas ações em todas as regionais de saúde de Rio Branco. O Programa Cuidando do Seu Sorriso ampliou a capacidade de atendimento da rede municipal. O gráfico a seguir demonstra a produtividade de

procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos de saúde bucal de Rio Branco.

Gráfico 16 - Quantidade de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos realizados em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



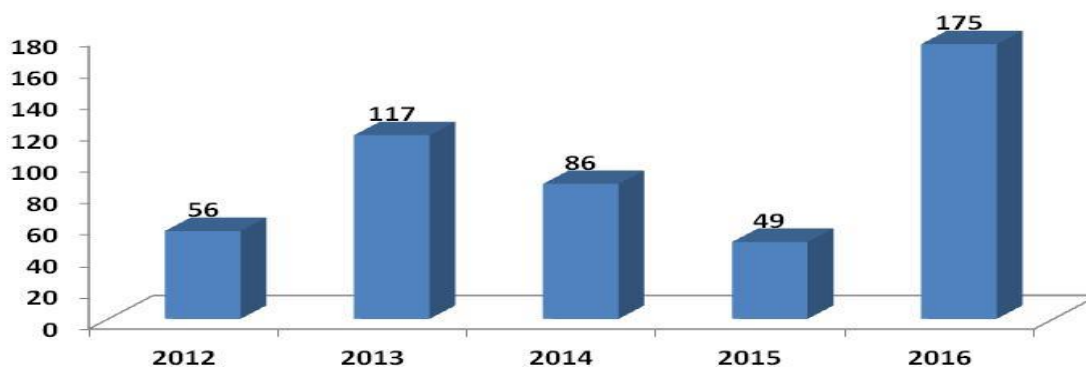
Fonte: SIA/SUS/MS/TABWIN/2017

2.3.6 Saúde do Trabalhador

A política de saúde do trabalhador e da trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

A estratégia prioritária da equipe da área técnica da Saúde do Trabalhador vem capacitando os profissionais das Unidades Básicas de Saúde, hospitais, UPAs e Laboratórios para identificar e notificar os acidentes de trabalho, o que consequentemente leva ao aumento das notificações de casos, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

Gráfico 17 - Casos notificados de acidente de trabalho grave em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/MS/2017

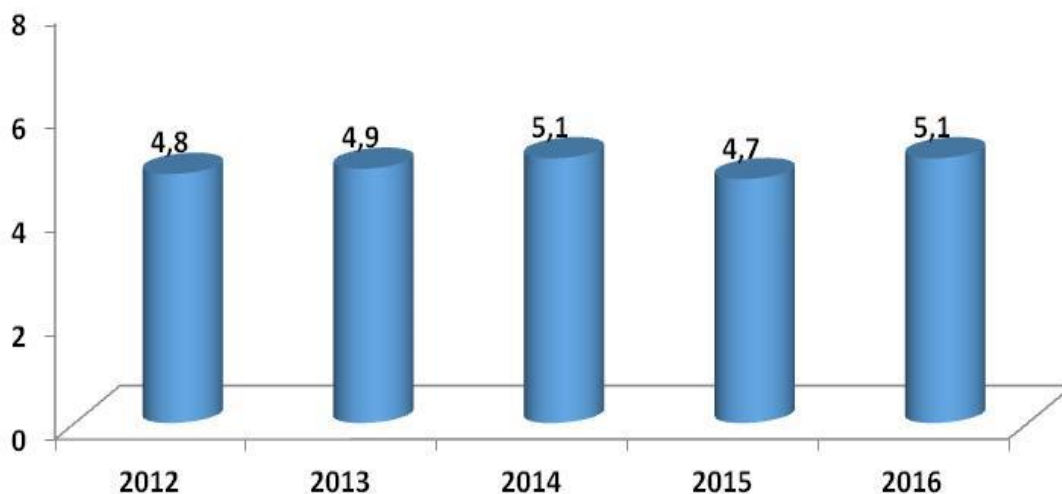
2.3.7 Mortalidade Geral

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.

No período de 2012 a 2016, o coeficiente de mortalidade geral vem mostrando uma tendência de crescimento. O Coeficiente de Mortalidade Geral em 2012 foi de 4,8 óbitos por 1.000 habitantes já em 2016, o coeficiente foi de 5,1 óbitos por 1.000 habitantes (Gráfico 18).

Para garantir a captação de óbitos pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM a estratégia vem sendo a distribuição das Declarações de Óbitos - DO para as Unidades hospitalares, IML, SAMU e UPAs, com o recolhimento de 100% dos formulários semanalmente, o que traz maior confiabilidade nos dados e permite avaliar os hospitais onde há maior número de DO rasuradas e canceladas.

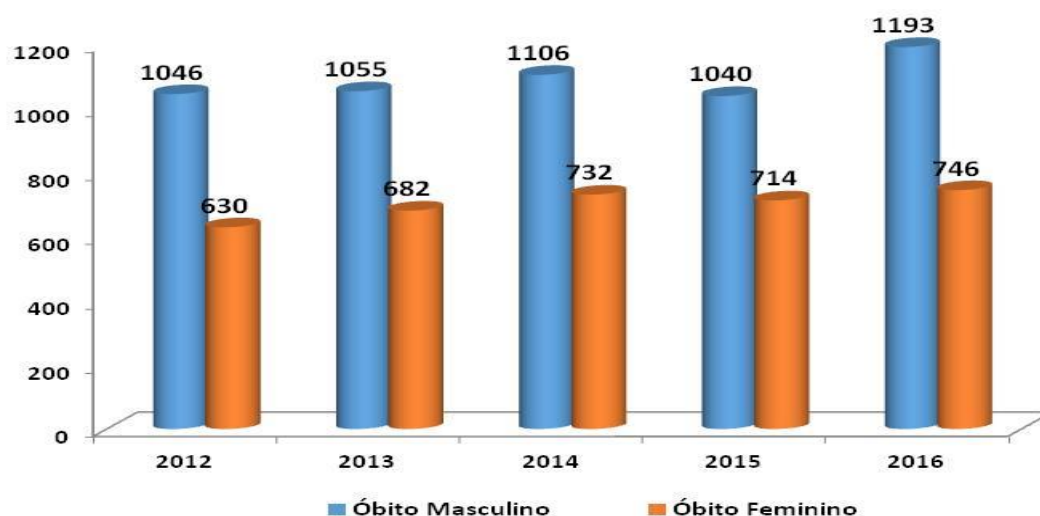
Gráfico 18 - Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SIM/DIAD/SEMSA/2017

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 19).

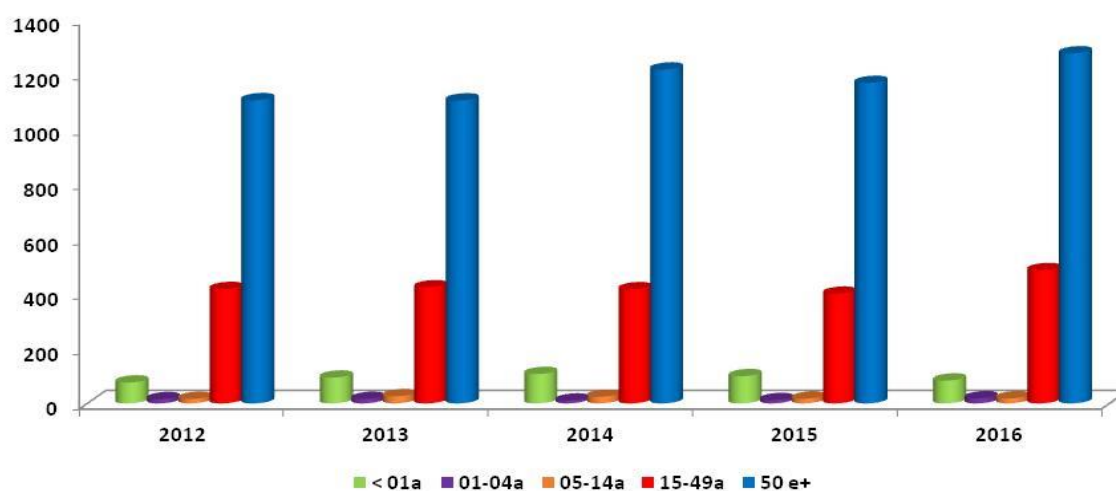
Gráfico 19 - Número geral de mortalidade por todas as causas, segundo sexo em Rio Branco - Acre 2012 a 2016.



Fonte: SIM/DIAD/SEMSA/2017

Quanto à faixa-etária, todos os anos avaliados revelaram uma concentração na faixa etária de 50 e + anos de idade (Gráfico 20). Observa-se também uma inversão nos dados com a redução da mortalidade infantil (<01a) e o aumento dos óbitos em idosos.

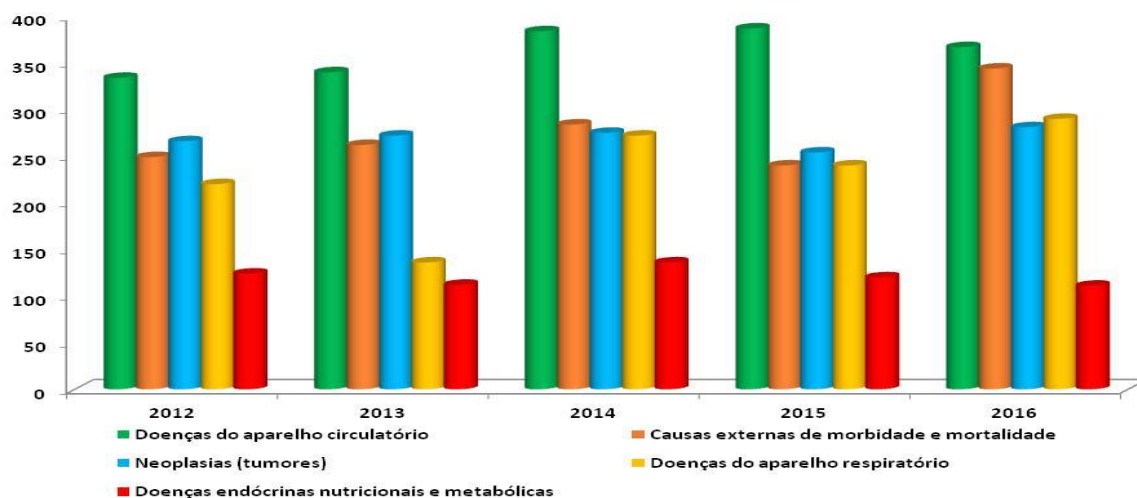
Gráfico 20 - Número geral de óbitos, segundo faixa-etária de maior ocorrência. Rio Branco, 2012 a 2016.



Fonte: SIM/DIAD/SEMSA/2017

No período de 2012 a 2016, 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 21).

Gráfico 21 - Número geral de óbitos pelas cinco principais causas básicas em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SIM/DIAD/SEMSA/2017

2.3.8 Morbidade

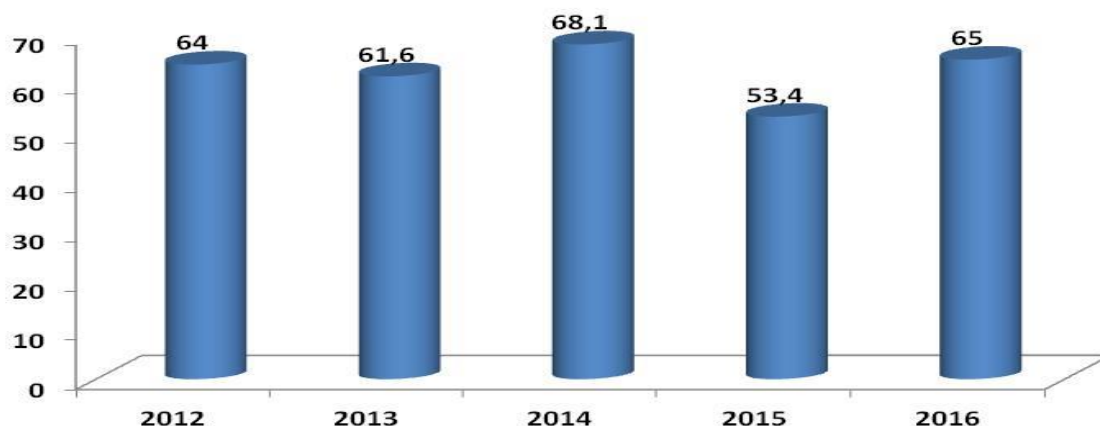
2.3.8.1 Doenças Transmissíveis

a) Tuberculose

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões. No Brasil, a tuberculose é sério problema de saúde pública, com profundas raízes sociais. A cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem 4,6 mil mortes em decorrência da doença. O Brasil ocupa o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo (BRASIL, 2016). O município de Rio Branco vem alcançando e se mantendo acima da meta estabelecida pela OMS para o indicador de cura (85%). Nos últimos anos, o maior valor alcançado (94%) foi no ano de 2014. Em 2016, a proporção de cura foi de 83,7%. Porém esses dados devem sofrer alterações, uma vez que os casos de tuberculose tem um prazo que varia de 06 meses a um ano de tratamento.

Em Rio Branco a taxa de incidência vem se mantendo acima de 51/100 mil habitantes, bem acima da média do Brasil (Gráfico 22).

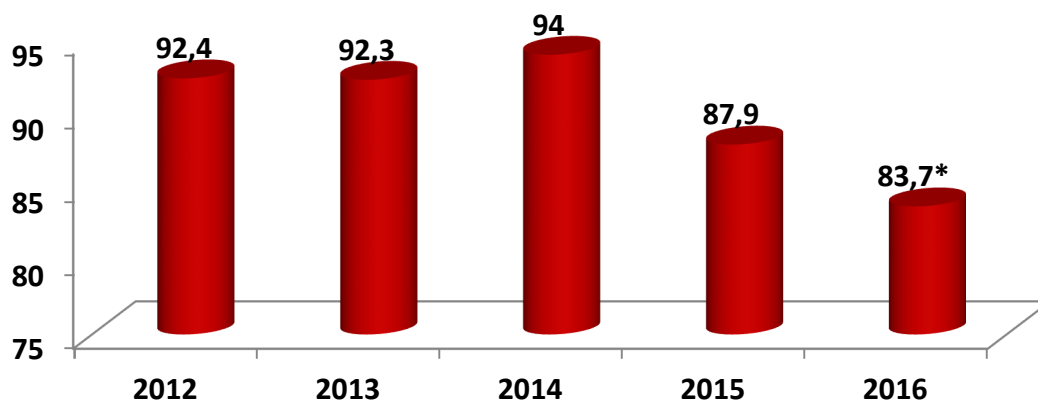
Gráfico 22 - Taxa de incidência de Tuberculose em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

O percentual de cura da tuberculose no período de 2012 a 2016 demonstrou que o município de Rio Branco ultrapassou os 85% preconizados pelo Ministério da Saúde em todos os anos avaliados, exceto 2016 que ainda não fechou totalmente. Esse indicador tem se mantido acima de 80% em todos os anos da série histórica, acima da meta brasileira alcançada. (Gráfico 23).

Gráfico 23 - Cura dos casos de Tuberculose no município de Rio Branco - Acre, nas coortes de 2012 a 2016.

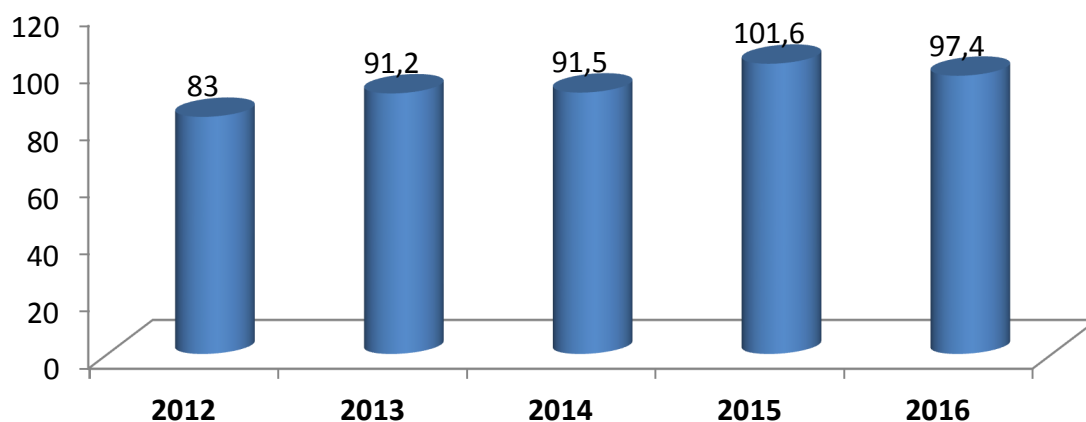


*Dados sujeitos a alterações

Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

O município de Rio Branco vem melhorando a cada ano o indicador referente a proporção de contatos de tuberculose no período de 2012 a 2016, conforme gráfico abaixo.

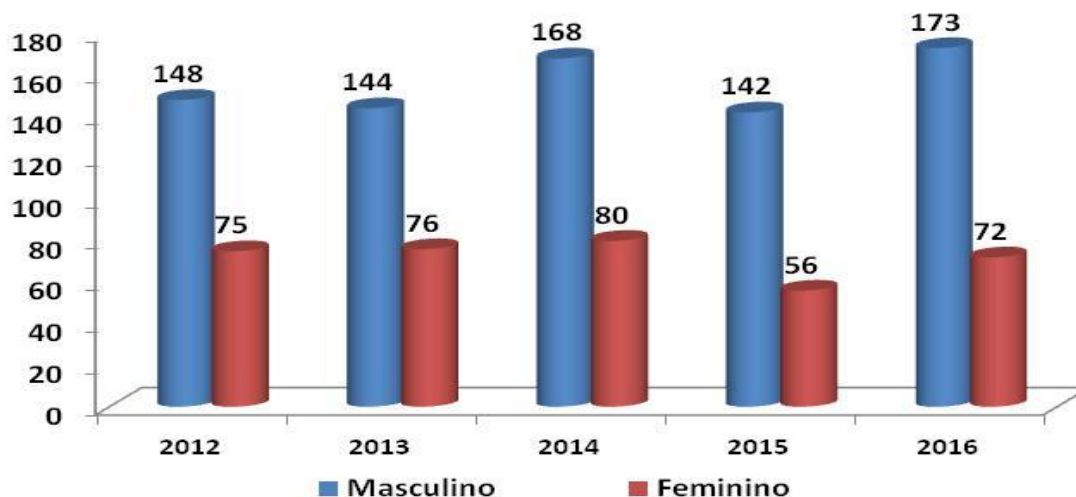
Gráfico 24 - Proporção de contatos de Tuberculose examinados no município de Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

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 25).

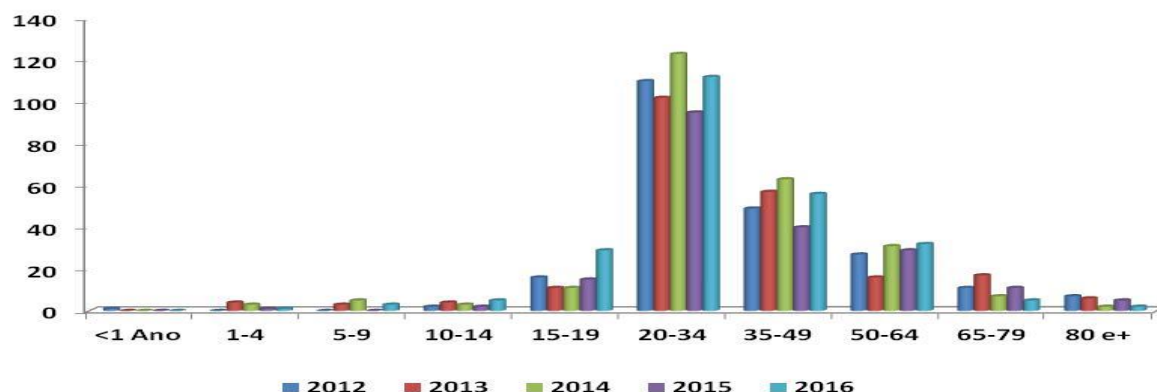
Gráfico 25 - Casos de Tuberculose por sexo no município de Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

Quanto à faixa etária, destaca-se a população de 20 a 49 anos, que corresponde à população economicamente e socialmente ativa, possibilitando a transmissão da doença em diversos ambientes (Gráfico 26).

Gráfico 26 - Casos de Tuberculose por faixa etária no município de Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.

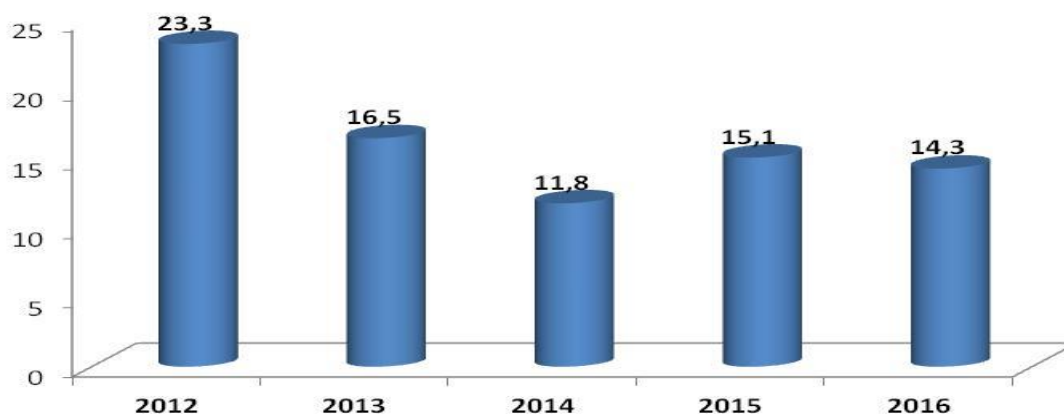


Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

a) 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 27).

Gráfico 27 - Taxa de detecção de Hanseníase (por 10.000 hab.) no município de Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.

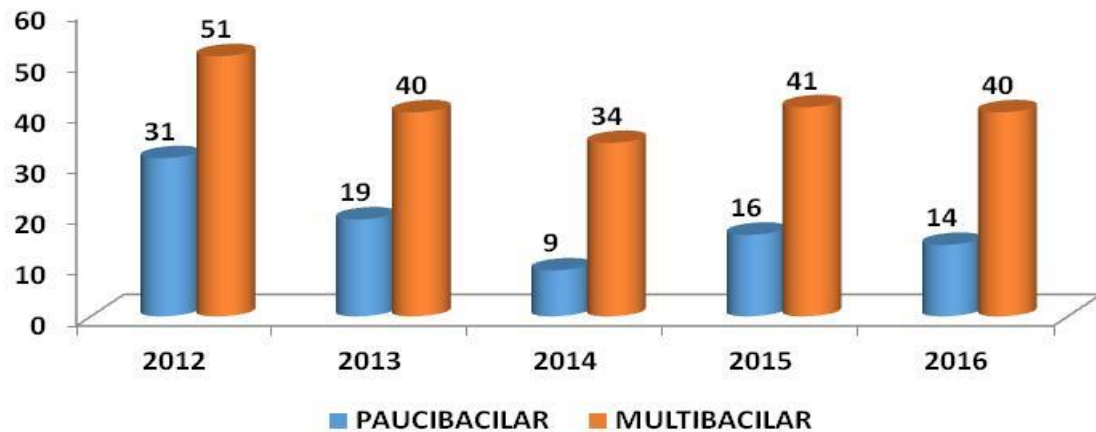


Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

Apesar da redução no número de casos, ainda se observa que mais de 55% desses são encontrados na forma multibacilar (Gráfico 28). 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.

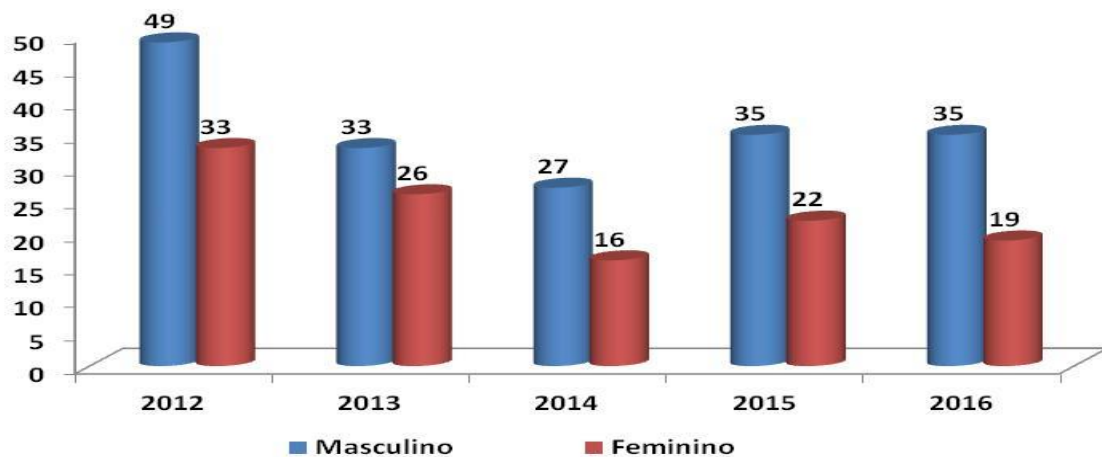
Gráfico 28 - Número de casos de Hanseníase segundo a forma clínica em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/MS/2017

Na razão de sexo, os dados registrados na série histórica de 2012 a 2016 mostram que a maioria dos casos, média de 60%, é diagnosticada na população masculina (Gráfico 29).

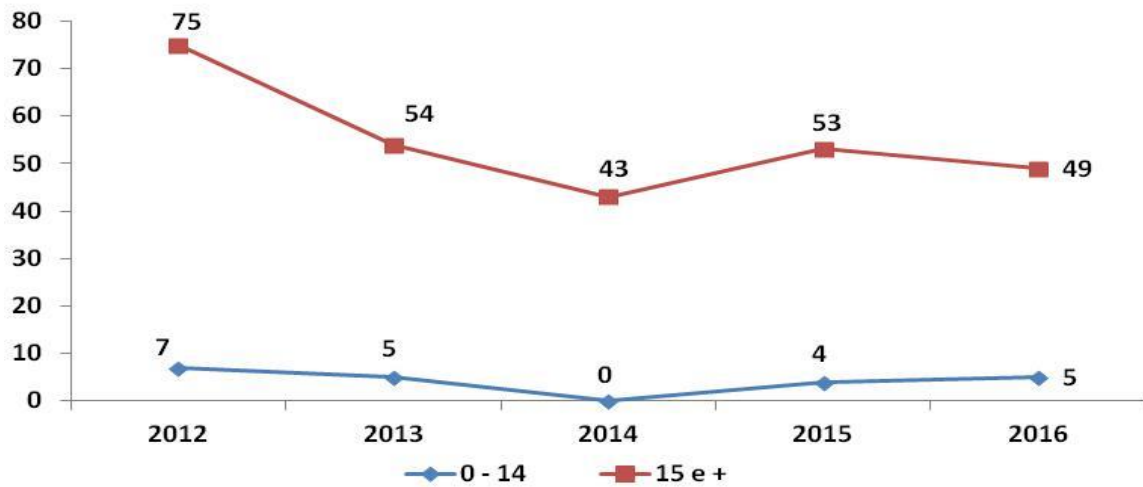
Gráfico 29 - Percentual de casos novos de Hanseníase por sexo em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

Com relação à faixa etária mais acometida, observa-se que a maioria dos casos está concentrada em maiores de 15 anos (Gráfico 30).

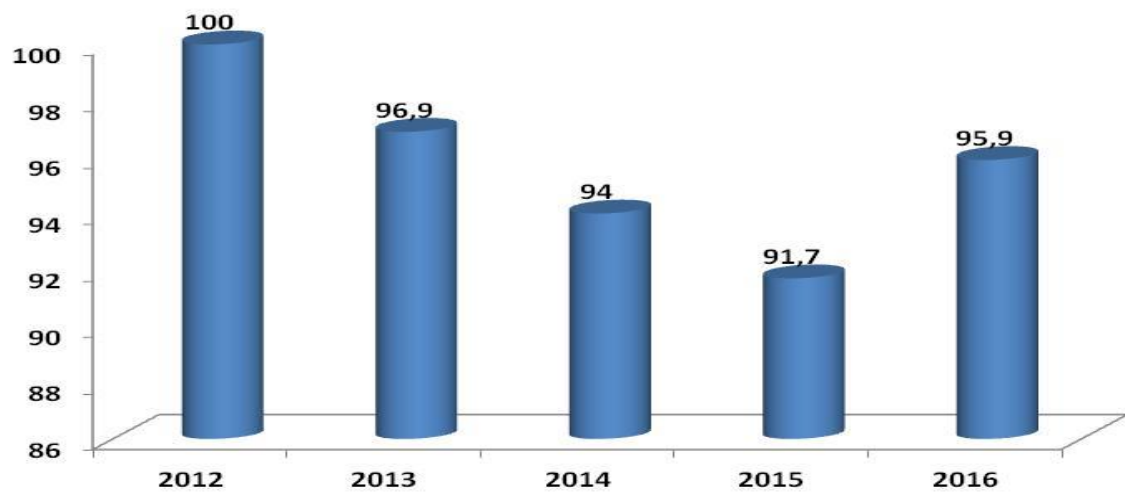
Gráfico 30 - Distribuição dos casos de Hanseníase, segundo faixa etária em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

O percentual de cura da Hanseníase vem se mantendo numa taxa elevada (> 90%), o que demonstra a adesão do paciente ao tratamento (Gráfico 31).

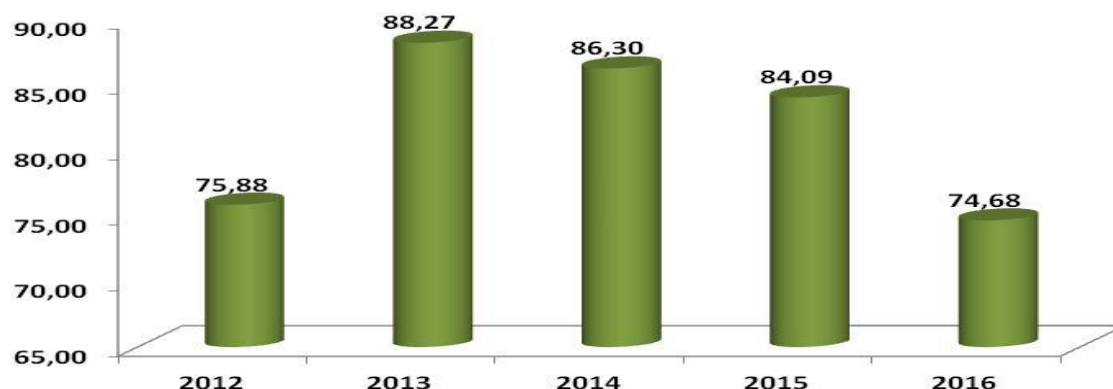
Gráfico 31 - Percentual de cura dos casos de Hanseníase em Rio Branco - Acre, nas coortes de 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

Com relação ao percentual de contatos examinados, o gráfico mostra uma elevação entre 2012 e 2015 e uma leve redução em 2016 (Gráfico 32).

Gráfico 32 - Percentual de contatos de Hanseníase examinados em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

b) Hepatites

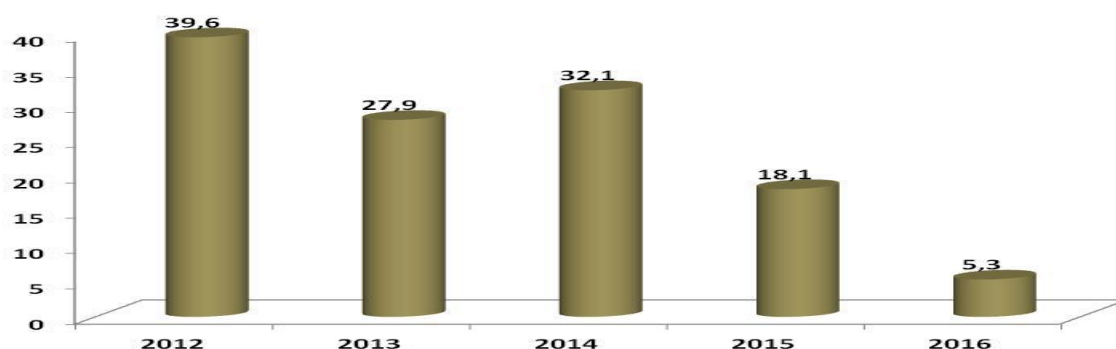
As hepatites virais têm distribuição heterogênea no mundo, sendo que no Brasil os casos de hepatite pelo vírus B e D se concentram na região Norte (Amazônia Legal). O Estado do Acre apresenta a maior prevalência de Hepatite B e D quando comparado aos outros Estados do Brasil.

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 nos anos de 2015 e 2016.

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 uma redução no Coeficiente de Incidência de 39,6/100 mil em 2012 para 5,3/100 mil em 2016 (Gráfico 33).

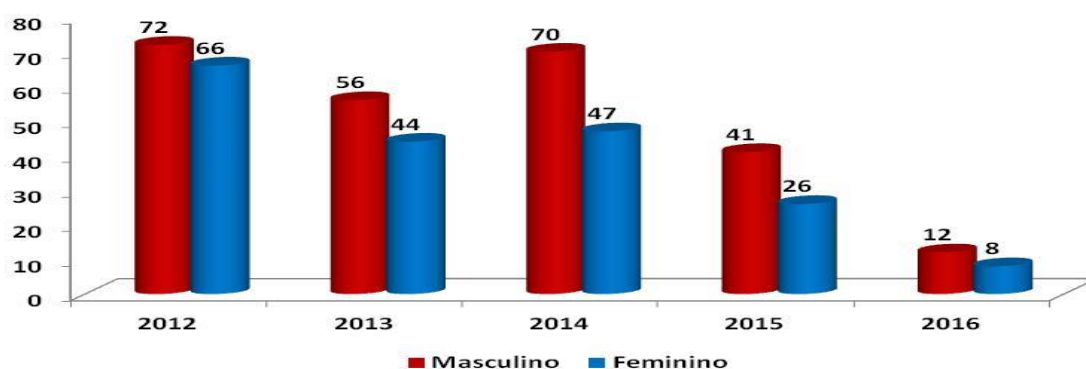
Gráfico 33 - Incidência de Hepatite A em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

No período avaliado observa-se que o sexo masculino é predominante, provavelmente porque as crianças desse sexo estão mais vulneráveis à exposição de objetos ou ambientes contaminados (Gráfico 34).

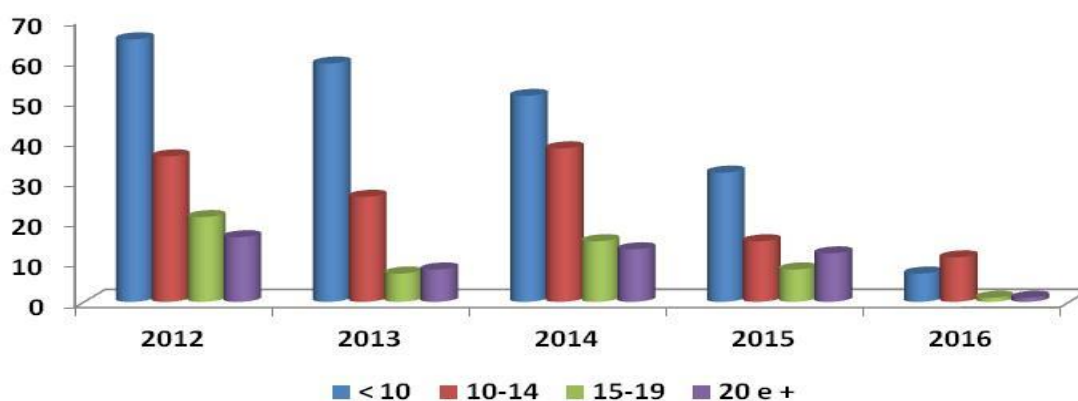
Gráfico 34 - Casos de Hepatite A por sexo em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

Crianças menores de 10 anos representam o grupo mais acometido pela Hepatite A (Gráfico 35).

Gráfico 35 - Casos de Hepatite A por faixa etária em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



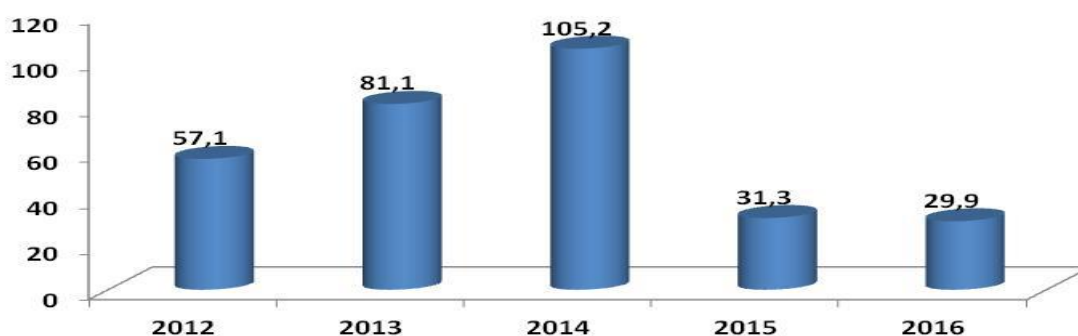
Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

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 2012 a 2016 verifica-se um aumento seguido de redução na taxa de detecção de casos de HBV, possivelmente pela subnotificação dos casos. Em 2012 a taxa de detecção foi de 57,1 subindo para 105,2 em 2014, tendo uma redução brusca em 2016 chegando a 29,9 casos por 100.000 habitantes em decorrência das campanhas de diagnóstico realizadas (Gráfico 36).

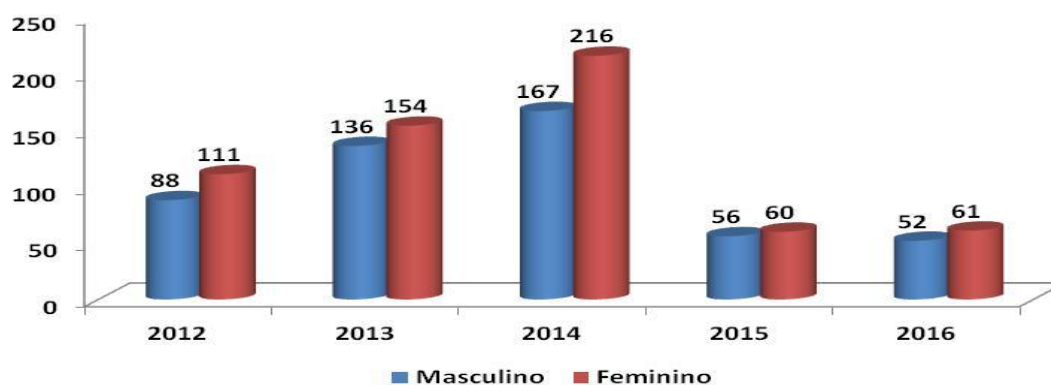
Gráfico 36 - Coeficiente de detecção de Hepatites B em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

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 37).

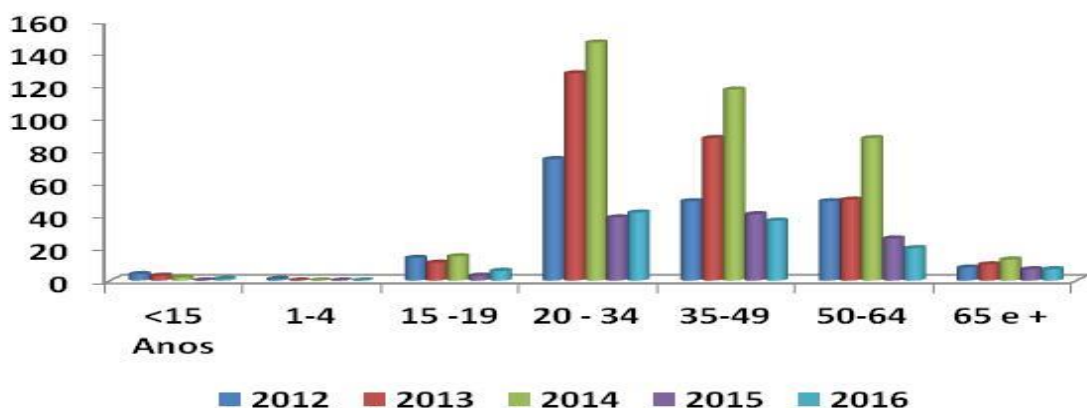
Gráfico 37 - Casos Hepatites B por sexo em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

Com relação à idade, os casos de Hepatite B estão concentrados na faixa etária de 20 a 49 anos, sendo que em 2014 observa-se um aumento na faixa etária de 20 a 64 anos (Gráfico 38).

Gráfico 38 i Casos de Hepatites B por faixa etária em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

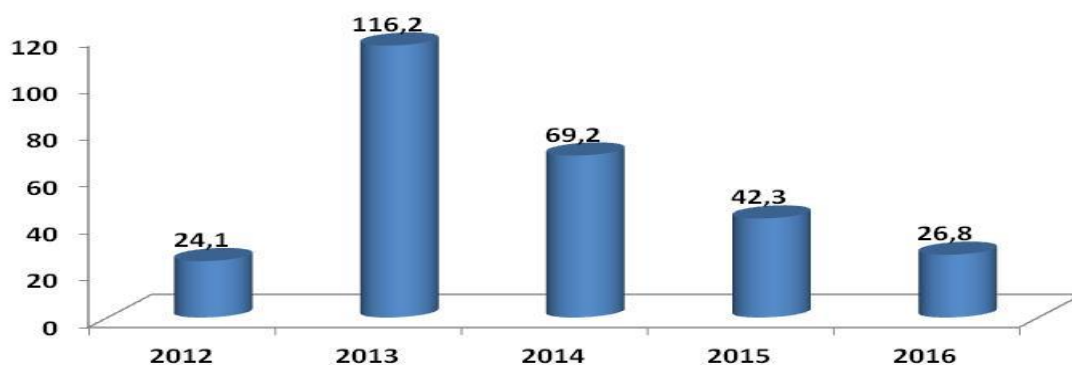
iii. Hepatite C (HCV)

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 2012 a 2016, verifica-se uma diminuição no Coeficiente de Detecção de casos de HCV, possivelmente pela subnotificação de casos (Gráfico 39). Mesmo assim, o município se encontra bem acima da média nacional de detecção, apontando para um sério problema de saúde pública.

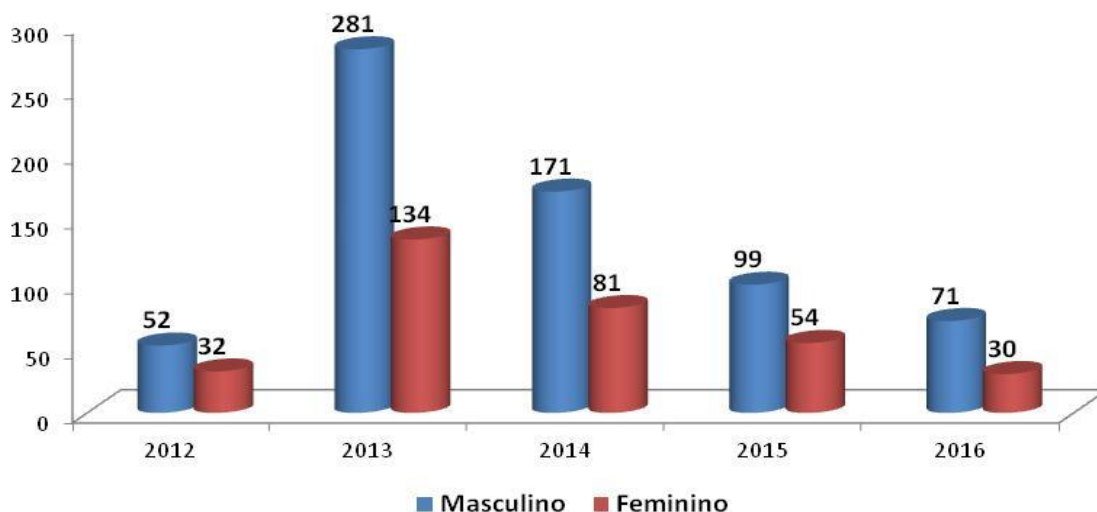
Gráfico 39 - Coeficiente de Detecção de Hepatites C em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

No município os casos de Hepatite C são mais frequentes no sexo masculino, no qual representam 67% no período de 2012 a 2016 (Gráfico 40).

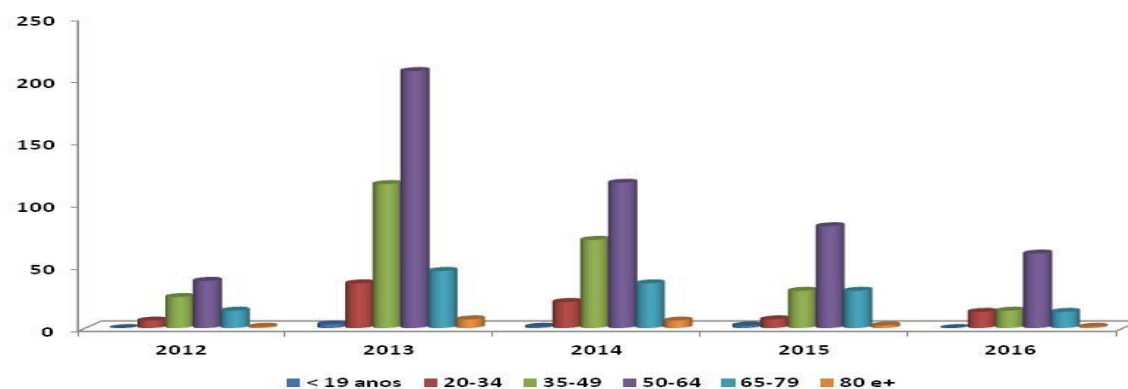
Gráfico 40 - Casos de Hepatites C por sexo em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

A faixa etária encontrada no município diverge da literatura, mostrando um grupo mais jovem (de 35 a 64 anos) de pessoas infectadas (Gráfico 41). A forma clínica predominante dos casos confirmados no período avaliado é a crônica em todas as faixas etárias.

Gráfico 41 - Casos de Hepatites C por faixa etária em Rio Branco - Acre, 2008 a 2012.



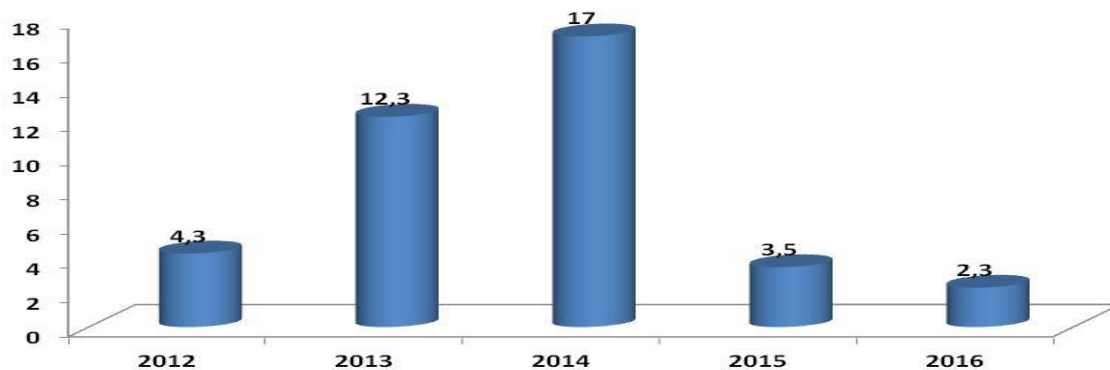
Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

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 tem oscilado na série histórica (Gráfico 42).

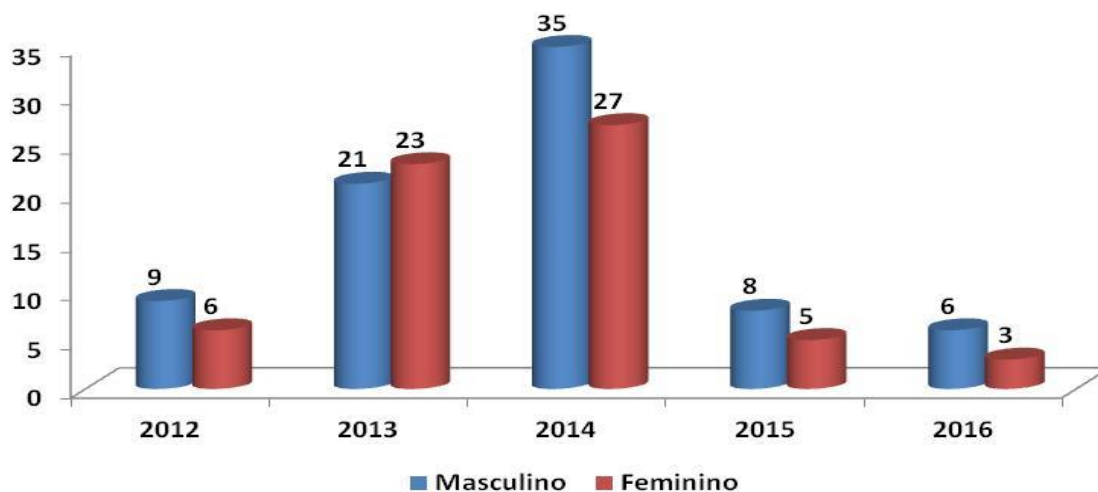
Gráfico 42 - Coeficiente de Detecção de Hepatites D em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

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 43)

Gráfico 43 - Casos de Hepatites D por sexo em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

2.3.8.2 Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Humana

As infecções sexualmente transmissíveis são consideradas doenças de grande relevância para a saúde pública. No entanto, dados relativos às ITS 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.

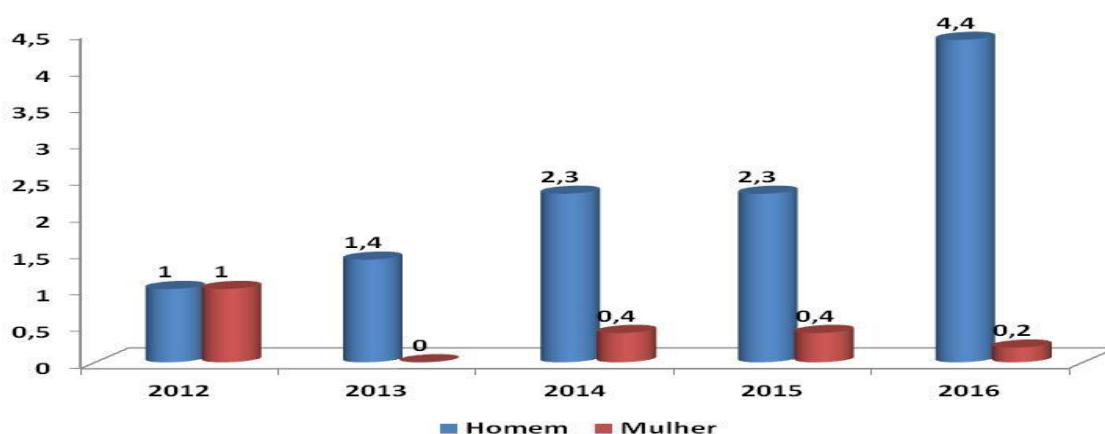
a) AIDS

Em Rio Branco os casos de HIV/AIDS vêm com tendência de crescimento nos últimos anos. Com o objetivo de diminuir os casos de HIV/AIDS, foram implementadas diferentes estratégias, em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, dentre elas:

- intensificação da testagem para o HIV, com a implantação do uso do teste rápido em todas as unidades de saúde do município, incluindo a disponibilização de teste rápido para sífilis e hepatites virais, a capacitação de 100% dos profissionais das unidades de saúde;
- implantação da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) sexual no CTA do município.

De 2012 a 2016 foram notificados 234 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 2016 essa razão atinge um patamar de 4,4 casos em homens para cada 0,2 casos em mulheres. (Gráfico 44).

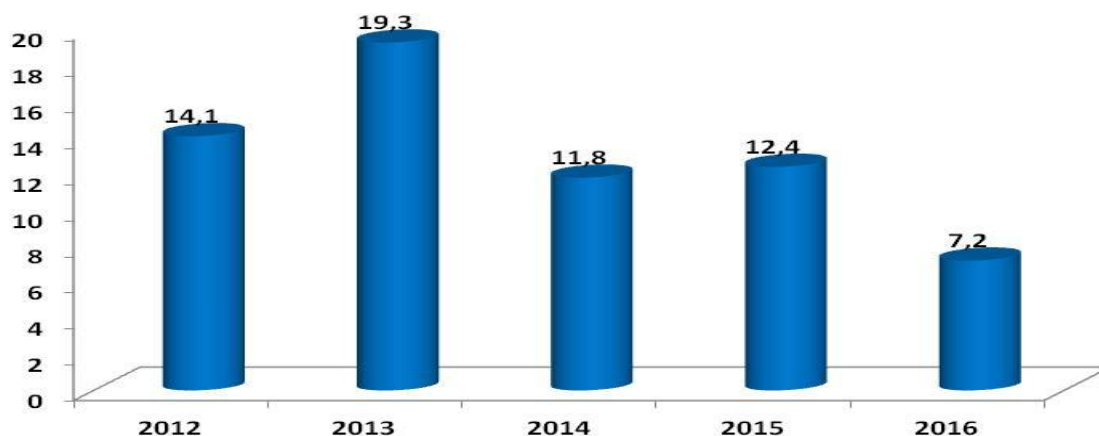
Gráfico 44 - Casos de AIDS em adultos, segundo razão de sexo em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

O Coeficiente de incidência da AIDS aponta um crescimento significativo no ano de 2013 que corresponde ao período de descentralização dos testes rápidos para algumas unidades básicas de saúde. Sendo visualizada redução nos anos seguintes, o que caracteriza que as ações realizadas através das campanhas de promoção realizadas constantemente têm surtido efeito (Gráfico 45).

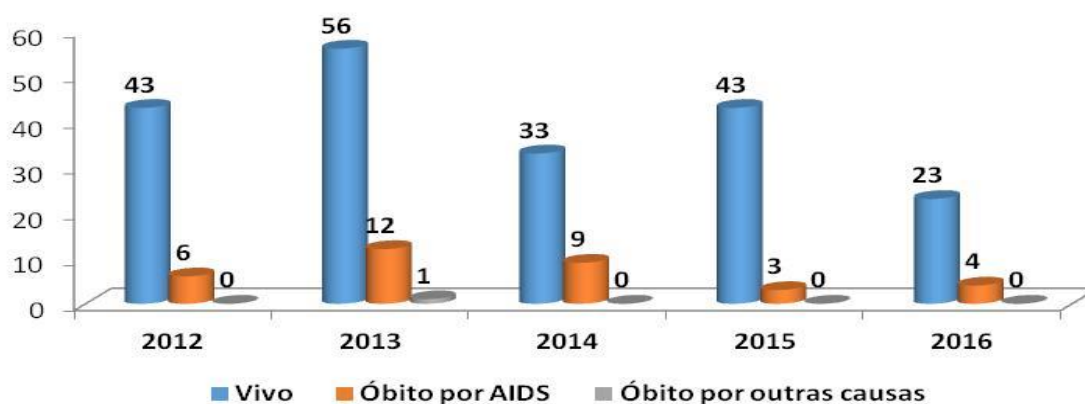
Gráfico 45 - Coeficiente de Incidência de AIDS (por 100.000 hab.), segundo ano de diagnóstico em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

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 46)

Gráfico 46 - Número de AIDS por evolução no município de Rio Branco - Acre, no 2012 a 2016.



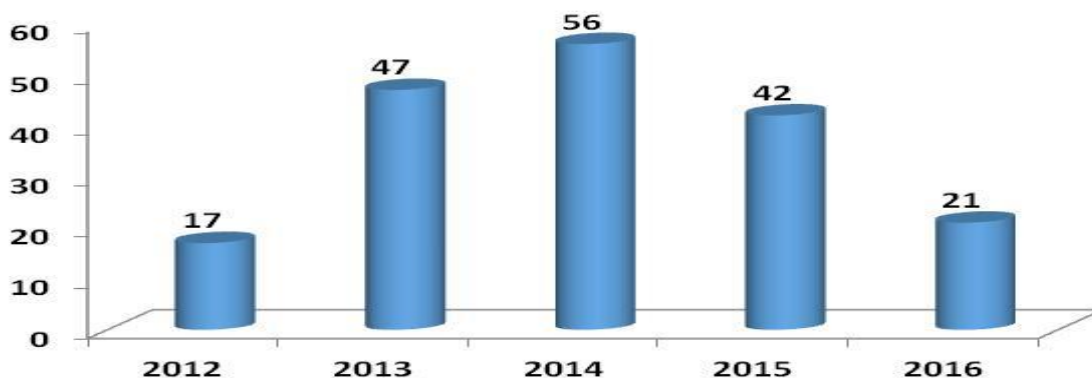
Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

b) Sífilis Congênita

O gráfico abaixo revela que entre os anos de 2012 a 2016 foram notificados 183 casos de sífilis congênita, com uma redução acentuada no período de 2014 a 2016 com tendência de redução (Gráfico 47). 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 reinfecção da gestante e a transmissão vertical da doença.

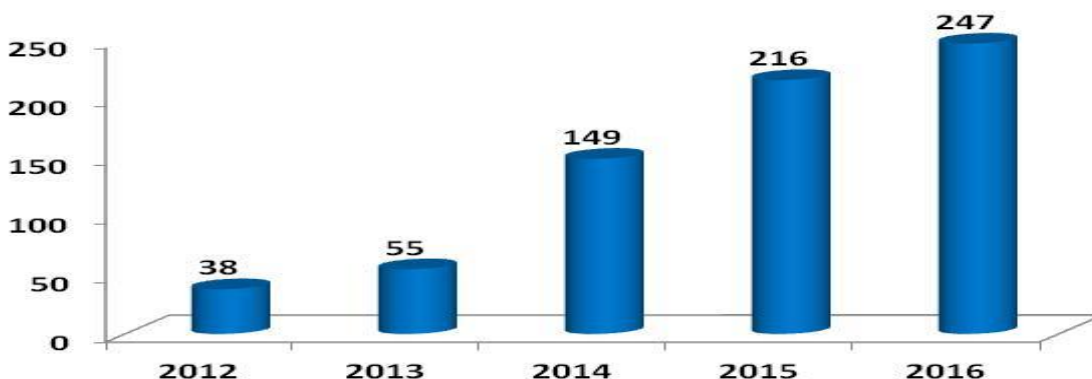
Gráfico 47 - Número absoluto de Sífilis Congênita em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

Observa-se que o número de sífilis em gestante vem aumentando em todos os anos avaliados em decorrência do fortalecimento das ações de vigilância dessa doença, com foco na gestante para reduzir a transmissão vertical (Gráfico 48). Quando a gestante é detectada precocemente, o tratamento é realizado para evitar sequelas no bebê.

Gráfico 48 - Número absoluto de Sífilis em gestante em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



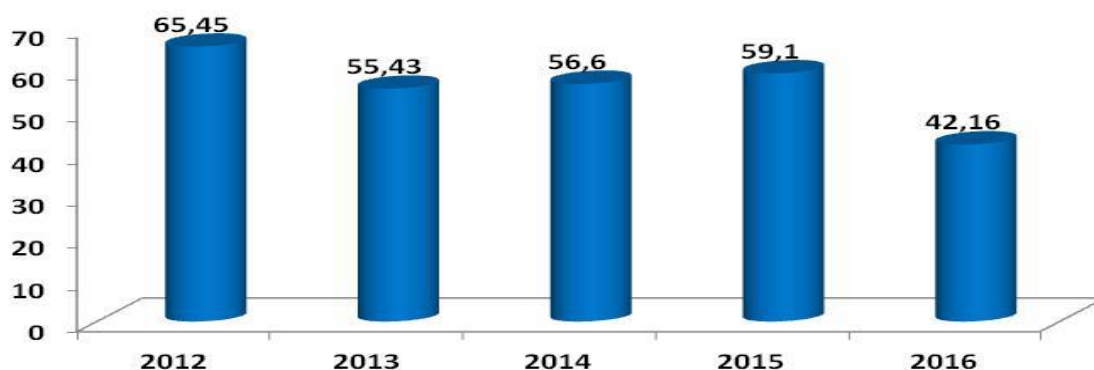
Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

2.3.8.3 Doenças Transmitidas por Vetores

a) Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA

A Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA apresentou uma redução no coeficiente geral de detecção de 65,45/100 mil habitantes em 2012 para 42,16/100 mil hab. em 2016. 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 49).

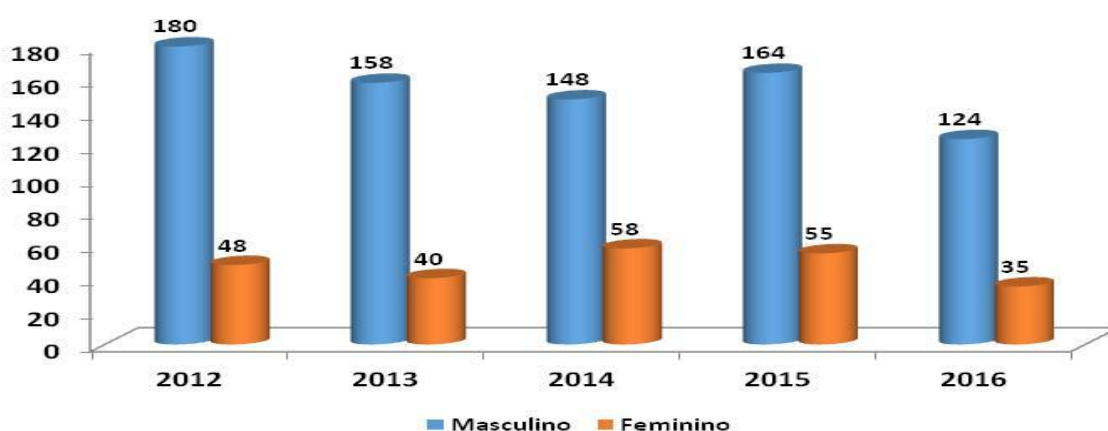
Gráfico 49 - Coeficiente geral de detecção de casos autóctones de LTA por 100.000 habitantes em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

Em relação ao gênero, a LTA é encontrada principalmente em indivíduos do sexo masculino (em 72% dos casos) em virtude das atividades executadas por estes em áreas periurbanas ou de florestas, seja pelo lazer ou pela profissão que desenvolve (Gráfico 50).

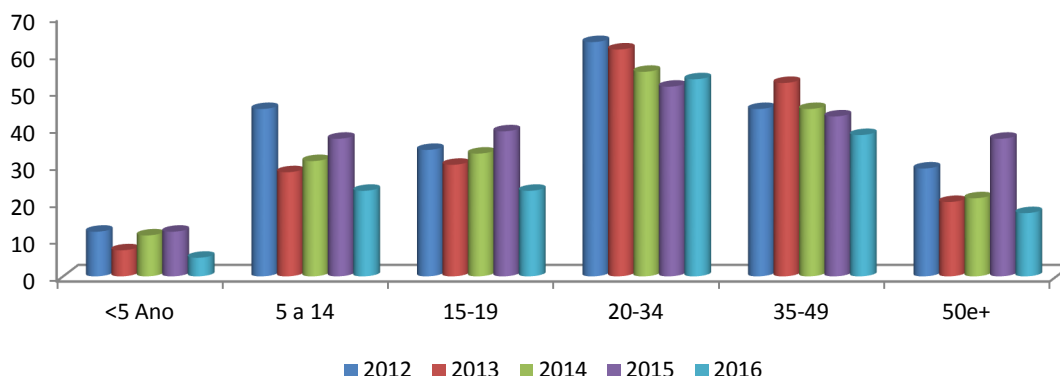
Gráfico 50 - Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA por sexo em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

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 51). A proporção de casos de LTA que evoluíram para cura clínica, em todos os anos, supera o indicador (85%).

Gráfico 51 - Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana por faixa etária em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

b) Dengue

No Brasil, a dengue é caracterizada por transmissão endêmica e epidêmica determinada principalmente pela circulação simultânea dos quatro sorotipos viral: DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4.

Em Rio Branco, a primeira epidemia de dengue ocorreu em 2000, causada pelo sorotipo DENV1.

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.

Os casos de Dengue tem se mantido baixo, isso se dá pelas ações desenvolvidas diariamente na cidade com os agentes de endemias, ações de Educação em Saúde e mídia (Gráfico 52).

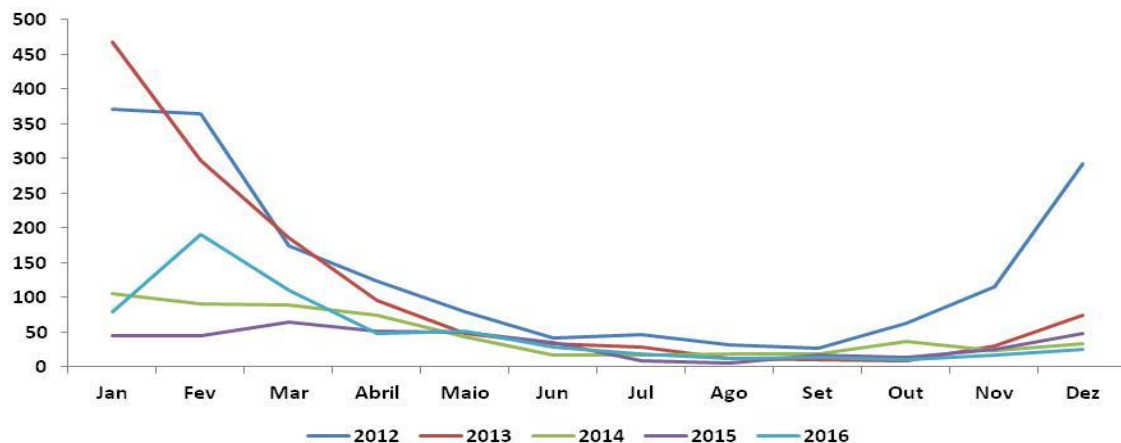
Gráfico 52 - Casos suspeitos de Dengue em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

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 53).

Gráfico 53 - Casos suspeitos de Dengue, segundo mês de ocorrência em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



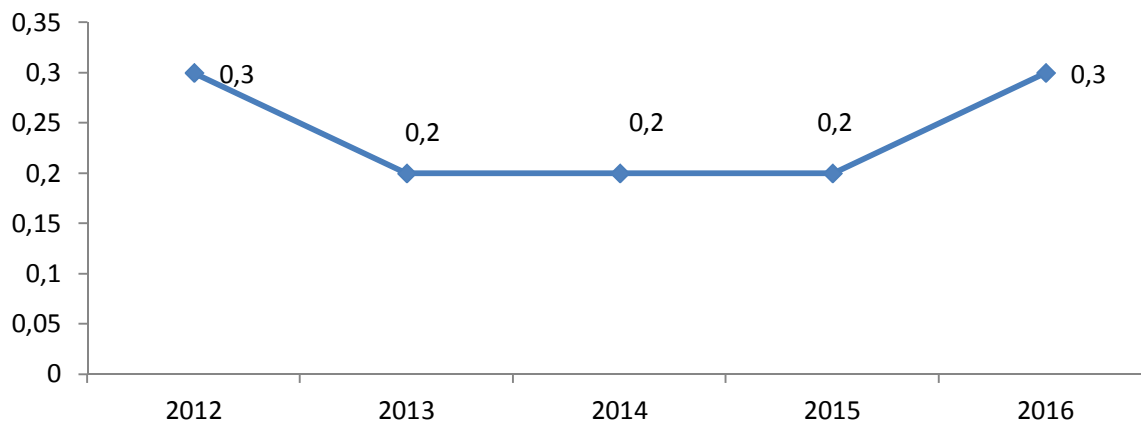
Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

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.

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 2012 a 2016 não ultrapassou 0,5/1.000 habitantes para os casos autóctones, colocando o município numa condição extremamente confortável para a transmissão dessa doença (Gráfico 54).

Gráfico 54 - Índice Parasitário Anual – IPA em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016



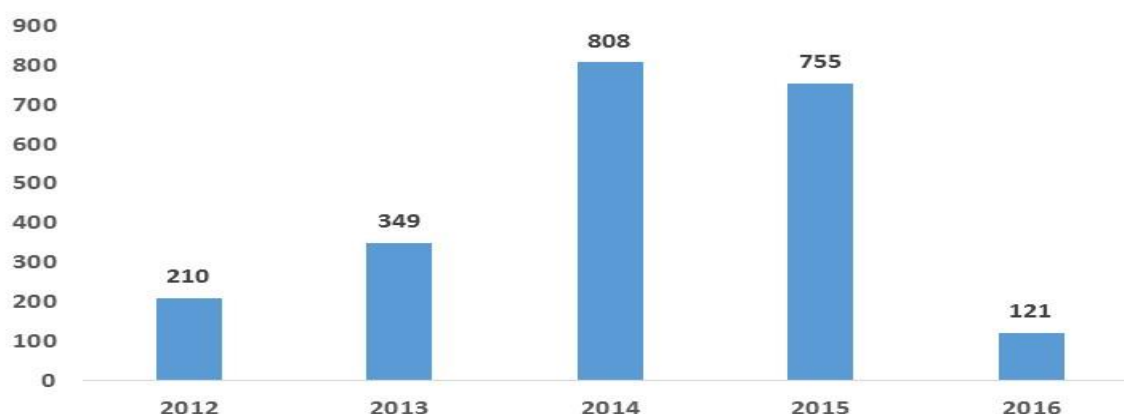
Fonte: SIVEP-MALÁRIA/DIAD/SEMSA/2017

d) Leptospirose

A leptospirose é uma doença 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. Em 2014 e 2015 foram os anos com maior número de casos confirmados. (Gráfico 55).

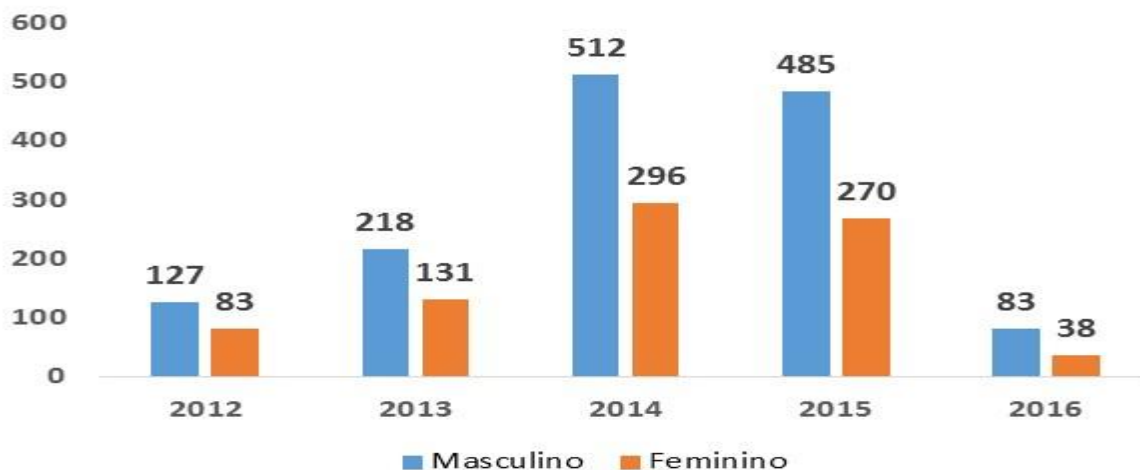
Gráfico 55 - Casos confirmados de Leptospirose em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

O gênero mais acometido em todos os anos analisados é o masculino com 60% dos casos (Gráfico 56).

Gráfico 56 - Casos de Leptospirose por sexo em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

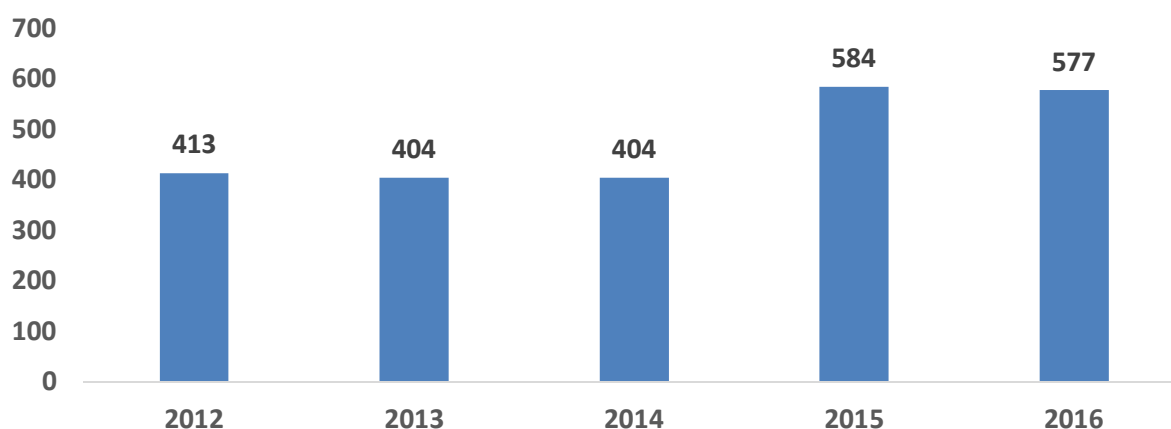
2.3.8.4 Violência Sexual, Doméstica e Outras Violências

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 autoprovocadas) 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 57).

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 57 - Número absoluto de notificações de violência em Rio Branco - Acre, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN/DIAD/SEMSA/2017

2.4 ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

2.4.1 Rede de Atenção à Saúde

2.4.1.1 Atenção Primária em Saúde

2.4.1.1.1 Assistência à Saúde

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. (BARBARA STARFIELD, 2012).

Buscando atender os princípios e diretrizes do SUS, o Sistema Municipal de Saúde orienta-se pelo trabalho em equipe multiprofissional apoiados na Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. O estabelecimento de parcerias e articulações intersetoriais bem como o fomento ao controle social também são eixos estruturantes da SEMSA, para a proteção e promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação, ampliando a capacidade resolutiva, com a ampliação da rede assistencial ao longo dos últimos 12 anos, com a implantação das Unidades de Referência da Atenção Primária e ampliação da Estratégia de Saúde da Família.

A Rede de Atenção Primária do município de Rio Branco está dividida em 12 Seguintes de Saúde, com a distribuição de 05 Unidades de Referência da Atenção Primária – URAP, 06 Centros de Saúde e 01 Policlínica.

Nos Centros de Saúde e nas Unidades de Referência da Atenção Primária – URAP são ofertados os serviços de clínica geral, pediatria e ginecologia, bem como os serviços de enfermagem, odontologia, imunização, farmácia, dentre outros, com atendimento por demanda espontânea e por encaminhamento das Equipes de Saúde da Família de sua área de abrangência. Também possui um sistema de agendamentos de atendimentos para as especialidades de Média e Alta Complexidade, cujas ações são oferecidas pela Rede Estadual de Saúde.

Além das 12 Unidades Básicas de Saúde, a Atenção Primária conta ainda com 69 Equipes de Saúde da Família, destas 27 possuem equipe de saúde bucal. A rede é composta ainda por 04 Academias de Saúde, 02 Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF, 01 central de abastecimento farmacêutica - CAF, 01 Centro Especializado de Assistência Farmacêutica Municipal - CEAFA, 02 Centros de Apoio Diagnóstico, 01 Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, 01 dispositivo Consultório na Rua, 01 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar 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 populacional estimada pelas equipes da Atenção Primária de 95,15%, cobertura de Equipes de Saúde da Família de 63,52%. Esta estrutura vem ofertando à comunidade local ações de atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, Atenção ao Idoso, Saúde em

Movimento, Saúde do Homem, Controle do Tabagismo, Saúde do Trabalhador, DST/AIDS, Saúde Mental, Educação em Saúde, Hipertensão, Diabetes, Hanseníase, Leishmaniose e Tuberculose, através de atividades de promoção da saúde com ações descentralizadas através de grupos, atividades físicas, atendimento clínico, de enfermagem, odontológico, atendimento domiciliar aos que estão em situação de vulnerabilidade em saúde.

Com base no princípio de territorialização, a Atenção Básica/Saúde da Família é responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas da sua área de abrangência, respeitando as culturas locais e facilitar o acesso ao sistema de saúde. Além disso, os profissionais da saúde também devem estar preparados para romper com a fragmentação da equipe multiprofissional e para reconhecer a integração entre a rede básica e o sistema de referências (BRASIL, 2011).

Com o olhar para o princípio da Equidade, atendendo as especificidades e necessidades de fortalecimento de redes e ações de serviços estratégicos, a Atenção à Saúde, vem priorizando a atenção à saúde às populações específicas, visando reduzir as iniquidades e desigualdades sociais, tais como:

Saúde da População Rural e Ribeirinha

A população Rural e Ribeirinha representa 10,02% da população de Rio Branco e reside em localidades que apresentam grandes dificuldades de acesso aos serviços de saúde em virtude das barreiras sociais e geográficas, desde 2005 a Secretaria Municipal de Saúde através da Área Técnica Saúde na Comunidade vem realizando atendimentos de saúde aos moradores das áreas rurais e ribeirinhas, visando à prevenção, promoção e redução de doenças e agravos, contribuindo desta forma, para o bem-estar e qualidade de vida dos usuários do sistema (SUS).

As localidades atendidas são:

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

Saúde Mental

Uma das estratégias prioritárias da SEMSA, nos últimos 04 anos, vem sendo o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Mental, disparada pela Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Pretende-se que as pessoas com

transtornos mentais ou que sofrem de distúrbios comportamentais no nosso estado sejam 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 de saúde mental representa o grande passo de todo o processo de descentralização, que tem como finalidade a assistência em saúde mental nas Unidades de Saúde, estando o mais próximo possível, do local de moradia do usuário e nos dispositivos substitutivos à internação em hospitais manicomiais, promovendo a reinserção social dos portadores de transtornos mentais graves e persistentes.

Atualmente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na SEMSA, 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, avançando no 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.

Saúde da Pessoa com Deficiência

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.060 de 2002 (BRASIL, 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 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.

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. Segundo o IBGE (2010) os negros (pretos e pardos) eram a maioria da população brasileira em 2014, representando 53,6% da população. Os brasileiros que se declaravam brancos eram 45,5%.

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.

2.4.1.1.2 Vigilância em Saúde

A Diretoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco tem por objetivo desenvolver um conjunto de medidas capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde desenvolvendo ações voltadas para a saúde coletiva, com intervenções individuais ou em grupo.

A Vigilância em Saúde está estruturada em 03 Departamentos:

À Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;

À Departamento de Vigilância Sanitária; e

À Departamento de Controle de Zoonoses.

Vigilância Epidemiológica

Um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

A Vigilância Epidemiológica disponibiliza informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, bem como dos seus fatores condicionantes em uma área geográfica ou população determinada para a execução de ações de controle e prevenção.

Além disso, é um instrumento importante para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normalização de atividades técnicas correlatas. Sua operacionalização compreende um conjunto de funções específicas e complementares que devem ser, necessariamente, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo em questão.

O Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental de Rio Branco é composto das seguintes divisões: Divisão dos Agravos Não Transmissíveis, Infecções Sexualmente transmissíveis, Divisão dos Agravos Imunopreveníveis e Rede de Frio, Divisão Doenças Transmissíveis, Divisão dos Agravos Transmitidos por vetores, Divisão de Informação e Análise de Dados, Divisão de Saúde Ambiental.

As ações são desenvolvidas continuamente, com o propósito de conhecer o comportamento e as características epidemiológicas das doenças e dos agravos, a qualquer momento, sendo as atividades contínuas, dinâmicas, interligadas e

coordenadas, possibilitando a tomada de decisão imediata e oportuna, e considerando os prazos e a qualidade das informações.

Através do Departamento de Vigilância Epidemiológica são desenvolvidas, entre outras, as seguintes ações:

- Análise e acompanhamento do comportamento epidemiológico de doenças e agravos ocorridas no município;
- Coleta dos dados, em especial das doenças de notificação compulsória;
- Distribuição de insumos e imunobiológicos para as Salas de Vacina do municípios;
- Promoção de Campanhas de Vacinação;
- Avaliação da Cobertura Vacinal;
- Implantação gerenciamento e operacionalização dos sistemas de informações de base epidemiológicas para a análise da situação de saúde e a realização das investigações epidemiológicas;
- Investigação de surtos;
- Realização de Campanhas de Prevenção;
- Educação em Saúde nas Escolas, órgãos públicos e privados com ênfase na prevenção dos agravos;
- Atuação frente às epidemias.

Departamento de Vigilância Sanitária

O Departamento de Vigilância Sanitária (VISA) realiza através das diretrizes estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e das ações previstas no plano de ações 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.

A Vigilância Sanitária, enquanto ação de saúde de natureza preventiva, atua sobre uma diversidade de objetos que estão direta ou indiretamente relacionados com a saúde individual e coletiva, com o intuito de diminuir, eliminar ou controlar o risco sanitário. Deste modo, as ações de VISA perpassam todas as práticas sanitárias, exercendo uma função mediadora entre os interesses da saúde e da economia, fazendo valer o princípio da supremacia do interesse público sobre o particular, contribuindo, assim, para a proteção e promoção da saúde da coletividade.

A atuação da Vigilância Sanitária precisa estabelecer-se a partir da priorização das necessidades de saúde socialmente determinadas, considerando também as demandas do segmento produtivo. A análise da situação de saúde na perspectiva da VISA deve levar em conta as especificidades locais, o estado de saúde da população, o sistema de serviços de saúde e o potencial de risco inerente aos objetos da vigilância.

No âmbito do município, a Vigilância Sanitária realiza fiscalizações sanitárias nos estabelecimentos de interesse à Saúde; faz atendimento às denúncias realizadas pelos usuários; realiza palestras educativas com temas relacionados à saúde; faz controle sanitário e investigação de risco dos surtos epidemiológicos, realiza fiscalização sanitária em terrenos baldios e casas fechadas onde há proliferação do mosquito *Aedes aegypti*.

Departamento de Controle de Zoonoses (DCZ)

O Departamento de Controle de Zoonoses (DCZ) é uma unidade vinculada à Diretoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e realiza ações de promoção, prevenção e controle de zoonoses em cães e gatos do município e controle de demais espécies sinantrópicas. Todas suas ações são planejadas e executadas de acordo com a portaria ministerial 1.138 de 23 de maio de 2014 e Portaria MS 2.022 de 07 de agosto de 2017.

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. 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 2003 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 e vão a óbito no DCZ para monitoramento da Raiva Animal no município.

Para impulsionar as ações de controle de cães e gatos no município, foi sancionada a Lei 2.215/2016 que trata do registro de cães e gatos e está sendo utilizada para que possamos estimar a população destes animais no Município, tal instrumento também estipula o que vem a ser maus tratos.

A imunização dos animais é realizada na Campanha de vacinação Antirrábica Canina e Felina que ocorre nas áreas ribeirinhas ocorre no período de janeiro a

fevereiro, seguida da vacinação rural que é realizada sempre nos meses de abril, maio e junho e no segundo semestre do é executada a campanha urbana de vacinação, todas as ações objetivam imunizar 80% de 48.289 cães.

2.4.1.2 Atenção de Média e Alta Complexidade

Atualmente, a rede de atenção municipal disponibiliza ações e serviços de média complexidade que dão suporte de apoio diagnóstico e terapia, dos quais a população tem acesso pela atenção básica o mais próximo do seu território, além disso a atenção básica é ordenadora de ações e serviços da rede de atenção a saúde.

A Rede Municipal oferta os seguintes serviços de média complexidade: exames laboratoriais (hematologia, hormonais, bioquímica, imunologia); exames de imagens (raio-X, ultrassonografia, mamografia); eletrocardiograma; 03 serviços ambulatoriais de fisioterapia e 01 serviço de fisioterapia de fortalecimento do assoalho pélvico; 05 ambulatorios de psicologia e 01 ambulatorio de psicologia infantil; 03 ambulatorio de fonoaudiologia; 01 ambulatorio de nutrição; 06 ambulatorios de ginecologia e 01 específico para planejamento familiar; 11 ambulatorios de pediatria e 01 ambulatorio de pediatria especializado em intercorrências; 01 serviço de cirurgia ambulatorial; 01 Centro Especializado em Odontologia e um laboratório de prótese; 01 serviço de equoterapia; e 01 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD.

Visando ordenar o cuidado na rede, a atenção básica regula os serviços de média complexidade ofertados pela rede estadual, sendo estes, de diagnóstico e terapia, regulados e/ou agendados via sistema de regulação - SISREG, no qual os usuários podem agendar nas Unidades de Saúde com núcleos de regulação (Centros de Saúde e URAPs) para atendimento ambulatorial no Hospital das Clínicas, Hosmac, Cecon, Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliodora e Dermatologia Sanitária.

A população do município conta com uma rede de urgência e emergência, cuja gestão é estadual, e está composta por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, 03 Unidades de Pronto Atendimento - UPA e 01 Hospital de Urgência e Emergência - HUERB.

Os serviços de Alta Complexidade não são referenciados pela atenção básica. Como se tratam de exames de alto custo ou terapias que exigem diagnóstico estabelecido, os usuários são encaminhados a ambulatorios de especialidades médicas, para iniciar investigação diagnóstica e tratamento.

A rede de atenção à saúde de média e alta complexidade da gestão estadual possui serviço de internação hospitalar no Hospital das Clínicas, Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco, Maternidade Bárbara Heliodora, Hospital de Saúde Mental, Hospital da Criança e Hospital Santa Juliana (serviço contratado). Conta ainda com serviços especializados de alta complexidade, como a Unidade de Nefrologia, Unidade de Alta Complexidade em Oncologia e o serviço de cardiologia.

2.5 GESTÃO EM SAÚDE

2.5.1 Gestão do Trabalho, Educação na Saúde e Humanização

A área de gestão de pessoas caracteriza-se por sua função estratégica no interior das organizações destacando-se como requisito para alinhar as pessoas à estratégia da organização (BOSQUETTI; ALBURQUEQUE, 2005). Na saúde, tradicionalmente, a gestão de pessoas foi concebida com o termo Recursos Humanos, equiparando as pessoas, à outros recursos como financeiros e estruturais para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde. Essa concepção simplifica a área de gestão de pessoas ao recrutamento, pagamento e processos de exoneração dos servidores, sem considerar o desenvolvimento pessoal como estratégia de valorização do trabalho e do trabalhador da saúde.

Nesse contexto, reconhecendo o servidor não como recurso, mas como parte essencial da gestão pública e como sujeitos autônomos e protagonistas do seu processo de trabalho, o Departamento de Gestão de Pessoas da SEMSA, desde sua criação no ano de 2009, vem buscando promover o desenvolvimento do servidor na carreira profissional, entendendo que gestão de pessoas se faz com as pessoas e não para as pessoas.

Com a configuração organizacional da área, incluindo a Gestão do Trabalho, Educação na Saúde e Humanização, foi possível fortalecer novas práticas de gestão de pessoas, com a integração das políticas de gestão de trabalho, educação na saúde e humanização, articulando três áreas de atuação transversal, que perpassa todos os setores da SEMSA e que se complementam na promoção do desenvolvimento do servidor na carreira pública.

Gestão do Trabalho

Com a ampliação das responsabilidades da municipalidade no processo de descentralização do SUS, a Força de Trabalho na saúde vem aumentando, conforme

as necessidades de implantação de novos serviços de saúde e implementação de serviços já existentes. Nos últimos quatro anos, mesmo com os desafios existentes para manutenção do quadro de profissionais que atendam às necessidades dos serviços, novos postos de trabalho foram criados, com a ampliação no número de servidores.

No período de 2014 a 2017, foram contratados 371 servidores efetivos do concurso público realizado nos anos de 2016 e 2016. Além disso, considerando as necessidades emergenciais de contratação de médicos e técnicos de enfermagem para atuar na assistência à saúde, foram realizados 04 concursos para contratação temporária de 84 profissionais de saúde.

Na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, a força de trabalho é contratada de forma direta pela municipalidade, por meio de concursos públicos, sem terceirização do trabalho, o que possibilita maior estabilidade para o servidor e o fortalecimento do vínculo institucional. Atualmente, no quadro da SEMSA dispomos de 1.720 servidores efetivos e 69 temporários e 71 cargos em comissão, totalizando 1.860 pessoas atuando na gestão e assistência.

Uma das estratégias adotadas na SEMSA para valorização do servidor, vem sendo a garantia do desenvolvimento na carreira municipal, por meio do Plano de Cargos Carreiras e Remuneração (PCCR) e ao longo destes 09 anos, a municipalidade assume a responsabilidade de revisar anualmente este instrumento, com ampla participação das entidades representativas de classe, que por meio de suas lideranças apresentam as demandas para alterações no Plano, sendo estas atendidas, seguindo as necessidades e prioridades apresentadas pelo movimento sindical. No decorrer destes últimos 04 anos, foram realizadas 04 revisões do PCCR, contemplando as demandas existentes.

Revisitando o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, observamos que foram programadas 04 metas para a área: 01 - Realizar a Revisão do PCCR; 02 - Implementar a mesa de negociação; 03 - Instituir o sistema de avaliação de desempenho dos servidores municipais; e 04 - Implantar um Sistema de Informações sobre os trabalhadores da SEMSA, das quais foram efetivadas três. A avaliação de desempenho não foi efetivada pela dificuldade de pessoal no quadro técnico do DGP, para condução do processo, desde a criação da comissão, à definição dos mecanismos e a sua efetivação enquanto processo permanente e contínuo para

contribuir com a valorização do servidor. A partir dessa necessidade, a meta é realocada para o PMS 2018-2021, como uma das prioridades na área.

Educação na Saúde

A Educação na Saúde envolve a qualificação profissional dos servidores da SEMSA, o planejamento e monitoramento dos estágios curriculares e remunerados, a promoção da integração ensino e serviço e a autorização das pesquisas científicas realizadas no âmbito da Secretaria. A SEMSA é campo de estágio para os cursos na área da saúde de 05 Instituições de Ensino Superior e 03 de Ensino Técnico da área pública e privada, atendendo aos convênios firmados seguindo à Lei nº 11.788/2008.

No campo do ensino serviço, a área participa do Programa PET-SAÚDE/GRADUASUS desenvolvido com a UFAC, onde são realizados fóruns permanentes de discussão para fortalecer essa integração e contribuir com as mudanças curriculares nos cursos de graduação, considerando as necessidades do SUS.

No campo da pesquisa, normatizamos os fluxos para autorização das pesquisas desenvolvidas por graduandos, especializandos, mestrandos ou doutorandos, que tenham como objeto de estudo as ações e serviços de saúde na atenção primária, seguindo os preceitos éticos preconizados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12.

Para qualificação dos servidores, o setor vem apoiando o desenvolvimento de cursos técnicos e de pós-graduação, voltados para trabalhadores do SUS, por meio das parcerias com a Escola Técnica do SUS, a UAB pólo Rio Branco, o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês e a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, com a liberação de servidores para participação nos cursos ofertados. No ano de 2017, foi desenvolvido pela SEMSA, em parceria com a Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, o curso de Especialização de Ensino em Saúde com Ênfase em Processos Pedagógicos Ativos, com o objetivo de qualificar profissionais para atuar como facilitadores nos processos de formação na SEMSA.

Um dos grandes desafios na SEMSA vêm sendo a Educação Permanente em Saúde enquanto concepção de qualificação desenvolvida ão trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (ROVERE apud CECCIM, 2005), entendendo que a qualificação para ser significativa, precisa ser sentida enquanto necessidade pelo trabalhador no

seu cotidiano das práticas, promovendo assim mudanças no processo de trabalho em saúde.

Com essa linha de pensamento, a área pretende promover a formação de servidores e gestores, que possam atuar como facilitadores nos processos de formação com o uso de metodologias ativas, a partir da problematização, nos territórios de saúde, considerando as necessidades locais de práticas educativas que façam sentido no seu cotidiano, sem a oferta de um pacote de qualificações pensadas a partir da perspectiva da gestão.

Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) busca por em Prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de Saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar na construção de seres autônomos e corresponsáveis com as práticas de saúde.

Analisando o Cenário é possível identificar a dificuldade dos servidores, gestores e usuários do serviço, de ampliar sua compreensão sobre as práticas desta Política, rompendo com o paradigma de que é apenas um conjunto de Propostas abstratas, subjetivas, centrada na ideia do bom atendimento enquanto não ser educado.

A Humanização como Política Transversal estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho, e dos usuários no cuidado de si. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde.

Interessa-nos através da Proposta do curso de Formação de Apoiadores da Política Nacional de Humanização, a ser priorizado neste Plano Municipal, enfatizar os modos de produção de saúde e de sua análise no cotidiano dos serviços, de maneira a chamar a atenção para o processo de construção e apropriação do cuidado em saúde pelos diferentes atores nela envolvidos, os tornando multiplicadores da PNH nos seus espaços de atuação.

2.5.2 Planejamento

O planejamento no SUS é uma função gestora que além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. O ato de planejar exige conhecimento técnico que se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho. O Plano Municipal de Saúde, expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica.

O planejamento no SUS é de responsabilidade conjunta das três esferas da federação, sendo que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem desenvolver suas respectivas atividades de maneira funcional para conformar um sistema de Estado que seja nacionalmente integrado. Assim, as atividades de planejamento desenvolvidas de forma individual, em cada uma das esferas, em seus respectivos territórios, devem levar em conta as atividades das demais esferas, buscando gerar complementaridade e funcionalidade.

Essa articulação de tarefas entre as três esferas da Federação deve ser organizada a partir de uma distribuição de responsabilidades e atribuições definidas pelas normas e acordos vigentes. Os Municípios, a partir das necessidades locais, das diretrizes estabelecidas pelos conselhos municipais de saúde, das prioridades estaduais e nacionais, elaboram, implementam e avaliam o ciclo do planejamento municipal.

Assim, o planejamento no SUS se fundamenta em uma dinâmica federativa em que cada uma das esferas possui suas atribuições específicas, que articuladas produzem um planejamento orientado para impulsionar estratégias de regionalização.

Os princípios gerais para o planejamento no Estado Brasileiro, com foco no setor saúde, estão dispostos ao longo de um conjunto de normas de diversas naturezas, editadas ao longo de quase três décadas. A legislação a ser observada no campo da saúde é composta tanto por normas gerais aplicáveis ao planejamento governamental, quanto pelas normas específicas editadas no âmbito do SUS.

Os instrumentos para o planejamento no SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. Esses instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

O Departamento de Planejamento é o ponto focal, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, para o atendimento das demandas relativas aos instrumentos de planejamento previstos no SUS. Anualmente, este Departamento, em parceria com todos os demais Departamentos da SEMSA, faz girar o ciclo da Gestão do SUS.

É importante ressaltar que todos os instrumentos de planejamento e gestão elaborados são encaminhados para a apreciação do Conselho Municipal de Saúde, conforme previsto na legislação.

Além destas atribuições, o Departamento de Planejamento é responsável ainda pela captação de recursos e execução de convenios de receita, bem como pela seleção e monitoramento de Termos de Fomento e Parceria.

2.5.3 Regulação, Controle e Avaliação

A Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação – DRCA integra a estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, sendo subdividida nas Divisões de Regulação, Controle, Avaliação e Sistema de Informação de Base de Dados Nacional, desenvolve um conjunto de ações que visam subsidiar a gestão na tomada de decisão e no planejamento das políticas locais de saúde.

Esta Diretoria vem consolidando o processo de pactuação de indicadores através de realização de oficinas anuais, com a participação de gestores, trabalhadores em saúde das mais diversas áreas, técnicos municipais e 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 registram 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.

Os indicadores são variáveis definidas para medir, com a intenção de orientar os gestores na tomada de decisões sobre determinado fenômeno de interesse, reforçando as responsabilidades de saúde da população no território. São fundamentais para avaliar os objetivos, metas e resultados propostos, quantitativa e qualitativamente.

As metas pactuadas devem ser norteadoras das ações a serem executadas no período em que o resultado deve ser alcançado, por esta razão, a pactuação deve ser discutida entre os profissionais de saúde e gestores.

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, implementados a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção e cuidado à saúde.

Neste contexto, o Relatório Final das Oficinas de Pactuação dos Indicadores de Saúde serve como base para a construção da Programação Anual de Saúde e instrumento de monitoramento quadrimestral dos indicadores prioritários pactuados.

Como instrumento norteador da avaliação, os técnicos desta Diretoria elaboram boletins informativos quadrimestrais, destacando o resultado dos indicadores pactuados, cumprimento das metas de procedimentos por profissional e por equipe, informes técnicos dos sistemas nacionais, normativas técnicas para os serviços estarem atuando de forma a acompanhar as mudanças propostas pelo Ministério da Saúde.

Esta Diretoria também elabora e divulga aos profissionais de saúde Notas Técnicas informando fluxos de novos serviços implantados e/ou reorganização de serviços já implantados. As Notas Técnicas servem como norteadores para que os profissionais estejam sempre atualizados e atuando de forma coerente com os fluxos estabelecidos.

Por meio da Central de Regulação, também 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.

O Sistema de regulação e agendamento de consultas e exames especializados está em fase de reestruturação. Sendo que, até meados de 2017, o agendamento dos procedimentos especializados era realizado e /ou regulado através de sistema informatizado do Ministério da Saúde denominado SISREGiii. Percebendo a necessidade da utilização de um prontuário eletrônico, agregando o agendamento de consultas e procedimentos, e também a dispensação de medicamentos, esta Secretaria está em fase de implantação do sistema G-MUS (Sistema de Gestão Municipal de Saúde) em todos os serviços da Atenção Primária, uma ferramenta de

gestão para as Secretarias Municipais de Saúde que integra a história clínica do paciente na Rede de Atenção Primária do município de forma online.

Assim, esta secretaria está migrando os agendamentos de consultas e exames da rede municipal do SISREGiii para o G-MUS, e em acordo com a Central de Regulação Estadual, as consultas e exames da Rede Estadual são agendadas e/ou reguladas pelo sistema SISREGiii.

Ressaltamos ainda que os agendamentos de consultas e exames são realizados nesta Central de Regulação Ambulatorial e em 12 Núcleos Reguladores, instalados nos Centros de Saúde, Policlínica e Unidades de Referência da Atenção Primária – URAP.

O serviço especializado oferecido por meio do agendamento prévio é disponibilizado nos Centros de Saúde, Policlínica e Unidades de Referência da Atenção Primária, CEO – Centro de Especialidades Odontológicas, Centros de Apoio Diagnóstico - CAD e CAD Imagem da rede municipal; e nos serviços especializados de atenção à saúde da rede estadual, sendo: Hospital de Clínicas, Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre, Dermatologia, Maternidade Bárbara Heliodora, Hospital Santa Juliana, CECOM - Centro Oncológico do Estado do Acre, Centro de Formação Tucumã, entre outros.

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 46% 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 Programação Pactuada e Integrada – PPI (2011) podendo haver revisão de vagas oferecidas.

2.5.4 Ouvidoria Municipal de Saúde

A Ouvidoria Municipal de Saúde/SUS como integrante da rede nacional de Ouvidoria do SUS no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco foi implantada através da Portaria N.º 07 de 02 de março de 2009.

A Ouvidoria de Saúde representa um canal democrático direto de diálogo dos usuários do sistema e da comunidade com a gestão, para subsidiar a política de saúde do município, contribuindo com o controle social, sendo um espaço aberto ao cidadão.

Atualmente desempenha o papel de espaço de cidadania, mediação no acesso a serviços de saúde, e instrumentos de gestão. Após o devido acolhimento e escuta

do cidadão as demandas são registradas, analisadas, classificadas, tipificadas e encaminhadas pela equipe da OMS (Ouvidoria Municipal de Saúde) que acompanha o desenrolar das demandas até a resposta ao cidadão e finalização da demanda.

Para facilitar o acesso, a Ouvidoria utiliza alguns canais para facilitar e trazer maior comodidade aos usuários do SUS. O acesso aos canais de comunicação da Ouvidoria pode ser presencial dentro do âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, por telefones (0800 647 15 16 ou 3224 4269), e-mail (ouvidoria.semsa@riobranco.ac.gov.br), aplicativo E-Saúde, dentre outros.

No ano de 2014 foram registradas 356 demandas, houve uma queda de aproximadamente 9,5% registrando apenas 322 demandas, todavia a procura da Ouvidoria para registro de demandas (sugestão, solicitação, elogios, reclamações, denúncias, dentre outros) tem apresentados dados crescentes seguindo os seguintes fatores de 2016 com 412 demandas, e de 01/01/2017 até 23/11/2017 com 516 demandas registradas no sistema.

No período de janeiro de 2014 a novembro de 2017 foram resolvidas aproximadamente 40% das demandas recebidas. Com esse resultado, é necessária a integração de todos os setores, para que as respostas ofertadas aos usuários sejam mais concretas, ou seja, buscando a satisfação do usuário.

2.5.5 Financiamento

O financiamento das ações e serviços de saúde no município de Rio Branco segue o disposto na Lei n.º 8.142/90 (BRASIL, 1990), com transferência de recursos federais do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Convém ressaltar que o Fundo Municipal de Saúde de Rio Branco foi criado por meio da Lei Municipal n.º 966 de 11 de outubro de 1991, e regulamentado pela Lei n.º 1329 de 17 de setembro de 1999.

A partir da Emenda Constitucional n.º 29 de 2000, o município vem cumprindo com o percentual mínimo de 15% de Recursos Próprios investidos na área (Gráfico 58). Com relação aos recursos federais, estes são repassados de acordo com os Blocos de Financiamento do SUS (Atenção Básica, Média Complexidade, Vigilância em Saúde, Gestão e Investimento na Rede).

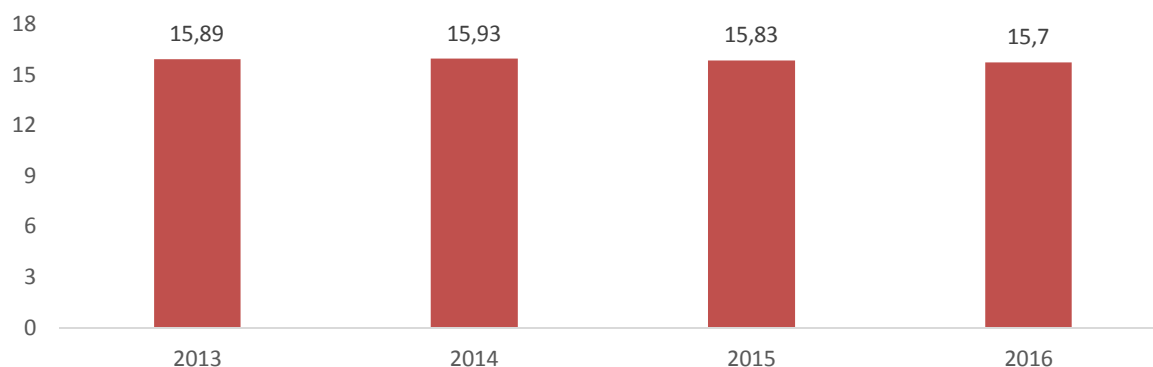
A tabela 1 demonstra a evolução do orçamento do Fundo Municipal de Saúde de 2013 a 2016.

Tabela 1 – Orçamento do Fundo Municipal de Saúde de Rio Branco – Comparativo 2013 a 2016.

Ano	Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga
2013	90.258.278,00	112.832.583,83	96.031.008,69	91.483.825,36	91.305.076,50
2014	98.962.799,00	125.014.566,77	113.607.886,96	105.973.300,10	105.245.402,33
2015	115.074.680,00	115.694.149,74	111.079.693,92	106.960.348,16	106.145.536,04
2016	120.802.439,00	125.792.141,49	121.675.772,02	116.585.583,76	114.711.927,03

Fonte: SARGSUS/2017

Gráfico 58 – Percentual de aplicação municipal em saúde em Rio Branco - Acre, 2013 a 2016.



Fonte: SARGSUS/2017

Considerando a atual conjuntura econômica do País, vários são os desafios para o financiamento no SUS, a qual reflete diretamente na transferência dos repasses fundo a fundo a partir dos cortes do Governo Federal para o ajuste financeiro, bem como no investimento com recursos próprios da SEMSA Rio Branco, tendo em vista a redução na arrecadação municipal.

2.5.6 Gestão Participativa e Controle Social

O objetivo da gestão participativa é o processo de participação e mobilização do controle social na política pública de saúde como campo estratégico de articulação e de fortalecimento na gestão municipal, caracterizando esta parceria como ponto fundamental no avanço para a consolidação do SUS.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a participação popular, ao lado da descentralização das ações e políticas de saúde e da integralidade da assistência, passou a ser valorizada e percebida como de fundamental importância para a construção de um modelo público de saúde.

A lei 8.142, de 1990, instituiu os conselhos e as conferências de saúde como instrumentos do controle social, através dos quais deve acontecer a participação dos diversos segmentos da sociedade, ao lado do governo, no acompanhamento e na

definição de políticas públicas de saúde. Os conselhos de saúde são hoje uma realidade nos estados e municípios.

O Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco – CMS, órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura regimental da Secretaria Municipal de Saúde - SEMSA, instituído e regulamentado pela lei Municipal nº 964 de 08 de outubro de 1991, alterada pela Lei Municipal n.º 2.024 de 13 de dezembro de 2013 e em conformidade com as disposições estabelecidas na lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, é composto por representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários, cujas decisões, quando consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Secretário Municipal de Saúde.

O CMS tem por finalidade atuar na formulação e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado.

Ele é composto por dezesseis membros titulares, sendo: 50% de membros representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, eleitos em processo eleitoral direto; 25% de membros representantes de entidades de profissionais de saúde; e 25% de membros representantes do governo e prestadores de serviços, incluindo a comunidade científica da área de saúde, todas eleitas em processo eleitoral direto.

Durante o período de 2014-2017 o conselho municipal de saúde, teve como avanço a reformulação da lei 2.024 que garantiu uma porcentagem dos recursos da SEMSA para as atividades do conselho de saúde. Nesse mesmo período o conselho aprovou e coordenou a realização da 8ª Conferência Municipal de Saúde, 1ª conferência municipal de saúde da mulher e 1ª de Vigilância em Saúde, foram realizados seminários entre o Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco e estadual com a participação dos trabalhadores, gestores e usuários dos segmentos para levantamentos dos entraves e avanços da saúde de Rio Branco, possibilitando uma integração e interação entre as instâncias do SUS, houve a atualização do regimento interno do colegiado pelos membros do plenário do CMS e a continuação das capacitações de conselheiros de saúde, entre outros.

Os desafios levantados para os próximos anos são: o fortalecimento e a recomposição dos 12 Conselhos Populares de Saúde existentes nos segmentos de

saúde de Rio Branco, criados pela LEI N.º 1.937 DE 17 DE SETEMBRO DE 2012, garantir a contratação de profissionais qualificados para desempenhar atividades na secretaria executiva do conselho municipal de saúde nas áreas de administração, jurídica, financeira e informática, a construção da sede própria do CMS e garantir a participação dos conselheiros de saúde nos eventos do Ministério da Saúde - MS e Conselho Nacional de Saúde - CNS.

3. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

3.1 EIXO I – ATENÇÃO À SAÚDE

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

Objetivo: Fortalecer a atenção básica através da reorganização dos Segmentos de Saúde e da estruturação da Estratégia Saúde da Família;

Área Responsável: Departamento de Assistência à Saúde

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
1	Ampliar as Equipes de Saúde da Família.	03	01	02	02	Número de equipes de saúde da Família implantadas.
2	Fortalecer os Núcleos de Apoio à Saúde da família – NASF.	01	-	01	-	Número de Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF ampliados
3	Fortalecer as ações 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.	25%	25%	25%	25%	Percentual de Unidades com ações fortalecidas.

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

Objetivo: Fortalecer as ações de saúde mental e combate ao uso abusivo de álcool e outras drogas desenvolvidas pelas Unidades Básicas de Saúde e pelos serviços da Rede de Atenção Psicossocial;

Área Responsável: Departamento de Assistência à Saúde

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
4	Fortalecer o serviço de psicologia na rede municipal de saúde	01	01	03	03	Número de profissionais contratados.
5	Fortalecer a equipe do Consultório na Rua.	-	01	-	-	Número de equipes contratadas.
6	Implantar 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) nível II.	01	-	-	-	Centro de Atenção Psicossocial implantado.

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

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

Área Responsável: Departamento de Assistência à Saúde

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
7	Ampliar os serviços do Laboratório de Próteses Dentárias	-	-	01	-	Número de equipes contratadas.
8	Ampliar equipes de saúde bucal nas Unidades Básicas de Saúde.	02	04	06	06	Número de equipes de saúde bucal contratadas.

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

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

Área Responsável: Departamento de Assistência à Saúde

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
9	Qualificar a equipe gestora responsável pelos Centros de Saúde, Unidades de Referência de Atenção Primária (URAP), Unidades de Saúde da Família, Policlínica e demais áreas técnicas e divisões do Departamento de Assistência.	25	25	25	25	Número de gestores qualificados.
10	Implantar Equipes de Atenção Básicas e EAB nos segmentos de saúde.	06	01	02	02	Número de equipes implantadas.
11	Garantir o acolhimento qualificado nos Segmentos de Saúde.	03	03	03	03	Número de Segmentos com acolhimento implantado.
12	Implementar as Políticas da Atenção Primária (ciclos de vida e suas temáticas) nas Unidades Básicas de Saúde.	25%	25%	25%	25%	Percentual de Unidades de Saúde com Políticas implementadas.
13	Garantir a realização das ações de promoção e prevenção da saúde nos segmentos.	25%	25%	25%	25%	Percentual de segmentos com ações realizadas.
14	Fortalecer as ações de promoção da saúde nas datas pontuais junto às Unidades Básicas de Saúde (saúde da mulher, idoso, saúde mental, pessoa com deficiência, tabagismo, saúde do homem).	19	19	19	19	Número de ações em datas pontuais realizadas.
15	Apoiar e incentivar projetos de Ensino Profissionalizante, Superior e Pós-graduação, em abordagens que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção à saúde.	01	01	01	01	Número de projetos realizados.

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
16	Intensificar o acompanhamento de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família e PBF nas 02 vigências.	02	02	02	02	Número de vigências de acompanhamento de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.
17	Fortalecer as ações do Apoio Institucional nas Unidades Básicas de Saúde.	100%	100%	100%	100%	Percentual de unidades de saúde apoiadas.
18	Viabilizar o pagamento de gratificação por desempenho ao núcleo de apoiadores institucionais cujas ESF/ESB/NASF/CEO que aderiram ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica alcançarem os melhores resultados.	01	01	01	01	Número de gratificação.
19	Implementar as ações do Plano de Atendimento Integral dos Adolescentes em Medidas Socioeducativas nos 4 Centros Socioeducativos.	100%	100%	100%	100%	Percentual de ações implementadas.
20	Fortalecer as ações do Programa Cuidar Mais Mulher, Criança e Idoso nas Unidades Básicas de Saúde.	12	12	12	12	Número de segmentos de saúde com atendimento em ginecologia, pediatria e geriatria.

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

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;
- 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 Responsável: Departamento de Assistência à Saúde

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
21	Capacitar profissionais para detecção precoce das deficiências e para atendimento às necessidades específicas das pessoas com deficiência, visando instrumentalizar a rede de atenção básica e a equipe multiprofissional.	50	50	50	50	Número de profissionais capacitados.
22	Adequar as unidades de saúde às normas de acessibilidades físicas e atitudinais.	-	10	-	10	Número de unidades adequadas.
23	Qualificar profissionais de saúde nas Políticas da Atenção Primária (ciclos de vida e dos diversos grupos populacionais vulneráveis).	100	100	100	100	Número de profissionais de saúde qualificados.
24	Realizar anualmente fóruns de discussão sobre a saúde do adolescente, idoso, saúde mental e população negra.	05	05	05	05	Número de fóruns realizados.

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

Objetivo: Promover a saúde das populações rurais e ribeirinhas por meio de ações que visem o acesso aos serviços de saúde e redução de riscos e agravos à saúde;

Área Responsável: Departamento de Assistência à Saúde

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
25	Realizar atendimentos odontológicos à população urbana, rural e ribeirinha através de atendimentos itinerantes nas unidades de saúde com vazios assistenciais ou que não tenham a ESB.	10	10	10	10	Número de Atendimentos odontológicos realizados.

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

Objetivo: Fortalecer a Assistência Farmacêutica Municipal tendo como base o uso seguro e racional dos medicamentos.

Área Responsável: Departamento de Assistência à Saúde

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
26	Implantar o sistema de controle de estoque em todas as Farmácias das Unidades de Saúde do Município.	50%	50%	-	-	Percentual de Unidades com sistema de controle de estoque implantado.
27	Implantar a Farmácia Municipal	-	01	-	-	Número de farmácia implantada.
28	Implantar o serviço de Farmácia Clínica	-	01	-	-	Número de serviço de farmácia clínica implantado.
29	Implantar os serviços farmacêuticos nos Centros de Saúde	-	03	03	-	Número de Centros de Saúde com serviços implantados.

3.2 EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Diretriz: Promover as ações de vigilância em saúde 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.

Objetivo: Fortalecer a Rede de Atenção Básica no atendimento às vítimas de violência.

Área Responsável: Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
01	Ampliar o serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências em 100% das unidades básicas de saúde.	12	15	18	20	Número de unidades básicas de Saúde notificando Violência Doméstica, sexual e outras violências.

Diretriz: Promover as ações de vigilância em saúde 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.

Objetivo: Registrar, investigar, monitorar e avaliar os indicadores de saúde materna e infantil, com foco na produção de informações que orientem a gestão.

Área Responsável: Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
02	Ampliar o acesso ao teste de Sífilis durante a gestação	02	02	02	02	Número de testes de sífilis por gestante.
03	Reduzir o número de óbitos maternos	04	03	03	03	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.
04	Reduzir a mortalidade infantil	12,5/1.000	12,00	11,5	11,00	Taxa de mortalidade infantil.
05	Investigar os óbitos infantis e fetais	80%	80%	80%	80%	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.
06	Investigar os óbitos maternos	100%	100%	100%	100%	Proporção de óbitos maternos investigados.
07	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	90%	90%	90%	90%	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.
08	Reduzir a incidência de Sífilis congênita	20	18	16	14	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.

Diretriz: Promover as ações de vigilância em saúde 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.

Objetivo: Registrar, investigar, monitorar e avaliar os indicadores de saúde do idoso, com foco na produção de informações que orientem a gestão.

Área Responsável: Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
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)	250,9	245,9	241,0	236,2	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.

Diretriz: Promover as ações de vigilância em saúde 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.

Objetivo: Reduzir dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde

Área Responsável: Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
10	Alcançar as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança	75%	75%	75%	75%	Proporção de cobertura vacinal alcançada.
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.
12	Realizar exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.
13	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	95%	95%	95%	95%	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
14	Encerrar pelo menos 80% das Doenças compulsórias registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação.	80%	80%	80%	80%	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória encerradas em até 60 dias após notificação.
15	Ampliar a notificação de doenças ou agravos relacionados ao trabalho	150	165	181	200	Número de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.
16	Capacitar profissionais das unidades de saúde para notificar casos de agravos relacionados ao trabalho.	100%	100%	100%	100%	Proporção de unidades de saúde com profissionais capacitados para notificar casos de agravos relacionados ao trabalho.

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
17	Elaborar 01 fluxo de cuidado ao trabalhador da saúde.	01	-	-	-	Número de fluxo de cuidado ao trabalhador da saúde elaborado.
18	Reduzir a incidência de AIDS em Menores de 5 anos	0,0	0,0	0,0	0,0	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.
19	Reduzir o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV	20,11	19,10	18,14	17,24	Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200 cel/mm3.
20	Aumentar o acesso ao diagnóstico da Hepatite C	12.428	13.050	13.702	14.387	Número de testes sorológicos anti HCV realizados.
21	Manter igual ou superior a 90% a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase	90%	90%	90%	90%	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados os anos das coortes.
22	Aumentar a proporção de exames dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase	80%	82%	85%	90%	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.
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.
24	Acompanhar o tratamento até a cura de, pelo menos, 50% dos casos positivos de tracoma.	50%	50%	50%	50%	Proporção de alunos diagnosticados com tracoma acompanhados até a cura.
25	Reduzir a Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária em Rio Branco e AC.	0,9	0,9	0,9	0,9	Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária.
26	Manter anualmente menor ou igual a 2 o número absoluto de óbitos por dengue.	02	02	02	02	Número absoluto de óbitos por dengue.
27	Realizar anualmente, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue em 80% dos imóveis.	80%	80%	80%	80%	Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue

Diretriz: Promover as ações de vigilância em saúde 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.

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

Área Responsável: Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
28	Manter 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.

Diretriz: Promover as ações de vigilância em saúde 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.

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

Área Responsável: Departamento de Vigilância Sanitária

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
29	Realizar Ações educativas de orientação em Vigilância Sanitária voltadas para a população e setor regulado	1.500	2.000	2.500	3.000	Proporção de ações realizadas (cursos e palestras).
30	Realizar Inspeções sanitárias nos estabelecimentos de interesse à saúde sujeitos à Vigilância Sanitária	2.000	2.500	3.000	3.500	Número de inspeções dos estabelecimentos de interesse a saúde realizadas.
31	Ampliar o atendimento de Denúncias.	150	200	250	300	Número de atendimento de denúncias finalizadas.
32	Realizar Atualização do Código Sanitário do Município de Rio Branco	0	01	0	0	Atualização do Código Sanitário realizada.

Diretriz: Promover as ações de vigilância em saúde 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.

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

Área Responsável: Departamento de Controle de Zoonoses

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
33	Garantir a vacinação antirrábica dos cães.	80%	80%	80%	80%	Proporção de cães vacinados.

3.3 EIXO III – GESTÃO EM SAÚDE

Diretriz: Promover o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde no âmbito da Gestão e Atenção à Saúde.

Objetivo: Fortalecer as políticas de Gestão do Trabalho, Educação na Saúde e Humanização.

Área Responsável: Departamento de Gestão de Pessoas

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	
01	Instituir a Avaliação de Desempenho dos Servidores da SEMSA.	-	-	01	-	Número de avaliação de desempenho instituída.
02	Realizar a Revisão do Plano de Cargos Carreiras e Remuneração dos Servidores da Prefeitura de Rio Branco, promovendo a participação dos trabalhadores por meio de suas entidades representativas de classe.	01	01	01	01	Número de revisões anuais.
03	Realizar a Mostra de Experiências Exitosas na Atenção Primária.	01	-	01	-	Número de mostras realizadas.
04	Formar facilitadores de Educação Permanente em Saúde na gestão e na atenção à saúde, com a participação de trabalhadores, gestores e usuários.	50	50	50	50	Número de facilitadores de EPS formados.
05	Formar apoiadores da Política Nacional de Humanização, instituindo os dispositivos destas nas unidades de saúde, considerando as especificidades locais.	50	50	50	50	Número de apoiadores da PNH formados.
06	Fortalecer o Dispositivo do Acolhimento e Classificação de Risco nas Unidades de Referência de Atenção Primária e Centros de Saúde e Policlínica.	03	03	03	03	Número de avaliações de desempenho instituídas.
07	Qualificar os gestores das Unidades Básicas de Saúde e Gerências dos setores da SEMSA para atuar na Gestão da Atenção Primária.	50	50	-	-	Número de gestores qualificados.

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	
08	Qualificar os preceptores de estágio em parceria com as Instituições de Ensino, a partir das necessidades de formação identificadas pelos preceptores.	30	30	30	30	Número de preceptores qualificados.
09	Promover a Integração Ensino Serviço com espaço de discussão permanente entre representantes das Instituições de Ensino e SEMSA	02	02	02	02	Número de fóruns realizados.

Diretriz: 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.

Objetivo: Elaborar, monitorar e avaliar os instrumentos de planejamento e gestão.

Área Responsável: Departamento de Planejamento

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
01	Promover a elaboração e aprovação dos instrumentos básicos de planejamento e gestão: Plano Municipal de Saúde (1), Programação Anual de Saúde (4), Relatório Quadrimestral do 1º, 2º e 3º quadrimestre (12) e Relatório Anual de Gestão (4).	05	05	05	06	Número de instrumentos básicos de planejamento e gestão elaborados.

Diretriz: Estruturação da Rede de Atenção Primária.

Objetivo: 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.

Área Responsável: Departamento de Planejamento

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
02	Construção de Unidades Básicas de Saúde.	07	01	01	01	Unidades de saúde construídas.
03	Construção do Centro de Apoio Diagnóstico.	01	-	-	-	Centro de Apoio Diagnóstico construído.
04	Construção do Centro de Atenção Psicossocial I CAPS II	-	01	-	-	Centro de Atenção Psicossocial construído.
05	Construção do Centro de Estimulação Sensorio-motor	01	-	-	-	Centro construído.

Diretriz: Garantir resolutividade e qualidade na oferta dos serviços da Atenção Primária no SUS

Objetivos:

- Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial;
- Fortalecimento da regulação dos serviços da Atenção Básica;
- Avanço na avaliação por desempenho e cumprimento de metas.

Área Responsável: Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação.

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
01	Implantar Sistema de Gestão Municipal de Saúde em 100% das Unidades Básicas de Saúde - UBS.	20	15	12	10	Número de Unidades de Saúde com sistema de Gestão Municipal instalado.
02	Ampliar a regulação dos serviços na Gestão Municipal de Saúde.	07	03	03	03	Número de serviços regulados.
03	Implantar processo de avaliação de desempenho na Atenção Primária por categoria profissional a cada ano de gestão.	01	01	01	01	Número de processos implantados.
04	Promover seminário de regulação, envolvendo profissionais e gestores da esfera municipal e estadual anualmente.	01	01	01	01	Número de seminários realizados.
05	Promover a reorganização dos territórios e mapeamento das áreas a serem assistidas na Rede de saúde municipal.	03	03	03	03	Número de segmentos de saúde com os limites redefinidos.
06	Promover a divulgação e retroalimentação das metas e resultados pactuados de produção e de indicadores trimestralmente.	03	03	03	03	Número de boletins de avaliação de indicadores publicados.
07	Promover o monitoramento sistemático da alimentação dos sistemas de informação pelas equipes da Atenção Primária.	100%	100%	100%	100%	Percentual de equipes monitoradas.

Diretriz: Fortalecimento da gestão estratégica do SUS com participação social.

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

Área Responsável: Ouvidoria Municipal de Saúde de Rio Branco.

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
01	Implementar instrumento para medir o grau de satisfação do usuário da Rede Municipal de Saúde.	-	-	01	-	Número de instrumentos implementados.
02	Disponibilizar material de divulgação do serviço da OMS nos Centros de Saúde, URAPS, UBS e outros espaços da Rede Municipal de Saúde.	100%	100%	100%	100%	Percentual de unidades de saúde (e demais espaços da Rede) com material disponível.
03	Aumentar o percentual de resolutividade das demandas recebidas na Ouvidoria Municipal de Saúde.	60%	70%	80%	90%	Percentual de resolutividade das demandas recebidas.
04	Realizar ações de sensibilização sobre os serviços da Ouvidoria juntos aos servidores da Rede Municipal de Saúde.	08	08	08	08	Número de ações realizadas por ano.
05	Capacitação dos servidores lotados na Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde.	01	01	01	01	Número de servidores da Ouvidoria capacitados.

Diretriz: Efetivação das ações da gestão participativa e do controle social no SUS

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

Área Responsável: Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco

Quadro de Metas

Item	Metas Gerais	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Indicador
01	Revisar o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde	01	-	-	-	Número de Regimento Interno revisado.
02	Garantir ferramentas de trabalho para o Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Populares	03	02	01	01	Número de equipamentos adquiridos.
03	Recompor os Conselhos Populares de Saúde	03	03	03	03	Número de Conselhos Populares reestruturados.
04	Garantir a realização de capacitações para os conselheiros municipais e populares de saúde	04	04	04	04	Número de capacitações realizadas.
05	Executar ações educativas em Saúde para as comunidades nas regionais em parceria com o COPS	04	04	04	04	Número de ações executadas.
06	Divulgar as ações do Conselho Municipal de Saúde nas Unidades e mídias	04	04	04	04	Número de informativos produzidos (trimestrais).
07	Convocar a Conferência Municipal de Saúde, Saúde da Mulher e Vigilância em Saúde	-	01	-	02	Número de conferências realizadas.
08	Realizar seminários sobre Políticas Públicas de Saúde	01	01	01	01	Número de seminários realizados.
09	Construir a sede própria do Conselho Municipal de Saúde	-	01	-	-	Número de sede própria construída.
10	Revisar o Plano Municipal de Saúde após a realização da Conferência Municipal de Saúde	-	-	01	-	Número de atualização do plano Municipal de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. BOSQUETI, Marcos Abílio; ALBUQUERQUE, Lindolfo G. Gestão estratégica de pessoas: visão do RH X visão dos clientes. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO ï **ENANPAD**, 29., 2005, Brasília. **Anais...** Brasília: Anpad, 2005. 1 CD-ROM.
2. BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. ï 4. ed. 4. reimp. ï Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 13 nov. 2017
3. CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio e necessário. **Interface** ï **Comunic, Saúde, Educa**. V.9. N. 16, P. 161-177, SET. 2004/FEV.2005. Disponível em:
<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2017.
4. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Manual prático de apoio à elaboração de Planos Municipais de Saúde**. 2. ed. Revisada e atualizada /. Salvador: SESAB, 2013.
5. BRASIL. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. ï 1. ed. , ver. ï Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf, acessado 13 de novembro de 2017.
6. **Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil**. Rio Branco, AC. Disponível em:http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/rio-brancoac#demografia. Acesso em: 30 de outubro de 2017.
7. **DATASUS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pn/cnv/DPniuf.def>. Acesso em: 30 de outubro de 2017.
8. IBGE. **CENSO 2010**, Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2015/default.shtm>. Acesso em 01 de novembro de 2017.
9. BRASIL. PORTARIA N.º 1.060, DE 5 DE JUNHO DE 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e determina que os órgãos e entidades e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html
Acessado em 29 de novembro de 2017.

10. BRASIL. PORTARIA N.º 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm
Acessado em 29 de novembro de 2017.
11. Starfield, Barbara **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** / Bárbara Starfield. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. ISBN: 85-87853-72-4 Título original: Primary Care: balancing health needs, services, and technology. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>, acessado em 29 de novembro de 2017.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016 : uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti [recurso eletrônico]**, 2017. 386 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/12/2017-0135-vers-eletronica-final.pdf>, acessado em 14 de novembro de 2017.
13. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-atualizada-pl.pdf>, acessado em 15 de novembro de 2017.