



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025**

VERSÃO ENTREGUE PARA O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Porto Alegre (RS)**  
**2021**

## AUTORIDADES MUNICIPAIS

SEBASTIÃO MELO  
**Prefeito Municipal**

RICARDO GOMES  
**Vice-Prefeito**

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MAURO FETT SPARTA DE SOUZA  
**Secretário Municipal de Saúde**

CARLOS FETT PAIVA NETO  
**Chefe de Gabinete**

VINÍCIUS OLIVEIRA DA SILVA  
**Assessoria Administrativa**

VIVIANE GOULART  
**Assessoria Parlamentar**

KELMA NUNES SOARES  
**Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação**

DÉBORA IARA MORESCO  
**Assessoria Técnica**

LUIZE SCHERER BAINI  
**Assessoria de Comunicação**

VINÍCIUS DE CASTRO GREFF  
**Diretoria de Contratos**

CAROLINE SCHIRMER  
**Diretoria de Atenção Primária à Saúde**

JORGE LUIZ SILVEIRA OSÓRIO  
**Diretoria de Regulação**

FERNANDO RITTER  
**Diretoria de Vigilância em Saúde**

CAROLINE MACHADO DA SILVEIRA  
**Diretoria do Fundo Municipal de Saúde**

PAULO ROBERTO GUIMARÃES  
**Diretoria Administrativa**

DANIEL LENZ FARIA CORREA  
**Diretoria de Atenção Hospitalar e de Urgência**

CINCINATO FERNANDES NETO  
**Hospital Materno Infantil Presidente Vargas**

TATIANA RAZZOLINI BREYER  
**Hospital de Pronto Socorro**

GRAZIELA ROSSONI VIECELI  
**Auditoria Técnica em Saúde**

ROIBSON PORTELA MONTEIRO  
**Ouvidoria do SUS**

GILMAR CAMPOS  
**Conselho Municipal de Saúde**

#### GERÊNCIAS DISTRITAIS

ALINE VIEIRA MEDEIROS  
**Centro**

SILVIA CASAGRANDE  
**Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas**

BÁRBARA CRISTINA DE AZEVEDO LIMA  
**Norte/ Eixo Baltazar**

MARTA SUSANE DAMANN  
**Leste/ Nordeste**

CRISTIANE JOVITA BARBOSA PEIXOTO  
**Partenon/Lomba do Pinheiro**

DEISE ROCHA RÉUS  
**Glória/Cruzeiro/ Cristal**

ROSANA MEYER NEIBERT  
**Restinga/ Extremo Sul**

MIRELA BASTIANI PASA  
**Sul/Centro Sul**

## **GRUPO DE TRABALHO CONDUTOR**

Conforme portaria municipal Nº 13638809 de 2021 compuseram o Grupo de Trabalho Condutor para a construção do Plano Municipal de Saúde 2022 - 2025, Kelma Nunes Soares, Christiane Nunes de Freitas, Giovana Woitysiak Negro Dornelles, Luciana Silveira Egres, Daniel Dourado Ramos, Carlos Oscar Kieling, Rita de Cássia de Jesus Trogildo, Fernando Ritter, Fernanda dos Santos Fernandes, Juliana Maciel Pinto, Alex Elias Lamas, Maria Angélica Weber, Rosane Teresinha Baltazar, Graziela Rossoni Vieceli, Caroline Machado da Silveira, Pedro Santos Coelho de Souza, Ismael Eggers, Alceu Gomes Correia Filho, Elaine Oliveira Soares, Charleni Ines Scherer Schneiders, João Marcelo Lopes Fonseca, Cristiane Rosa Garcez de Deus, Cincinato Fernandes Neto, Inelio Figleski, Tatiana Razzolini Breyer, Jorge Luiz Silveira Osório, Rafael Gustavo Dal Moro, Fabiane Pinto Mastalir, Paulo Roberto Guimarães, Elmo Behenck Viegas Raupp, Rita Helena Lopes Soares Brito, Ana Paula de Lima e Maria Letícia de Oliveira Garcia. Leticia Vasconcellos Tonding e Márcio Rodrigues se integraram ao grupo ao longo do processo.

Agradecemos aos estudantes e residentes da SMS, em especial a: Alexia de Oliveira Pompeo, Karina Vargas da Silva, Karol de Oliveira Machado, Luciani de Souza Lemos, Matheus Rangel, Sergio Feiten Schuck e Victória Gabech Seeger.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>36</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>37</b>
<b>1. ANÁLISE SITUACIONAL .....</b>	<b>39</b>
<b>1.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO TERRITÓRIO .....</b>	<b>39</b>
1.1.1 Mapas Temáticos.....	44
1.1.2 Panorama Demográfico .....	47
<b>1.2 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....</b>	<b>57</b>
<b>1.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO .....</b>	<b>61</b>
1.3.1 Panorama Epidemiológico .....	62
1.3.2 Panorama de Internações Hospitalares.....	117
<b>1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS, CICLOS DE VIDA E SAÚDE DAS POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS.....</b>	<b>123</b>
1.4.1 Povos Indígenas .....	123
1.4.2 População Negra .....	131
1.4.3 População em Situação de Rua .....	134
1.4.4 População Privada de Liberdade no Sistema Prisional .....	143
1.4.5 Pessoas com Deficiência.....	145
1.4.6 População LGBTQIA+ .....	147
1.4.7 População de Imigrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas de Tráfico Humano .....	152
1.4.8 Ciganos.....	154
1.4.9 Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis e Tuberculose .....	156
1.4.10 Saúde da Mulher.....	164
1.4.11 Saúde do Homem .....	169
1.4.12. Saúde da População Idosa.....	171
1.4.13 Práticas Integrativas e Complementares .....	178
1.4.14 Saúde Bucal .....	183
1.4.15 Saúde da Criança e do Adolescente.....	195
1.4.16 Saúde na Escola.....	208
1.4.17 Amamentação, Alimentação e Nutrição .....	210
1.4.18 Política Municipal de Acesso Mais Seguro .....	215
<b>1.5 CARACTERIZAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS .....</b>	<b>217</b>

1.5.1 Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS) - 2020 .....	217
1.5.2 Distrito Sanitário Centro .....	224
1.5.3 Distrito Sanitário Cristal .....	229
1.5.4 Distrito Sanitário Cruzeiro .....	235
1.5.5 Distrito Sanitário Glória .....	240
1.5.6 Distrito Sanitário Leste .....	246
1.5.7 Distrito Sanitário Nordeste .....	250
1.5.8 Distrito Sanitário Eixo Baltazar .....	253
1.5.9 Distrito Sanitário Norte .....	256
1.5.10 Distrito Sanitário Noroeste .....	258
1.5.11 Distrito Sanitário Humaitá-Navegantes .....	261
1.5.12 Distrito Sanitário Ilhas .....	262
1.5.13 Distrito Sanitário Lomba do Pinheiro.....	264
1.5.14 Distrito Sanitário Partenon .....	272
1.5.15 Distrito Sanitário Restinga .....	280
1.5.16 Distrito Sanitário Extremo Sul .....	281
1.5.17 Distrito Sanitário Sul .....	286
1.5.18 Distrito Sanitário Centro-Sul .....	292
<b>1.6 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE .....</b>	<b>299</b>
1.6.1 Atenção Primária à Saúde .....	299
1.6.2 Atenção Ambulatorial.....	311
1.6.3 Atenção Domiciliar .....	313
1.6.4 Atenção Hospitalar.....	322
1.6.5 Assistência Farmacêutica .....	333
1.6.6 Assistência Laboratorial.....	354
<b>1.7 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE .....</b>	<b>371</b>
1.7.1 Rede Cegonha.....	371
1.7.2 Rede de Atenção Psicossocial .....	372
1.7.3 Rede de Atenção às Urgências e Emergências .....	382
1.7.4 Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas .....	390
1.7.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência .....	395
<b>1.8 REGULAÇÃO .....</b>	<b>397</b>
<b>1.9 VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....</b>	<b>408</b>

1.9.1 Vigilância Epidemiológica .....	412
1.9.2 Vigilância Sanitária .....	416
1.9.3 Vigilância Ambiental.....	426
1.9.4 Vigilância em Saúde do Trabalhador .....	432
<b>1.10 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL .....</b>	<b>437</b>
1.10.1 Mapa Estratégico .....	437
1.10.2 Organograma.....	440
1.10.3 Infraestrutura .....	441
<b>1.11 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>446</b>
1.11.1 Força de Trabalho.....	446
1.11.2 Programas de Residência.....	452
1.11.3 Estágios .....	458
1.11.4 Educação Permanente .....	459
<b>1.12 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>464</b>
1.12.1 Infraestrutura em TI .....	464
1.12.2 Sistemas de Informação, Interoperabilidade, Banco de Dados .....	465
1.12.3 Ciência de Dados.....	467
<b>1.13 SITUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA.....</b>	<b>469</b>
<b>1.14 GESTÃO EM SAÚDE .....</b>	<b>475</b>
1.14.1 Planejamento em Saúde.....	475
1.14.3 Judicialização.....	477
1.14.2 Auditoria em Saúde .....	480
1.14.5 Ouvidoria .....	482
1.14.6 Participação e Controle Social .....	486
1.14.7 Comunicação .....	493
<b>2. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS.....</b>	<b>495</b>
2.1 QUADRO DE METAS.....	496
2.2 PROMETA .....	499
2.3 AÇÕES SMS PPA 2022-2025 .....	500
<b>3. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO .....</b>	<b>508</b>
<b>4. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>511</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>516</b>
<b>Anexo A - Necessidades de Infraestrutura SMS</b>	

**Anexo B - Calendário de Datas Comemorativas**

**Anexo C - Plano de Qualificação da Assistência Laboratorial**

**Anexo D - Plano Diretor de TI – PDTI 2022 -2025**

**Anexo E - Plano Municipal da Pessoa Idosa – PMPI 2021 - 2023**

**Anexo F - 8º Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre**



## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da população por Distrito Sanitário/Sexo/Densidade demográfica .....	48
Tabela 2 - Faixa etária/ Distrito Sanitário .....	48
Tabela 3 - Raça/Cor/Etnia x Distrito Sanitário .....	49
Tabela 4 - Gestantes e Puérperas/Distrito Sanitário .....	50
Tabela 5 - Índice de Envelhecimento por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2020.....	52
Tabela 6 - Número de cadastrados no CADSUS, no município por faixa etária e sexo, 2021 .....	54
Tabela 7 - Faixa etária + População Economicamente Ativa(PEA) por Distrito Sanitário .....	55
Tabela 8- IDHM 2017 relacionados às Regiões Metropolitanas das capitais brasileiras segundo brancos e negros.....	59
Tabela 9 - IDHM 2017, entre as Regiões Metropolitanas das capitais brasileiras entre homens e mulheres.....	60
Tabela 10 - Série histórica dos Coeficientes de Mortalidade Geral (CMG) por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2011-2020.....	62
Tabela 11 - Mortalidade proporcional por faixa etária por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2020 .....	63
Tabela 12 - Mortalidade por Raça/Cor por Distrito Sanitário, Porto Alegre 2020 .....	64
Tabela 13 - Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) em Porto Alegre conforme Raça/cor/etnia, 2011 a 2020 .....	65
Tabela 14 - Coeficiente de Mortalidade Infantil por Distrito Sanitário, Porto Alegre 2011 a 2020 .....	65
Tabela 15 - Distribuição dos casos novos em todas as formas clínicas de Tuberculose e incidência (casos/100.000 habitantes) por Gerência Distrital por ano diagnóstico, em Porto Alegre, 2015 a 2020 .....	68
Tabela 16 - Taxa de cura e abandono de casos novos de Tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial por Distrito Sanitário em Porto Alegre, 2016 a 2019. ....	69
Tabela 17 – Comparativo do número de casos novos de Hepatite B, em residentes de Porto Alegre, distribuídos por Gerência Distrital, 2011-2020.....	83
Tabela 18 – Comparativo do número de casos novos de Hepatite C, em residentes de Porto Alegre, distribuídos por Gerência Distrital, 2011-2020.....	83
Tabela 19 – Casos notificados de Toxoplasmose Congênita e Gestacional, Porto Alegre, 2019-2020.....	85
Tabela 20 - Casos confirmados de Dengue por Gerência Distrital, Porto Alegre, 2013, 2016 e 2019.....	86
Tabela 21 - Coeficiente de Letalidade por Leishmaniose Visceral em residentes no município de Porto Alegre, 2010 - 2020 .....	89
Tabela 22 - Casos confirmados de Leptospirose, óbitos pelo Agravo e Coeficiente de Letalidade em residentes no município de Porto Alegre (2010 – 2020) .....	91
Tabela 23 - Casos Confirmados de Doença Meningocócica por Faixa Etária, Porto Alegre (2010 – 2019) .....	95
Tabela 24 - Casos Confirmados de Meningite por Pneumococos por Faixa Etária, Porto Alegre (2010 – 2020) .....	96
Tabela 25 - Casos Confirmados de Meningite por Haemophilus por Faixa Etária, Porto Alegre (2010 – 2019) .....	97
Tabela 26- Série histórica de Cobertura Vacinal no município de Porto Alegre em crianças menores de 1 ano .....	105
Tabela 27 - Comparativo da Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, por ano (2017-2020) .....	106
Tabela 28 - Doses Aplicadas da vacina HPV na faixa etária de 09 a 14, por ano (2020-2019) ...	107

Tabela 29 - Série histórica dos coeficientes de mortalidade (por 100.000 Habitantes) por doenças do aparelho circulatório (CID I00_99) segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 2011-2020.....	111
Tabela 30 - Série histórica dos coeficientes de mortalidade (por 100.000 Habitantes) por neoplasias malignas (CID C00_97) segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 2011 a 2020 .....	112
Tabela 31 – Causas Externas por agrupamento de causas segundo sexo, Porto Alegre, 2020.....	114
Tabela 32 - Óbitos por Causas Externas segundo faixa etária, Porto Alegre, 2020.....	115
Tabela 33 - Proporção de Cura de Tuberculose por raça/cor, 2018 - 2020 .....	132
Tabela 34 - Perfil da População em Situação de Rua, 2007 e 2016.....	136
Tabela 35 - Distribuição de usuários atendidos nos Eventos de Saúde e Assistência à População em Situação de Rua entre 2017 e 2019 .....	137
Tabela 36 - Distribuição do coeficiente de mortalidade da faixa etária de 60 anos e mais, segundo Distrito de Saúde, período de 2018 a 2020, Porto Alegre .....	173
Tabela 37 – Distribuição da mortalidade proporcional da faixa etária de 60 anos e mais, segundo os cinco principais Grupos de Causa, de 2018 a 2020, Porto Alegre.....	173
Tabela 38 - Distribuição da mortalidade pela Covid-19 (CID 10- B 34.2) na população de 60 anos e mais, segundo Distrito de Saúde em 2020, Porto Alegre .....	174
Tabela 39 - Distribuição das internações hospitalares na faixa etária de 60 anos e mais, segundo Grupo de causa, em Porto Alegre, entre os anos de 2018 e 2020 .....	175
Tabela 40 - Situação de primeiras consultas de Práticas Integrativas e Complementares no Gercon 2020 .....	181
Tabela 41 - Dados de população estimada, cobertura de saúde bucal na saúde da família, cobertura de saúde da família, cobertura de saúde bucal na atenção básica e cobertura de atenção básica, 2017-2021 .....	184
Tabela 42 - Dados de cobertura populacional de saúde bucal no Distrito Centro.....	185
Tabela 43 - Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal .....	185
Tabela 44 - Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Gerência Distrital Leste/Nordeste.....	186
Tabela 45 - Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Gerência Distrital Norte/Eixo/Baltazar.....	186
Tabela 46 - Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Gerência Distrital NHNI .....	187
Tabela 47 - Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro .....	187
Tabela 48 - Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Gerência Distrital Restinga/Extremo Sul .....	188
Tabela 49 - Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Gerência Distrital Sul/ Centro Sul .....	188
Tabela 50 - Demanda reprimida de consultas especializadas, oferta de primeiras consultas, novas solicitações, tempo médio de espera para pacientes com alta prioridade (dias), tempo médio de espera geral (dias), em maio de 2021 .....	189
Tabela 51 - Estimativa de oferta de consultas para o ano de 2022, quando espera-se que os atendimentos odontológicos sejam retomados a pleno, e a previsão de incremento de oferta a ser atingida até 2025 .....	191
Tabela 52 - Distribuição do número de atendimentos odontológicos e desistências em saúde bucal na Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, Porto Alegre de 2017 a 2020.....	193
Tabela 53 - Distribuição do número de atendimentos odontológicos e desistências em saúde bucal na UPA Moacyr Scliar, Porto Alegre de 2017 a 2020.....	193
Tabela 54 - Mortalidade infantil por Distrito de Saúde, 2019 e 2020 .....	199
Tabela 55 - Percentuais de realização do Teste do Pezinho do 3º ao 5º dia de vida, nos seis Maternidades SUS de Porto Alegre e Gerências Distritais de Saúde, 2019-2018 .....	200

Tabela 56 - Número de escolas por território de cada Distrito Sanitário .....	208
Tabela 57 - Pontuação de vulnerabilidade dos indicadores da Dimensão 1. Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais (estruturais) por Distrito Sanitário em Porto Alegre .....	220
Tabela 58 - Pontuação de vulnerabilidade dos indicadores da Dimensão 2. Condições de vida e de trabalho por Distrito Sanitário em Porto Alegre .....	221
Tabela 59 - Pontuação de vulnerabilidade dos indicadores das Dimensões 3. Redes sociais e comunitárias e 4. Estilo de vida dos indivíduos por Distrito Sanitário em Porto Alegre ...	222
Tabela 60 - Pontuação de vulnerabilidade da Dimensão 5. Idade, sexo e fatores hereditários por Distrito Sanitário em Porto Alegre.....	222
Tabela 61 - Pontuação de vulnerabilidade por Dimensão e Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS) por Distrito Sanitário em Porto Alegre de modo de maior vulnerabilidade a menor vulnerabilidade .....	223
Tabela 62 - Situação do consultas especializadas no Distrito Centro em 2020 e 2021 .....	228
Tabela 63 - Taxa de Mortalidade Infantil por distrito de saúde da Gerência GCC, 2018 a 2020	233
Tabela 64 - Mortalidade infantil por Unidade de Saúde do Distrito Lomba do Pinheiro 2020 e 2021 .....	267
Tabela 65 - Taxa de Incidência de Sífilis congênita por Unidade de Saúde do Distrito Lomba do Pinheiro .....	269
Tabela 66 - Taxa de transmissão vertical do HIV - nº de crianças com HIV/nº de crianças exposta (%) por US do Distrito Lomba do Pinheiro.....	270
Tabela 67 - Número de gestantes HIV por mês no Distrito Lomba do Pinheiro 2020-2021.....	270
Tabela 68- Casos novos de Tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial no Distrito Lomba do Pinheiro em 2020.....	271
Tabela 69 - Pontuação de vulnerabilidade por Dimensão e Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS) nos Distritos Sanitários Partenon e Lomba do Pinheiro .....	272
Tabela 70 - Mortalidade infantil por Unidade de Saúde no Distrito Partenon.....	274
Tabela 71 - Número de Casos de Sífilis Adquirida no distrito Partenon.....	275
Tabela 72 - Taxa de transmissão vertical do HIV - Nº de crianças com HIV/nº de crianças exposta (%) no distrito Partenon .....	276
Tabela 73 - Novos Casos de Tuberculose no distrito Partenon por mês, nos anos de 2020 e 2021.....	277
Tabela 74 - Porcentagem de Cura e Abandono de Tuberculose pulmonar no distritos Restinga e Extremo-Sul, 2018-2020-* .....	282
Tabela 76 - Número de Casos taxa de incidência de Sífilis congênita Distrito Sul por unidade de Saúde.....	289
Tabela 77 - Série histórica da mortalidade Distrito Centro-Sul .....	293
Tabela 78 - Cenário Atual das US de APS .....	299
Tabela 79 - Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde da família por Distrito Sanitário de maio de 2020 a junho de 2021 .....	301
Tabela 80 - Composição equipe junho de 2021 .....	303
Tabela 81 - Histórico da cobertura de ACS, 2017 - 2020 .....	303
Tabela 82 - Número de equipes de saúde da família por Distrito Sanitário de maio de 2020 a junho de 2021.....	304
Tabela 83 - Total de Atendimentos Individuais realizados nos serviços de Atenção Primária à Saúde, por categoria profissional de 2016 a 2021*.....	306
Tabela 84 - Visitas Domiciliares realizadas nos serviços de Atenção Primária à Saúde, por ACS e ACE 2016 a 2021* .....	306
Tabela 85 - Número de pessoas cadastradas no e-SUS .....	309
Tabela 86 - ISF - Indicador Sintético Final (2021 Q1).....	310
Tabela 87 - Total de leitos hospitalares por tipo, Porto Alegre-RS, 2018 - 2021* .....	326
Tabela 88 - Total de leitos hospitalares por tipo, Porto Alegre-RS, 2018 - 2021* .....	326

Tabela 89 - Tempo Médio de Permanência - HPS e HMIPV - 2018 - 2021* .....	326
Tabela 90 - Capacidade hospitalar instalada e capacidade operacional do HMIPV, 2021.....	329
Tabela 91 - Número de exames realizados pelos Laboratórios próprios, 2017 - 2020 .....	356
Tabela 92 - Número de exames realizados pelos Laboratórios contratualizados, 2017 - 2020 .....	358
Tabela 93 - Número de recém-nascidos triados para o teste do pezinho, no período ideal da coleta e emissão dos resultados, 2016-2020.....	366
Tabela 94 - Número e o percentual de crianças que realizaram o Teste do Pezinho, entre o 3º ao 5º dia de vida, por Gerência Distrital em Porto Alegre, de 2016 a 2020 .....	367
Tabela 95 - Número de primeiras consultas realizadas no HMIPV, para as doenças triadas por meio do Teste do Pezinho e a mediana da idade (dias) do recém-nascido no momento da realização da consulta, em 2019 e 2020.....	368
Tabela 96 - Serviços da Rede de Atenção Psicossocial, Cnes, tipo de serviço, abrangência e vínculo .....	375
Tabela 97 - Demanda reprimida de consultas para crianças e adolescentes por Gerência Distrital, junho de 2021 .....	377
Tabela 98 - Distribuição total do número de atendimentos e desistências nos Prontos Atendimentos, 2020 -2019 .....	383
Tabela 99 - Distribuição do número de atendimentos e desistências em clínica médica nos Prontos Atendimentos, 2020 - 2019.....	383
Tabela 100 - Distribuição do número de atendimentos e desistências em pediatria nos Prontos Atendimentos, 2020 - 2019 .....	383
Tabela 101 - Distribuição dos atendimentos nos Pronto Atendimentos, segundo a classificação de risco, 2020 - 2019 .....	384
Tabela 102 - Perfil dos atendimentos no Pronto Atendimento em Saúde Mental Cruzeiro do Sul, por ano 2020-2019 .....	385
Tabela 103 - Perfil dos atendimentos no Pronto Atendimento em Saúde Mental IAPI, 2020-2019 .....	386
Tabela 104 - Distribuição do número de atendimentos odontológicos e de desistências em Saúde Bucal no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul e na UPA Moacyr Sciar, 2020-2019 .....	386
Tabela 105 - Número total de óbitos nos Pronto Atendimentos e UPA.....	387
Tabela 106 - Distribuição do número de regulações necessárias e sem meios do SAMU, 2020-2019.....	388
Tabela 107 - Distribuição do número e proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações e comparativo, 2020 - 2019.....	388
Tabela 108 - Distribuição do número e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo a causa, e comparativos, 2020 2019.....	388
Tabela 109 - Números absolutos e variação percentual em relação ao ano anterior .....	394
Tabela 110 - Indicadores Gerais da EVA, por ano .....	418
Tabela 111 - Evolução da força de trabalho da SMS, por tipo de vínculo, período (2017-2020).....	447
Tabela 112 - Evolução da força de trabalho da SMS, por origem (2017-2020) .....	447
Tabela 113 - Recursos de orçamento total e empenhado, 2013 - 2020 .....	472
Tabela 114 - Valores empenhados 2016 a 2021 com sentenças judiciais.....	479
Tabela 115 - Auditorias realizadas, recomendação de ordens de ressarcimento (OR) e de Bloqueio .....	481

## Lista de Quadros

Quadro 1 - Número de indivíduos positivos para Covid-19 e proporção por raça/cor em moradores de Porto Alegre, no período entre 2020 e até 09/05/2021	104
Quadro 2 - Mortes por causas externas estratificadas por faixa etária, Porto Alegre (2020)	109
Quadro 3 - Gerências Distritais e Serviços Referência da Atenção Primária à Saúde dos Povos Indígenas em Porto Alegre, 2021	125
Quadro 4 - Demonstrativo dos beneficiários do Programa Mais Dignidade por eixo até 2020	138
Quadro 5 - Distribuição das pessoas privadas de Liberdade por estabelecimento em Porto Alegre, ano de 2021	143
Quadro 6 - Comorbidades comuns à população privada de liberdade, ano de 2021	144
Quadro 7 - Práticas Integrativas e Complementares realizadas nas Gerências Distritais, por competência, nos anos de 2019 e 2020	178
Quadro 8 - Unidades Socioeducativas e sua Capacidade Populacional	207
Quadro 9 - Fontes dos dados e ano da base dos dados	217
Quadro 10 - Dimensões, indicadores, pesos e fontes	218
Quadro 11 - Grau e pontuação de vulnerabilidade conforme Dimensão	218
Quadro 12 - Modelo das Unidades de Saúde do distrito Cristal	231
Quadro 13 - Ações de Enfrentamento propostas para o Distrito Cristal	234
Quadro 14 - Modelo das Unidades de Saúde do Distrito Cruzeiro	237
Quadro 15 - Ações de Enfrentamento propostas para o Distrito Cruzeiro	239
Quadro 16 - Modelo das Unidades de Saúde do Distrito Glória	242
Quadro 17 - Ações de Enfrentamento propostas para o distrito Glória	245
Quadro 18 - Propostas para o Território Nordeste Quadriênio 2022 a 2025	252
Quadro 19 - Unidades de Saúde de referências para as comunidades indígenas na Gerência Distrital Restinga Extremo-Sul	285
Quadro 20 - Serviços Ambulatoriais Distritais (SADs)	313
Quadro 21 - Equipamentos disponíveis ao Programa de Oxigenioterapia Domiciliar	320
Quadro 22 - Hospitais de Porto Alegre por localização de Gerência Distrital	322
Quadro 23 - Hospitais de Porto Alegre por Tipo e Natureza Jurídica	323
Quadro 24 - Relação de vacinas no Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais	330
Quadro 25 - Linhas de Cuidado Prioritárias do Cuidado Farmacêutico	341
Quadro 26 - Indicadores por etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica	345
Quadro 27 - Situação das Habilitações de serviços da RAPS, em agosto de 2021	378
Quadro 28 - Serviços da RAPS sem habilitação junto ao MS	380
Quadro 29 - Necessidade de profissionais por atividade, por serviço	381
Quadro 30 - Serviços da rede de urgência exceto porta de entrada dos hospitais	382
Quadro 31- Diretrizes da Conferência Municipal de Vigilância em Saúde (2017)	436
Quadro 32 - Número de bens móveis vinculados à SMS em 2021	441
Quadro 33 - Total de carros oficiais em uso	442
Quadro 34 - Total de carros oficiais da Direção de Vigilância em Saúde - DVS	442
Quadro 35 - Total de carros do Serviço de Atendimento Móvel e Urgências - SAMU	442
Quadro 36 - Total de carros locados	442
Quadro 37 - Total de carros locados da Direção de Vigilância em Saúde - DVS	442
Quadro 38 - Trabalhadores vinculados ao Núcleo de Manutenção Predial	444
Quadro 39 - Postos de trabalhos contratados	444
Quadro 40 - Número de bens imóveis vinculados à SMS em 2021	444
Quadro 41 - Residências Multiprofissionais vinculadas a SMS	455
Quadro 42 - Residências Médicas vinculadas à SMS	456
Quadro 43 - PET-Saúde por Edital e por Universidade	463
Quadro 44 - Tipo de demanda recebida pela Assessoria Técnica (ASSETEC) da SMS	478
Quadro 45 - Diretriz, Objetivos e Metas para PMS 2022 – 2025	496

**Quadro 46 - Programa de Metas 2021-2024**

**499**

**Quadro 47 – Ações SMS do Plano Plurianual 2022-225**

**500**

## Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição da população de Porto Alegre por raça/cor/etnia, 2000 e 2010.....	49
Gráfico 2 - Série histórica dos Nascidos Vivos em Porto Alegre e taxa de natalidade, 2010 a 2020.....	51
Gráfico 3 - Pirâmides Etárias de Porto Alegre em 2000 .....	53
Gráfico 4 - Pirâmides Etárias de Porto Alegre em 2010 .....	54
Fonte: CADSUS. ....	54
Gráfico 5 - Número de cadastrados no CADSUS, no município por faixa etária e sexo, 2021 ....	55
Gráfico 6 - Série histórica dos Coeficientes de Mortalidade Geral (CMG) no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, 2011-2019.....	62
Gráfico 7 - Série histórica dos Coeficientes de Mortalidade Infantil (CMI) no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, 2011-2019.....	65
Gráfico 8 - Série histórica do Coeficiente de Mortalidade Materna*, em Porto Alegre, 2011-2020 .....	66
Gráfico 9 - Série histórica do Coeficiente de Mortalidade Materna por raça/cor, em Porto Alegre, 2011-2020 .....	67
Gráfico 10 - Série Histórica da incidência da Tuberculose por forma clínica em Porto Alegre, 2010 a 2020.....	68
Gráfico 11 - Casos novos de Hanseníase, todas as formas clínicas, em Porto Alegre, de 2015-2020.....	71
Gráfico 12 - Taxa de detecção (/100 mil habitantes) e número de casos de HIV e Aids em pessoas com 13 anos ou mais, em Porto Alegre, 2015-2020 .....	72
Gráfico 13 - Coeficiente de detecção (100.000 habitantes) de Aids por sexo, em Porto Alegre, 2010 - 2020 .....	73
Gráfico 14 - Total de casos de HIV e Aids notificados no Sinan, de 2012 a 2019, em Porto Alegre, segundo método de diagnóstico.....	73
Gráfico 15 - Distribuição da taxa de detecção de gestantes com HIV e proporção anual de crianças infectadas pelo HIV entre crianças expostas ao HIV em Porto Alegre, 2011 a 2020 .....	74
Gráfico 16 - Distribuição do número de gestantes HIV, por Gerência Distrital, em Porto Alegre, 2011-2020 .....	75
Gráfico 17 - Distribuição do número de crianças infectadas, segundo ano de nascimento, por Distrito Sanitário, em Porto Alegre, 2011-2020 .....	75
Gráfico 18 - Casos de Sífilis adquirida e taxa de detecção em Porto Alegre por ano de diagnóstico, 2011 a 2020 .....	76
Gráfico 19 - Distribuição dos casos de Sífilis adquirida por Gerência Distrital, em Porto Alegre. 2011-2020 .....	77
Gráfico 20 - Número de casos e taxa de detecção de Sífilis em gestante, em Porto Alegre, 2011-2020.....	78
Gráfico 21 - Número de casos e taxa de incidência de Sífilis Congênita, em Porto Alegre, 2011-2020.....	79
Gráfico 22 - Distribuição do número de casos de Sífilis congênita e Sífilis em gestantes, por Gerência Distrital, em Porto Alegre, 2011-2020 .....	80
Gráfico 23 - Número de casos e taxa de detecção de Hepatite A, em Porto Alegre, 2011-2020 ..	81
Gráfico 24 - Número de casos e taxa de detecção de Hepatite B, em Porto Alegre, 2011-2020 ..	82
Gráfico 25 - Número de casos e taxa de detecção de Hepatite C, em Porto Alegre, 2011-2020 ..	83
Gráfico 26 - Comparativo dos casos de Dengue notificados, confirmados e autóctones, Porto Alegre, 2010 a 2020 .....	85
Gráfico 27 - Série histórica de casos confirmados de Dengue e taxa de incidência por 100.000 habitantes, Porto Alegre, 2010 a 2020.....	86
Gráfico 28 - Distribuição dos casos de Dengue por raça/cor, Porto Alegre, 2013, 2016 e 2019.....	87

Gráfico 29 - Distribuição dos casos de Leishmaniose Visceral Notificados, Confirmados e Descartados em Porto Alegre 2010 -2020.....	89
Gráfico 30 - Distribuição dos casos de Leishmaniose Visceral Autóctones Notificados, Confirmados e Descartados de Residentes em Porto Alegre de acordo com a entrada, 2010 – 2020.....	89
Gráfico 31 - Distribuição dos casos de Leptospirose notificados, confirmados e descartados de residentes em Porto Alegre, de 2010 a 2020 .....	90
Gráfico 32 - Distribuição dos casos de Leptospirose notificados, confirmados e descartados de residentes em Porto Alegre, por Gerência Distrital, de 2010 e 2020 .....	91
Gráfico 33 - Coqueluche: pacientes internados em Porto Alegre, 2011-2020 .....	92
Gráfico 34 - Número de casos de Sarampo em Porto Alegre 2011-2020 .....	93
Gráfico 35 - Incidência de Sarampo por faixa etária em Porto Alegre 2011-2020 .....	93
Gráfico 36 - Distribuição dos casos suspeitos de Meningite em Porto Alegre 2010 - 2020.....	94
Gráfico 37 - Distribuição dos casos de Meningites Notificados, Confirmados e Descartados em Porto Alegre 2010 - 2020.....	94
Gráfico 38 - Distribuição dos casos de Meningite Notificados, Confirmados e Descartados de Residentes em Porto Alegre, por Gerência Distrital, 2010 - 2020 .....	95
Gráfico 39 - Distribuição dos casos de Doença Meningocócica em Residentes em Porto Alegre 2010 - 2020 .....	95
Gráfico 40 - Doenças Respiratórias provocadas por vírus, excetuando o Covid-19, 2017 a 2020. ....	98
Gráfico 41 - Média e Desvio Padrão do número de dias entre os primeiros sintomas e o óbito de homens em Porto Alegre, por raça/cor, nos anos de 2020 e 2021 .....	100
Gráfico 42 - Média e Desvio Padrão do número de dias entre os primeiros sintomas e o óbito de mulheres em Porto Alegre, por raça/cor, nos anos de 2020 e 2021 .....	100
Gráfico 44 - Distribuição do número de dias entre o registro do primeiro sintoma e o óbito, em indivíduos entre 20 e 39 anos de idade em Porto Alegre, nos anos de 2020 e 2021 .....	101
Gráfico 45 - Distribuição do número de dias entre os primeiros sintomas e o óbito, em indivíduos entre 40 e 59 anos de idade em Porto Alegre, nos anos de 2020 e 2021 .....	102
Gráfico 46 - Distribuição do número de dias entre os primeiros sintomas e o óbito, em indivíduos entre 60 e 79 anos de idade em Porto Alegre, nos anos de 2020 e 2021 .....	102
Gráfico 47 - Distribuição do número de dias entre os primeiros sintomas e o óbito, em indivíduos com idade igual ou maior a 80 anos em Porto Alegre, nos anos de 2020 e 2021 .....	103
Gráfico 48 - Número de moradores de Porto Alegre acometidos por Sars-Cov-2 por raça/cor em Porto Alegre em todos os desfechos (óbito e cura), nos anos de 2020 e 2021 .....	103
Gráfico 49 - Portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, estratificados por sexo, no ano de 2020 em moradores de Porto Alegre .....	111
Gráfico 50 - Coeficiente de mortalidade (óbitos por 10.000 habitantes) por causas externas ..	114
Gráfico 51 - Série histórica das mortes por acidentes de trânsito ocorridos nas vias urbanas de Porto Alegre, conforme dados do Cadastro de Acidentes de Trânsito (CAT)/EPTC .....	116
Gráfico 52 - Número mortes por acidentes de trânsito ocorrido por tipo de veículo em Porto Alegre, 2020 .....	117
Gráfico 53 - Número de Internações Hospitalares por Capítulos CID 10 exceto Gravidez, parto e puerpério, 2008-2020.....	117
Gráfico 54 - Proporção de Internações Hospitalares por habitante por faixa etária, 2008 - 2020 .....	118
Gráfico 55 - Proporção de Internações Hospitalares por sexo, 2008 - 2020.....	119
Gráfico 56 - Proporção de Internações Sensíveis à atenção primária, 2008-2020 .....	119
Gráfico 57 - Proporção de Internações Sensíveis à atenção primária por faixa etária, 2008-2020 .....	120



Gráfico 58 - Relação Internações Sensíveis à atenção primária e Cobertura de Saúde da Família 2008-2020 .....	120
Gráfico 59 - Internações por tipo de procedimento.....	121
Gráfico 60 - Internações por tipo de procedimento.....	122
Gráfico 61 - Proporção de População Prisional por sexo, por faixa etária, ano 2021 .....	144
Gráfico 62 - Proporção de População Prisional por sexo, escolaridade, ano 2021 .....	144
Gráfico 63 - Proporção de População Prisional por sexo, raça/cor, ano 2021 .....	144
Gráfico 64 - Número de Casos Absolutos e Coeficiente de Mortalidade Materna 2007-2021 ....	165
Fonte: SIM. ....	166
Gráfico 65 - Número e Razão de Exames Citopatológicos realizados em mulheres de 25 a 64 anos de 2008 - 2020.....	166
Gráfico 66- Número e Razão de Mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos de 2008 - 2020.....	167
Gráfico 67 - Proporção de internações hospitalares na faixa etária de 60 anos ou mais por Grupo de Causa no período de 2008-2020, Porto Alegre.....	175
Gráfico 68 - Número de Nascidos Vivos em Porto Alegre, 2015 a 2020 .....	197
Gráfico 69 - Número de óbitos infantis, em menores de 1 ano de vida, em Porto Alegre, no período de 2015 a 2020 .....	198
Gráfico 70 - Proporção da faixa etária dos óbitos infantis em 2020 .....	199
Gráfico 71 - Comparativo da Taxa de Mortalidade Geral entre os Distritos Sanitários Glória, Cruzeiro e Cristal com Porto Alegre, 2017 – 2020 .....	243
Gráfico 72 - Proporção de usuários atendidos no Projeto PET no Distrito Sanitário Eixo Baltazar no período de 2020-2021 .....	254
Gráfico 73 - Proporção de usuários atendidos no Projeto PET por unidade de saúde do Distrito Norte no período de 2020-2021 .....	257
Gráfico 74 - Série histórica da mortalidade infantil no Distrito Lomba do Pinheiro .....	267
Gráfico 75 - Número de casos e taxa de incidência de Sífilis congênita no distrito Lomba do Pinheiro .....	269
Gráfico 76 - Distribuição da taxa de detecção de gestantes HIV e número de gestantes HIV no Distrito Lomba do Pinheiro .....	269
Gráfico 77 - Distribuição da incidência das formas de Tuberculose no Distrito Lomba do Pinheiro .....	271
Gráfico 78 - Série Histórica da Mortalidade Geral Partenon.....	273
Gráfico 79 - Causas da Mortalidade Geral Partenon .....	273
Gráfico 80 - Série histórica da mortalidade infantil no Distrito Partenon .....	274
Gráfico 81 - Número de casos de Sífilis Congênita no distrito Partenon .....	275
Gráfico 82 - Distribuição da taxa de detecção de gestantes HIV e números de gestantes HIV no distrito Partenon.....	276
Gráfico 83 - Incidência de Tuberculose por Forma no distrito Partenon .....	277
Gráfico 84 - Causas mortalidade geral por capítulo e grupo em 2020 no Distrito Sul .....	287
Gráfico 85 - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil no Distrito Sul.....	288
Gráfico 86 - Número de casos e taxa de incidência de Sífilis congênita Distrito Sul.....	289
Gráfico 87 - Causas mortalidade geral por capítulo e grupo em 2020 no Distrito Centro-Sul.....	294
Gráfico 88 - Série histórica de mortalidade prematura no distrito Centro-Sul .....	294
Gráfico 89 - Série histórica de óbitos de mulheres em idade fértil no distrito Centro-Sul .....	295
Gráfico 90 – Cobertura populacional por ESF e Atenção Básica (dezembro 2008 a 2020).....	300
Gráfico 91 - Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde da família por Distrito Sanitário de maio de 2020 a junho de 2021 .....	302
Gráfico 92 - Média mensal de pacientes em atenção domiciliar, em Porto Alegre, 2014- 2021.....	315
Gráfico 93 - Número total de novas admissões no Programa de Atenção Domiciliar, 2016 até abril de 2021 .....	316

Gráfico 94 - Número total de novas admissões oriundas dos hospitais no Programa de Atenção Domiciliar, 2016 até abril de 2021 .....	317
Gráfico 95 - Comparativo de exames laboratoriais da rede conveniada 2019- 2020 .....	359
Gráfico 96 - Quantidade de testes: SUS e laboratórios privados .....	363
Gráfico 97 - Quantidade de testes mensais e semanais realizados .....	363
Gráfico 98 - Quantidade de casos confirmados e percentuais de variação .....	364
Gráfico 99- Taxa de positividade semanal dos exames positivados importados e não importados de RT PCR .....	364
Gráfico 100 - Histórico do número de autorizações de internações de urgências reguladas (não próprias) para leitos de enfermarias (adultos e pediátrica) e leitos de UTI (adulto, pediátrica e neonatal) e histórico do tempo de resposta entre a solicitação e a autorização para a internação (mediana e percentil 80) e o percentual de autorizações de acesso em Porto Alegre (2018-2021*).....	401
Gráfico 101 - Comparativo do número de solicitações de internações de urgências para leitos de UTI adulto por síndrome gripal (suspeitos ou confirmados Covid-19) versus demais causas (2020**- 2021*) .....	402
Gráfico 102 - Histórico da fila de espera por consultas especializadas, solicitações, agendas ofertadas e bloqueios (2018-2021*) .....	406
Gráfico 103 - Histórico de receita e gastos em ASPS, 2013-2020 .....	470
Gráfico 104 - Histórico de despesa total e ASPS e despesa com recursos próprio, 2013-2020.....	470
Gráfico 105 - Histórico de Suficiência Financeira, 2015-2020 .....	471
Gráfico 106 - Protocolos abertos na Ouvidoria, por mês, nos anos de 2017 a 2020 .....	484
Gráfico 107 - Protocolos abertos na Ouvidoria, por mês, nos anos de 2019 a 2021 .....	484

## Lista de Figuras

Figura 1 - Mapa de Localização do Município de Porto Alegre .....	39
Figura 2 - Mapa da Região Metropolitana de Porto Alegre .....	40
Figura 3 - Mapa de localização dos municípios de 1ª CRS e da 10ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul .....	41
Figura 4 - Distritos Sanitários, Orçamento Participativo de Porto Alegre .....	42
Figura 5 - Mapa das Gerências Distritais .....	43
Figura 6 - Novo Mapa das Gerências Distritais .....	44
Figura 7 - Monitoramento de bugios com laudo positivo para Febre Amarela .....	46
Figura 8 - Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) em moradores de Porto Alegre pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não transmissíveis (Doenças do aparelho circulatório, Câncer, Diabetes e Doenças respiratórias crônicas) .....	110
Figura 9 - Ações Intersetoriais propostas para o Programa Mais Dignidade 2018 a 2021 .....	139
Figura 10 - Estratégias de enfrentamento por Secretaria no Projeto Mais Dignidade.....	139
Figura 11 - Fluxos e serviços envolvidos no Programa Mais Dignidade .....	140
Figura 12 - Ciclo da Assistência Farmacêutica .....	335
Figura 13 - Localização atual das Farmácias Distritais e principais rotas de ônibus no município.....	339
Figura 14 - Nova Localização das Farmácias Distritais observando as principais rotas de linhas de ônibus de Porto Alegre.....	340
Figura 15 - Georreferenciamento dos pontos de Coleta no município em 2021 .....	359
Figura 16 - Pontos de coleta de RT-PCR em Porto Alegre .....	362
Figura 17 - Desenho da rede de serviços às pessoas com deficiência .....	395
Figura 18 - Mapa Estratégico PMPA (“Visão”) .....	438
Figura 19 - Mapa Estratégico SMS.....	439

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AACD	Associação de Assistência à Criança Deficiente
ABNT NBR	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AHVN	Associação Hospitalar Vila Nova
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Agentes Indígenas de Saúde
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMS	Acesso Mais Seguro
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
ASSECOM	Assessoria de Comunicação
ASSEJUR	Assessoria Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde
ASSEPDVS	Assessoria de Ensino e Pesquisa da Diretoria de Vigilância Sanitária
ASSEPLA	Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BAS	Benefício Assistencial
BCG	Vacina da Tuberculose (Bacillus Calmette-Guérin)
BI	Business Intelligence
BIPAP	Pressão Aérea Positiva por dois Níveis
BVAPS	Biblioteca Virtual da Atenção Primária
CADSUS	Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS
CAF	Coordenação de Assistência Farmacêutica
CAIST	Coordenação de Atenção à Infecções Sexualmente Transmissíveis
CAL	Coordenação da Assistência Laboratorial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS Adulto	Centro de Atenção Psicossocial Adulto

CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência
CASM	Coordenação de Atenção à Saúde Mental
CDS	Conselho Distrital de Saúde
CDT	Centro de Diálise e Transplante
CEACRI	Clínica Esperança Amparo e Criança
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centro de Reabilitação
CEREPAL	Centro de Reabilitação de Porto Alegre
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CEVS	Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CGAE	Coordenação-geral de Ações Estratégicas em Ist, Aids e Hepatites
Virais	
CGAL	Coordenação Geral de Apoio Laboratorial
CGP	Coordenação de Gestão de Pessoas
CGSIM	Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação
CIAMP	Rua Comitê Interinstitucional de Acompanhamento e
Monitoramentos	da População em Situação de Rua
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CICV	Comitê Internacional da Cruz Vermelha
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CIM	Coordenação de Infraestrutura e Manutenção
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CLS	Conselho Local de Saúde
CMCE	Central de Marcação de Consultas e Exames
CMG	Coeficientes de Mortalidade Geral
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMIdoso	Comissão Municipal do Idoso
CMIPF	Centro Municipal Integrado de Planejamento Familiar

CMM	Coeficiente de Mortalidade Materna
CMPA	Câmara Municipal de Porto Alegre
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CMSI	Comissão Municipal de Saúde Indígena
CMU	Coordenadoria Municipal de Urgências
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CO	Centro Obstétrico
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
COE	Centros de Operações de Emergência em Saúde para a Educação
COMSANS Sustentável	Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional
COPAE	Comissão Permanente de Atenção às Urgências
COREMED	Comércio e Representação de Produtos Médicos Hospitalares
COSANS Sustentável	Coordenadoria Municipal de Segurança Alimentar Nutricional
COVID-19	Doença do Coronavírus do ano de 2019
CP	Citopatológico
CPAP	Pressão positiva contínua das vias aéreas
CPEG	Centro de Pesquisa Ginecológica
CPES	Comissão Permanente de Ensino e Serviço
CPPS	Coordenação de Políticas Públicas de Saúde
CR	Centro de Reabilitação
CRAI	Atenção Integral de Crianças e Adolescentes Vítimas de Violências
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRIE	Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CRTB	Centro de Referência em Tuberculose
CSAD	Coordenação de Serviços Ambulatoriais Distritais
CSST	Comissões de Segurança e Saúde do Trabalhador
CSVC	Centro de Saúde Vila dos Comerciantes

CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
CTIC	Comitê Municipal das Tecnologias de Informação, Comunicação e Geoprocessamento
CURAME	Comissão para Uso Racional de Medicamentos
CV	Cobertura Vacinal
CVC	Cateter Venoso Central
DA	Diretoria Administrativa
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DAHU	Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência
DANTS	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DAPS	Diretoria de Atenção Primária em Saúde
DASA	Diagnósticos da América
DB	Diagnósticos do Brasil
DC	Diretoria de Contratos
DCCI	Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEE	Departamento de Economia e Estatística
DETRAN	Departamento Estadual de Trânsito
DF	Doença Falciforme
DFMS	Diretoria Fundo Municipal de Saúde
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DIP	Doença Infecto Parasitária
DIS	Sistema de Dispensação
DLC	Diretoria de Licitações e Contratos
DML	Departamento Médico Legal
DNCI	Doenças de Notificação Compulsória Imediata
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DO	Declaração de Óbito
DOPA	Diário Oficial de Porto Alegre
DR	Diretoria de Regulação
DS	Distrito Sanitário

DSEI	Distritos Especiais de Saúde Indígena
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
DT	Diretoria Técnica
DTA	Doenças Transmitidas por Alimentos
DVS	Diretoria de Vigilância em Saúde
EAA-DVS	Equipe de Apoio Administrativo da Diretoria de Vigilância Sanitária
EAAH	Equipe de Apoio à Atenção Hospitalar
EAD	Educação à Distância
EAD	Equipe de Análise e Despesa
EAP	Equipes de Atenção Primária
EAS	Equipe Atenção à Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECASSIST	Equipe de Contratos Assistenciais
ECR	Equipe de Consultório na Rua
ECT	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos
ED	Equipe de Desenvolvimento
EDUCAPOA	Educação a Distância da Prefeitura Municipal de Porto Alegre
EEI	Escola de Educação Infantil
EESCA	Equipes Especializadas em Saúde da Criança e do Adolescente
EESMA	Equipes Especializadas em Saúde Mental Adulto
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar
EMAP	Equipe de Materiais
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EMEI	Escolas Municipais de Educação Infantil
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
EOF	Equipe de Orçamento Finanças
EPAT	Equipe de Patrimônio
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
EPT	Equipe de Perícia Técnica
EPTC	Empresa Pública de Transporte e Circulação de Porto
ERA	Equipe de Regulação Ambulatorial
ERCH	Equipe de Relacionamento Contratual e Habitações



ERGON	Sistema Informatizado para a Gestão do Trabalho na Prefeitura de Porto Alegre
ERH	Equipe de Regulação Hospitalar
ERS	Equipe de Recursos e Serviços
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESEFID UFRGS	Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
E-SUS	Sistema de Informatização das ações realizadas na Atenção Básica
ETRA	Equipe de Transportes
EVA	Equipe de Vigilância de Alimentos
EVANTROPO	Equipe de Vigilância de Antropozoonoses
EVDANT	Equipe de Vigilância de Doenças Não Transmissíveis
EVDT	Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis
EVEV	Equipe de Vigilância de Eventos Vitais
EVSAA	Equipe de Vigilância em Saúde Ambiental e Águas
EVSAT	Equipe de Vigilância em Saúde Ambiental e do Trabalhador
EVSPIS	Equipe de Serviços e Produtos de Interesse à Saúde
FA	Febre Amarela
FALA	Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação
FAN	Fundo de Alimentação e Nutrição
FASC	Fundação de Assistência Social e Cidadania
FASE	Fundação de Atendimento Socioeducativo
FAURGS	Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
FD	Farmácia Distrital
FES	Fundo Estadual de Saúde
FGCIA	Fórum Gaúcho de Combate aos Impactos dos Agrotóxicos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUGAST	Fundação de Gastroenterologia
FUNAI	Fundação Nacional do Índio

GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
GAPA	Grupo de Apoio a Prevenção a Aids
GCC	Glória/Cruzeiro/Cristal
GD	Gerência Distrital
GECA	Gerência de Gestão de Contratos de Apoio
GECASSIST	Gerência de Gestão de Contratos Assistenciais
GERCON	Gerenciamento de Consultas
GERINT	Gerenciamento de Internações
GERPAC	Gerenciamento de Procedimentos de Alta Complexidade.
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GM/MS	Gabinete Ministro/Ministério da Saúde
GMAT	Sistema de Gestão de Materiais
GPAC	Gerência de Processamento, Avaliação e Controle
GRANPAL	Associação dos Municípios da Grande Porto Alegre
GRPS	Gerência de Relação com Prestador em Saúde
GS	Gabinete Secretário
GSSM	Gerência de Saúde do Servidor Municipal
GT	Grupo de Trabalho
GTI	Gerência de Tecnologia de Informação
GTT de Fito	Grupo técnico de Trabalho de Fisioterapia
GTT	Grupo Técnico de Trabalho
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HCR	Hospital Cristo Redentor
HCV	Vírus da Hepatite C
HiB	Haemophilus influenzae b
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMIPV	Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
HPS	Hospital de Pronto Socorro
HPV	Papiloma Vírus Humano
HSL	Hospital São Lucas da PUCRS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICBS	Instituto Ciências Básicas Saúde

ICI	Instituto de Câncer Infantil
ICP	Infraestrutura de Chaves Públicas
ICS	Instituto de Cidade Segura
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDR	Instituto de Doenças Renais
IES	Instituto de Ensino Superior
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IL-TB	Infecção Latente da Tuberculose
IMC	Índice de Massa Corporal
IMESF	Instituto Municipal da Estratégia da Saúde da Família
IMFA	Índice Médio de Infestação de Fêmeas do Aedes
IMI	Instituto Médico da Imagem
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPA	Centro Universitário Metodista
ISC	Infecção em Sítio Cirúrgico
ISCOMPA	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
ISF	Indicador Sintético Final
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITI	Instituto Nacional de Tecnologia da Informação
IVS	Índice de Vulnerabilidade em Saúde
LABCEN	Laboratório Central de Porto Alegre
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
LARC	Laboratório de Arquitetura e Redes de Computadores
LC	Lei Complementar
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LENO	Leste/Nordeste
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexual Transgenêros, Queer, Intersexo, Assexual e demais.
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais
LIC	Lei de Incentivo à Cultura
LLE	Lei da Liberdade Econômica

LNC	Lista de Notificação Compulsória
LOA	Lei Orçamentária Anual
LTA	Leishmaniose Tegumentar Animal
LV	Leishmaniose Visceral
MDM	Metas de Desenvolvimento do Milênio
MEQ	Monitoramento Externo da Qualidade
MI Aedes	Monitoramento Integrado do Aedes
MI	Mortalidade Infantil
MMFDH	Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos
MP	Ministério Público
MPP	Moradia Protegida Privada
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
NAA	Núcleo de Apoio Administrativo
NAG	Núcleo de Apoio em Gestão
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NEB	Norte/Eixo Baltazar
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NEPES	Núcleo de Promoção à Saúde
NEQ	Núcleo de Equidades em Saúde
NES	Núcleo de Economia e Custo em Saúde
NF	Núcleo de Fiscalização
NFA	Núcleo de Fiscalização Ambiental
NFCA	Núcleo de Fiscalização de Contratos de Apoio
NFCASSIST	Núcleo de Fiscalização de Contratos Assistenciais
NH	Núcleo de Habilitações
NHNI	Noroeste/Humaitá/Ilhas
NI	Núcleo de Imunizações
NIEM	Núcleo de Indústria e Eventos de Massa
NIS	Núcleo de Informação em Saúde
NM	Núcleo de Medicamentos
NMP	Núcleo de Manutenção Predial
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
NPE	Núcleo de Ações Programáticas Estratégicas
NPIS	Núcleo de Projetos e Infraestrutura em Saúde
NPS	Núcleo de Produtos para Saúde
NPT	Nutrição Parenteral Total
NRPAMB	Núcleo de Relacionamento com Prestador Ambulatorial
NRPHOSP	Núcleo de Relacionamento com Prestador Hospitalar
NSA	Núcleo de Saúde Ambiental
NV	Nascidos Vivos
NVDTA	Núcleo de Vigilância de Doenças Transmissíveis Agudas
NVDTC	Núcleo de Vigilância de Doenças Transmissíveis Crônicas
NVRI	Núcleo de Vigilância em Radiações Ionizantes
NVRV	Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores
NVSAC	Núcleo de Vigilância de Serviços de Alta Complexidade
NVSBC	Núcleo de Vigilância de Serviços de Baixa Complexidade
NVSMC	Núcleo de Vigilância de Serviços de Média Complexidade
ObservaPOA	Observatório da Cidade de Porto Alegre
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODONTOSESC	Unidades volantes odontologia do Projeto SESC
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OGM	Ouvidoria-Geral do Município de Porto Alegre
OIE	Organização Mundial da Saúde Animal
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organizações das Nações Unidas
OP	Orçamento Participativo
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OUVIDOR SUS	Ouvidoria do SUS
PAAS	Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PABJ	Pronto Atendimento Bom Jesus
PACS	Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul
PACTOPOA	Programa de Auxílio Comunitário Terapêutico de Porto Alegre
PACTUASUS	Pactuações de Metas das Diretorias da SMS

PAIGA	Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente
PALP	Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro
PAS	Programação Anual de Saúde
PAVS	Programação de Ações de Vigilância à Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEA	População Economicamente Ativa
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PEPOA	Penitenciária Porto Alegre
PESM	Plantões de Emergência em Saúde Mental
PET	Saúde Programas de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PFM	Ponto Focal Municipal
PHSUL	Comunicação e Tecnologia
PIB	Produto Interno Bruto
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PIM-PIA	Programa Primeira Infância Melhor
PITS	Postos de Informação de Triatomíneos
PLP	Partenon/Lomba do Pinheiro
PMDID	Programa Municipal de Distribuição de Insumos Para o Diabetes
PMOC	Plano de manutenção Operação e Controle
PMPA	Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PMS	Plano Municipal de Saúde
PMSTT	Política Municipal de Saúde do Trabalhador
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas
Privadas de Liberdade no Sistema Prisional	
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAR	Pré-Natal de Alto Risco
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custo
PNH	Primata não humano
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNTN	Programa Nacional de Triagem Neonatal
POD	Programa de Oxigenoterapia Domiciliar
POF	Programa de Orçamentos Familiares
POL	Plano Operativo Local
PPA	Plano Plurianual Municipal
PRIMURGE	Programa Multiprofissional em Urgência e Emergência
PRMMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
PROCEMPA	Companhia de Processamento de Dados de Porto Alegre
PROMETA	Programa de Metas
PSE	Programa Saúde na Escola
PSH	Programa Saúde do Homem
PSR	População em Situação de Rua
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PV.POA I 1ª	Pesquisa de Vitimização Porto Alegre de 2017
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
QUALIAIDS	Programa de Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
REMAPS	Residência Multiprofissional em Atenção Primária
REMMHO	Relação Municipal de Medicamentos Homeopáticos

REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAST	Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
REPLAME	Relação Estadual de Plantas Medicinais
RES	Restinga/Extremo Sul
REVISPOA	Revista de Vigilância em Saúde de Porto Alegre
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento
RG	Relatório de Gestão
RH	Recursos Humanos
RLIT	Receita Líquida de Impostos e Transferências
RM	Região Metropolitana
RMM	Razões de Mortalidade Materna
RN	Recém-Nascido
RNM	Ressonância Magnética
RS	Rio Grande do Sul
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RT-PCR	Reação de Transcriptase Reversa Seguida de Reação em Cadeia da Polimerase
SAD	Serviço Ambulatorial Distrital
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SAIPS	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SAPH	Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar
SARS-COV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus 2
SASISUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SCS	Sul / Centro-Sul
SDI	Serviço de Diagnóstico por Imagem
SE	Semana epidemiológica
SECIH	Serviço de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SESC	Serviço Social do Comércio



SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIES	Sistema de Insumos Estratégicos
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.
SIHO	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer de Colo
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SISMIGRA	Sistema de Registro Nacional Migratório
SISPACTO	Pactuação Interfederativa de Indicadores da Saúde
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SITETB	Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose
SMAP	Secretaria Municipal de Administração e Patrimônio
SMDE	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico
SMDSE	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Esporte
SME	Sistema de Monitoramento Estratégico
SMPAE	Secretaria Municipal de Planejamento e Assuntos Estratégicos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMTC	Secretaria Municipal de Transparência e Controladoria
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SOP	Sala de Observação Pediátrica
SPAAN	Sociedade Porto Alegrense de Auxílio aos Necessitados
SPG	Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão
SR	Sala de Recuperação
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SRTN	Serviço de Triagem Neonatal

SSDP	Sociedade Sulina Divina Providência
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEPE	Superintendência de Serviços Penitenciários
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TANU	Triagem Auditiva Neonatal Universal
TARM	Técnico de Atendimento em Regulação Médica
TB	Tuberculose
TCE	Termo de Compromisso de Estágio
TCR	Receptor de Células T
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TI	Tecnologia da Informação
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TR	Teste Rápido
TV	Transmissão Vertical
UAD	Unidade de Atenção Domiciliar
UDIC	Unidade de Desempenho e Inteligência em Contratos
UDMs	Unidades Dispensadoras de Antirretrovirais
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNIRITTER	Universidade Ritter dos Reis
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
US	Unidade de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UVA	Unidade de Vigilância Ambiental
UVE	Unidade de Vigilância Epidemiológica
UVS	Unidade de Vigilância Sanitária
VAS	Vigilância Ambiental em Saúde
VD	Visita Domiciliar
VIGIAGUA	Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
VigiAR	Programa de Vigilância às Populações Expostas aos Poluentes Atmosféricos

VigiDESASTRES Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Associados aos Desastres

VigiPEQ Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos

VigiSOLO Vigilância em Saúde de Populações Expostas ou Sob Risco de Exposição a Solos Contaminados

VIGITEL Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

VM Ventilação Mecânica

VPC10 Vacina Conjugada Pneumocócica 10-valente

## APRESENTAÇÃO

É com muita honra e alegria que apresentamos o Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2022-2025. Vislumbramos um futuro cheio de desafios para a saúde do município de Porto Alegre. Mas, sem dúvidas, estaremos mais preparados e fortalecidos para enfrentar o que estiver por vir.

A pandemia de Covid-19 trouxe muitas dores, perdas, mas também muitos aprendizados. Nos últimos dois anos, 2020 e 2021, nossos esforços estiveram concentrados no enfrentamento à doença, especialmente nas ações de vacinação. A pandemia exigiu uma dedicação especial de todos os setores da SMS. Mas graças ao empenho das nossas equipes, que são extremamente qualificadas, conseguimos driblar as dificuldades e enfrentar um dos momentos mais desafiadores da saúde pública da história.

É com este mesmo empenho e força de vontade que traçamos as diretrizes, objetivos e metas para os próximos quatro anos de gestão. Temos o entendimento de que é muito importante que todos os profissionais conheçam os projetos realizados no âmbito da saúde e estejam alinhados no mesmo propósito. Por isso, estabelecemos aqui as prioridades de trabalho, num esforço conjunto para qualificar o serviço em saúde oferecido aos usuários e proporcionar um atendimento cada vez mais humanizado.

Esperamos que esta ferramenta seja útil a gestores, trabalhadores, pesquisadores, controle social e público em geral, auxiliando na tomada de decisões e honrando o instrumento mais representativo da defesa da saúde da sociedade brasileira: o Sistema Único de Saúde!

*Mauro Sparta*

Secretário de Saúde de Porto Alegre

## INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre seguiu a metodologia preconizada pela legislação do Sistema Único de Saúde, respeitando os princípios e diretrizes do planejamento em saúde. A Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (Assepla) propôs a sistemática de trabalho para elaboração do plano, inicialmente, através da formação de um Grupo de Trabalho Condutor com a participação de diretores, coordenadores, trabalhadores, representantes do controle social além de estudantes, residentes e estagiários vinculados aos cursos da saúde que contribuíram com a construção deste plano.

Por meio de encontros semanais virtuais, em razão da pandemia da Covid-19, a partir de março de 2021 foram levantados dados, informações, resultados de indicadores com a finalidade de atualizar a análise situacional da política de saúde do município e propor diretriz, objetivos e metas para o período.

Os encontros contaram com uma média de 40 participantes por reunião, foram realizadas 22 reuniões do GT e, posteriormente, no mês de agosto deu-se início a outra sequência de reuniões em subgrupos.

Para a elaboração do PMS 2022-2025 foram utilizados como subsídios documentos orientadores construídos em outros fóruns da gestão pública municipal e deliberativos no âmbito do SUS, tais como o plano de governo da Coligação Estamos Juntos Porto Alegre vencedora do pleito municipal para a gestão 2021-2024, Conferência Municipal de Saúde 2019 e Plano Estadual de Saúde 2020-2023. O Plano Municipal de Saúde buscou alinhamento entre as ações estratégicas da Secretaria da Saúde com as ações intersetoriais definidas em documentos como o Plano Plurianual de Governo (PPA 2022-2025), Prometa 2021-2024, LDO 2022 e LOA 2022, dentre outros. Para executar as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde, a equipe de trabalho do PMS e a gestão da SMS atuou na articulação para a viabilidade das ações propostas e a correspondente previsão orçamentária coerente.

As metas foram elaboradas possibilitando a transversalidade de todos os setores que compõem a SMS, em consonância com a situação atual de saúde do município, propondo uma diretriz única que é “fortalecer o SUS na cidade de Porto Alegre proporcionando o bem estar das pessoas com ações de promoção,

prevenção, tratamento, vigilância e reabilitação da saúde de acordo com as diretrizes do SUS”.

A seguir será apresentada a análise situacional.

## 1. ANÁLISE SITUACIONAL

A análise da situação de saúde da população descortina os panoramas que compõem a identificação de necessidades e aponta os principais problemas de saúde a serem enfrentados, assim como apresenta a construção de estratégias de respostas sociais. A leitura da realidade, a partir da seleção de indicadores sensíveis, explicita a magnitude e as consequências dos problemas de saúde na população e subsidia a elaboração de propostas de intervenção dos entes públicos e da sociedade.

### 1.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO TERRITÓRIO

O município de Porto Alegre possui uma área de 496,684km<sup>2</sup>, dividida em um centro urbano que ocupa em torno de 65% do seu território e uma extensa área rural, com cerca de 30%; a segunda maior área rural entre as capitais. Aproximadamente 44 km<sup>2</sup> estão distribuídos em 16 ilhas do Lago Guaíba sob jurisdição do município. O Lago contorna a cidade numa extensão de 70 km de orla fluvial, a expressão geográfica mais marcante da capital gaúcha.

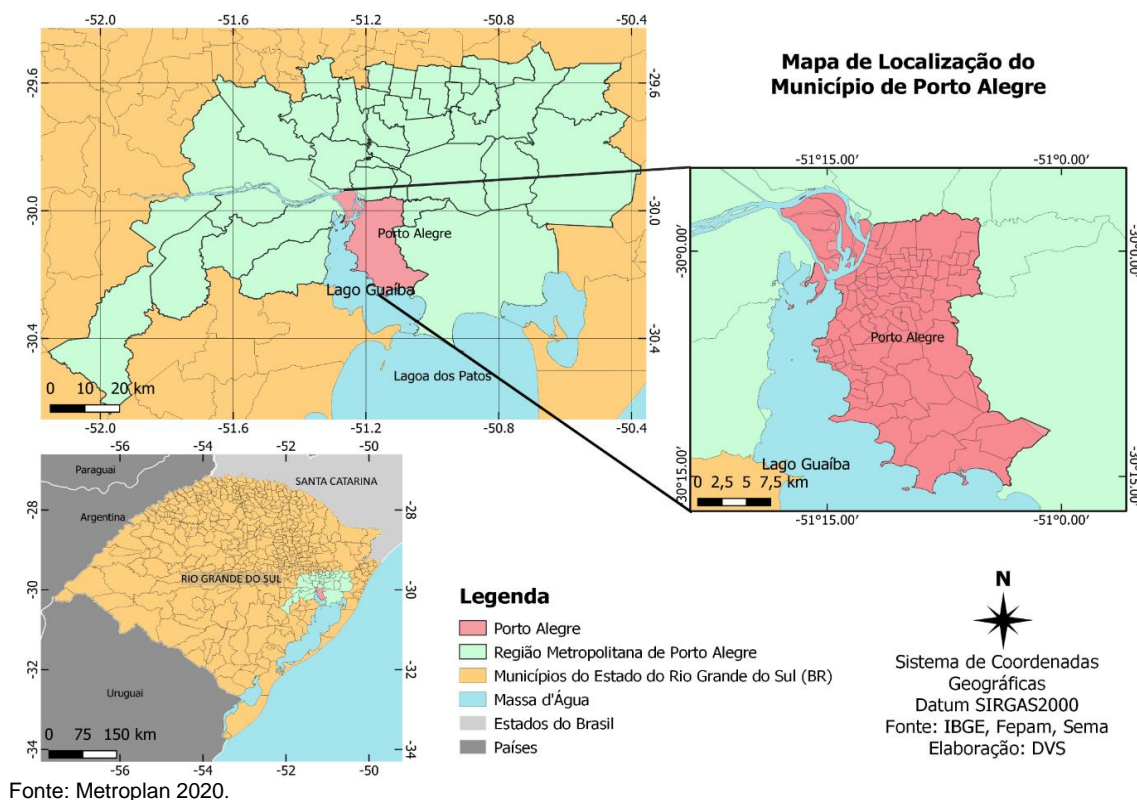
Suas cidades limítrofes são Canoas (Norte), Cachoeirinha e Alvorada (Nordeste), Viamão (Leste) e Eldorado do Sul (Oeste).

Figura 1 - Mapa de Localização do Município de Porto Alegre



Fonte: Geografia do município de Porto Alegre. Disponível: <https://prefeitura.poa.br/gp/projetos/conheca-porto-alegre>.

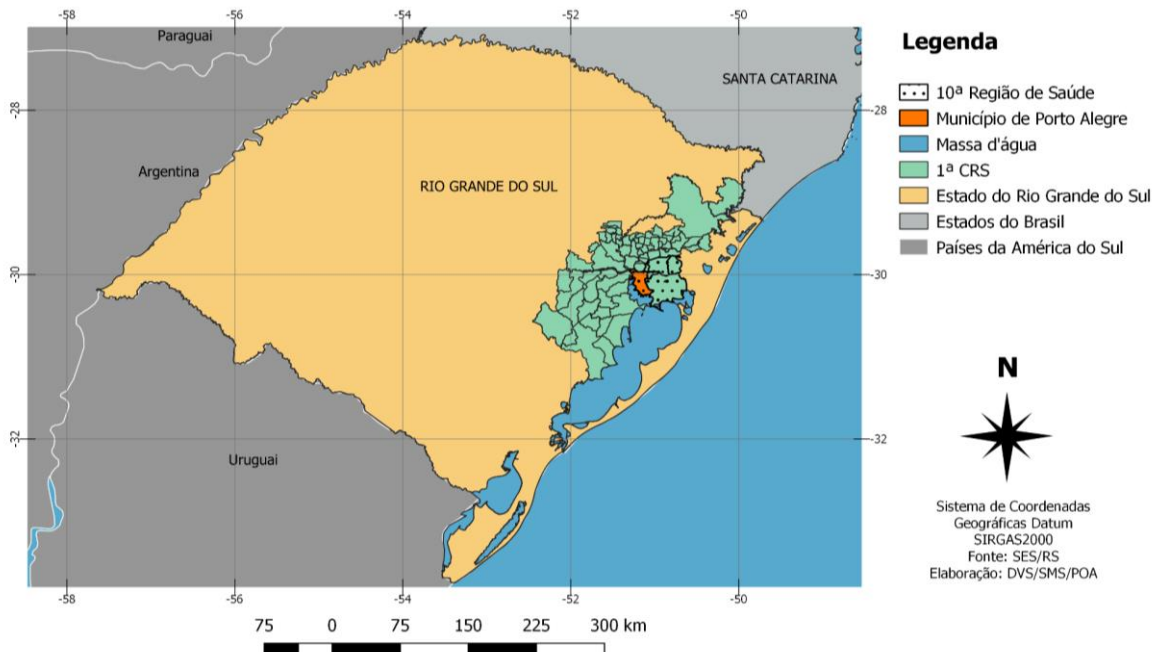
**Figura 2 - Mapa da Região Metropolitana de Porto Alegre**



No Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre integra a 10ª Região de Saúde, a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e a Macrorregião Metropolitana.



**Figura 3 - Mapa de localização dos municípios de 1ª CRS e da 10ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul**



Fonte: Elaborado por DVS/SMS/POA. Composição da 1ª CRS (Porto Alegre) - disponível em <https://saude.rs.gov.br/1-crs-porto-alegre>; e, 10ª Região de Saúde - disponível em <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155806-resolucao-cib-555-12.pdf>.

No território da cidade, a população está distribuída em 94 bairros (Lei 12.112/2016) e 17 Distritos Sanitários (DS). Os Distritos Sanitários possuem limites geográficos e população definidos com vistas a prever a regionalização dos serviços ofertados.

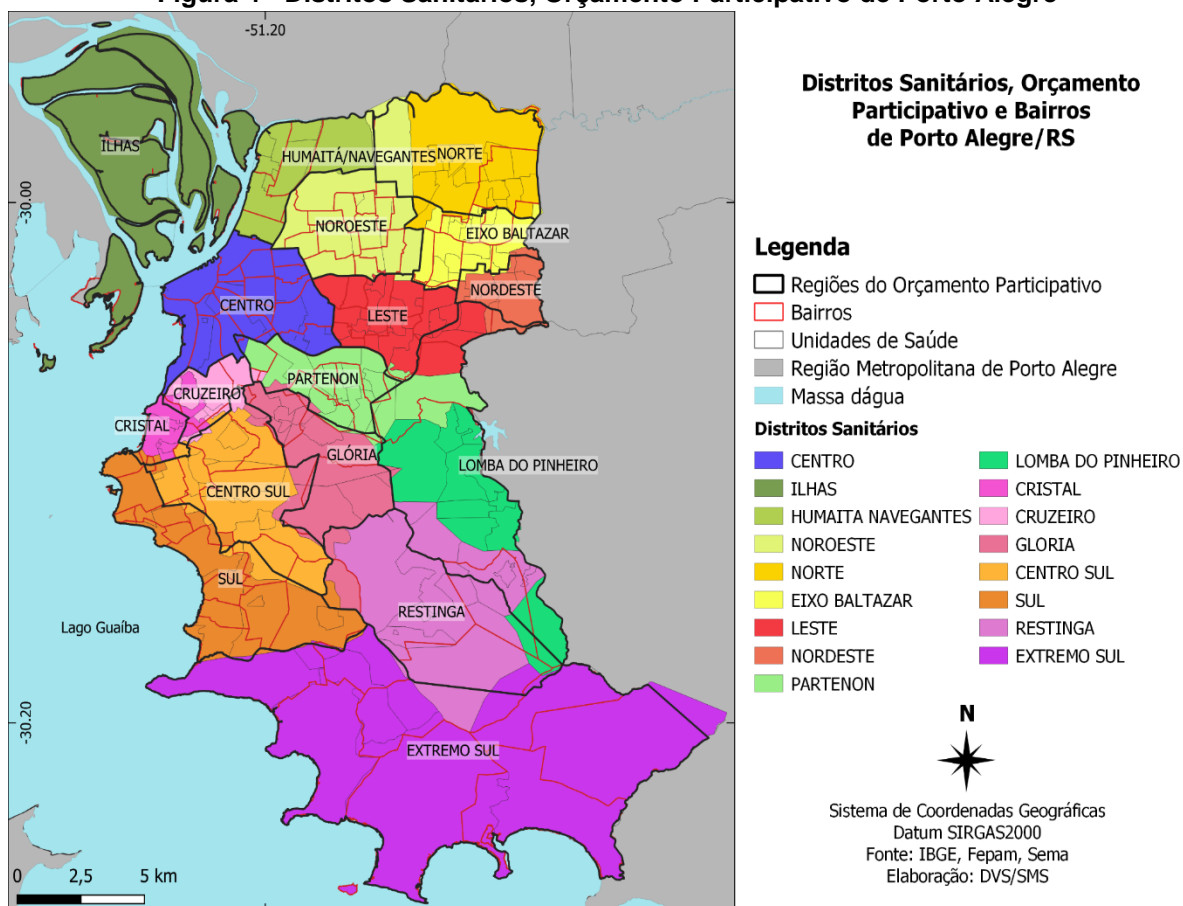
O Decreto Federal nº 7.508/2011 define o território de saúde a partir de regiões, as quais devem conter, minimamente: “I - Atenção Primária; II - Urgência e Emergência; III - Atenção Psicossocial; IV - Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar; e V - Vigilância em Saúde” (BRASIL, 2011).

### ***Distritos Sanitários x Regiões do OP x Bairros***

As Regiões do OP (Orçamento Participativo) foram aprovadas pelo Conselho do Orçamento Participativo em 1997, compatível com o Plano Diretor (PPDUA, LC 434/99). O Orçamento Participativo de Porto Alegre estreita a relação da Prefeitura com a população desde 1989. O OP é um processo dinâmico, pelo qual a população decide, de forma direta, a aplicação dos recursos em obras e serviços que serão executados pela administração municipal. Atualmente, a gestão da PMPA vem avaliando a retomada deste processo como fórum de gestão participativa.

Os distritos são delimitadores geográficos que orientam a regionalização do cuidado. A divergência entre as áreas que compõem respectivamente as regiões de Orçamento Participativo (OP) e os Distritos Sanitários (DS), dificulta a análise intersectorial sobre condicionantes e determinantes de interesse à saúde (assistência social, educação, condições de moradia e habitação, entre outros). Alguns bairros pertencem a mais de um Distrito Sanitário, o que acrescenta mais um desafio para fins de análise e planejamento.

**Figura 4 - Distritos Sanitários, Orçamento Participativo de Porto Alegre**



Fonte: IBGE, Fepam, SEMA por DVS.

As Gerências Distritais (GD) são estruturas administrativas e gestoras regionais que operacionalizam as estratégias de atenção à saúde no SUS no âmbito local. As gerências gerenciam um ou mais Distritos Sanitários, descentralizando e operacionalizando as estratégias de planejamento, atenção e vigilância em saúde. Até 2021, Porto Alegre possuía 8 (oito) Gerências Distritais, cuja população variava entre 95 e 289 mil habitantes (IBGE 2010):

- Centro;
- Glória/Cruzeiro/Cristal;

- Leste/Nordeste;
- Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas;
- Norte/Eixo Baltazar;
- Partenon/Lomba do Pinheiro;
- Restinga/Extremo Sul;
- Sul/Centro Sul.

**Figura 5 - Mapa das Gerências Distritais**



Fonte: DAPS 1 GD Centro, 2 GD NHNI, 3 NEB, 4 Leno, 5 GCC, 6 SCS, 7 PLP e 8 RES.

Com a contratualização das Unidades de Saúde da APS em 2019 algumas atribuições que eram das Gerências Distritais, ficam a cargo das instituições contratualizadas, como por exemplo, a gestão de RH, a adequação e melhorias das estruturas físicas das USs, a atualização dos profissionais no CNES - base para o incentivo financeiro estadual e federal. Fica garantida como atribuição comum a educação permanente e o aprimoramento da atenção à saúde. Diante disso, ficou a cargo das Gerências Distritais, o papel fiscalizatório perante as unidades que estão contratualizadas, hoje 98 das 132 US. Lembramos que as Gerências Distritais já realizavam papel semelhante em relação às 12 unidades conveniadas com o GHC e à Unidade Santa Cecília, conveniada junto ao HCPA.

Com a mudança no papel gerencial das gerências distritais, e a fim de padronizar os processos perante todo o município, elaborou-se uma nova configuração, passando de 8 para 4: Leste, Norte, Oeste e Sul. A nova configuração prevê além da reorganização no território, a mudança das funções, de gerente, subgerente, a coordenação técnica, de monitoramento e administrativa. Essas coordenações representam a estruturação de uma tríade fundamental para a saúde - RH qualificado, processos de trabalho instituídos e estrutura de equipamento em funcionamento.

**Figura 6 - Novo Mapa das Gerências Distritais**



Fonte: DAPS/SMS

No capítulo 1.5 deste plano é apresentada de forma detalhada caracterização dos Distritos Sanitários (DS).

### **1.1.1 Mapas Temáticos**

Além da delimitação dos territórios, sejam geográficos ou de saúde, o processo de elaboração de mapas, através da integração e processamento de dados, é considerado uma ferramenta indispensável para a saúde, permitindo a localização dos eventos no tempo e no espaço, o monitoramento e controle de

determinado evento de saúde, a identificação de áreas geográficas e extratos populacionais mais vulneráveis, a avaliação do impacto das intervenções de saúde e a estimativa de áreas de risco entre a população (NETO et al., 2014).

Nesta perspectiva, a Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS), através do Observatório da Vigilância, mantém uma série de mapas temáticos que são constantemente atualizados e divulgados com o objetivo principal de disponibilizar informações georreferenciadas de dados epidemiológicos, ambientais e sanitários da cidade de Porto Alegre.

Tendo em vista que diversas informações sobre as áreas territorializadas da cidade estão disponíveis em mapas publicados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), a seguir são apresentados visões e caminhos de acesso a mapas temáticos de interesse à saúde.

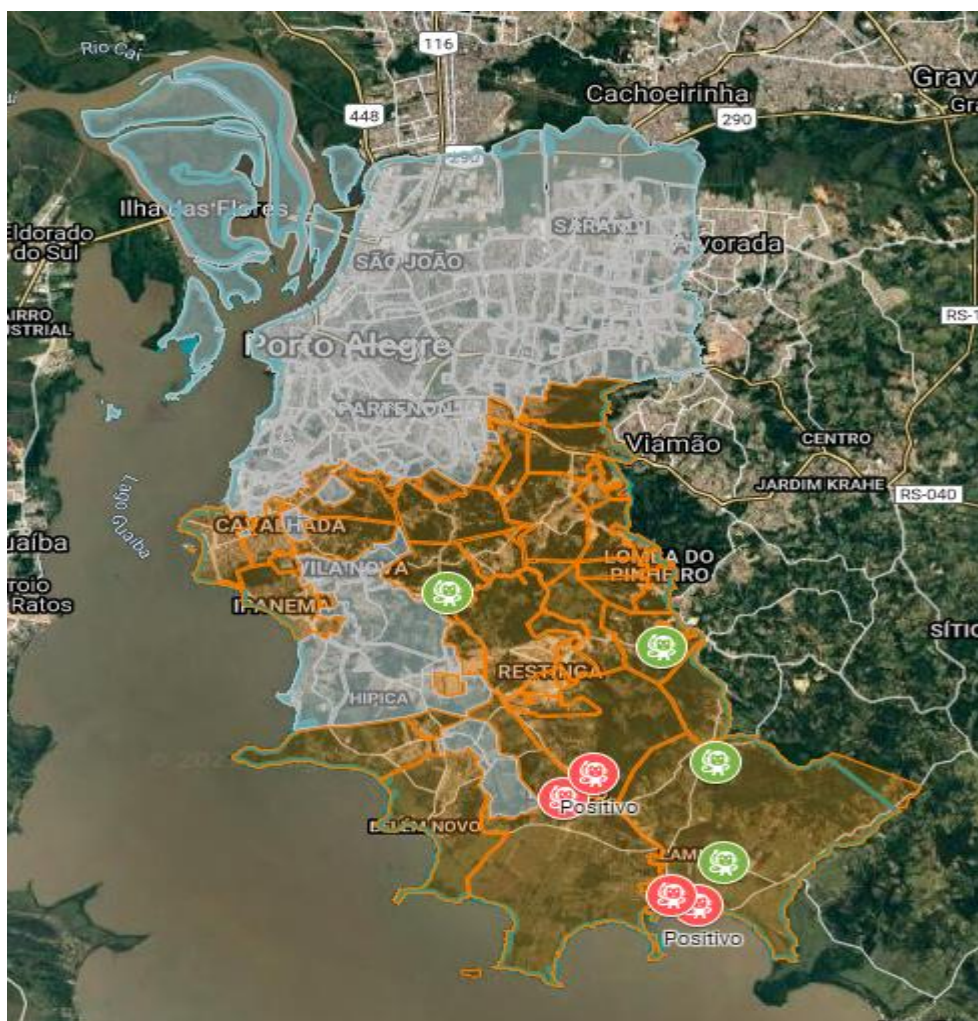
A pandemia de Covid-19 intensificou uma das mais importantes demandas na área da saúde, que representa a busca por informações sobre a distribuição dos casos confirmados nos territórios. No âmbito municipal, os casos de Covid-19 notificados têm sido georreferenciados e divulgados em mapas de acordo com a semana epidemiológica, segundo bairros, na modalidade de mapa interativo, através do Google My Maps (disponível em [Mapas Distribuição de Casos de Covid-19](#)).

Visando também estimular e divulgar análises, estudos e pesquisas na área da saúde, são elaborados diversos mapas temáticos relacionados ao acesso ao endereço eletrônico do Geosaúde, contendo as divisões territoriais de interesse, com diferentes camadas que podem ser vistas separadamente ou em combinações para auxiliar no processo de planejamento em saúde pública em Porto Alegre. ([CGVS - Coord. Geral de Vigilância em Saúde](#)).

Foram elaborados mapas relacionados a outros agravos, disponíveis nos links clicáveis a seguir:

- [Coleta de triatomíneos](#), insetos vetores da doença de Chagas;
- [Monitoramento do Aedes aegypti](#), na seção de Vigilância de Arboviroses e de Vetor, que reúne, em diferentes camadas, casos de infestação do vetor em territórios de saúde e bairros;
- [Localização dos casos de Dengue, Zika e Chikungunya](#), com o mapa com a série histórica de 2010 a 2017 dos casos de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*;
- [Monitoramento da febre amarela](#), contendo o acompanhamento de bairros de Porto Alegre com a presença de bugios, localização de áreas com fragmentos de mata e área com laudo positivo de FA;

**Figura 7 - Monitoramento de bugios com laudo positivo para Febre Amarela**



Fonte: GEOSAÚDE.

- [Monitoramento ambiental da leishmaniose](#), com a localização das coletas de flebotomíneos, insetos vetores da *Leishmania*, cães positivos e casos confirmados de leishmaniose visceral humana;
- [Escorpionismo](#), que apresenta os acidentes escorpiônicos e avistamentos de escorpiões;

Outra fonte importante de informações georreferenciadas é o Observatório da Cidade de Porto Alegre (ObservaPOA), que atua contribuindo para a consolidação da participação cidadã na gestão da cidade (NETO et al., 2014). No site do projeto (disponível em <http://www.observapoa.com.br/>) é possível visualizar um mapa interativo mostrando os limites da cidade, com informações sobre as regiões do Orçamento Participativo (OP). Na seção “Mapas” é possível consultar uma série de informações que buscam oferecer subsídios a munícipes, profissionais de saúde e outras áreas, além de pesquisadores e gestores.

O ObservaPOA também disponibiliza mapas de alguns [equipamentos sociais](#), iniciativas como entidades comunitárias, organizações não governamentais (ONGs), igrejas e outras instituições que compõem, juntamente com o Estado, uma série de serviços cruciais para os desfechos em saúde, considerando as desigualdades sociais e os Determinantes Sociais em Saúde (DSS).

Por fim, na seção de mapas temáticos da DVS é possível visualizar o mapa das [escolas](#) localizadas na abrangência da Atenção Primária de Saúde de Porto Alegre e das áreas críticas de [abastecimento de água](#) com sobreposição dos serviços de saúde da rede municipal.

### **1.1.2 Panorama Demográfico**

A população residente em Porto Alegre era de 1.409.351 habitantes no ano de 2010 (IBGE, 2010). Conforme estimativa do IBGE realizada em 2021, a população está em aproximadamente 1.492.530 habitantes, aumento em torno de 5,9% em relação à população recenseada em 2010 (IBGE, 2020). Porto Alegre é a décima segunda cidade mais populosa do país conforme a estimativa da população em 2021 pelo IBGE. Com densidade demográfica estimada para 2020 de 3.004,20 habitantes por km<sup>2</sup>, a segunda maior do Estado, e taxa de urbanização de 82,15%, segundo estimativas de população urbana atualizadas no ano de 2010.

A distribuição de residentes por sexo, de acordo com o censo de 2010, é a seguinte: 653.787 de indivíduos do sexo masculino e 755.564 do sexo feminino, respectivamente representando as taxas de 46,39% e 53,61% entre a população.

A distribuição da população por Distrito Sanitário é apresentada a seguir.

**Tabela 1 - Distribuição da população por Distrito Sanitário/Sexo/Densidade demográfica**

Distrito Sanitário	Mulheres		Homens		Pop Geral	Densidade demográfica Habitantes p/ km <sup>2</sup>
	N	%	N	%		
Centro	155.928	56.08%	12.2138	43.92%	278.066	10.646,12
Centro-sul	53.280	53.49%	46.319	46.51%	99.599	3.847,64
Cristal	17.190	53.66%	14.847	46.34%	32.037	7.056,38
Cruzeiro	32.660	53.65%	28.214	46.35%	60.874	9.590,62
Eixo Baltazar	50.238	53.28%	44.048	46.72%	94.286	8.375,15
Extremo Sul	17.273	51.23%	16.440	48.77%	33.713	300,60
Glória	29.183	52.59%	26.313	47.41%	55.496	2.324,68
Humaitá Navegantes	24.412	53.35%	21.344	46.65%	45.756	2.891,40
Ilhas	4.074	48.91%	4.256	51.09%	8.330	188,46
Leste	58.762	53.21%	51.681	46.79%	110.442	7.417,85
Lomba Do Pinheiro	29.626	51.42%	27.990	48.58%	57.615	1.230,31
Nordeste	18.098	51.39%	17.120	48.61%	35.218	5.491,74
Noroeste	73.244	54.90%	60.169	45.10%	133.413	6.310,17
Norte	53.460	52.61%	48.148	47.39%	101.609	3.176,84
Partenon	59.758	52.12%	54.900	47.88%	114.658	8.162,18
Restinga	31.294	52.43%	28.396	47.57%	59.689	1.574,92
Sul	47.085	53.17%	41.465	46.83%	88.550	2.802,29
<b>Porto Alegre</b>	<b>755.565</b>	<b>53.61%</b>	<b>653.788</b>	<b>46.39%</b>	<b>1.409.351</b>	<b>2.837,52</b>

Fonte: IBGE 2010.

**Tabela 2 - Faixa etária/ Distrito Sanitário**

Distrito Sanitário	< 1 ano	Crianças (1 a 11)	Adolescentes (12 a 18 inc.)	Adultos (18 a 59)	Idosos	Pop idade Ignorada	POP GERAL
Centro	2.036	20.110	13.581	181.875	60.372	93	278.066
Centro-sul	1.112	13.333	8.763	62.121	14.150	121	99.599
Cristal	380	4.879	3.094	19.378	4.306	0	32.037
Cruzeiro	777	9.501	6.186	35.382	8.376	653	60.874
Eixo Baltazar	1.205	13.644	8.827	59.151	11.458	0	94.286
Extremo Sul	453	5.498	3.674	19.887	4.073	129	33.713
Glória	783	9.117	5.703	33.494	6.398	0	55.496
Humaitá Navegantes	544	6.754	4.031	28.223	6.189	16	45.756
Ilhas	153	1.703	1.046	4.608	803	17	8.330
Leste	1.355	16.167	10.561	66.993	15.366	0	110.442
Lomba do Pinheiro	934	10.918	6.941	33.871	4.952	0	57.615
Nordeste	625	7.801	4.558	19.920	2.313	0	35.218
Noroeste	1.125	12.690	8.477	84.620	26.501	0	133.413
Norte	1.347	15.546	9.814	62.375	12.520	6	101.609



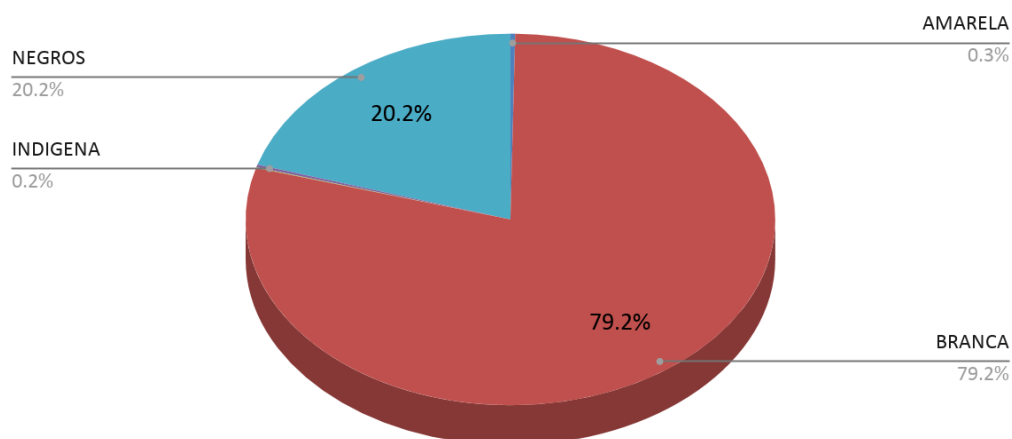
Partenon	1.449	16.698	10.924	68.599	15.168	1.820	114.658
Restinga	948	11.748	6.972	34.236	5.786	0	59.689
Sul	1.008	11.921	7.635	55.098	12.882	7	88.550
<b>Porto Alegre</b>	<b>16.234</b>	<b>188.028</b>	<b>120.787</b>	<b>869.831</b>	<b>211.613</b>	<b>2.862</b>	<b>1.409.351</b>

Fonte: IBGE 2010.

Segundo autodeclaração de raça/cor/etnia, 79,2% das pessoas residentes da cidade são brancas, 20,2% são negras, que compreende a junção de duas outras categorias preta e parda utilizadas pelo IBGE, e 0,23% são indígenas.

**Gráfico 1 - Distribuição da população de Porto Alegre por raça/cor/etnia, 2000 e 2010**

Distribuição da população por Raça/cor



Fonte: ObsevaPoa/IBGE 2010.

**Tabela 3 - Raça/Cor/Etnia x Distrito Sanitário**

Distrito Sanitário	%					Total N	Total %
	Amarela	Branca	Ign	Indígena	Negros (pretos+pardos)		
Centro	0,39	91,94	0,15	0,14	7,40	278.066	19,73
Centro-sul	0,19	79,88	0,21	0,18	19,54	99.599	7,07
Cristal	0,45	74,05	0,00	0,30	25,20	32.037	2,27
Cruzeiro	0,31	69,43	0,00	0,29	29,97	60.874	4,32
Eixo Baltazar	0,28	74,04	0,01	0,17	25,49	94.286	6,69
Extremo Sul	0,24	83,08	0,38	0,38	15,92	33.713	2,39
Glória	0,16	73,29	0,00	0,22	26,33	55.496	3,94
Humaitá							
Navegantes	0,28	79,15	0,05	0,24	20,28	45.756	3,25
Ilhas	0,06	78,33	0,20	0,49	20,91	8.330	0,59
Leste	0,27	72,49	0,00	0,21	27,03	110.442	7,84
Lomba do Pinheiro	0,26	66,79	0,00	0,34	32,61	57.615	4,09
Nordeste	0,31	60,59	0,00	0,26	38,85	35.218	2,5
Noroeste	0,25	92,31	0,00	0,11	7,32	133.413	9,47
Norte	0,23	78,09	0,01	0,35	21,32	101.609	7,21
Partenon	0,23	70,73	0,01	0,23	28,80	114.658	8,14
Restinga	0,42	60,31	0,00	0,54	38,73	59.689	4,24
Sul	0,27	83,75	0,06	0,35	15,57	88.550	6,28
<b>Porto Alegre</b>	<b>4.058</b>	<b>1.116.055</b>	<b>871</b>	<b>3.307</b>	<b>285.060</b>	<b>1.409.351</b>	<b>100</b>

Fonte: Censo IBGE, 2010. Tabulados por SMS/DVS/UVE.

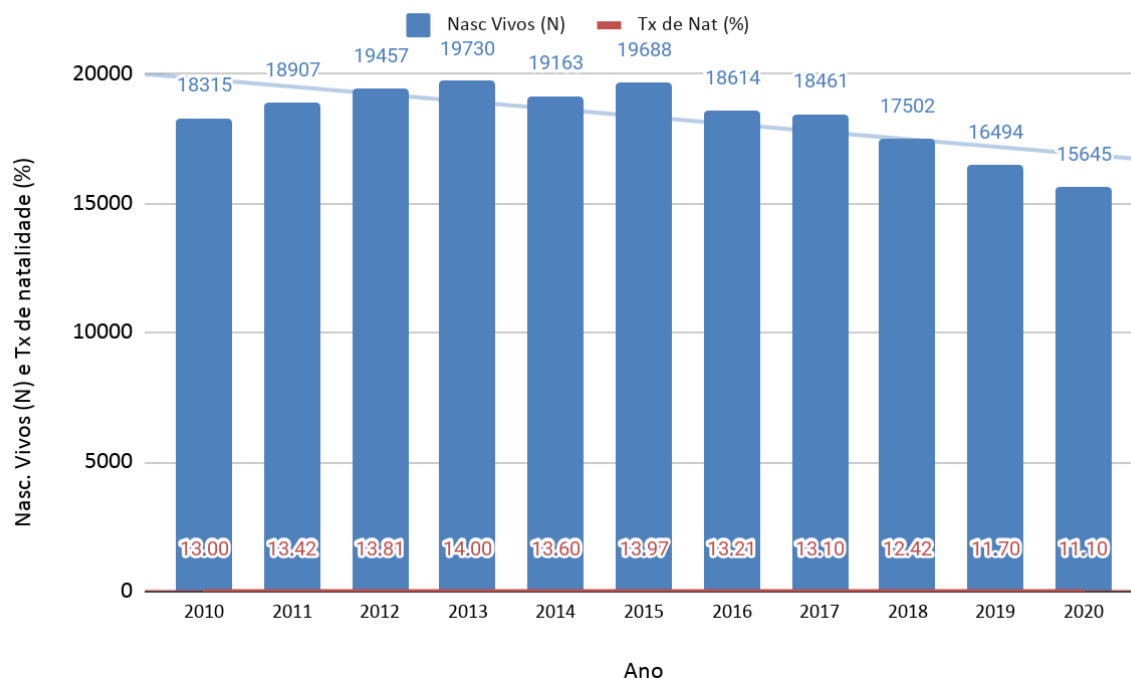
**Tabela 4 - Gestantes e Puérperas/Distrito Sanitário**

Distrito Sanitário	Mulheres (15 A 49 Anos)	Gestantes E Puérperas (Sinasc 2020)	Proporção De Gestantes Na População Em Idade Fértil
	N	N	%
Centro	79.806	1.891	2.37%
Centro-sul	28.029	957	3.41%
Cristal	8.994	327	3.64%
Cruzeiro	16.347	456	2.79%
Eixo Baltazar	27.104	1.019	3.76%
Extremo Sul	9.074	444	4.89%
Glória	15.757	578	3.67%
Humaitá Navegantes	12.921	541	4.19%
Ilhas	2.145	97	4.52%
Leste	30.838	1.399	4.54%
Lomba Do Pinheiro	16.115	804	4.99%
Nordeste	9.828	587	5.97%
Noroeste	36.728	1.050	2.86%
Norte	28.599	1.196	4.18%
Partenon	31.152	1.314	4.22%
Restinga	16.463	966	5.87%
Sul	24.611	948	3.85%
<b>Total</b>	<b>394.511</b>	<b>14.574</b>	<b>3.69%</b>

Fonte: IBGE 2010 e SINASC/EVEV/DVS/SMS/PMPA.

O número de Nascidos Vivos vem caindo ano após ano. Segundo dados preliminares do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos/Porto Alegre a quantidade de Nascidos Vivos caiu, em 2020, para 15.645. Estes números causam um impacto sobre a taxa de natalidade que em 2010 era de 13 para cada mil habitantes, segundo o IBGE. Infelizmente há falta de dados censitários atualizados, mas considerando a população estimada em 2020 (1.488.252) a taxa de natalidade fica próxima a 10,5 por mil habitantes. Ao compararmos com anos anteriores notamos que, em relação a 2015, por exemplo, houve uma queda de 20,5% em apenas 5 anos. Os motivos para essa diminuição são vários: maior escolarização, aumento do número de mulheres no mercado de trabalho, maior adesão ao uso de contraceptivos, entre outros.

**Gráfico 2 - Série histórica dos Nascidos Vivos em Porto Alegre e taxa de natalidade, 2010 a 2020**



Fonte: IBGE 2010 e SINASC/EVEV/UVE/DVS/SMS/PMPA. Dados preliminares do ano de 2020, atualizado em 22/03/2021.

A taxa média de crescimento populacional do município foi de apenas 0,35% ao ano, caracterizando Porto Alegre como a capital brasileira com menor ritmo de crescimento, segundo o IBGE.

De acordo com dados do Censo de 2010, a expectativa de vida ao nascer em Porto Alegre era de 76,42 anos, o que coloca a cidade na terceira melhor posição entre as capitais brasileiras, atrás apenas de Florianópolis e Brasília, e acima da média no Brasil no mesmo período. Apesar dos bons resultados, nos dados regionais dentro do município, encontramos uma profunda disparidade entre índices como da região central (80,72), que se equipara a países como Alemanha e Portugal, e, ao mesmo tempo, índices da região nordeste (71,67) que se aproxima de países como Guatemala e Líbia, (disponível no link <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/life-expectancy-at-birth>).

O Índice de Envelhecimento demonstra a relação entre a porcentagem de idosos e de jovens na população (disponível no link <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/a15.pdf>).

**Tabela 5 - Índice de Envelhecimento por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2020**

Índice de Envelhecimento			
Distrito Sanitário	Pop. 0 a 14 anos (N)	Pop. 60 anos e mais (N)	Índice de envelhecimento (%)
Centro	28.613	60.372	211%
Centro-sul	18.760	14.150	75%
Cristal	6.835	4.306	63%
Cruzeiro	13.344	8.376	63%
Eixo Baltazar	19.124	11.458	60%
Extremo Sul	7.838	4.073	52%
Glória	12.760	6.398	50%
Humaitá Navegantes	9.307	6.189	66%
Ilhas	2.373	803	34%
Leste	22.824	15.366	67%
Lomba Do Pinheiro	15.314	4.952	32%
Nordeste	10.743	2.313	22%
Noroeste	17.894	26.501	148%
Norte	21.787	12.520	57%
Partenon	23.614	15.168	64%
Restinga	16.239	5.786	36%
Sul	16.795	12.882	77%
<b>Porto Alegre</b>	<b>264.163</b>	<b>211.614</b>	<b>80%</b>

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

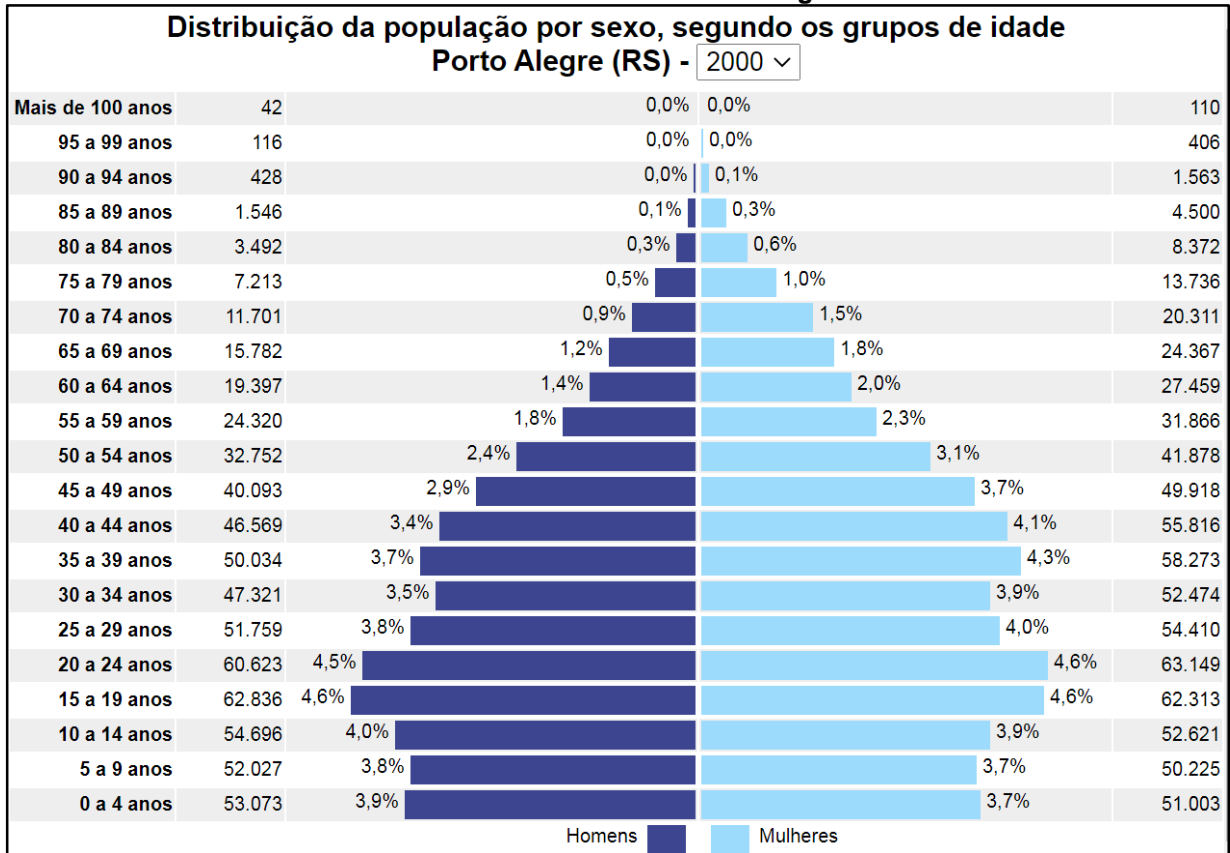
Os dados da tabela mostram a participação crescente de idosos na população de Porto Alegre, o que reflete, principalmente, a redução dos níveis de fecundidade e o processo de envelhecimento da população. Os distritos Centro e Noroeste apresentam os maiores índices (conforme a população informada pelo IBGE no ano de referência de 2010), 211% e 148% respectivamente, encontrando-se mais adiantados no processo de transição demográfica. Os valores mais baixos nos distritos Nordeste e Lomba do Pinheiro, 22% e 32% respectivamente, refletem a possível influência das migrações para as áreas centrais da cidade em virtude da busca por maior acesso e proximidade ao emprego e renda para a população.

O perfil etário da população de Porto Alegre distribui-se da seguinte forma: crianças (0 a 11) correspondem a 14,5% da população; adolescentes (12 a 18) representam 10,05%; jovens (19 a 29) são 19,15% e adultos (30 a 59) 41,26% da população. A população de idosos representa 15,04% do total de residentes, sendo a população que mais cresce na capital. É importante observar que proporção de negros na população geral (20,2%) cai para 13,6% quando analisamos apenas o grupo populacional de idosos (IBGE, 2010), indicando mortalidade precoce nessa população específica.

A pirâmide etária mostra a distribuição da população de acordo com a faixa etária e o sexo. Por meio dela podemos observar a dinâmica populacional no que diz respeito a indicadores como a expectativa de vida, a taxa de natalidade e a

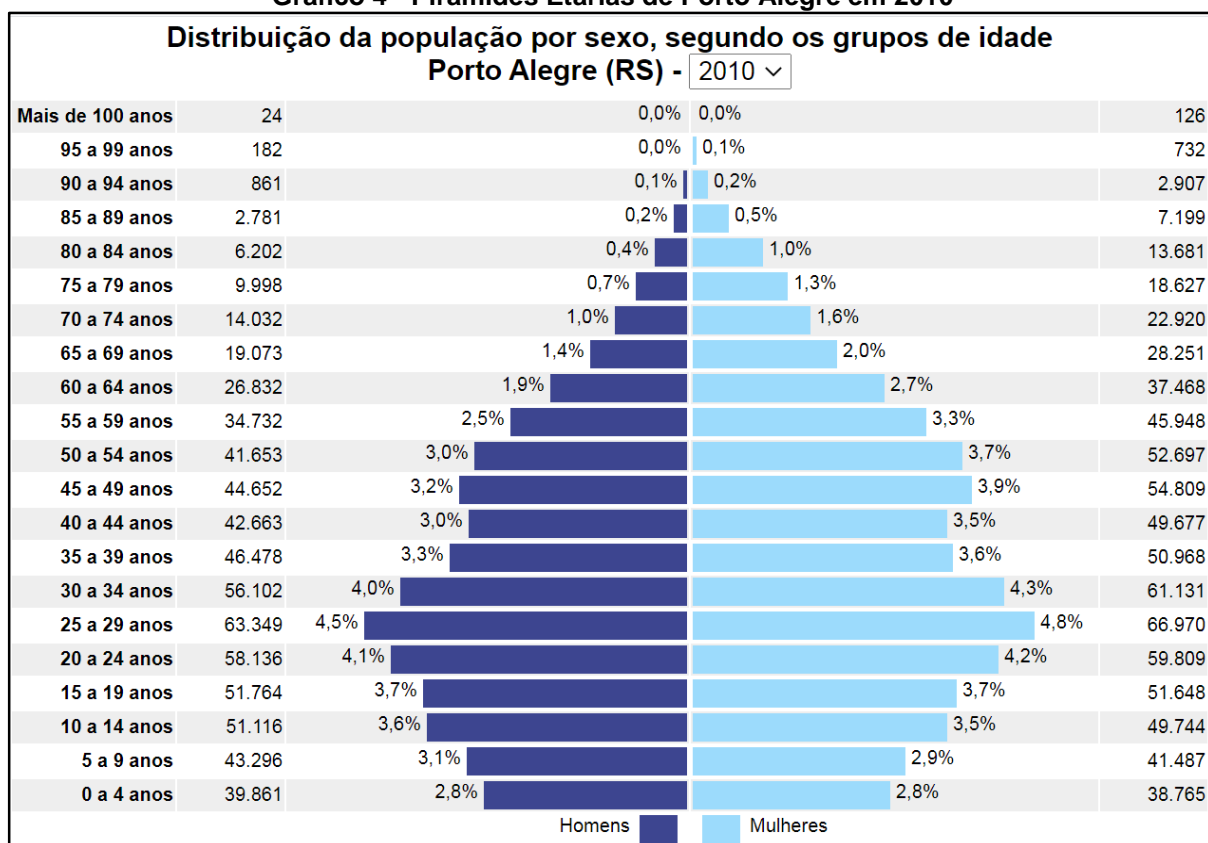
mortalidade. A pirâmide etária de Porto Alegre tem se aproximado gradativamente de um formato retangular, como pode ser observado no gráfico das pirâmides etárias para os anos de 2010 e 2000.

**Gráfico 3 - Pirâmides Etárias de Porto Alegre em 2000**



Fonte: Censo demográfico 2010/IBGE.

**Gráfico 4 - Pirâmides Etárias de Porto Alegre em 2010**



Fonte: Censo demográfico 2010/IBGE.

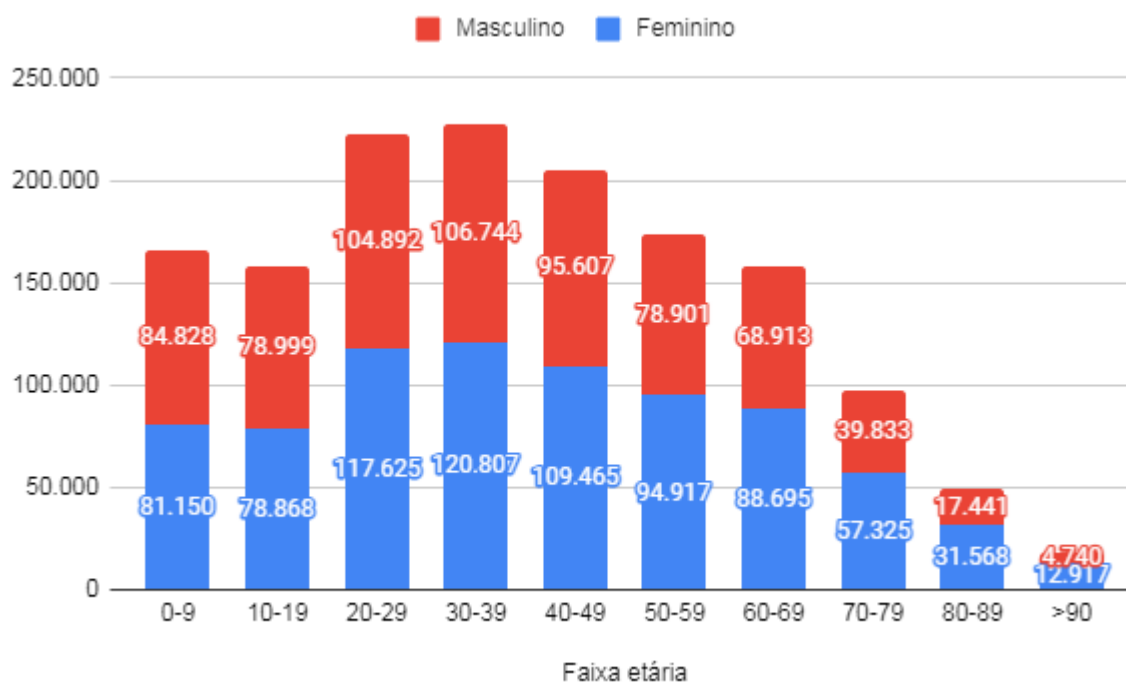
Com base nos registros locais da base nacional de usuários do SUS, os seguintes dados foram obtidos.

**Tabela 6 - Número de cadastrados no CADSUS, no município por faixa etária e sexo, 2021**

Faixa etária	Feminino	Masculino	Total Geral
0-9	81.150	84.828	165.978
10-19	78.868	78.999	157.867
20-29	117.625	104.892	222.517
30-39	120.807	106.744	227.551
40-49	109.465	95.607	205.072
50-59	94.917	78.901	173.818
60-69	88.695	68.913	157.608
70-79	57.325	39.833	97.158
80-89	31.568	17.441	49.009
>90	12.917	4.740	17.657
<b>Total</b>	<b>793.337</b>	<b>680.898</b>	<b>1.474.235</b>

Fonte: CADSUS.

Gráfico 5 - Número de cadastrados no CADSUS, no município por faixa etária e sexo, 2021



Fonte: CADSUS.

Os indicadores econômicos (ocupação, trabalho e renda) são demonstrados na tabela a seguir.

Tabela 7 - Faixa etária + População Economicamente Ativa(PEA) por Distrito Sanitário

Faixa etária + PEA /Distrito Sanitário			
Distrito	Total da População	PEA (15-59)	%PEA
Centro	278.066	188.988	67.97%
Centro-sul	99.599	66.568	66.84%
Cristal	32.037	20.895	65.22%
Cruzeiro	60.874	38.501	63.25%
Eixo Baltazar	94.286	63.703	67.56%
Extremo Sul	33.713	21.673	64.29%
Glória	55.496	36.337	65.48%
Humaitá Navegantes	45.756	30.244	66.10%
Ilhas	8.330	5.137	61.67%
Leste	110.442	72.253	65.42%
Lomba Do Pinheiro	576.15	37.349	64.82%
Nordeste	35.218	22.162	62.93%
Noroeste	133.413	89.018	66.72%
Norte	101.609	67.295	66.23%
Partenon	114.658	74.056	64.59%
Restinga	59.689	37.665	63.10%
Sul	88.550	58.866	66.48%
<b>Porto Alegre</b>	<b>1.409.351</b>	<b>930.711</b>	<b>66.04%</b>

Fonte: IBGE 2010.

Em relação à ocupação, dados de 2017 apontam que 5,5% das pessoas são empregadoras ou trabalham por conta própria. Destas, apenas 48,6% possuem vínculo empregatício com empreendimento registrado no CNPJ. A pandemia de

Covid-19 deve causar recrudescimento nos dados de 2020, pois Porto Alegre representou 23,4 mil dos 94,4 mil postos formais de trabalho fechados no Rio Grande do Sul em 2020. Em 2019, o salário médio mensal era de 4,1 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 53%.

A seguir será realizada breve discussão sobre os Determinantes Sociais da Saúde.



## 1.2 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS, 2007). São aspectos da vida cotidiana que influenciam direta ou indiretamente nas condições da saúde dos habitantes da cidade.

As desigualdades sociais em saúde podem se manifestar de maneira diversa no que diz respeito ao processo saúde–doença em si, bem como ao acesso e utilização dos serviços de saúde. As desigualdades no estado de saúde estão de modo geral fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade. O acesso e a utilização dos serviços refletem essas diferenças, mas podem assumir feições diversas, dependendo da forma de organização dos sistemas de saúde.

A Lei Orgânica do SUS Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 em seu Art. 3º preconiza:

“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.”

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os Determinantes Sociais em Saúde dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macro determinantes. Estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias.

Em outras palavras, não basta somar os determinantes de saúde identificados em estudos com indivíduos para conhecer os determinantes de saúde no nível da sociedade. As importantes diferenças de mortalidade constatadas entre classes sociais ou grupos ocupacionais não podem ser explicadas pelos mesmos fatores aos quais se atribuem as diferenças entre indivíduos, pois se controlamos esses fatores (hábito de fumar, dieta, sedentarismo etc.), as diferenças entre estes estratos sociais permanecem quase inalteradas.

Com a situação da pandemia causada pela Covid-19, os efeitos dos determinantes sociais da saúde evidenciam-se de uma forma drástica, nas

dimensões apresentadas. Indicadores como a taxa de escolarização de 6 a 14 anos é de 96,6% (IBGE 2010); PIB per capita R\$ 52.149,66 (IBGE 2018); salário médio mensal dos porto-alegrenses de 4,2 salários mínimos nos permite enxergar estatisticamente os números, mas com limitações, pois a mediana expressaria o número que está na posição central que divide um agrupamento linear de números em dois subconjuntos de mesmo tamanho. Essa análise nos oferece uma visão mais realista em relação aos valores de renda analisados de cada habitante, em comparação à média salarial que é uma soma aritmética de valores. Com valores mais próximos ao que a maioria das pessoas recebe, podemos afirmar que metade da população da cidade recebe até R\$1.583. Comparando o salário médio com outros municípios do estado, nossa cidade ocuparia a posição 2 de 497 e na comparação com cidades de todo país ficaria na posição 24 de 5.570. Em uma análise superficial poder-se-ia inferir que os dados sobre o salário médio que foram analisados traduzem uma situação financeira relativamente equilibrada. Porém, usando a “lente de aumento” dos Determinantes Sociais em Saúde, percebe-se que a realidade é diferente do simplesmente estatístico. O salário para a maioria das pessoas é baixo e isso implica numa desigualdade social maior do que a inicialmente percebida com base na média salarial.

“Países com frágeis laços de coesão social, ocasionados pelas iniquidades de renda, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva” (BUSS, 2007). Essa desigualdade impacta diretamente nas condições de vida de camadas da população de baixa renda para acesso à saúde pública ou de consumir serviços de saúde.

Segundo a 1ª Pesquisa de Vitimização Porto Alegre de 2017 (PV.POA I) do Instituto de Cidade Segura (ICS), além da baixa confiança dos cidadãos porto-alegrenses na polícia, cerca de 30% dos residentes com 16 anos ou mais já havia sido vítima de furto ou roubo pelo menos uma vez. E nos últimos 12 meses da pesquisa, cerca de 14% dos residentes maiores de 16 anos foram vítimas de algum desses delitos. Esses dados trazem a percepção de que tanto a segurança da população quanto a possibilidade de lazer na capital é impactada negativamente pela violência urbana e afasta ou impede as pessoas de usufruírem de todo o potencial de qualidade de vida que a cidade pode oferecer.

Dados da mesma pesquisa revelam que 20,4% dos residentes maiores de 16 anos em Porto Alegre já sofreram o crime de discriminação alguma vez na vida. Nos últimos 12 meses da pesquisa 11,8% dos residentes maiores de 16 anos foram vítimas desse delito e dentre esses, 44,1% foi por motivo de racismo. A tensão social advinda de uma cultura racista impacta diretamente na possibilidade da população negra de desfrutar do lazer e qualidade de vida dentro da cidade de Porto Alegre. Portanto, “os comportamentos muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc” (BUSS, 2007).

Outro índice importante para se considerar as iniquidades em saúde é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que mede de forma resumida a progressão de uma nação. Dividindo em três elementos básicos o IDH, obtemos as três dimensões básicas (educação, longevidade e renda) para se avaliar a vida dos cidadãos. Porto Alegre, segundo o IBGE no ano de 2010, possuía um IDH de 0,805, porém esse é o valor agregado dos três elementos estatísticos e também estão inclusos os recortes estatísticos de gênero e raça. Abaixo vemos a tabela de IDHM Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) 2017, IDH por Região Metropolitana (RM), desagregando esses três aspectos e separando por raça.

**Tabela 8- IDHM 2017 relacionados às Regiões Metropolitanas das capitais brasileiras segundo brancos e negros**

RM	IDHM-E		IDHM-L		IDHM-R	
	Branco	Negro	Branco	Negro	Branco	Negro
RM de Manaus	0,840	0,782	0,803	0,790	0,824	0,679
RM de Belém	0,764	0,730	0,809	0,786	0,785	0,697
RM de Macapá	0,700	0,736	0,833	0,794	0,737	0,705
RM de São Luís	0,849	0,821	0,792	0,744	0,725	0,660
RIDE Grande Teresina	0,825	0,734	0,810	0,788	0,792	0,682
RM de Fortaleza	0,790	0,744	0,812	0,793	0,797	0,698
RM de Natal	0,741	0,696	0,838	0,823	0,754	0,697
RM de João Pessoa	0,802	0,734	0,829	0,810	0,826	0,717
RM de Recife	0,825	0,729	0,801	0,792	0,812	0,686
RM de Maceió	0,801	0,667	0,790	0,775	0,767	0,670
RM de Aracaju	0,803	0,725	0,824	0,803	0,811	0,700
RM de Salvador	0,794	0,728	0,820	0,800	0,909	0,745
RM de Belo Horizonte	0,848	0,766	0,850	0,830	0,849	0,746
RM de Vitória	0,807	0,742	0,820	0,799	0,839	0,723
RM do Rio de Janeiro	0,833	0,746	0,824	0,789	0,835	0,722
RM de São Paulo	0,879	0,817	0,840	0,827	0,863	0,739

RM de Curitiba	0,821	0,749	0,823	0,807	0,824	0,730
RM de Florianópolis	0,847	0,771	0,866	0,853	0,838	0,771
RM de Porto Alegre	0,779	0,669	0,829	0,805	0,826	0,726
RM de Cuiabá	0,846	0,799	0,814	0,804	0,811	0,723
RM de Goiânia	0,818	0,756	0,846	0,822	0,822	0,759

Fonte: Radar IDHM - Brasília: IPEA: PNUD: FJP, 2019. IDHM -E Educação, IDHM - Longevidade, IDHM – Renda.

Observa-se que a região metropolitana de Porto Alegre, na dimensão da educação, é uma das RMs que possui maior diferença entre brancos e negros.

Abaixo temos o quadro das três dimensões do IDH na região metropolitana de Porto Alegre, com o recorte de gênero.

**Tabela 9 - IDHM 2017, entre as Regiões Metropolitanas das capitais brasileiras entre homens e mulheres**

RM	IDHM-E		IDHM-L		IDHM-R	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
RM de Manaus	0,758	0,825	0,751	0,833	0,817	0,599
RM de Belém	0,723	0,750	0,743	0,843	0,789	0,634
RM de Macapá	0,697	0,760	0,775	0,833	0,722	0,700
RM de São Luís	0,802	0,847	0,706	0,798	0,695	0,654
RIDE Grande Teresina	0,729	0,771	0,742	0,844	0,762	0,643
RM de Fortaleza	0,745	0,770	0,745	0,851	0,823	0,623
RM de Natal	0,675	0,750	0,755	0,876	0,776	0,649
RM de João Pessoa	0,726	0,780	0,769	0,861	0,820	0,688
RM de Recife	0,729	0,785	0,746	0,849	0,767	0,686
RM de Maceió	0,679	0,706	0,718	0,840	0,729	0,654
RM de Aracaju	0,714	0,759	0,771	0,858	0,801	0,643
RM de Salvador	0,701	0,770	0,752	0,858	0,945	0,619
RM de Belo Horizonte	0,786	0,803	0,803	0,872	0,886	0,684
RM de Vitória	0,737	0,789	0,756	0,864	0,889	0,640
RM do Rio de Janeiro	0,772	0,790	0,756	0,845	0,844	0,702
RM de São Paulo	0,845	0,856	0,797	0,871	0,933	0,703
RM de Curitiba	0,798	0,813	0,770	0,865	0,865	0,729
RM de Florianópolis	0,821	0,835	0,830	0,897	0,931	0,709
RM de Porto Alegre	0,734	0,774	0,790	0,865	0,876	0,739
RM de Cuiabá	0,774	0,852	0,767	0,850	0,800	0,690
RM de Goiânia	0,755	0,807	0,791	0,869	0,856	0,707

Fonte: Radar IDHM - Brasília: IPEA: PNUD: FJP, 2019 IDHM -E Educação, IDHM-Longevidade IDHM – Renda.

Dois índices, em relação ao gênero, apresentam grande discrepância. As mulheres apresentam uma longevidade significativamente maior do que a dos homens. Porém, quando se considera a renda, são os homens os que apresentam melhores salários. Em ambas as situações os fatores culturais são determinantes para a manutenção destas diferenças.

No próximo item serão apresentadas as condições de saúde da população.

### **1.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO**

As condições de saúde podem ser definidas como circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas, fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e dos usuários. As condições de saúde da população são estudadas por meio de indicadores de morbidade (sintomas, doenças e deficiências), bem-estar (qualidade de vida) e de mortalidade. Ademais, as condições de saúde podem ir além das doenças por incorporar certos estados fisiológicos como gestação e ciclos de vida como crianças (puericultura), adolescentes (hebicultura) e idosos (disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br>).

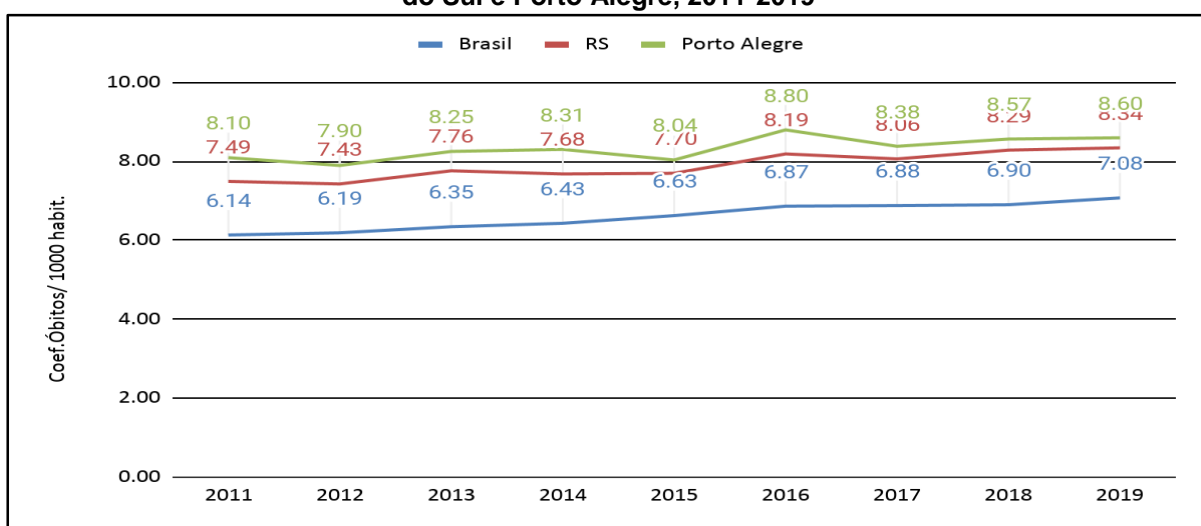
Neste capítulo descrevemos as condições de saúde por doenças transmissíveis e não transmissíveis e as imunopreveníveis a partir de um panorama epidemiológico global da cidade.

### 1.3.1 Panorama Epidemiológico

#### **Mortalidade Geral**

Segundo dados do DATASUS, no período de 2011 a 2019, Porto Alegre apresentou Coeficientes de Mortalidade Geral (CMG) maiores do que os registrados para o Brasil e o Rio Grande do Sul. Em 2019, o ano mais recente disponível para consulta, o coeficiente de mortalidade geral foi de 8,60 óbitos por 1.000 habitantes em Porto Alegre, seguido por 8,34 no Rio Grande do Sul e 7,08 no Brasil (DATASUS).

**Gráfico 6 - Série histórica dos Coeficientes de Mortalidade Geral (CMG) no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, 2011-2019**



Fonte: Brasil, www.datasus.gov.br. Atualizado em 09/04/2021.

**Tabela 10 - Série histórica dos Coeficientes de Mortalidade Geral (CMG) por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2011-2020**

Distrito Sanitário	Ano (Óbitos/1.000 habitantes)									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Extremo Sul	8.39	9.05	8.63	7.65	8.87	10.44	8.60	9.20	10.59	10.00
Sul	7.25	7.40	7.43	7.11	7.71	8.05	8.31	9.22	9.43	9.93
Centro Sul	8.76	8.59	8.70	8.99	8.45	9.87	8.59	8.77	9.66	9.85
Noroeste	8.39	7.65	8.42	8.47	7.96	8.93	8.87	9.17	9.16	9.67
Centro	8.33	8.42	8.72	8.56	8.66	9.16	8.55	8.66	8.77	9.25
Glória	8.51	8.13	8.02	8.43	8.51	9.05	8.76	9.68	9.21	8.74
Partenon	8.44	8.44	8.24	8.40	8.15	8.97	8.78	8.53	8.04	8.72
Cruzeiro	9.10	8.30	8.72	9.22	8.58	9.48	9.31	8.07	8.59	8.59
Restinga	7.35	7.62	7.59	8.54	7.87	7.17	8.26	8.71	9.06	8.49
Leste	7.96	7.48	7.85	7.93	8.09	9.15	7.80	8.41	8.75	8.33
Norte	6.30	6.61	6.74	6.59	6.97	8.39	7.45	7.88	7.50	7.83
Lomba do Pinheiro	7.20	7.06	7.10	7.78	7.50	7.81	7.20	7.83	6.84	7.46
Eixo Baltazar	6.15	6.32	6.68	7.18	7.56	7.51	7.71	7.19	7.80	7.42
Nordeste	6.25	6.28	6.67	5.79	7.44	7.84	7.27	6.93	6.76	7.18
Cristal	7.24	6.34	6.55	6.80	7.30	7.40	7.40	7.62	7.49	6.74
Humaitá	7.30	6.99	7.02	6.91	7.56	7.78	8.44	8.61	7.04	6.71
Navegantes										

Ilhas	4.32	5.16	5.76	6.72	5.40	6.72	7.56	7.44	6.60	5.52
<b>Porto Alegre</b>	<b>8.17</b>	<b>7.99</b>	<b>8.33</b>	<b>8.38</b>	<b>8.13</b>	<b>8.91</b>	<b>8.51</b>	<b>8.67</b>	<b>8.69</b>	<b>9.32</b>

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/DGSV/Porto Alegre. \*Dados preliminares.

Os maiores coeficientes de mortalidade de 0 a 1 ano de vida estão nos DS Norte e Lomba do Pinheiro. Os Distritos Sanitários Nordeste e Restinga também têm percentual de morte prematura maior que os demais DS para a faixa dos 14-49 anos.

**Tabela 11 - Mortalidade proporcional por faixa etária por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2020**

Distrito Sanitário	Mortalidade por faixa etária (anos) em 2020								
	< 1	01-04	05-14	15-19	20-49	50-64	65+	FETAL	IGN
Centro	0.47	0.04	0.04	0.23	3.73	11.90	83.04	0.54	0.00
Centro-sul	0.61	0.00	0.00	0.20	7.95	16.62	73.39	1.22	0.00
Cristal	1.39	0.00	0.93	0.93	9.26	15.74	71.76	0.00	0.00
Cruzeiro	1.72	0.19	0.00	0.19	12.43	18.74	66.16	0.57	0.00
Eixo Baltazar	1.14	0.00	0.14	0.29	11.57	20.71	65.29	0.86	0.00
Extremo Sul	1.78	0.30	0.00	0.30	9.79	22.26	62.91	2.67	0.00
Glória	0.62	0.21	0.41	0.62	11.96	15.05	69.48	1.65	0.00
Humaitá Navegantes	0.33	0.33	0.33	0.33	11.73	23.45	62.21	1.30	0.00
Ign.	0.67	0.11	0.45	2.35	22.48	20.02	51.34	1.12	1.45
Ilhas	0.00	0.00	0.00	0.00	13.04	17.39	69.57	0.00	0.00
Leste	1.41	0.11	0.22	0.65	9.24	19.89	67.39	0.98	0.11
Lomba Do Pinheiro	2.33	0.23	0.00	1.16	13.95	24.65	55.12	2.56	0.00
Nordeste	1.19	0.40	0.40	1.19	23.32	24.90	47.04	1.58	0.00
Noroeste	0.31	0.00	0.00	0.16	4.57	11.01	83.72	0.23	0.00
Norte	2.39	0.13	0.00	0.25	10.18	20.48	65.20	1.38	0.00
Partenon	0.70	0.30	0.20	1.00	11.40	21.30	63.30	1.80	0.00
Restinga	1.78	0.20	0.59	0.79	16.37	23.47	55.42	1.38	0.00
Sul	0.46	0.11	0.23	0.11	8.08	15.13	74.97	0.91	0.00
<b>Porto Alegre</b>	<b>0.94</b>	<b>0.11</b>	<b>0.16</b>	<b>0.55</b>	<b>9.79</b>	<b>17.32</b>	<b>69.98</b>	<b>1.04</b>	<b>0.11</b>

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/DVS/Porto Alegre. \*Dados preliminares.

No período de 2011 a 2020 as doenças do aparelho circulatório ficaram em primeiro lugar entre as causas de óbitos na cidade, seguidos de neoplasias e causas externas. Ao analisarmos apenas o ano de 2020, com o advento da pandemia por Covid-19, o grupo das doenças provocadas por vírus passam a ser as principais causas de óbitos, (o dobro dos óbitos causados por neoplasias malignas de órgãos digestivos, a segunda principal causa de óbitos em 2020). Estes dados serão melhor analisados no final deste capítulo que aborda as doenças transmissíveis e não transmissíveis.

### **Mortalidade por Raça/Cor/Etnia**

As principais causas de óbito na série histórica de 2011 a 2020 são as mesmas em brancos e negros até o segundo grupo (por ordem): doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Já o terceiro e quarto grupos diferem entre brancos e negros, e são, respectivamente, o das doenças do aparelho respiratório e causas externas em brancos, e das causas externas e doenças infecciosas e parasitárias em negros. Na população indígena, o primeiro grupo de causas de óbitos é o das neoplasias, seguido das doenças do aparelho circulatório e, como terceiro grupo, pelas doenças infecciosas e parasitárias.

**Tabela 12 - Mortalidade por Raça/Cor por Distrito Sanitário, Porto Alegre 2020**

<b>Mortalidade por Raça/cor por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2020</b>						
<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Branca</b>	<b>Amarela</b>	<b>Indígena</b>	<b>Negra</b>	<b>IGN</b>	<b>Total Geral</b>
Centro	2.306	4	1	129	131	2.571
Centro Sul	775	2	-	151	53	981
Cristal	165	1	-	42	8	216
Cruzeiro	368	1	-	131	23	523
Eixo Baltazar	510	-	1	163	26	700
Extremo Sul	280	-	-	40	17	337
Glória	335	-	1	120	29	485
Humaitá Navegantes	232	-	-	59	16	307
Ign	621	13	2	215	43	894
Ilhas	45	-	-	1		46
Leste	666	2	1	210	41	920
Lomba do Pinheiro	274	-	-	125	31	430
Nordeste	154	-	1	88	10	253
Noroeste	1.132	1	-	98	59	1.290
Norte	603	-	2	157	34	796
Partenon	697	-	2	250	51	1.000
Restinga	298	-	2	175	32	507
Sul	725	3	2	109	40	879
<b>Porto Alegre</b>	<b>1.0186</b>	<b>27</b>	<b>15</b>	<b>2.263</b>	<b>644</b>	<b>13.135</b>

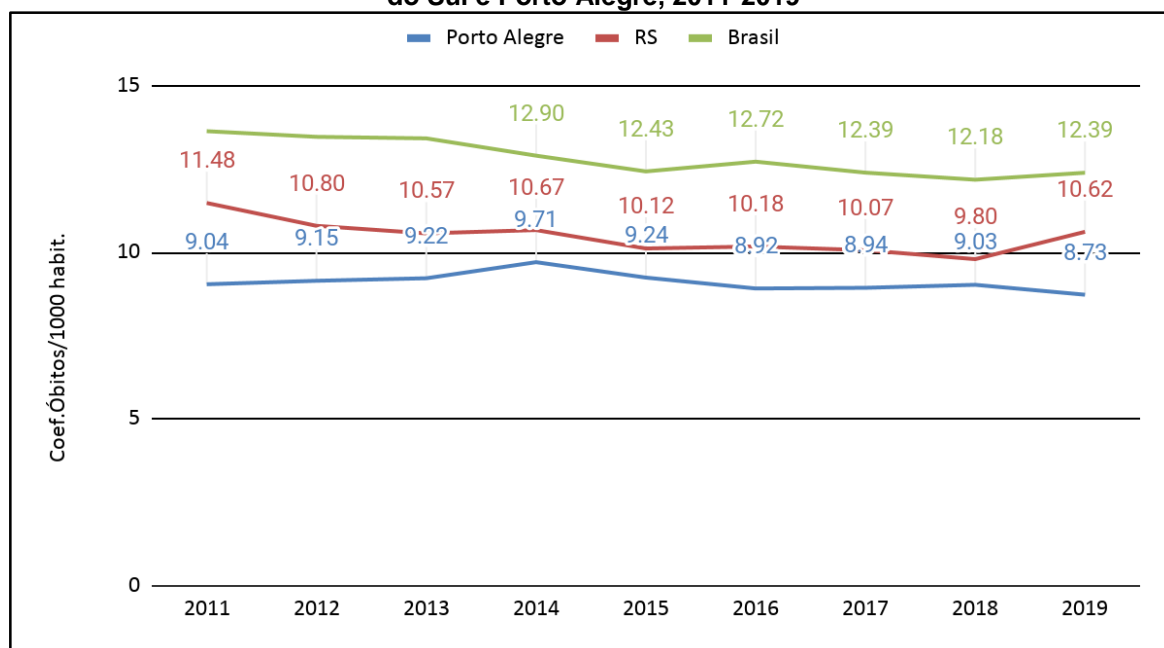
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/DVS/Porto Alegre. \*Dados preliminares.

### **Mortalidade Infantil**

Na série histórica dos anos 2011 a 2019, período disponível para consulta na base de dados do DATASUS (referentes às informações de âmbito estadual e nacional), o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) da capital, ao longo do intervalo observado, manteve-se abaixo dos coeficientes registrados para o Estado do Rio Grande do Sul e para o Brasil. Observa-se ainda, que, entre 2011 e 2020, o CMI de Porto Alegre passou de 9,04 para 7,86 óbitos por 1.000 nascidos vivos (redução de 13%).



**Gráfico 7 - Série histórica dos Coeficientes de Mortalidade Infantil (CMI) no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, 2011-2019**



Fonte: Brasil, www.datasus.gov.br e SIM/DVS/Porto Alegre. Atualizado em 16/04/2021.

**Tabela 13 - Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) em Porto Alegre conforme Raça/cor/etnia, 2011 a 2020**

Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)										
Raça/cor/etnia	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Branca	9,07	9,09	9,42	10,61	9,33	8,26	8,50	7,85	9,34	7,17
Preta	6,38	7,17	7,64	5,83	6,94	6,88	4,98	9,29	4,65	9,04
Amarela	0,00	27,78	0,00	0,00	0,00	52,63	0,00	0,00	0,00	0,00
Parda	10,22	12,38	8,56	6,73	10,17	12,22	11,98	9,25	4,81	5,12
Indígena	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	62,50	35,71
<b>Total</b>	<b>9,04</b>	<b>9,15</b>	<b>9,22</b>	<b>9,71</b>	<b>9,24</b>	<b>8,92</b>	<b>8,94</b>	<b>9,03</b>	<b>8,73</b>	<b>7,86</b>

CMI - conceituação: número de óbitos de menores de um ano de idade, expresso por mil nascidos vivos, em determinado local e período. Método de Cálculo: N° óbitos de residentes/N° total de nascidos vivos, no mesmo local e período x 1000.

Fonte: SIM/SINASC/DVS/Porto Alegre. \*Dados preliminares;

**Tabela 14 - Coeficiente de Mortalidade Infantil por Distrito Sanitário, Porto Alegre 2011 a 2020**

Distrito Sanitário	Coeficiente de Mortalidade Infantil									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Centro	7,83	5,76	5,39	6,16	8,69	7,49	2,40	7,05	3,69	6,35
Centro-sul	12,08	8,99	11,20	11,39	4,24	11,25	10,97	10,18	6,56	6,27
Cristal	11,26	16,55	15,08	13,74	0,00	8,57	6,10	17,67	21,51	10,10
Cruzeiro	6,02	8,39	9,90	13,07	3,58	8,91	4,96	13,04	10,36	15,54
Eixo Baltazar	7,97	8,33	5,05	10,21	8,86	11,63	10,56	9,90	8,62	7,59
Extremo Sul	7,92	19,42	12,58	9,67	5,75	20,37	1,90	9,29	20,55	13,51
Glória	10,42	6,25	12,44	10,22	11,49	8,73	7,63	8,35	15,63	4,09
Humaitá-Navegantes	4,98	16,67	8,08	6,14	10,58	11,18	19,93	5,28	5,48	1,85
Ign.	26,32	14,34	33,96	21,39	0,88	1,25	4,78	4,31	0,00	8,12
Ilhas	6,54	7,14	6,45	8,40	27,59	27,27	15,27	35,46	16,13	0,00
Leste	10,25	6,83	8,45	13,82	15,21	10,30	7,40	8,35	7,54	9,29
Lomba do Pinheiro	11,27	8,33	10,19	10,62	12,90	7,14	10,73	12,37	9,25	12,44

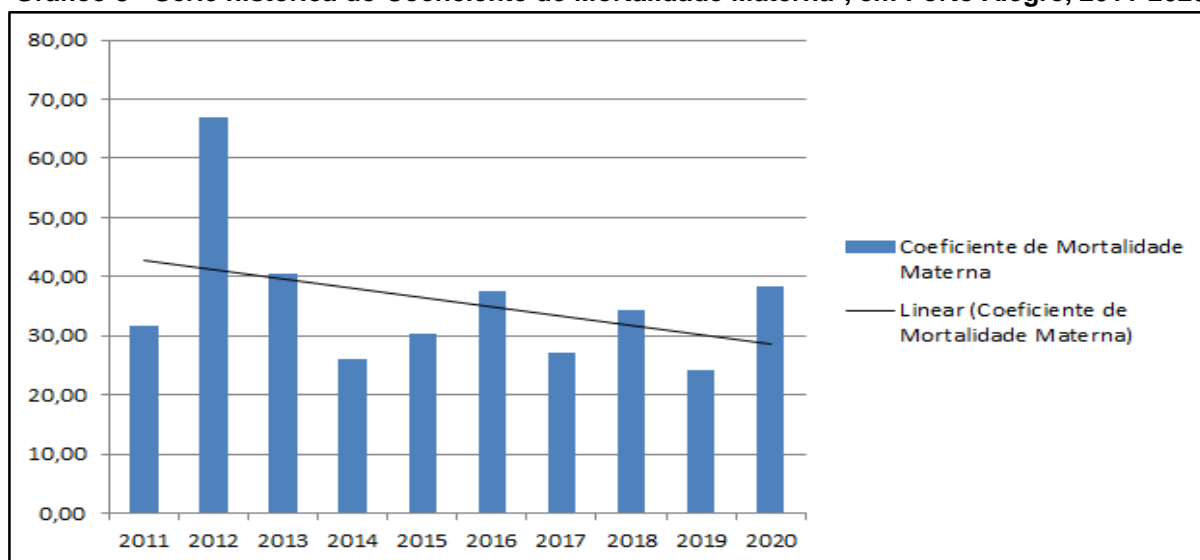
Nordeste	14.40	9.40	15.05	10.13	16.72	14.81	13.09	14.04	12.44	5.11
Noroeste	4.52	5.05	7.67	6.78	7.37	3.70	7.93	5.15	5.50	3.73
Norte	6.43	11.65	7.11	7.98	10.68	12.45	15.06	9.54	8.70	15.55
Partenon	10.51	8.64	7.65	10.56	12.20	6.68	12.18	5.60	8.90	5.33
Restinga	8.61	15.54	15.60	11.71	16.61	10.73	13.17	15.46	15.86	9.32
<b>Porto Alegre</b>	<b>9.04</b>	<b>9.15</b>	<b>9.22</b>	<b>9.71</b>	<b>9.24</b>	<b>8.92</b>	<b>8.94</b>	<b>9.03</b>	<b>8.73</b>	<b>7.86</b>

Fonte: SIM/SINASC/EVV/DVS/SMS/PMPA. \*Dados preliminares divulgados pelo SIM/DVS.

### **Mortalidade Materna**

Morte materna é o óbito durante a gravidez ou nos 42 dias seguintes ao término da gravidez, independentemente da duração e da localização da gravidez, e a partir de qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação ou seu tratamento, excetuando-se causas externas. São os óbitos inseridos no capítulo XV da CID 10 (O00-O99). Ao longo dos últimos 10 anos, o Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) apresentou tendência de queda, variando a cada ano.

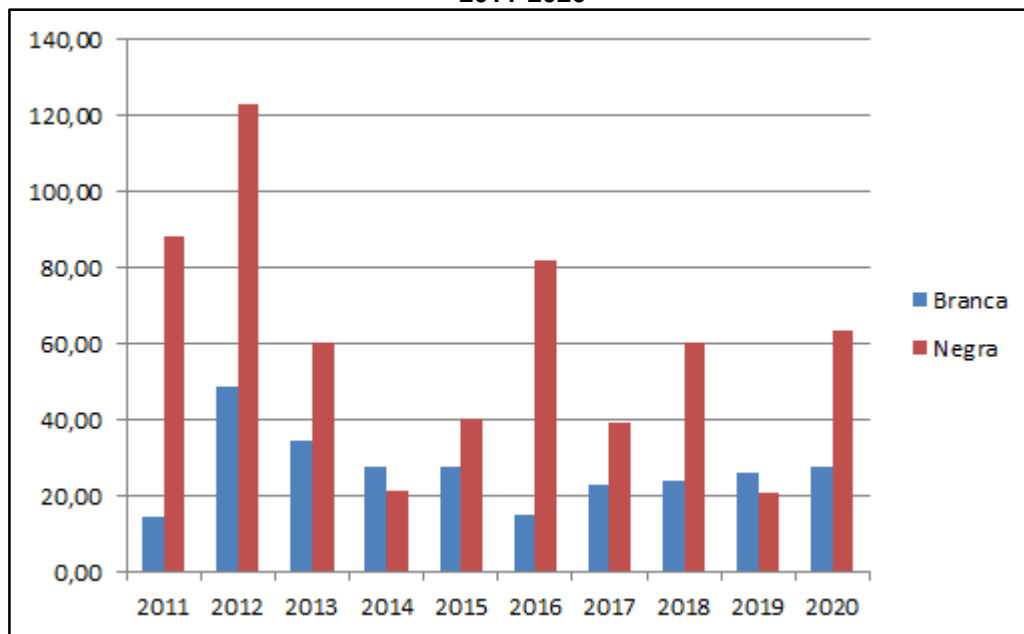
**Gráfico 8 - Série histórica do Coeficiente de Mortalidade Materna\*, em Porto Alegre, 2011-2020**



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos/Porto Alegre. Dados preliminares do ano de 2020. CMM= Nº de óbitos / 100 mil NV\*.

Em relação ao Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) por raça/cor, verifica-se que a mortalidade materna é maior nas mulheres negras, excetuando-se o ano de 2014, o que pode demonstrar a questão da desigualdade social.

**Gráfico 9 - Série histórica do Coeficiente de Mortalidade Materna por raça/cor, em Porto Alegre, 2011-2020**



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos/Porto Alegre. Dados preliminares do ano de 2020.

### ***Mortalidade nas Mulheres em Idade fértil***

Segundo a definição internacional, mulher em idade fértil é aquela que se encontra na faixa etária de 15 a 49 anos, porém, no Brasil, considera-se mulher em idade fértil aquela entre 10 a 49 anos. Na última década, as neoplasias foram a principal causa de morte nas mulheres nesta faixa etária, sendo a neoplasia de mama a mais frequente, seguida de câncer de colo uterino. A doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), é a segunda maior causa de óbitos de mulheres nessa faixa etária nos últimos 10 anos, sendo importante salientar que se tratam de óbitos por causas evitáveis.

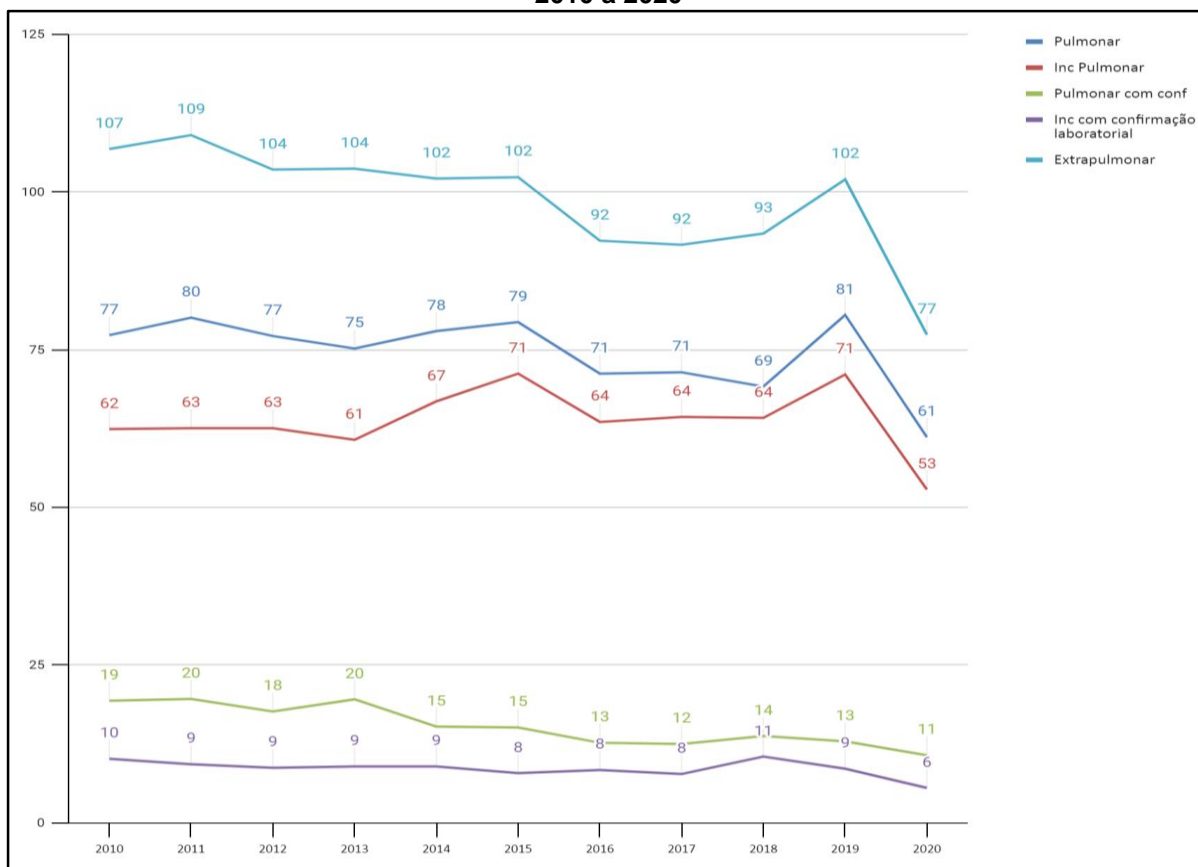
Na sequência deste plano outras informações serão apresentadas no tópico sobre saúde da mulher.

### ***Tuberculose***

Porto Alegre apresenta uma alta endemicidade de Tuberculose (TB), com 1.091 casos novos de todas as formas clínicas no ano de 2020. Em relação à incidência por sexo, entre os anos de 2010 a 2020, há predomínio do masculino (66%). Na avaliação da raça/cor/etnia neste mesmo período, o maior percentual é na raça branca (62%), seguida pela negra (37%). O percentual de pessoas que se autodeclararam pretos ou pardos, que compõem a raça negra, é de apenas 17% na

cidade. Portanto, o percentual de casos de Tuberculose na raça negra demonstra desigualdade de raça/cor.

**Gráfico 10 - Série Histórica da incidência da Tuberculose por forma clínica em Porto Alegre, 2010 a 2020**



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 22/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Em 2020, em momento de pandemia pela Covid-19, o Brasil registrou um coeficiente de incidência da Tuberculose de 31,6 casos por 100 mil habitantes, enquanto Porto Alegre registrou 74 casos por 100 mil habitantes, uma queda acentuada em comparação ao ano de 2019, quando registrou 84,4 casos.

O novo Coronavírus agravou a situação epidemiológica da TB no país e no mundo. No contexto da pandemia, houve redução no número de notificações de TB na capital gaúcha no ano de 2020 e aumento do abandono do tratamento (tabela 15). O isolamento social e medidas restritivas causaram redução na procura por serviços de saúde para diagnóstico e tratamento desta doença.

**Tabela 15 - Distribuição dos casos novos em todas as formas clínicas de Tuberculose e incidência (casos/100.000 habitantes) por Gerência Distrital por ano diagnóstico, em Porto Alegre, 2015 a 2020**

Dist. Resid.	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	N	INC	N	INC	N	INC	N	INC	N	INC	N	INC

Centro	215	78	198	72	173	63	180	65	176	64	133	48
GCC	199	134	166	112	174	180	121	167	112	119	98	104
Leno	183	121	133	88	164	108	152	100	203	134	150	99
NEB	174	92	169	89	151	80	164	87	182	96	130	69
NHNI	120	65	131	71	119	65	107	58	152	83	90	49
RES	93	99	124	131	121	128	128	136	112	119	98	104
SCS	144	75	113	59	132	69	123	64	120	63	121	63
PLP	315	181	267	154	258	149	283	163	326	188	254	146
<b>Total</b>	<b>1.443</b>	<b>106</b>	<b>1.301</b>	<b>97</b>	<b>1.292</b>	<b>97</b>	<b>1.317</b>	<b>99</b>	<b>1.438</b>	<b>107</b>	<b>1.091</b>	<b>82</b>

Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 22/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

No ano de 2020 no Brasil, 8,4% dos casos novos foram de coinfectados- Tb-HIV. Porto Alegre, neste mesmo ano, apresentou a segunda maior proporção de coinfecção entre as capitais (19,5%).

A proporção de cura entre os casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial no Brasil, em 2019, foi de 70,1%. Em Porto Alegre, 46% de cura (tabela 16) e o maior percentual de abandono nas capitais (34,0%). A meta do Programa Nacional de Controle da Tuberculose é de que a taxa de abandono não supere 5%.

**Tabela 16 - Taxa de cura e abandono de casos novos de Tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial por Distrito Sanitário em Porto Alegre, 2016 a 2019.**

Dist. Resid.	2017			2018			2019		
	N	% Cura	Abandono	N	% Cura	Abandono	N	% Cura	Abandono
Centro	100	51	26	106	55	26	94	35	31
Leno	97	56	19	89	44	24	128	53	36
NEB	81	52	11	97	56	17	104	43	29
NHNI	74	40	17	58	32	12	88	39	22
GCC	100	50	27	101	40	36	99	39	30
RES	67	23	29	68	24	28	60	21	21
SCS	74	43	15	66	30	20	68	29	18
PLP	181	104	36	170	99	30	238	108	57
<b>Total</b>	<b>774</b>	<b>52</b>	<b>23</b>	<b>755</b>	<b>47</b>	<b>24</b>	<b>879</b>	<b>46</b>	<b>31</b>

Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 22/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

No Brasil, em 2019, o coeficiente de mortalidade tendo TB como causa básica foi de 2,2 óbitos por 100 mil habitantes, enquanto em Porto Alegre foi de 4 por 100 mil habitantes. Os contatos de casos novos com confirmação laboratorial de forma pulmonar bacilífera devem ser avaliados considerando o grau de exposição, o ambiente e o tempo de exposição. No Brasil no ano de 2020 foram avaliados 69,5%; em Porto Alegre foram examinados 40,5% dos contatos.

Neste contexto, é importante formular estratégias de fortalecimento de adesão ao tratamento da TB, com maior controle sobre o abandono, por meio do tratamento diretamente observado (TDO), considerando condicionantes sociais e, ainda, as características de cada território.

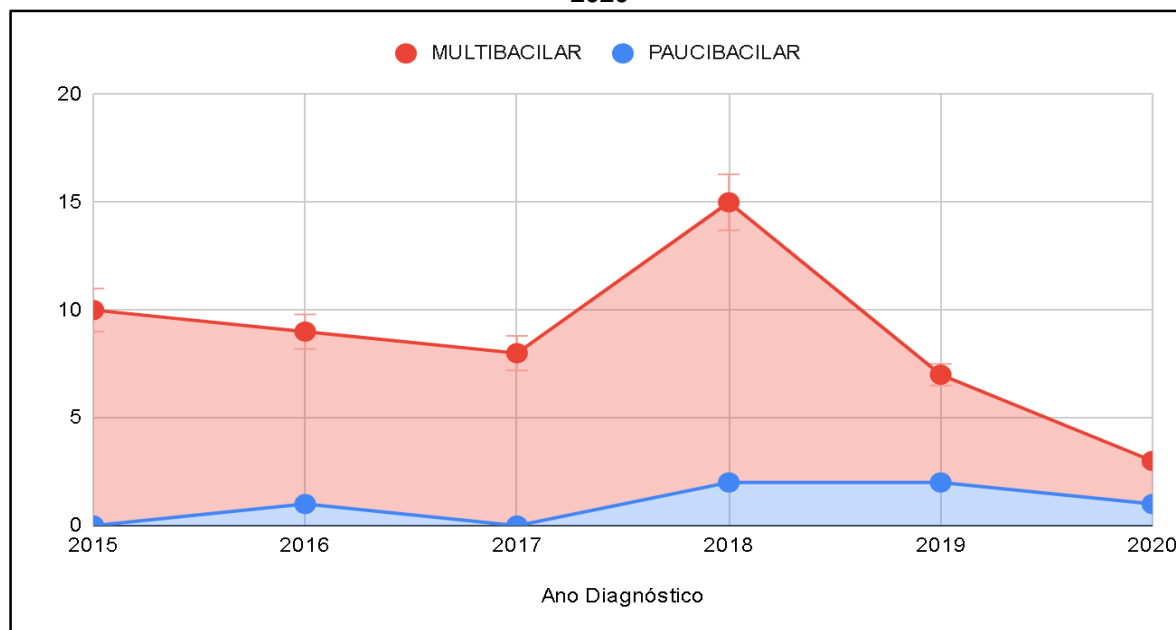
A Nota Técnica Conjunta de 01/2021 do Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul pauta o trabalho desempenhado na Atenção Primária à Saúde e sua importância no diagnóstico, tratamento e cura da Tuberculose. A nota destaca a necessidade do fortalecimento da rede primária para a detecção precoce dos casos.

### ***Hanseníase***

Nos anos de 2015 a 2019 foi observada uma média de incidência de 0,66 por 100 mil habitantes, embora seja baixa, a maioria são casos multibacilares. Os casos multibacilares são os que apresentam lesões disseminadas e a forma transmissível da doença. Esta forma pressupõe tratamentos mais longos e possibilidade de sequelas, que leva o paciente a necessitar de acompanhamento de uma equipe multiprofissional por um período longo, muitas vezes por toda a vida.

O diagnóstico tardio eleva a chance de grau de incapacidade a dois, com possível surgimento de incapacidades irreversíveis nos pacientes. Para evitar este cenário é necessário realizar capacitações da rede de assistência para diagnóstico precoce da Hanseníase e realização de busca de contatos. As condições relativas a este agravo, entre elas a baixa magnitude endêmica e a alta carga de estigma, fizeram que o Ministério da Saúde o incluísse entre as doenças negligenciadas.

**Gráfico 11 - Casos novos de Hanseníase, todas as formas clínicas, em Porto Alegre, de 2015-2020**



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 22/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

## **Aids e HIV**

No município de Porto Alegre, a vigilância do HIV é realizada pela Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis (EVDT), em consonância com as prerrogativas nacionais, dada a complexidade e magnitude da epidemia no âmbito da saúde pública nacional. Embora Porto Alegre esteja nos primeiros lugares entre as capitais no número de casos, os dados evidenciam uma tendência de redução na taxa de detecção de HIV/Aids.

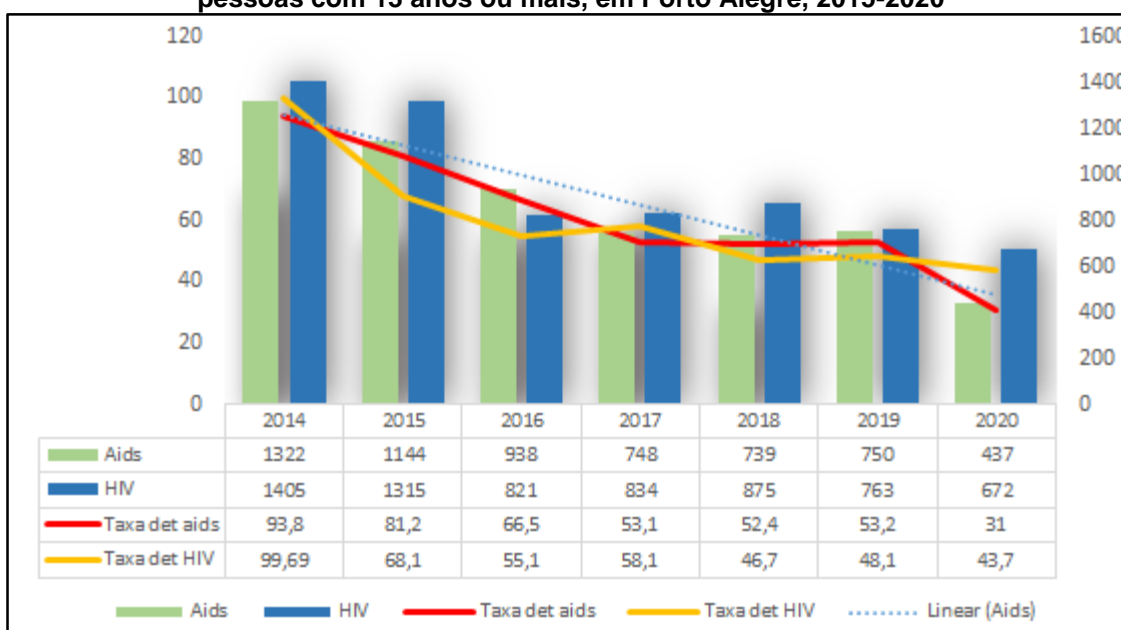
Ainda nesse sentido salienta-se que, desde 2014, a notificação do portador de infecção pelo HIV passou a ser obrigatória, conforme determinação apresentada na Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Essa obrigatoriedade tem contribuído de forma substancial à vigilância do HIV. No gráfico abaixo percebe-se o impacto das estratégias adotadas. Os casos diagnosticados como HIV passaram a superar os de Aids. No ano de 2020 há uma acentuação desta diferença que, provavelmente, esteja relacionada à pandemia da Covid-19, que alterou o funcionamento da rede de assistência à saúde.

A ocorrência de casos de Aids na raça negra nos últimos anos foi, em média, 35% dos casos. Como a proporção da raça negra no município de Porto Alegre é de aproximadamente 20% segundo censo do IBGE 2010, esta informação merece destaque e atenção. Já em relação à distribuição dos casos de Aids por faixa etária

nos últimos anos é pertinente relatar que houve constância na concentração de casos nas faixas etárias 25-34 e 35-44, correspondendo a 26,5% e 30,2% dos casos em 2019 e 27,4% e 31,6%, em 2020. Da mesma forma, o percentual de casos entre adolescentes correspondeu a 7,2% dos casos em 2019 e 7,5% em 2020.

Quanto à mortalidade por Aids, Porto Alegre destaca-se entre as capitais brasileiras. Apesar de apresentar estabilidade nos últimos anos, obteve o maior coeficiente de mortalidade do país no ano de 2019 (22,0 óbitos/100 mil hab.), cinco vezes superior ao coeficiente nacional.

**Gráfico 12 - Taxa de detecção (/100 mil habitantes) e número de casos de HIV e Aids em pessoas com 13 anos ou mais, em Porto Alegre, 2015-2020**

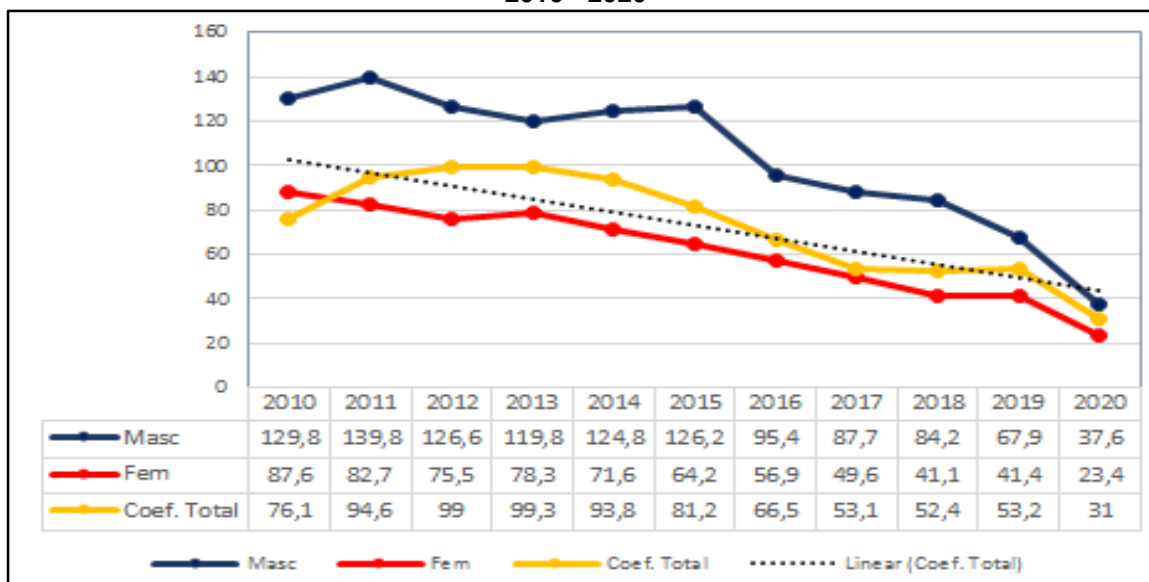


Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan POA. Atualizado em 05/03/2021.

A incidência de casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é maior no sexo masculino. No entanto, a diferença entre os sexos reduziu nos últimos anos. Provavelmente estes resultados refletem mudanças de paradigmas quanto à sexualidade, fatores comportamentais e exposição sexual.



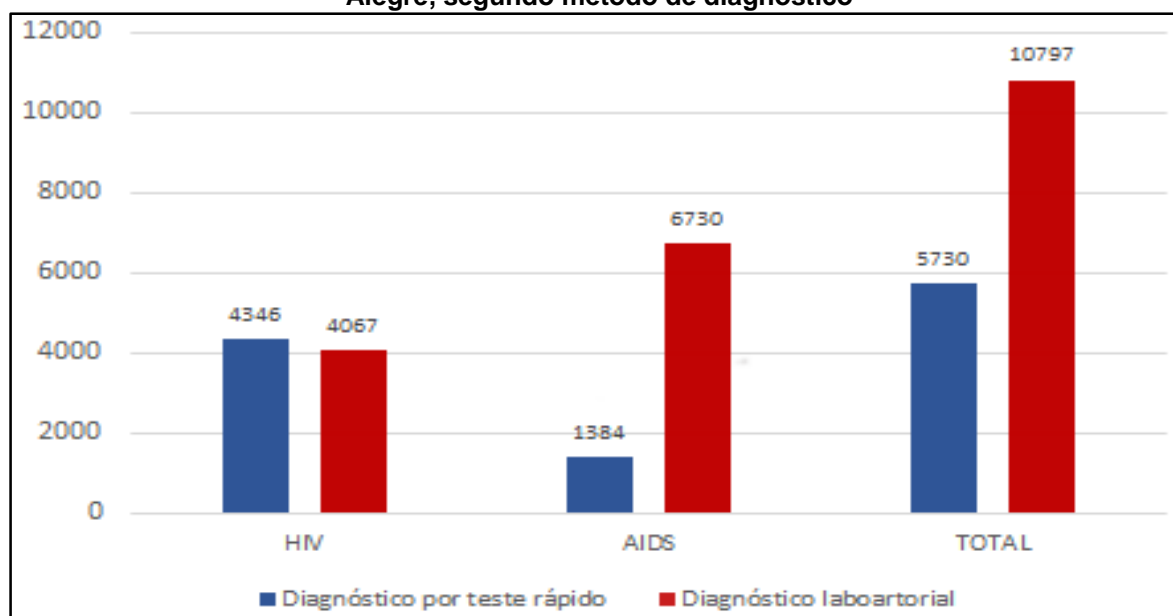
**Gráfico 13 - Coeficiente de detecção (100.000 habitantes) de Aids por sexo, em Porto Alegre, 2010 - 2020**



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan-NET Atualizado em 05/03/2021.

A descentralização da realização dos testes rápidos para a rede de atenção primária do município no ano de 2013 possibilitou a ampliação do diagnóstico precoce, conforme mostra figura abaixo. Apesar de um quantitativo expressivo de casos ter diagnóstico laboratorial (65,3%) de uma forma geral, quando se observam os métodos diagnósticos separadamente, há uma predominância ainda que discreta do diagnóstico de HIV por teste rápido.

**Gráfico 14 - Total de casos de HIV e Aids notificados no Sinan, de 2012 a 2019, em Porto Alegre, segundo método de diagnóstico**

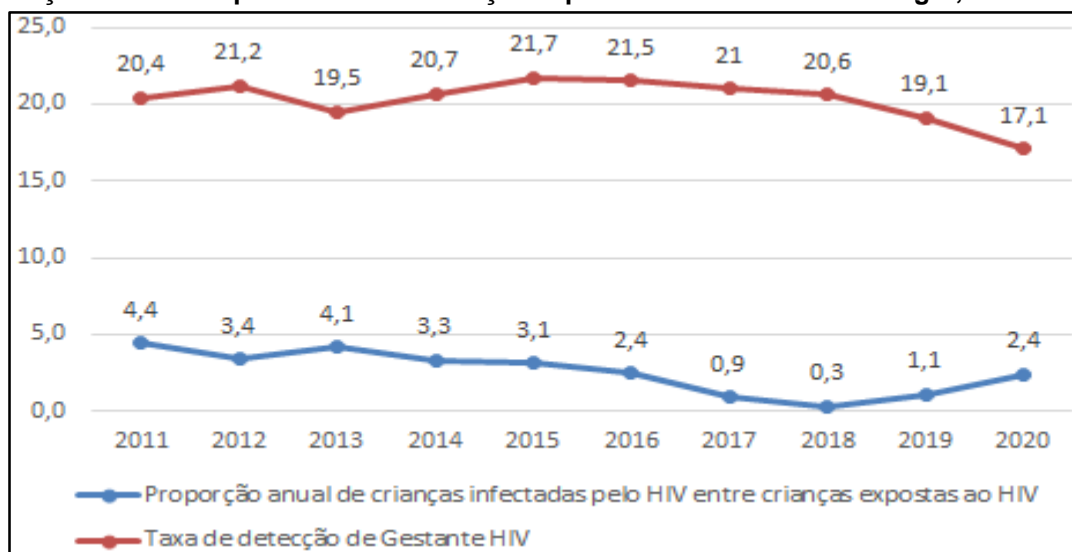


Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan/POA. Atualizado em 01/12/2020.

## Transmissão Vertical do HIV

A vigilância da gestante HIV-positiva e da criança exposta atua desde 2001 no acompanhamento ao longo do período pré-natal e do parto e na criança exposta até o desfecho de sua exposição, dois anos após o nascimento. Na análise anual, havia uma tendência de diminuição da transmissão vertical do HIV, chegando, à taxa de 0,3 em 2018, último ano encerrado. Contudo, a partir do ano de 2019, essa tendência cresce, alcançando a taxa de 2,4 em 2020, que será encerrada somente em 2022 (Gráfico 15). As crianças nascidas em 2019 e 2020 ainda estão em acompanhamento, sendo estes dados preliminares.

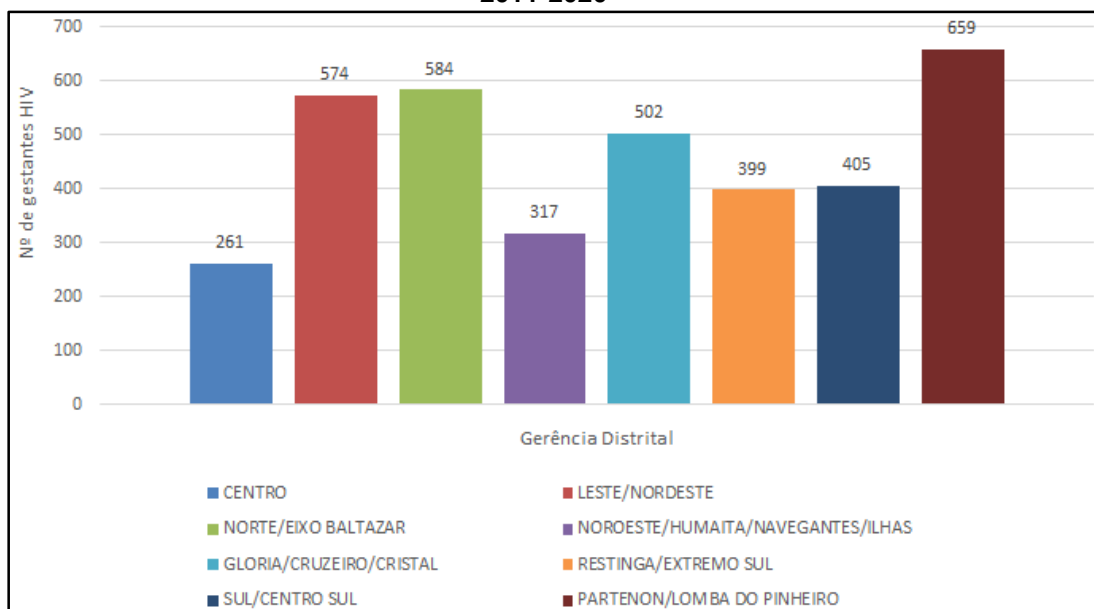
**Gráfico 15 - Distribuição da taxa de detecção de gestantes com HIV e proporção anual de crianças infectadas pelo HIV entre crianças expostas ao HIV em Porto Alegre, 2011 a 2020**



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan. Atualizado em 23/02/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

O número de gestantes HIV-positivas não é homogêneo quando considerada a Gerência Distrital. Nos últimos dez anos, pode se observar que a Gerência PLP é a que mais concentra gestantes HIV, seguida das GD's Leno, NEB e GCC respectivamente.

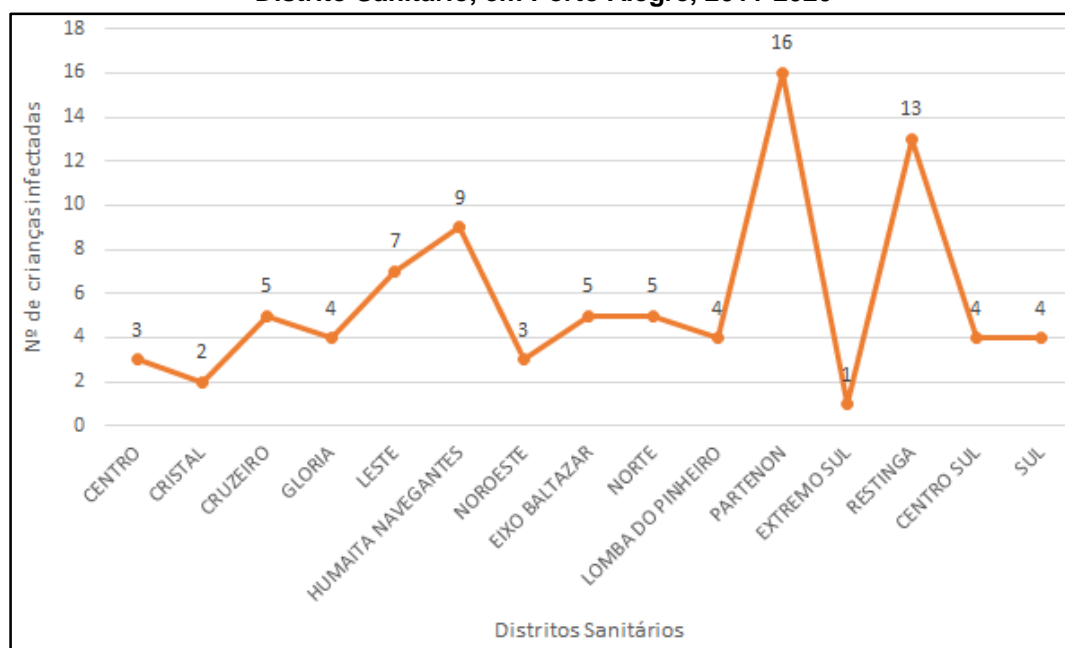
**Gráfico 16 - Distribuição do número de gestantes HIV, por Gerência Distrital, em Porto Alegre, 2011-2020**



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan. Atualizado em 23/02/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Em análise mais específica, referentes às crianças infectadas, por distritos sanitários, se observam que o Distrito Partenon lidera com 16 crianças infectadas, seguido do Distrito Restinga na avaliação da série histórica 2011-2020.

**Gráfico 17 - Distribuição do número de crianças infectadas, segundo ano de nascimento, por Distrito Sanitário, em Porto Alegre, 2011-2020**



Fonte: BI-SMS/Sinan – W. Atualizado em 30/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

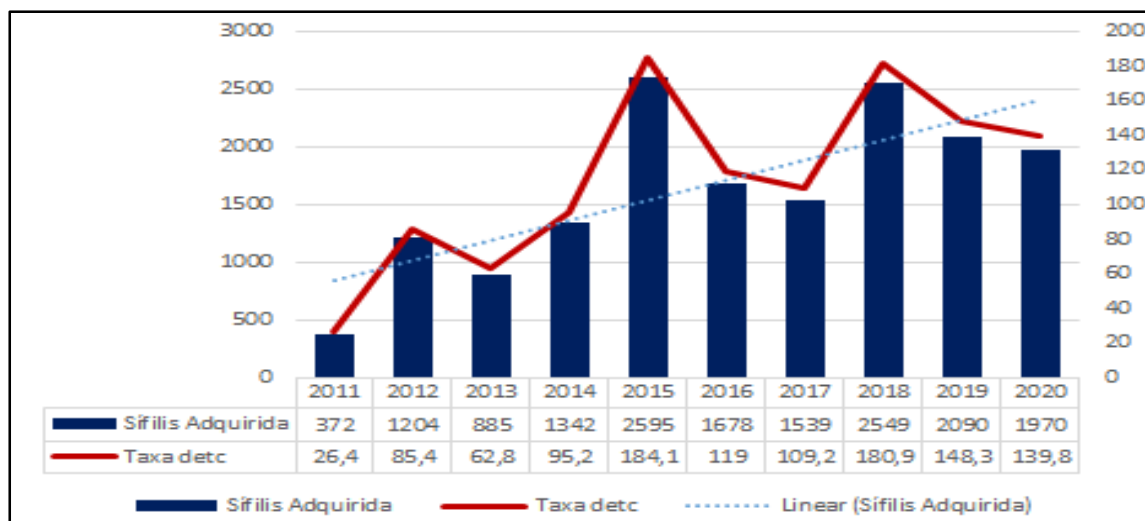
A faixa etária preponderante nas gestantes portadoras do HIV é de 25-29 anos, com escolaridade entre quatro e sete anos de estudo. A análise de

raça/cor/etnia revela que 43,4% das gestantes são negras, o que é preocupante considerando que a porcentagem de pessoas negras, na população geral de Porto Alegre, é de 20% de acordo com o IBGE.

### **Sífilis Adquirida**

Em 2010, a Portaria nº 2.472, de 31 de agosto, incluiu a Sífilis Adquirida na Lista de Notificação Compulsória (LNC). Em Porto Alegre, passou a ser notificada no ano de 2011. É realizada principalmente por notificação laboratorial. Observa-se que apesar da discreta redução nos dois últimos anos, há uma tendência de aumento no número de casos no município. Observa-se, no gráfico abaixo, dois momentos de pico nos anos 2015 e 2018. Em 2015 (184,1 casos/100.000 habitantes), é possível inferir que a descentralização da realização dos testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites para a rede de atenção primária contribuiu para o aumento da identificação de casos no município. Outro fator de destaque foi a alteração nos critérios de notificação da Sífilis adquirida, em gestante e congênita proposta pelo MS, que pode ter impactado no ano de 2018, com a taxa maior de detecção da Sífilis adquirida de 180,9 casos/100.000 habitantes, pois o critério ficou menos sensível e mais específico para definição de casos. Possivelmente os dados do ano de 2020 estejam subestimados dada a situação pandêmica da Covid-19.

**Gráfico 18 - Casos de Sífilis adquirida e taxa de detecção em Porto Alegre por ano de diagnóstico, 2011 a 2020**



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/SIM/ POA. Atualizado em 05/03/2021.

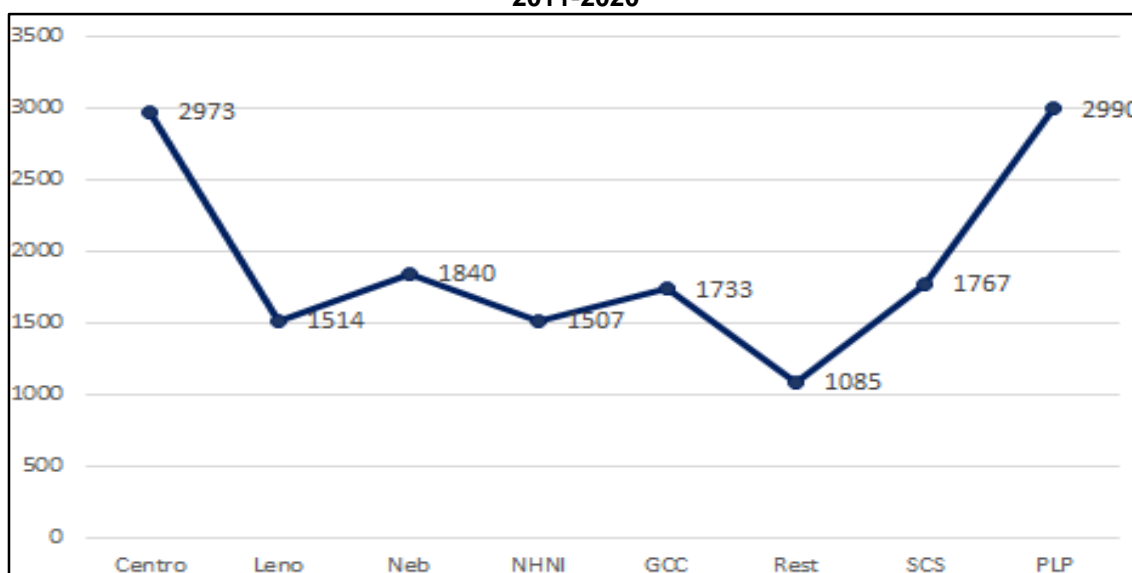
Na distribuição dos casos notificados de Sífilis por Gerência Distrital, vê-se maior concentração dos casos nas Gerências Partenon Lomba do Pinheiro (PLP) e Centro desde que foi iniciada a notificação em Porto Alegre, no gráfico a seguir.

Cabe destacar que no último ano, assim como no agravo da Aids, os dados ainda possam sofrer alterações, dada a situação pandêmica atípica afetando os fluxos e dinâmicas de trabalho, bem como o acesso dos usuários aos serviços para diagnóstico e consequente notificação dos casos. Entretanto, o perfil dos casos quanto aos sexos masculino e feminino ratifica-se entre os anos dada a proporção descrita, 54,4% e 45,6% (2019) e 53,4% e 46,6% (2020).

Em relação à faixa etária, observa-se que adolescentes e jovens entre 15-24 e 25-34 concentram a maior proporção de casos, correspondendo a 36,7% e 27,8% (2019) e 34,4% e 27,7% (2020), respectivamente.

Quanto à raça/cor, muito semelhante à Aids, a ocorrência de casos de Sífilis adquirida na raça negra foi em média 36%, enquanto que na raça branca foi de 58%, nos últimos anos, o que, igualmente, deve ser destacado dada proporção da raça negra no município.

**Gráfico 19 - Distribuição dos casos de Sífilis adquirida por Gerência Distrital, em Porto Alegre. 2011-2020**



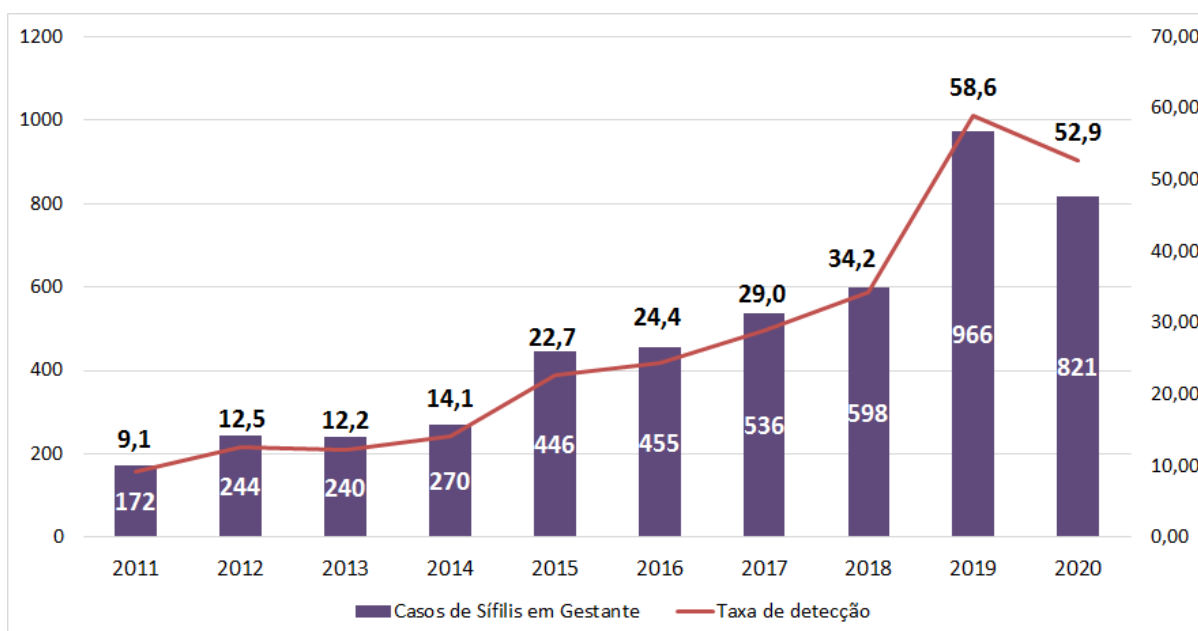
Fonte: EVDT/ DVS/SMS/SIM/ POA. Atualizado em 05/03/2021.

### **Sífilis em gestante e Sífilis congênita**

A vigilância da Sífilis congênita é realizada em Porto Alegre desde o ano de 1995. Com a implementação da notificação de Sífilis em gestante em Porto Alegre, em 2007, a vigilância passou a ser ativa, com busca de casos nos sistemas de informação, nos relatórios dos hospitais e cobrança de notificações por parte de profissionais e instituições. A meta de eliminação da Sífilis congênita associada à transmissão vertical do HIV estipulada pela OPAS preconiza uma taxa de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos. Porém, segundo o Boletim Epidemiológico da Sífilis do Ministério da Saúde de 2020, todas as regiões do Brasil aumentaram seus casos de Sífilis em gestante e Congênita, com pico no ano de 2018 e leve queda em 2019. Porto Alegre é a capital com a maior taxa de detecção de Sífilis em gestantes e a segunda capital com a maior taxa de incidência de Sífilis congênita em 2019.

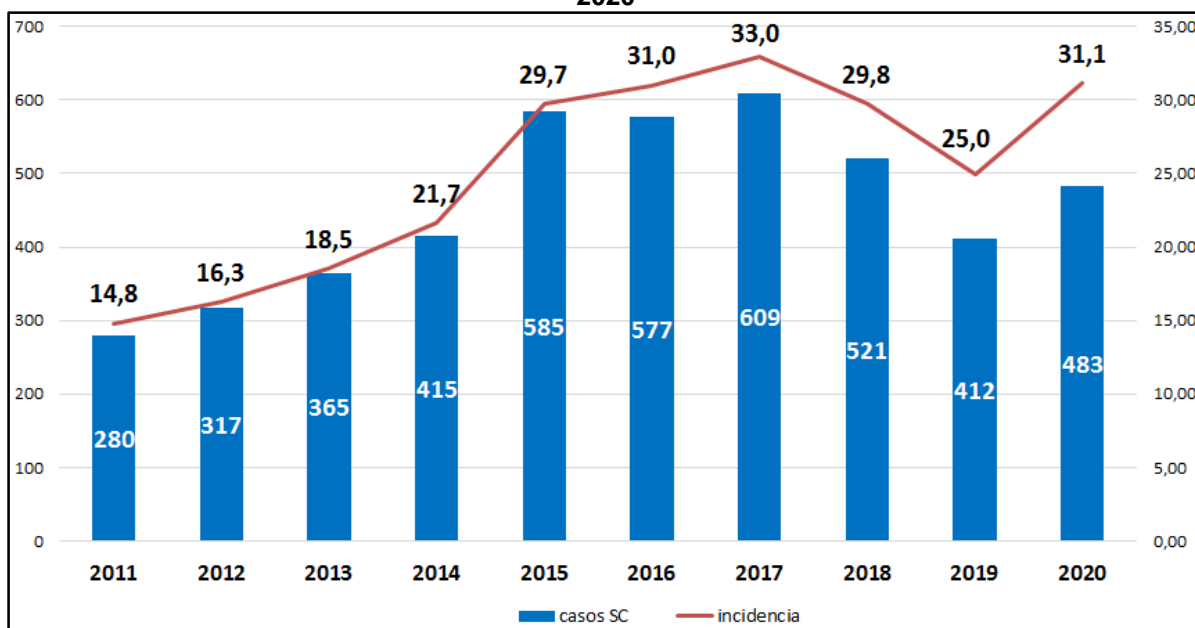
No final de 2017, o MS alterou os critérios de notificação da Sífilis. No que se refere à gestante, houve o aumento expressivo do número de casos (Gráfico 20), considerando a notificação de puérperas, a partir da notificação de Sífilis congênita. Na Sífilis congênita, o não tratamento ou o tratamento inadequado do parceiro deixou de ser considerado critério para a notificação. Esta alteração pode ter impactado no número de casos, pois ficou menos sensível e, ainda assim, a taxa de detecção aumentou em 2020 (Gráfico 21).

**Gráfico 20 - Número de casos e taxa de detecção de Sífilis em gestante, em Porto Alegre, 2011-2020**



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 25/02/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

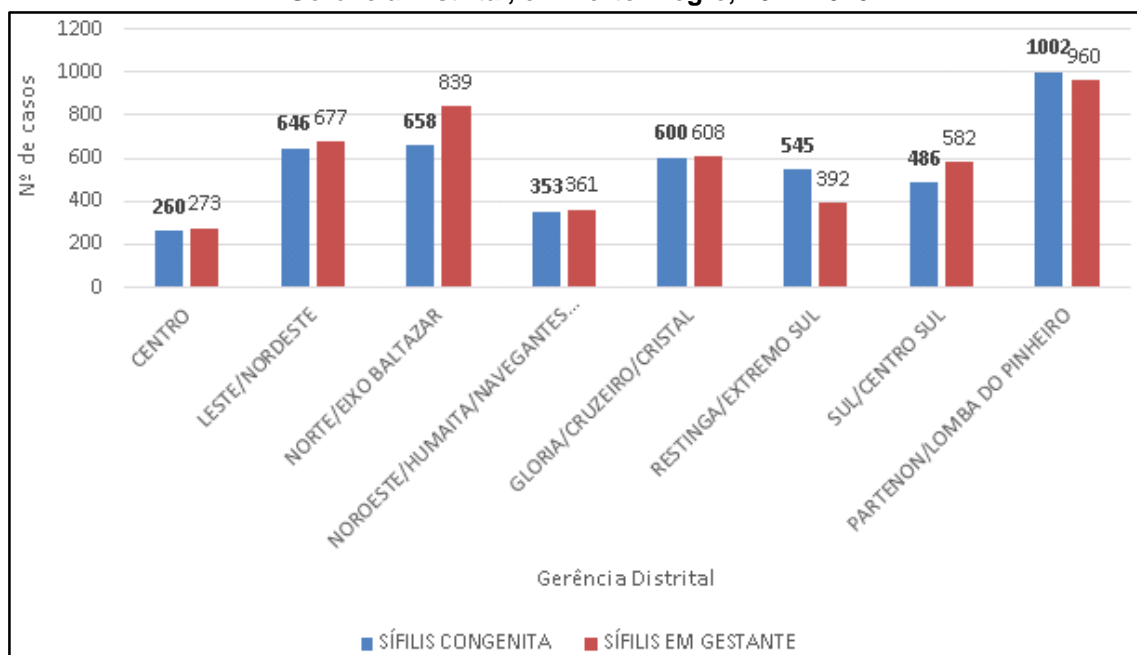
**Gráfico 21 - Número de casos e taxa de incidência de Sífilis Congênita, em Porto Alegre, 2011-2020**



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 25/02/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Em relação às Gerências Distritais, nos últimos 10 anos, a Sífilis congênita e em gestante apresenta o mesmo perfil de gestante HIV, sendo a GD PLP a que tem maior número de casos de Sífilis em gestantes e de Sífilis congênita, e seguindo este mesmo padrão, as GDs com maior número de casos são: NEB, Leno e GCC (Gráfico 22).

**Gráfico 22 - Distribuição do número de casos de Sífilis congênita e Sífilis em gestantes, por Gerência Distrital, em Porto Alegre, 2011-2020**



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 25/02/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

A análise do ano de 2020 causa preocupação, pois diminuiu o número de gestantes com Sífilis e aumentou o número de Sífilis congênita, o que nos leva a algumas reflexões sobre tratamento inadequado e diagnóstico dessas mulheres durante o pré-natal.

O percentual de realização de pelo menos uma consulta de pré-natal nos casos de Sífilis congênita na série histórica é de 78,6% sendo que nos últimos três anos foi 80% em 2018, 89% em 2019 e 81% em 2020. O percentual de não realização de tratamento para Sífilis no pré-natal foi de 19,7% no período analisado, com pouca variação entre os anos.

No quesito raça/cor/etnia, as gestantes negras com Sífilis representam 35,3%, sendo que o percentual de pessoas que se autodeclaram da com raça/cor/etnia negra na população da cidade é de apenas 20%.

### **Hepatites virais**

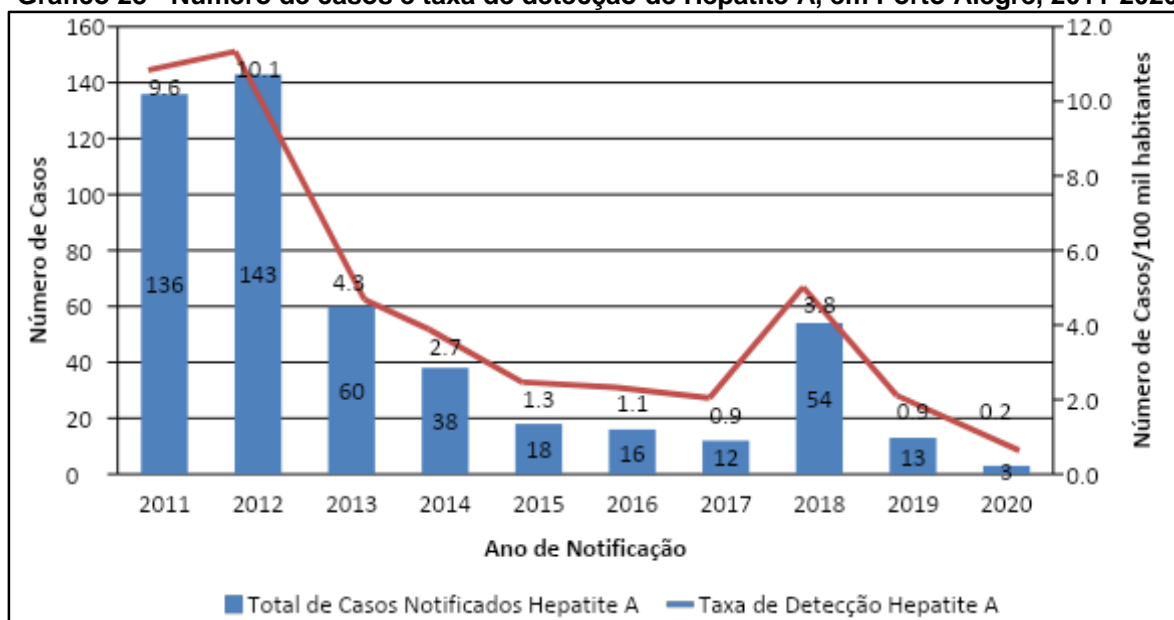
As Hepatites virais são doenças de notificação compulsória, sendo notificados todos os casos suspeitos, confirmados e surtos, devendo ser registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Desde 1996, o município de Porto Alegre atua na vigilância epidemiológica das Hepatites causadas pelos vírus A, B, C, D e E. Ao analisarmos o período que compreende os últimos dez anos (2011 a



2020), verificamos que foram notificados 493 casos de Hepatite A, 2.499 casos de Hepatite B e 13.761 casos de Hepatite C. Raros na Região Sul, neste período foram notificados 2 casos de Hepatite D e 2 casos de Hepatite E.

Os casos de Hepatite A tiveram uma redução significativa, quando se comparam os anos da análise (Gráfico 23). O Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais (2020) mostra que a taxa de incidência de Hepatite A no Brasil tem apresentado queda nos índices, passando de 5,7 casos em 2009 para 0,4 por 100 mil habitantes em 2019, uma redução de 93%. A doença tem como principal forma de contágio a via fecal-oral, por contato entre as pessoas infectadas ou por meio de água e alimentos contaminados. Para cada notificação, é necessário realizar uma investigação epidemiológica, a fim de determinar as prováveis fontes de contaminação e intervir, se necessário, para que não haja um surto da doença na cidade. Dos 493 casos notificados 2011 a 2020, 432 (87,6%) estão ligados à ingestão de água ou alimentos contaminados.

**Gráfico 23 - Número de casos e taxa de detecção de Hepatite A, em Porto Alegre, 2011-2020**

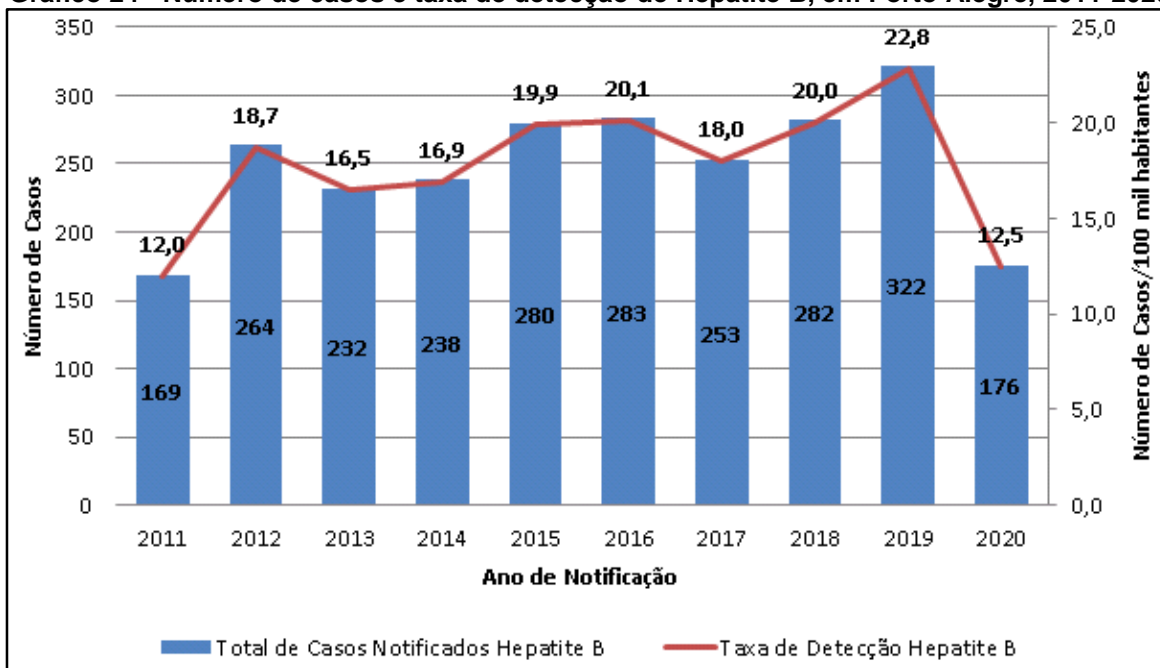


Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan. Atualizado em 24/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Referente às notificações de Hepatite B, verificou-se uma redução importante em 2020, assemelhando-se ao encontrado em 2011 (Gráfico 24). A transmissão da doença ocorre por via parenteral e predominantemente pela via sexual. A transmissão vertical também é importante e ocasiona uma evolução desfavorável, com maior chance de cronificação. De todos os casos notificados (2.499) no período

avaliado, destacam-se como provável fonte de infecção a sexual com 694 casos (27,7%).

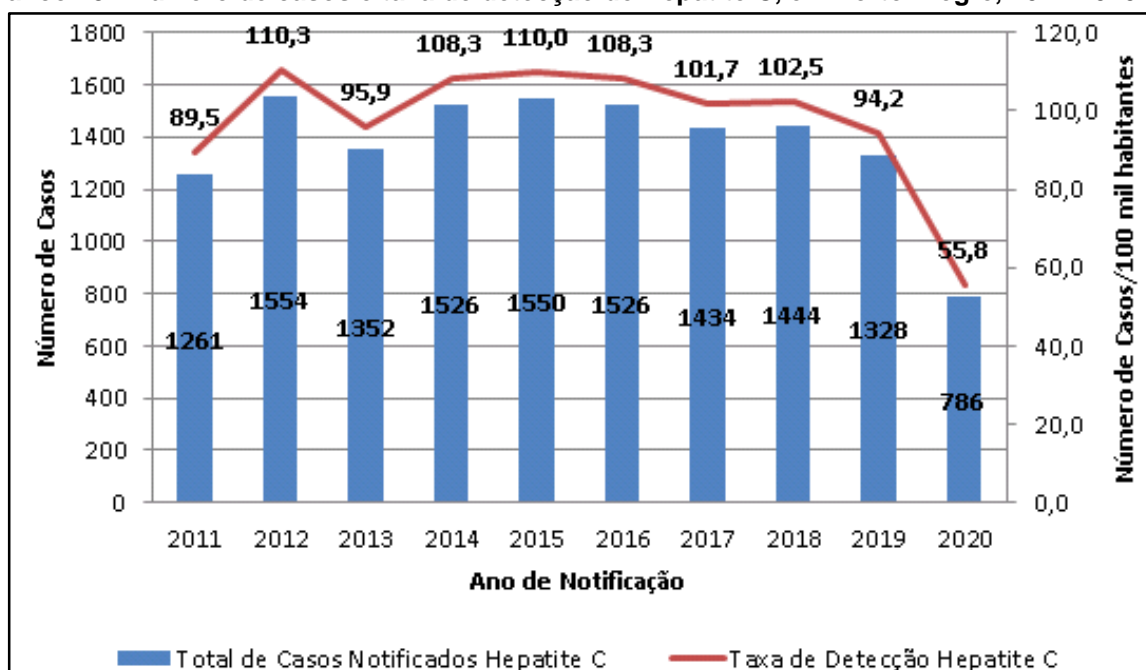
**Gráfico 24 - Número de casos e taxa de detecção de Hepatite B, em Porto Alegre, 2011-2020**



Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan. Atualizado em 24/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Em todos os anos analisados, destacam-se os casos novos de Hepatite C (Gráfico 25), estando de acordo com o cenário retratado no Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais de 2020. Em 2019, Porto Alegre apresentou a maior detecção desse agravo (94,2 casos por 100 mil habitantes), taxa superior à nacional (10,8 casos por 100 mil habitantes), quando comparada com outras capitais. Vale reforçar que a transmissão da doença ocorre principalmente por via parenteral, por meio do contato com sangue contaminado. A transmissão sexual do HCV também tem sido relatada, assim como a transmissão vertical. Dos 13.761 casos diagnosticados no período analisado, em 5.922 dos casos (43%) não foi possível estabelecer a provável fonte de infecção, seguido de 2.258 notificações (16,4%) em que o uso de drogas foi considerado um provável mecanismo de infecção.

**Gráfico 25 - Número de casos e taxa de detecção de Hepatite C, em Porto Alegre, 2011-2020**



Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan–NET. Atualizado em 24/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Referente ao número de novos casos de Hepatite B e C por Gerência Distrital, no período analisado, em ambas as Hepatites, destacam-se as Gerências Centro e Partenon Lomba do Pinheiro (Tabela 17 e Tabela 18).

**Tabela 17 – Comparativo do número de casos novos de Hepatite B, em residentes de Porto Alegre, distribuídos por Gerência Distrital, 2011-2020**

Gerência Distrital	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Centro	36	64	45	55	57	56	44	52	79	40	528
Leste/Nordeste	24	39	26	27	24	37	27	25	36	14	279
Norte/ Eixo Baltazar	20	25	19	33	42	39	34	37	39	24	312
Noroeste/ Humaitá/ Ilhas/ Navegantes	28	18	46	36	32	30	31	53	35	25	334
Glória/ Cruzeiro/ Cristal	10	24	21	18	26	19	16	24	28	18	204
Restinga/ Extremo Sul	10	14	7	11	27	26	21	19	24	8	167
Sul/ Centro Sul	17	35	17	23	30	36	33	32	31	22	276
Partenon /Lomba do Pinheiro	18	35	45	30	37	32	38	34	50	25	344
Ignorado	6	10	6	5	5	8	9	6	0	0	55
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>264</b>	<b>232</b>	<b>238</b>	<b>280</b>	<b>283</b>	<b>253</b>	<b>282</b>	<b>322</b>	<b>176</b>	<b>2.499</b>

Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan–NET. Atualizado em 24/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

**Tabela 18 – Comparativo do número de casos novos de Hepatite C, em residentes de Porto Alegre, distribuídos por Gerência Distrital, 2011-2020**

Gerência Distrital	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
										0	

Centro	202	226	186	215	243	228	213	239	236	140	2.128
Leste/Nordeste	173	212	184	182	181	167	145	147	132	83	1.606
Norte/ Eixo Baltazar	158	178	169	160	185	159	166	169	158	91	1.593
Noroeste /Humaitá Ilhas/ Navegantes	146	140	188	165	163	161	148	143	152	83	1.489
Glória /Cruzeiro Cristal	105	144	148	151	160	152	159	169	161	103	1.452
Restinga /Extremo Sul	81	98	93	105	128	147	118	115	111	44	1.040
Sul /Centro Sul	156	224	163	198	217	211	186	196	163	91	1.805
Partenon /Lomba do Pinheiro	198	256	199	304	251	243	254	230	215	151	2.301
Ignorado	42	76	22	46	22	58	45	36	0	0	347
<b>Total</b>	<b>1.261</b>	<b>1.554</b>	<b>1.352</b>	<b>1.526</b>	<b>1.550</b>	<b>1.526</b>	<b>1.434</b>	<b>1.444</b>	<b>1.328</b>	<b>786</b>	<b>13.761</b>

Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan–NET. Atualizado em 24/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Em relação ao recorte sexo, verificamos que tanto a Hepatite B como a C atingem mais os homens. A raça/cor com maior número absoluto de casos é a branca, quando analisamos o período de 2011 a 2020, tanto na Hepatite B e C. O preenchimento da opção “Ignorada” apresentou uma sensível redução, em ambos os casos, no último ano. Muitas vezes a ficha de notificação não tem essa informação preenchida e, embora seja realizada uma busca nos sistemas disponíveis, como o CADSUS, a fim de tornar a notificação o mais completa possível, as informações consideradas essenciais nestas ferramentas estão desatualizadas.

### ***Toxoplasmose gestacional e congênita***

Desde 2016, a Toxoplasmose congênita e gestacional são consideradas Doenças de Notificação Compulsória, através da publicação da Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.

No município de Porto Alegre, a vigilância epidemiológica dessa doença nas gestantes e crianças encontra-se em fase de estruturação, iniciando-se sua implantação em 2019. Para fins de notificação, são considerados todos os casos suspeitos, prováveis e confirmados. Ao analisarmos os anos 2019 e 2020, verificamos um aumento dos casos no último ano (Tabela 19) e isso pode ser em razão da intensificação do monitoramento das fontes notificadoras. Aliada a essa

estratégia, foram elaboradas notas informativas para divulgação nos serviços de saúde.

**Tabela 19 – Casos notificados de Toxoplasmose Congênita e Gestacional, Porto Alegre, 2019-2020**

Agravos	2019	2020	Total
Toxoplasmose Congênita	1	18	19
Toxoplasmose Gestacional	10	37	47

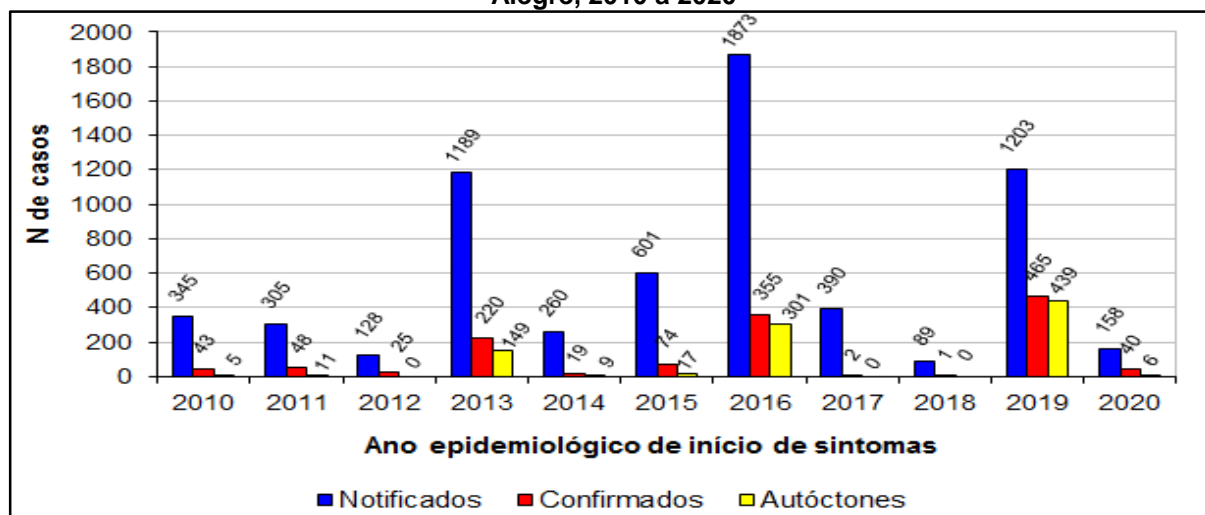
Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan–NET. Atualizado em 29/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

### **Dengue/Zika/Chikungunya**

As arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya são Doenças de Notificação Compulsória. Porto Alegre convive com o vetor transmissor destes vírus (*Aedes aegypti*) desde 2001. No entanto, os primeiros casos de Dengue na cidade foram identificados em 2010. O primeiro grande surto de Dengue em Porto Alegre ocorreu em 2013. Desde então, a cidade vivenciou outros surtos, paulatinamente maiores, em 2016 e 2019.

O gráfico a seguir demonstra o comparativo dos casos notificados, confirmados e autóctones de Dengue desde 2010, entre residentes de Porto Alegre.

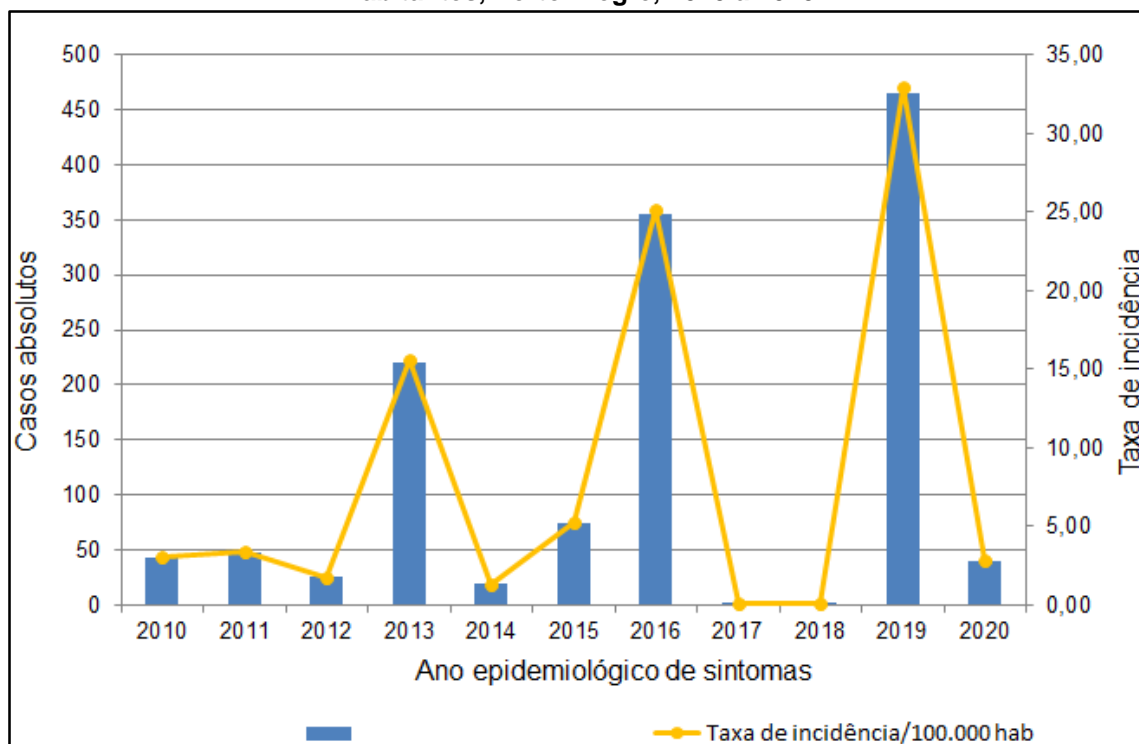
**Gráfico 26 - Comparativo dos casos de Dengue notificados, confirmados e autóctones, Porto Alegre, 2010 a 2020**



Fonte: Sinan Net e Sinan Dengue on line. Dados atualizados em 29/04/2021, sujeitos à revisão.

O próximo gráfico demonstra a série histórica dos casos confirmados, com a incidência por 100.000 habitantes. A ocorrência de Dengue, de forma epidêmica, tem apresentado um comportamento bienal na cidade.

**Gráfico 27 - Série histórica de casos confirmados de Dengue e taxa de incidência por 100.000 habitantes, Porto Alegre, 2010 a 2020**



Fonte: Sinan Net e Sinan Dengue on line. Dados atualizados em 29/04/2021, sujeitos à revisão.

Em relação à evolução dos casos confirmados, Porto Alegre nunca teve óbito ocasionado pela Dengue, nem mesmo nos anos epidêmicos.

Nos anos epidêmicos, quanto à gravidade dos casos confirmados (Dengue, Dengue com sinais de alarme e Dengue grave), no surto de 2013, não houve nenhum caso com sinais de alarme ou grave. Já no surto de 2016, 20 casos foram classificados como Dengue com sinais de alarme e quatro como Dengue grave. Em 2019, quando ocorreu o maior surto vivenciado em Porto Alegre, houve um caso de Dengue com sinais de alarme e um com Dengue grave.

A tabela a seguir expressa a distribuição dos casos confirmados de Dengue por Gerência Distrital de residência, nos anos epidêmicos.

**Tabela 20 - Casos confirmados de Dengue por Gerência Distrital, Porto Alegre, 2013, 2016 e 2019**

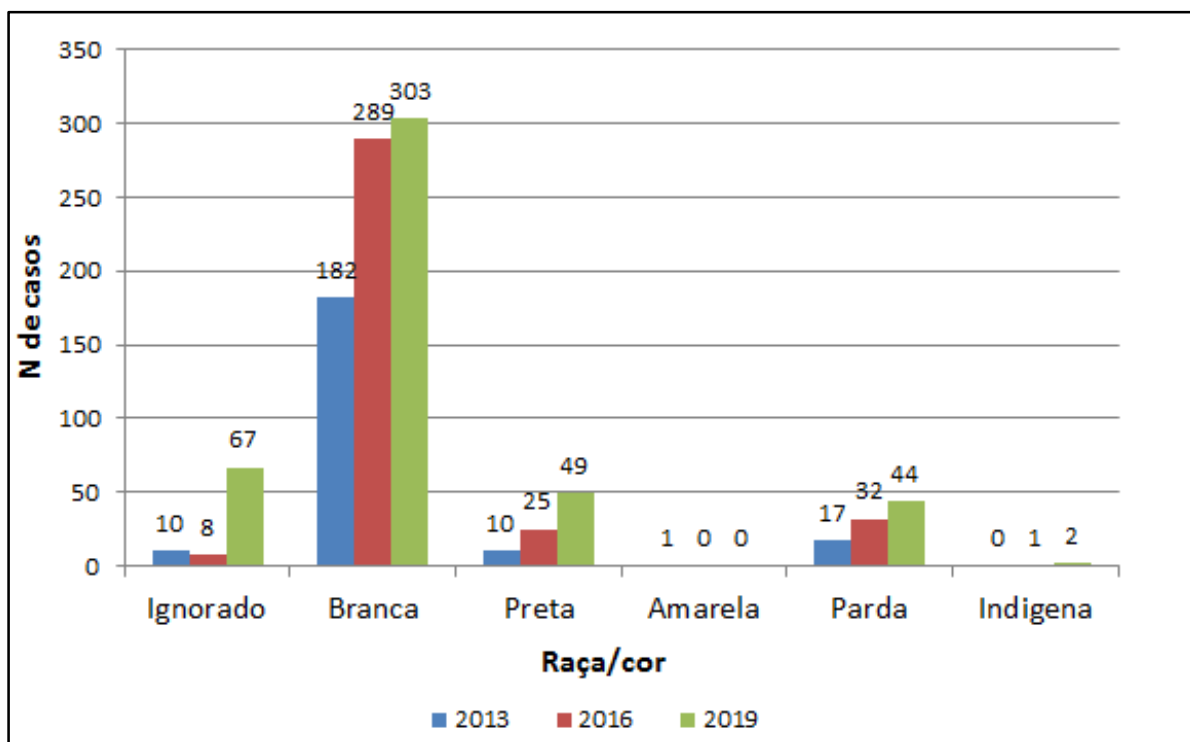
Gerência Distrital de Residência	2013	2016	2019
Centro	54	42	11
Leste/Nordeste	26	107	49
Norte/Eixo Baltazar	4	20	345
Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas	21	13	43
Glória/Cruzeiro/Cristal	3	10	1
Restinga/Extremo Sul	2	11	2
Sul/Centro Sul	10	101	8
Partenon/Lomba Do Pinheiro	100	51	6
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>355</b>	<b>465</b>

Fonte: Sinan/Dengue. Dados atualizados em 29/04/2021, sujeitos à revisão.

É possível pesquisar a geolocalização dos casos de Dengue em mapa, por meio do Mapa do histórico dos locais com casos de Dengue, Zika ou Chikungunya.

A análise de casos por raça/cor é frágil, uma vez que esse campo, embora seja de preenchimento obrigatório no sistema de notificação, possui a opção “ignorado”. A seguir, a distribuição dos casos confirmados nos anos epidêmicos por raça/cor.

**Gráfico 28 - Distribuição dos casos de Dengue por raça/cor, Porto Alegre, 2013, 2016 e 2019**



Fonte: Sinan/Dengue. Dados atualizados em 29/04/2021, sujeitos à revisão.

A raça/cor branca se destaca entre os casos confirmados, mas devem ser consideradas questões culturais e acesso ao sistema de saúde, que podem interferir na busca por atendimento e, conseqüentemente, na notificação dos casos em outras raças/cor. A faixa etária mais acometida pela Dengue nos anos 2013 e 2016 foi a de 30 a 39 anos. Na epidemia de 2019, a faixa etária mais acometida foi a de 20 a 29 anos. Em relação à distribuição por sexo nos anos epidêmicos, somente em 2019 houve diferença um pouco maior, quando o sexo feminino foi mais acometido (53,5% dos casos confirmados). Em 2013 e 2016, a proporção ficou próxima a 50% para ambos os sexos.

O primeiro caso de Chikungunya em Porto Alegre foi identificado em 2016. Foram 10 casos, todos importados, distribuídos entre as GD Centro (5), Leno (2), NEB (2) e NHNI (1). No ano de 2017, foram 7 casos importados: GD Centro (2), Leno (1), NHNI (1), GCC (1) e SCS (2). Em 2018, não houve nenhuma confirmação de Chikungunya. Em 2019, ocorreram 4 casos, sendo um autóctone, na GD NHNI. Os demais 3 casos, importados, residiam na GD SCS (2) e NHNI (1). Em 2020, foram 4 casos importados, de pessoas que residiam na GD PLP (2), Centro (1) e SCS (1).

O vírus da Zika foi identificado em Porto Alegre em 2016, em um surto localizado em uma região, com 28 casos confirmados, sendo 14 autóctones (GD NHNI). Em 2017, foram confirmados 2 casos, importados (um residente na GD Centro e um na SCS). Desde 2018, não houve caso confirmado de Zika em residentes de Porto Alegre.

### ***Plano de Contingência Dengue, Zika Vírus e Chikungunya***

O Plano de Contingência das arboviroses tem como principal objetivo prevenir e controlar processos epidêmicos e evitar que as doenças transmitidas pelo Aedes (Dengue, Zika e Chikungunya) tenham como desfecho o óbito.

De acordo com a classificação do MI Aedes, o IMFA é dividido em:

- Satisfatório (0 a 0,15)
- Moderado (0,15 a 0,30)
- Alerta (0,30 a 0,6)
- Crítico (superior a 0,6)

O monitoramento é realizado semanalmente.

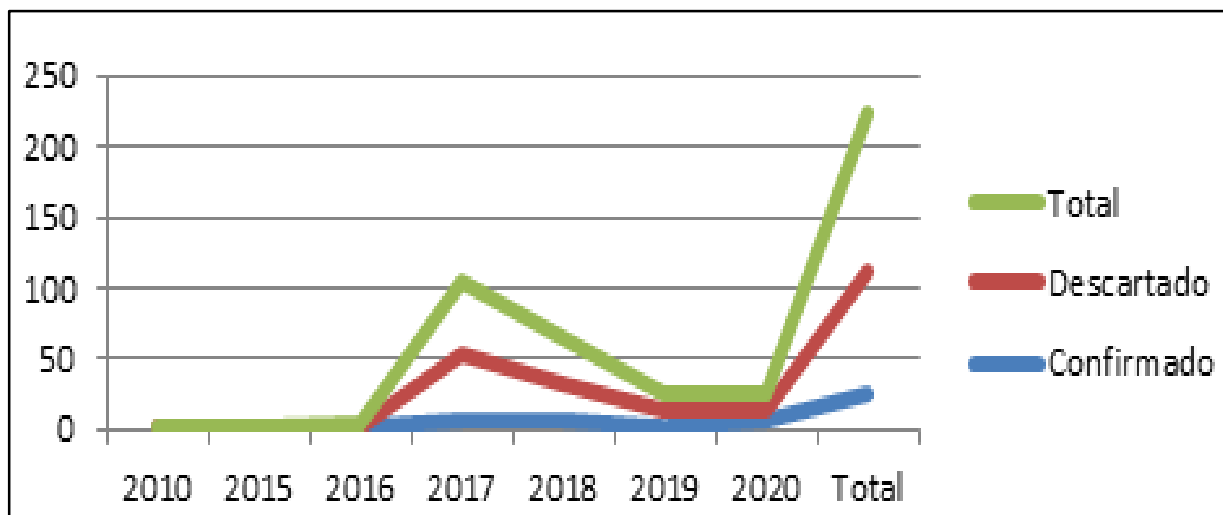
### ***Leishmaniose Visceral***

Porto Alegre registrou o primeiro caso autóctone em 2016. Os dois casos confirmados deste ano eram moradores de uma ocupação irregular em encosta de morro, sem saneamento básico e próxima à mata (característica comum nos demais casos), localizada no bairro Protásio Alves. Apesar da doença ser tratável, ambos os casos evoluíram para o óbito em função da demora do diagnóstico e do tratamento. A partir do primeiro caso confirmado foi emitido um alerta epidemiológico e realizadas capacitações da rede de assistência, sensibilizando os profissionais da



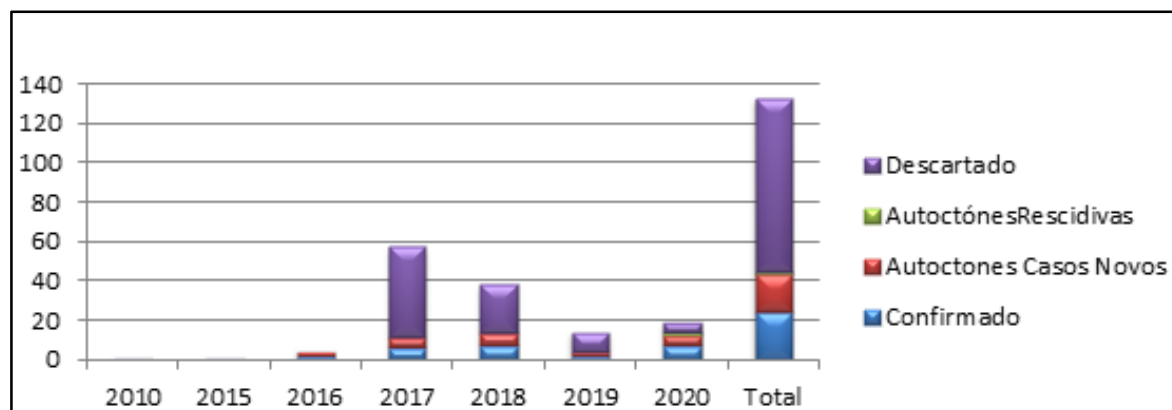
saúde com relação aos locais de ocorrência da doença, bem como a notificação dos casos suspeitos, que resultaram na diminuição da letalidade nos anos seguintes.

**Gráfico 29 - Distribuição dos casos de Leishmaniose Visceral Notificados, Confirmados e Descartados em Porto Alegre 2010 -2020**



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 28/04/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

**Gráfico 30 - Distribuição dos casos de Leishmaniose Visceral Autóctones Notificados, Confirmados e Descartados de Residentes em Porto Alegre de acordo com a entrada, 2010 – 2020**



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 28/04/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

**Tabela 21 - Coeficiente de Letalidade por Leishmaniose Visceral em residentes no município de Porto Alegre, 2010 - 2020**

Ano/Início de Sintomas	Óbito por LV	Casos Confirmados de Residentes de Porto Alegre	Coeficiente de letalidade
2010	0	0	0
2011	0	0	0
2012	0	0	0
2013	0	0	0
2014	0	0	0
2015	0	0	0
2016	2	2	100
2017	2	6	33,33

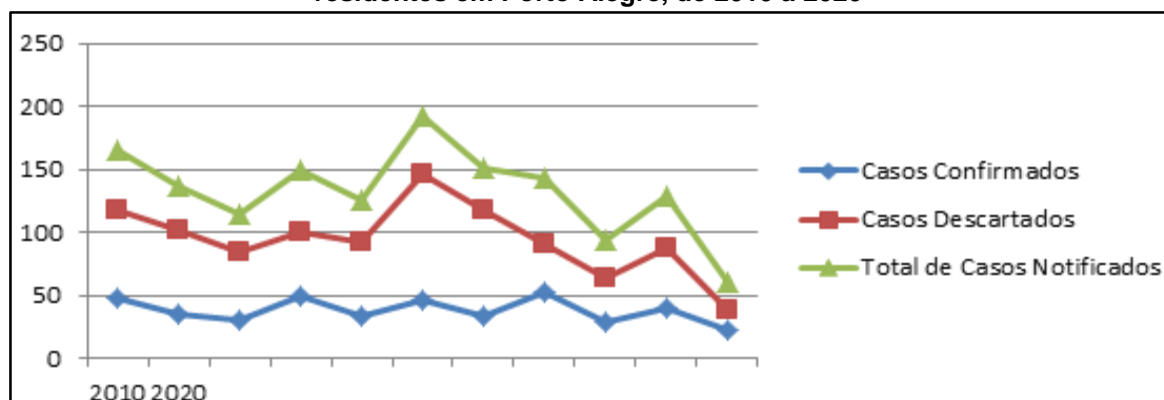
2018	0	7	0
2019	0	2	0
2020	1	7	14,28

Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 28/04/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

### **Leptospirose**

A Leptospirose é um agravo de ocorrência sazonal, ligada ao risco de exposição dos indivíduos à água ou lama contaminadas com urina de roedores. Em meses mais chuvosos, com temperaturas mais elevadas e contato da população com alagamentos e enxurradas, a incidência aumenta. Além disso, as condições de saneamento ambiental e vulnerabilidade social são determinantes para o aparecimento da doença.

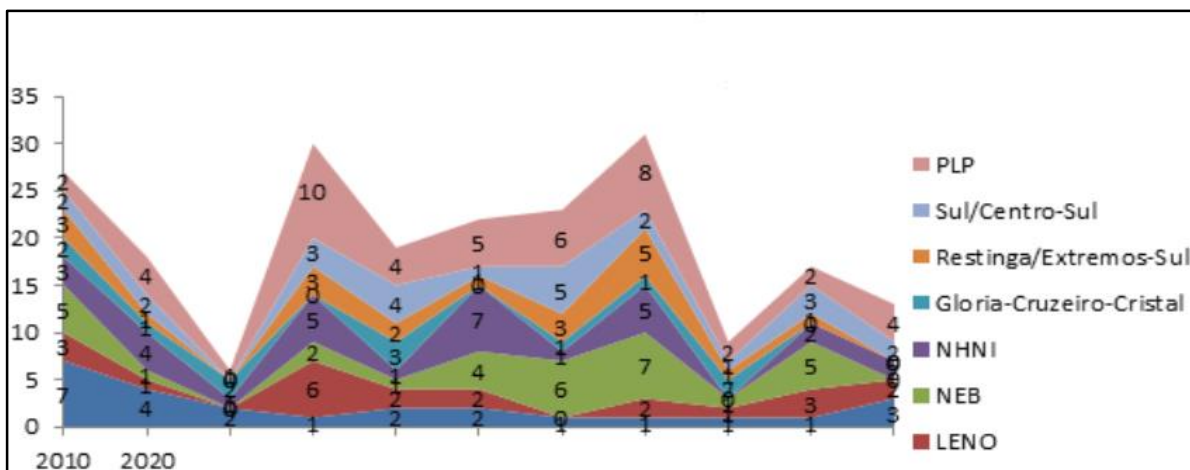
**Gráfico 31 - Distribuição dos casos de Leptospirose notificados, confirmados e descartados de residentes em Porto Alegre, de 2010 a 2020**



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 28/04/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Porto Alegre monitora e identifica os locais prováveis de contaminação para os casos confirmados de Leptospirose desde 1995 e identifica as áreas de risco, onde os alagamentos são frequentes, com áreas que permanecem inundadas por vários dias após as chuvas intensas e onde os moradores realizam a reciclagem de lixo, favorecendo a presença de roedores e o contato com a água e lama contaminadas.

**Gráfico 32 - Distribuição dos casos de Leptospirese notificados, confirmados e descartados de residentes em Porto Alegre, por Gerência Distrital, de 2010 e 2020**



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 28/04/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

A letalidade pela Leptospirese está diretamente ligada ao sorogrupo da bactéria (existem cepas que são mais patogênicas) e à qualidade da assistência prestada ao paciente, bem como a instituição precoce do tratamento com antibióticos.

Abaixo, o quadro com a ocorrência de Leptospirese em Porto Alegre nos anos de 2010 até 2020.

**Tabela 22 - Casos confirmados de Leptospirese, óbitos pelo Agravo e Coeficiente de Letalidade em residentes no município de Porto Alegre (2010 – 2020)**

Ano Início Sintomas	Total Casos Confirmados	Total Óbitos pelo Agravo	Coeficiente de Letalidade
2010	47	5	10,63
2011	35	4	11,42
2012	30	3	10
2013	50	3	6
2014	33	5	15,15
2015	46	6	13,04
2016	33	1	3,03
2017	52	3	5,76
2018	29	3	10,34
2019	40	4	10
2020	23	1	4,34

Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 28/04/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

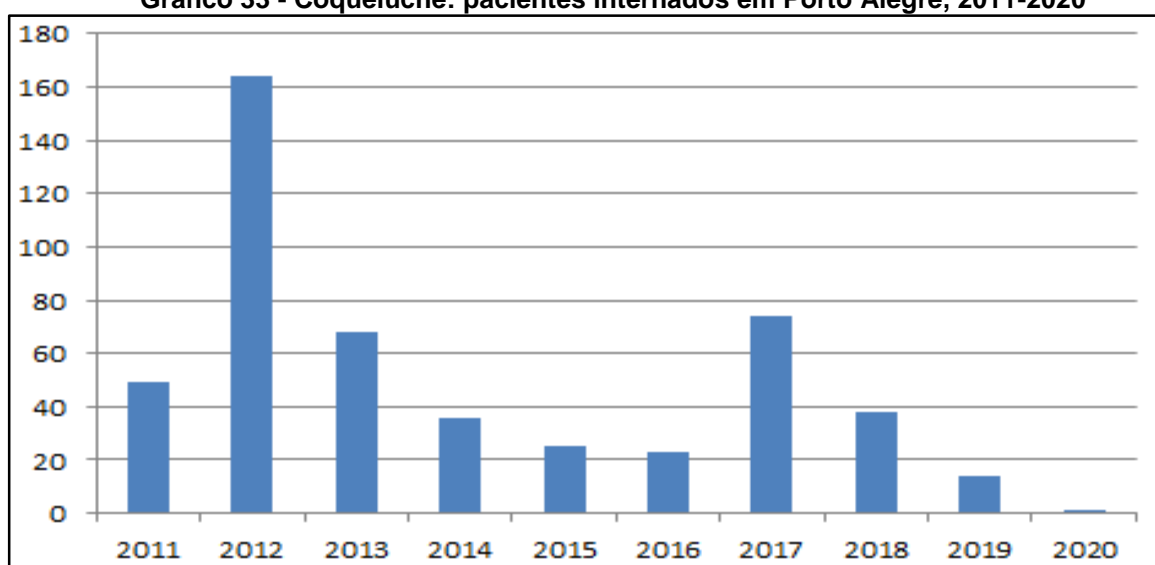
## ***Doenças Imunopreveníveis***

### ***Coqueluche***

A Coqueluche em Porto Alegre é de notificação obrigatória para os pacientes internados. Desde 2015 a vacinação de gestante com Dtpa é obrigatória e visa

justamente que recém nascidos adquiram proteção imunológica evitando a forma grave da doença. Observando a evolução do agravo ao longo dos últimos 10 anos, observa-se que, depois de uma queda sustentada após 2012, houve um aumento de casos em 2017. Seguiu-se diminuição dos casos de pacientes internados com Coqueluche, talvez pelo aumento da cobertura vacinal de gestantes. No ano de 2020 houve apenas 1 caso, acompanhando a queda de várias doenças transmissíveis, reflexo da pandemia da Covid-19 que manteve as pessoas, de uma maneira geral, mais isoladas.

**Gráfico 33 - Coqueluche: pacientes internados em Porto Alegre, 2011-2020**



Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan-NET. Atualizado em 24/04/2021.

### ***Febre Amarela***

Porto Alegre teve apenas um caso, importado, de Febre Amarela de uma residente, no ano de 2018. A infecção foi contraída em Minas Gerais e o paciente apresentou boa evolução clínica.

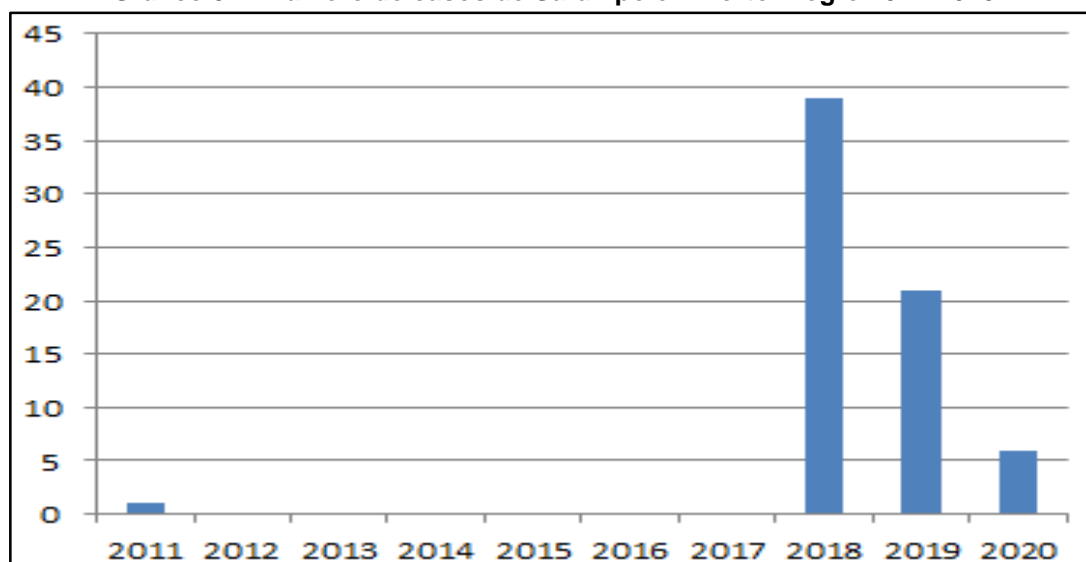
Em 2021, foram identificados primatas não humanos (PNH) com o vírus em área rural de Porto Alegre, o que originou um Alerta Epidemiológico para a rede assistencial de saúde, emitido pela DVS.

### ***Sarampo***

Após obter o certificado de erradicação do Sarampo em 2016, o país voltou a ter surtos da doença em 2018. Porto Alegre, após 6 anos sem incidência de Sarampo, apresentou surtos da doença enfrentados com: rastreamento, testagem, busca ativa de contatos e campanhas de vacinação. O gráfico abaixo aponta que as

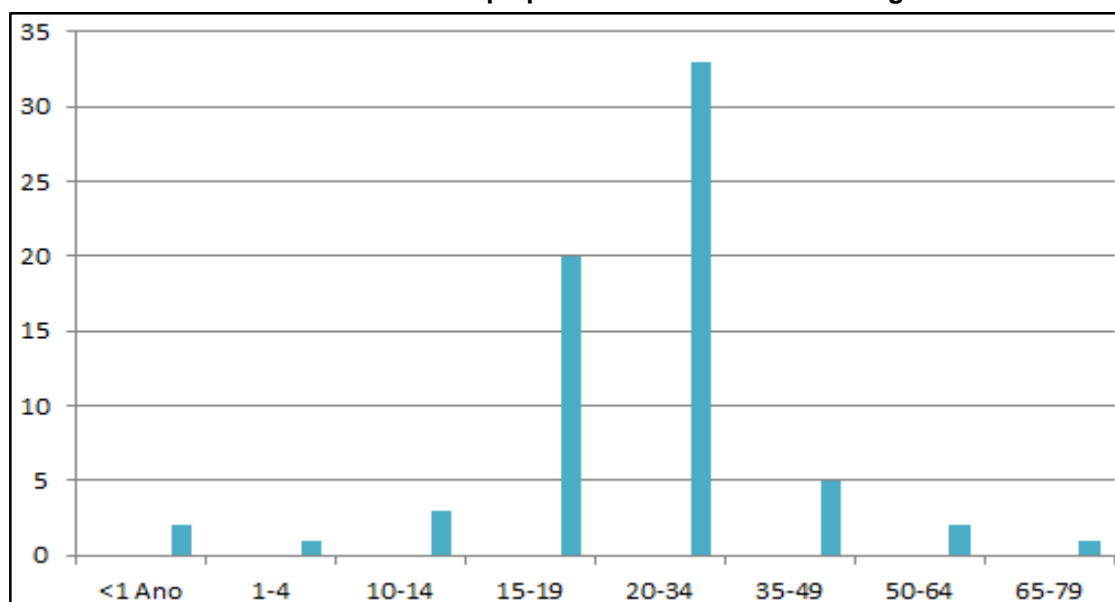
faixas etárias mais acometidas são de adultos jovens, pessoas que não foram expostas ao vírus na infância, sendo que uma parcela deste recorte etário não possui esquema vacinal completo.

**Gráfico 34 - Número de casos de Sarampo em Porto Alegre 2011-2020**



Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan-NET. Atualizado em 24/04/2021.

**Gráfico 35 - Incidência de Sarampo por faixa etária em Porto Alegre 2011-2020**



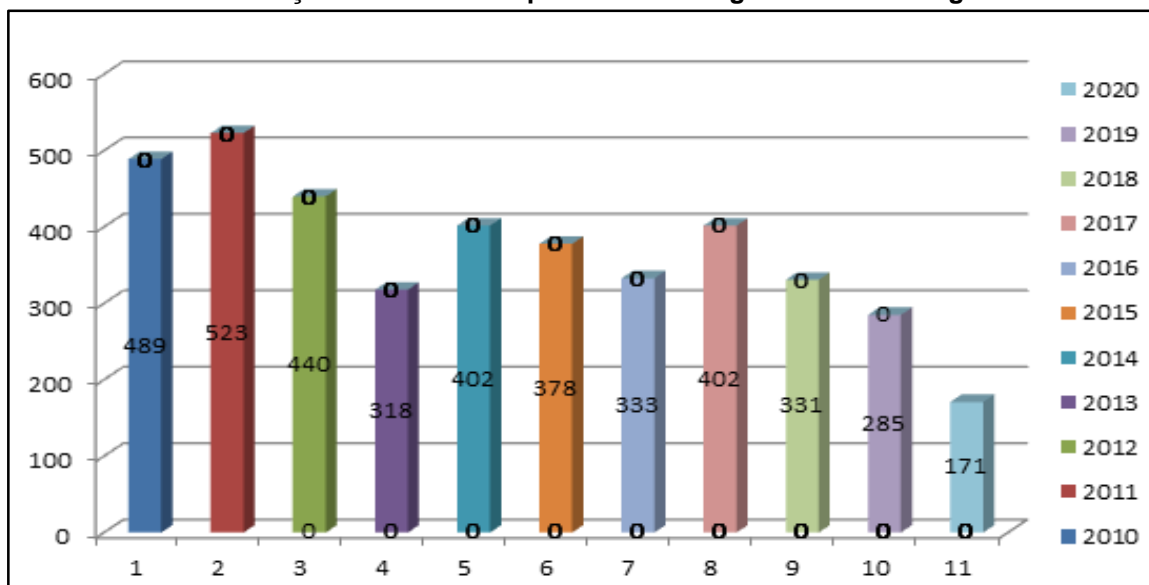
Fonte: EVDT/DVS/SMS/Sinan-NET. Atualizado em 24/04/2021

## ***Meningites***

A Meningite é caracterizada por um processo inflamatório das meninges, membranas que revestem o encéfalo e a medula espinhal, causada, principalmente, a partir da infecção por vírus ou bactérias. No entanto, outros agentes etiológicos podem causar Meningite, como fungos e parasitas. Os sintomas podem surgir

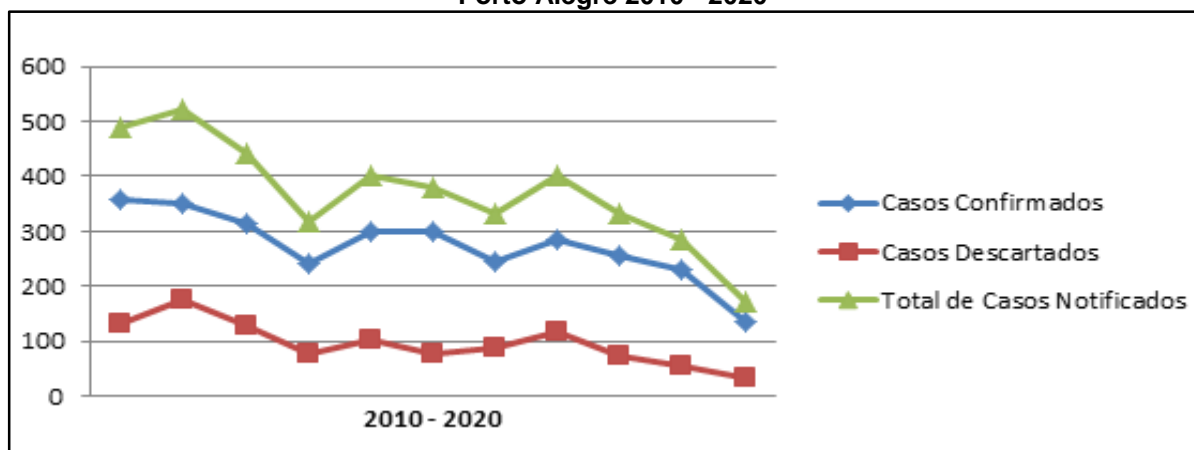
repentinamente: febre, dor de cabeça forte e constante, rigidez ou dor no pescoço, náuseas e vômitos. Manchas na pele podem indicar forma mais grave da doença.

**Gráfico 36 - Distribuição dos casos suspeitos de Meningite em Porto Alegre 2010 - 2020**



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 26/04/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

**Gráfico 37 - Distribuição dos casos de Meningites Notificados, Confirmados e Descartados em Porto Alegre 2010 - 2020**

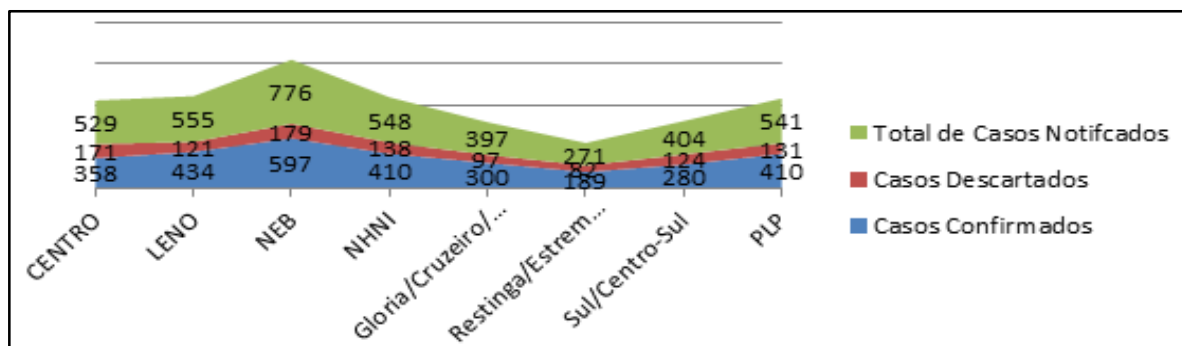


Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 26/04/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

O gráfico acima expressa o resultado final da investigação epidemiológica das Meningites que se inicia com a notificação a partir da suspeição, para posterior análise de casos para confirmação e/ou descarte. A doença é de notificação compulsória e prevê investigação para a avaliação da necessidade de adoção de medidas de prevenção e controle. Portanto, a vigilância abrange tanto a situação endêmica da doença quanto situações de surto. O diagnóstico, o tratamento precoce, a definição de uso de quimioprofilaxia em até 48 horas, além das medidas

gerais de prevenção de doenças infecciosas e a cobertura vacinal, são ações fundamentais para a prevenção de casos secundários, bem como o aparecimento de novos casos.

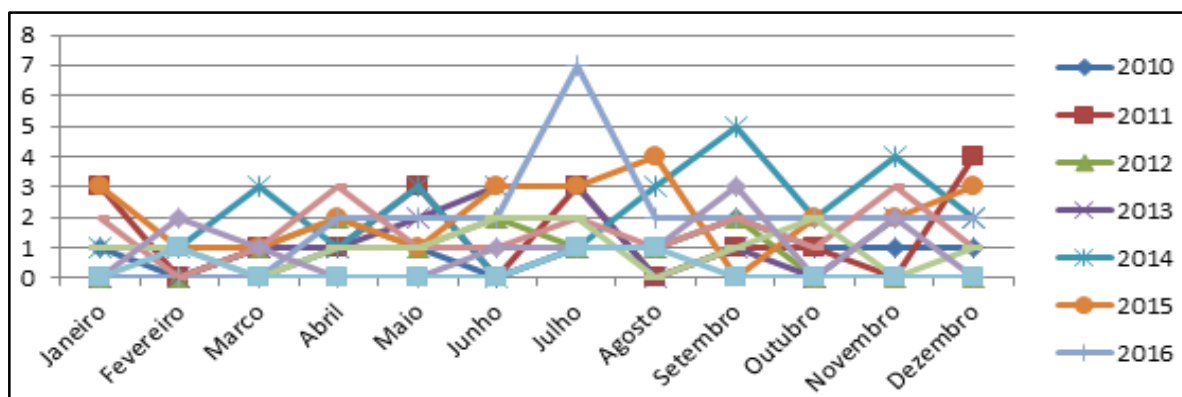
**Gráfico 38 - Distribuição dos casos de Meningite Notificados, Confirmados e Descartados de Residentes em Porto Alegre, por Gerência Distrital, 2010 - 2020**



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 26/04/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Ao analisar o gráfico acima, observa-se que 20,04% dos casos se concentram na Gerência Distrital Norte Eixo Baltazar (NEB) e 6,34% destes na Gerência Distrital Restinga Extremo-sul, sendo as gerências com maior e menor incidência respectivamente.

**Gráfico 39 - Distribuição dos casos de Doença Meningocócica em Residentes em Porto Alegre 2010 - 2020**



Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 26/04/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

As meningites se distribuem o ano todo, sendo mais frequentes nos meses mais frios, ocorrendo tanto em zonas urbanas como rurais.

**Tabela 23 - Casos Confirmados de Doença Meningocócica por Faixa Etária, Porto Alegre (2010 - 2019)**

Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
<1 Ano	5	4	1	4	5	2	4	1	0	2	29
01-04	4	3	2	8	4	4	1	3	1	0	32
05-09	1	0	2	2	2	2	3	0	0	0	13
10-19	4	1	3	3	8	3	6	1	5	0	34

20-39	1	0	1	5	5	3	2	3	0	0	23
40-59	1	1	2	3	0	5	0	2	3	1	20
60 e +	1	1	4	1	1	4	2	2	2	0	19
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>26</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>170</b>

Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 26/04/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

Entre as Meningites bacterianas, a Doença Meningocócica (DM) continua sendo o foco principal da vigilância das Meningites, pela possibilidade de casos secundários e a capacidade de produzir surtos. A doença meningocócica é causada pela bactéria *Neisseria meningitidis* (meningococo) que possui diversos sorogrupos, sendo mais frequentes os sorogrupos A, B, C, Y e W. A tabela mostra que há um deslocamento da faixa etária acometida, atingindo maiores de 10 anos, provavelmente vinculado à disponibilidade da vacinação do meningococo C no calendário básico do Sistema Único de Saúde desde 2010. Desde maio de 2020 foi incluído no Programa Nacional de Imunizações o reforço feito com a Meningocócica ACWY para faixa etária de 11 a 12 anos. O sorogrupo C é o responsável pelo maior número de casos.

**Tabela 24 - Casos Confirmados de Meningite por Pneumococos por Faixa Etária, Porto Alegre (2010 – 2020)**

Fx Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<1 Ano	2	2	0	4	1	1	1	0	0	0	0
01-04	1	3	0	1	1	0	0	1	0	1	1
05-09	0	0	1	0	0	2	1	1	0	0	0
10-19	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0
20-39	5	1	5	1	5	3	3	3	7	4	1
40-59	5	4	8	8	6	6	4	5	8	6	3
60 e +	1	0	11	1	5	3	5	8	3	6	1
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>6</b>

Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 26/04/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

A bactéria *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) pode causar doença invasiva (Meningite, Pneumonia, Sepse e Artrite) e não invasiva (Sinusite, Otite média, Conjuntivite), e existem mais de 90 sorotipos deste agente. Desde 2010, a vacina conjugada pneumocócica 10-valente (VPC10) está disponível na rede pública, com proteção para 10 subtipos mais incidentes nas crianças, faixa etária mais acometida por esta bactéria. O esquema sequencial PCV13 e VPP23 também está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) para pacientes acima de 5 anos de idade que apresentem alguma das seguintes condições clínicas: pacientes oncológicos, pacientes vivendo com HIV/Aids, indivíduos submetidos a transplante de medula óssea e indivíduos submetidos a transplantes de órgãos sólidos.



**Tabela 25 - Casos Confirmados de Meningite por Haemophilus por Faixa Etária, Porto Alegre (2010 – 2019)**

Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
<1 Ano	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	6
01-04	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	4
05-09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-19	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
20-39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40-59	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
60 e +	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>13</b>

Fonte: EVDT/ DVS/SMS/Sinan – NET. Atualizado em 26/04/2021. Dados sujeitos à alteração devido a inserção diária de casos no banco de dados.

A tabela acima demonstra a incidência da meningite por Hib, certamente correspondente a cobertura vacinal, pois a vacina contra o *Haemophilus influenzae b* (HiB) foi introduzida no calendário no ano de 1999.

### **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)**

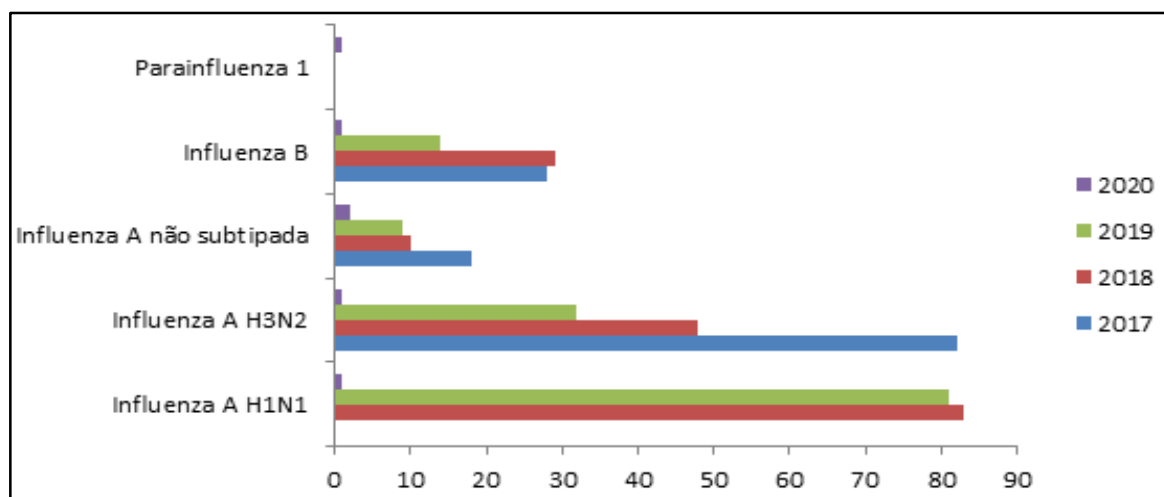
A vigilância da SRAG em Porto Alegre teve início em 2009 durante a pandemia de Influenza A H1N1. O primeiro caso confirmado laboratorialmente pela técnica de teste de reação de transcriptase reversa seguida de reação em cadeia da polimerase (RT-PCR) foi notificado em 17 de junho de 2009. O Brasil identificou a primeira infecção pelo Novo Coronavírus em fevereiro de 2020. A declaração de transmissão comunitária do Sars-Cov-2 no país veio em março, mês em que também foi registrada a primeira morte pela doença. Em Porto Alegre, a confirmação do primeiro caso ocorreu em 08 de março e a transmissão comunitária foi confirmada no dia 18 de março de 2020. A pandemia por um vírus emergente com transmissão por meio de gotículas, modificou a vigilância das doenças respiratórias. Sendo um dos vírus responsáveis pela SRAG, em função de sua elevada incidência a partir de 2020, não é possível fazer a vigilância da SRAG sem considerar o número massivo de pessoas que desenvolvem a síndrome a partir do Sars-Cov-2. No mês de janeiro e parte de fevereiro de 2020, as amostras de *swab* coletadas dos pacientes internados eram processadas para os vírus respiratórios endêmicos e para o Novo Coronavírus. A indisponibilidade de *kits* para análise de painel viral nos casos negativos para Covid-19 desde meados de fevereiro afetou a capacidade de resposta do Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (Lacen-RS). Os casos foram investigados para Sars-Cov-2, mas não para os demais vírus respiratórios por falta de *kits* para análise. Sendo assim, a maior parte das ocorrências de síndrome gripal na unidade sentinela ou síndrome respiratória aguda

grave em qualquer nosocômio, que não confirmaram Covid-19, ficaram sem diagnóstico. As fichas de notificação de 4.760 residentes em Porto Alegre foram encerradas como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) não especificada.

Atualmente, as amostras de pacientes que foram a óbito por SRAG, mas não são portadores de Sars-Cov-2 estão sendo armazenadas no Lacen para futura análise. Em função da inexistência de dados que possam ser comparados há anos anteriores, ou, ainda, que reflitam a realidade do período sob avaliação, a EVDT aguarda o resultados das amostras que estão no Lacen referentes aos óbitos do ano de 2020 para realizar o comparativo em relação aos demais agentes etiológicos dos casos de internação por Síndrome Respiratória Aguda Grave.

O gráfico comparativo a seguir, do período de 2017 a 2020, apresenta os casos de diagnóstico dos vírus respiratórios de pacientes com SRAG, excluindo os provocados por Sars-Cov-2. Nele é possível verificar que, em 2020, apenas cinco casos foram positivos para Influenza e um para Parainfluenza. Nos anos anteriores houve um quantitativo muito superior de diagnósticos para Influenza, refletindo a ausência de análise para vírus respiratórios em quase todo o ano de 2020. No entanto, os casos de SRAG por Covid-19 em 2020, representaram 9.730 diagnósticos (Sivep-Gripe). O número de amostras enviadas por serviços de saúde de Porto Alegre e processadas pelo Lacen para avaliação de SRAG passou de 430 em 2017 para 12.740 em 2020, o que demonstra o incremento substancial do trabalho da rede de assistência, Lacen e vigilância epidemiológica para investigar e desfechar os casos.

**Gráfico 40 - Doenças Respiratórias provocadas por vírus, excetuando o Covid-19, 2017 a 2020.**



Fonte: Sivep-Gripe, em 27 de março de 2021, sujeito a alterações.

## **Covid-19**

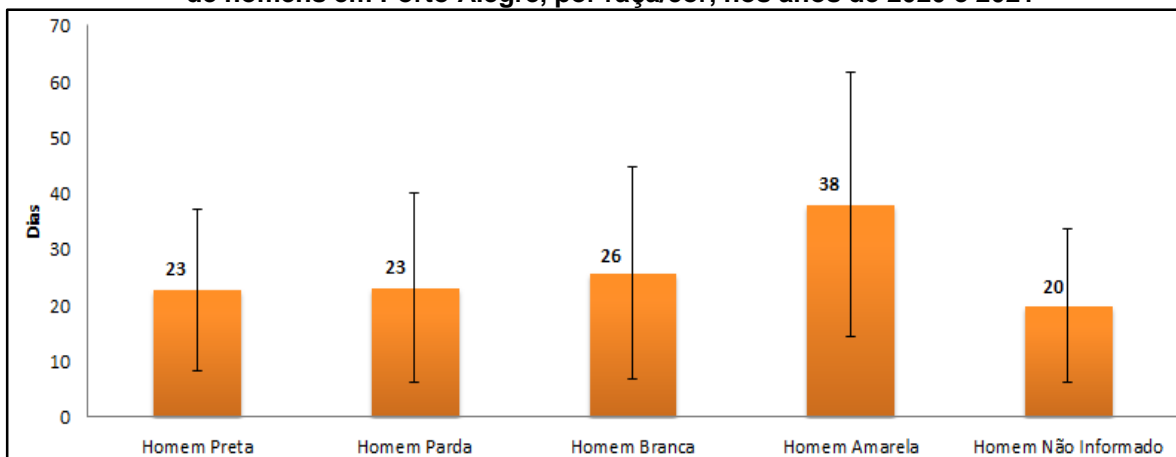
A vigilância da Covid-19 iniciou em 2020, portanto as estratégias para monitoramento da doença na cidade estão em constante transformação com intuito de acompanhar o painel epidemiológico, assim como, indicar ações em saúde para conter a circulação do Sars-Cov-2. Sendo assim, variáveis como a identificação da circulação de novas variantes do vírus e o efeito da vacinação, são constantemente avaliadas para propor medidas de controle. Desde o início da pandemia a Secretaria Municipal de Saúde tem publicizado os dados sobre a doença na cidade e seus impactos sobre a sociedade por meio de boletins periódicos. Nestes *reposts* é possível acompanhar aspectos da assistência em saúde, óbitos, prevalência por faixa etária e os surtos da doença na cidade. Disponíveis em:

- <https://transparencia.portoalegre.rs.gov.br/transparencia-Covid-19>;
- <https://prefeitura.poa.br/coronavírus>.
- A tabela “Número de casos de Covid-19 por Gerência Distrital no ano de 2020” pode ser acessada por meio do link: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=895](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=895)
- A distribuição dos casos do município por bairros pode ser visualizada através do link: <https://drive.google.com/file/d/18iXV7eZAgc79BwXnGqP6z2c8EezYpdCM/view>

Em relação ao recorte raça/cor, segue a análise realizada a partir do banco de dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, considerando as informações de casos positivos para Covid-19 em moradores de Porto Alegre.

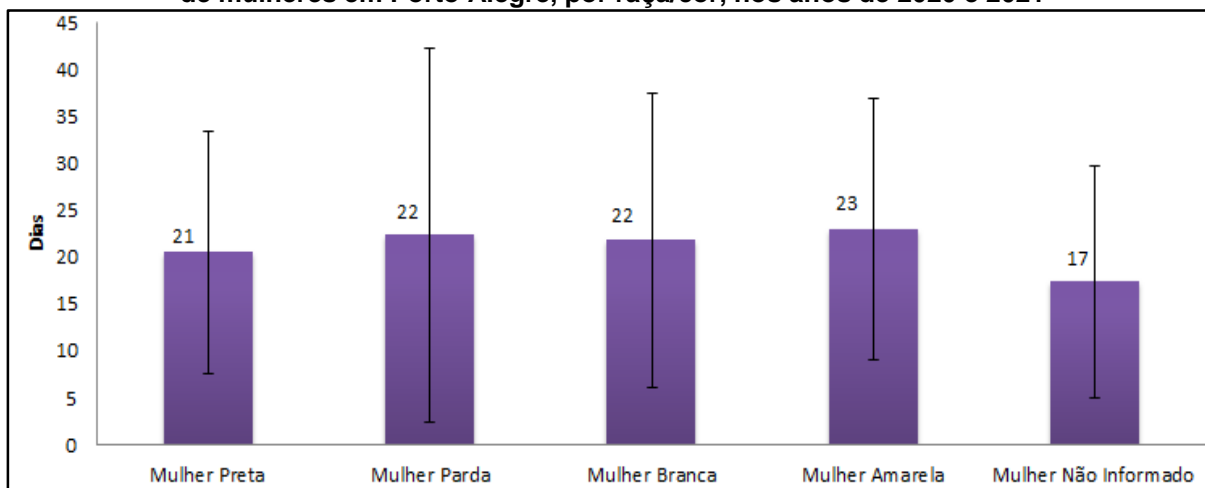
## Óbitos pela Covid-19

**Gráfico 41 - Média e Desvio Padrão do número de dias entre os primeiros sintomas e o óbito de homens em Porto Alegre, por raça/cor, nos anos de 2020 e 2021**



\*Não houve óbito entre homens declarados indígenas. \*\*Total de indivíduos: 2353. \*\*\*Dados disponíveis em <<https://ti.saude.rs.gov.br/Covid19/>> painel Coronavírus RS. Acesso em 09/05/2021 e sujeitos a alteração.

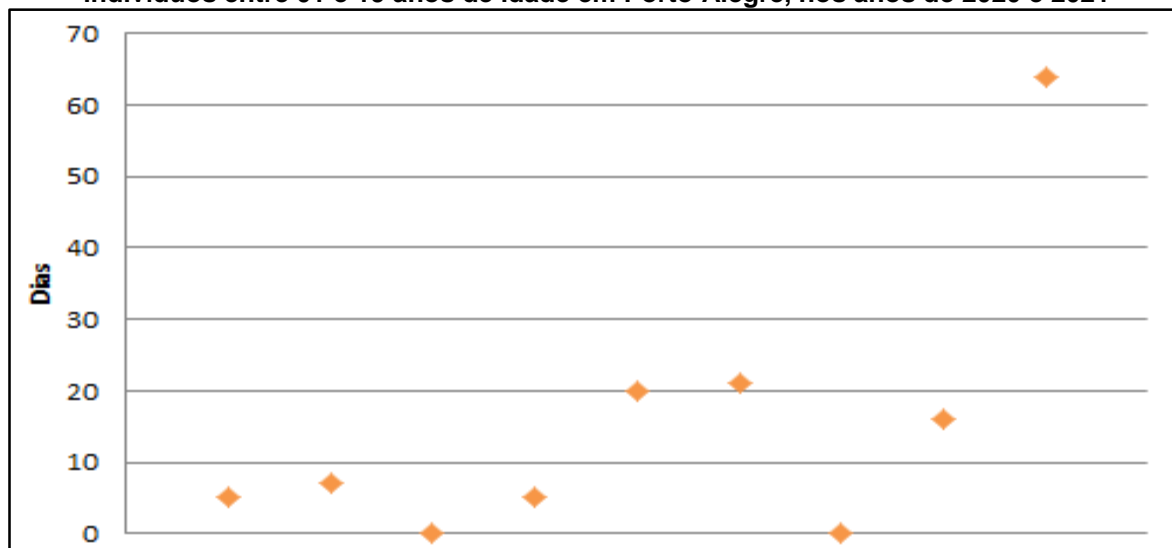
**Gráfico 42 - Média e Desvio Padrão do número de dias entre os primeiros sintomas e o óbito de mulheres em Porto Alegre, por raça/cor, nos anos de 2020 e 2021**



\*Não houve óbito entre mulheres declaradas indígenas. \*\*Total de indivíduos: 2154. \*\*\*Dados disponíveis em Painel Coronavírus RS <<https://ti.saude.rs.gov.br/Covid19/>>. Acesso em 09/05/2021 e sujeitos a alteração.

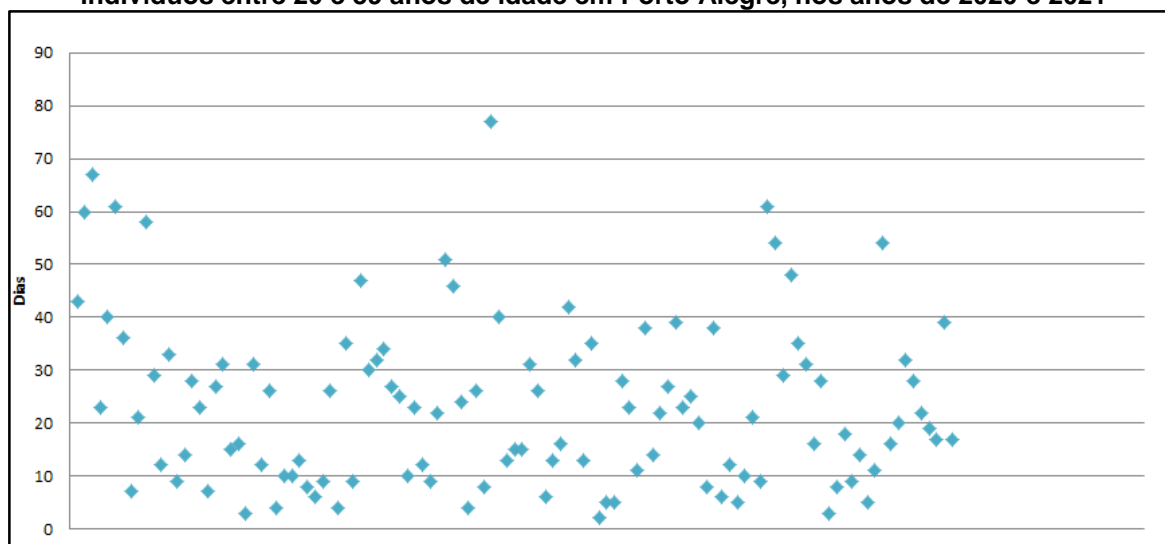
A média de tempo de evolução para óbito em casos positivos para Covid-19 foi de até 26 dias para todos os recortes utilizados - variáveis sexo e raça/cor - excetuando os homens que se autodeclararam amarelos. Neste caso a média ficou em 38 dias, para fins dessa análise devemos levar em consideração que neste estrato havia apenas três pessoas.

**Gráfico 43 - Distribuição do número de dias entre os primeiros sintomas e o óbito, em indivíduos entre 01 e 19 anos de idade em Porto Alegre, nos anos de 2020 e 2021**



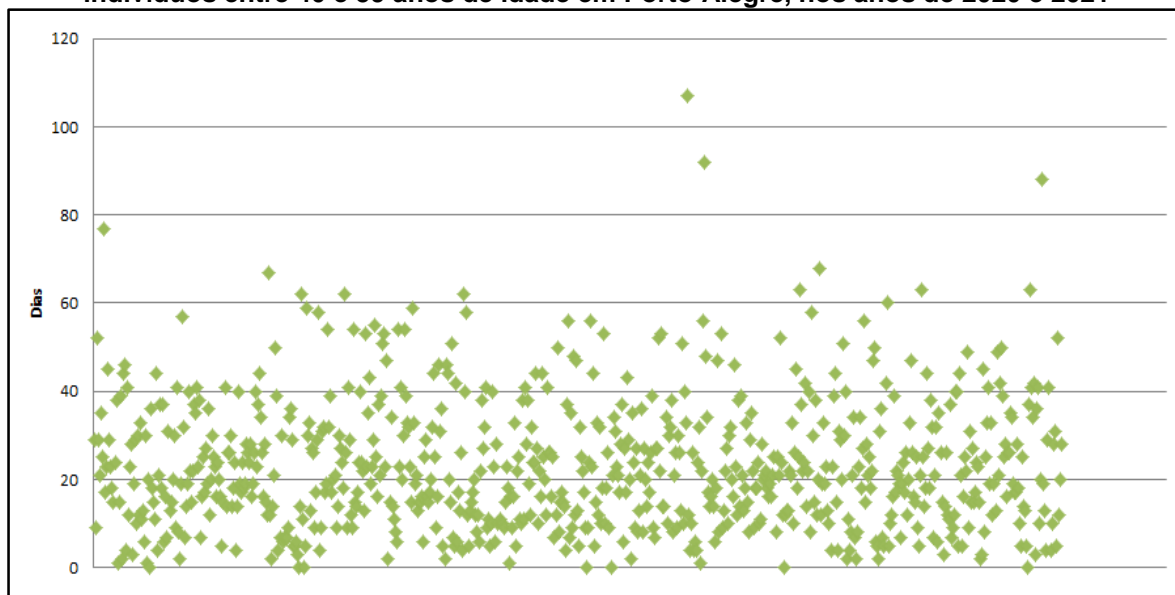
\*Número de indivíduos: 9. \*\*Dados disponíveis em Painel Coronavírus RS <<https://ti.saude.rs.gov.br/Covid19/>>. Acesso em 09/05/2021 e sujeitos a alteração.

**Gráfico 44 - Distribuição do número de dias entre o registro do primeiro sintoma e o óbito, em indivíduos entre 20 e 39 anos de idade em Porto Alegre, nos anos de 2020 e 2021**



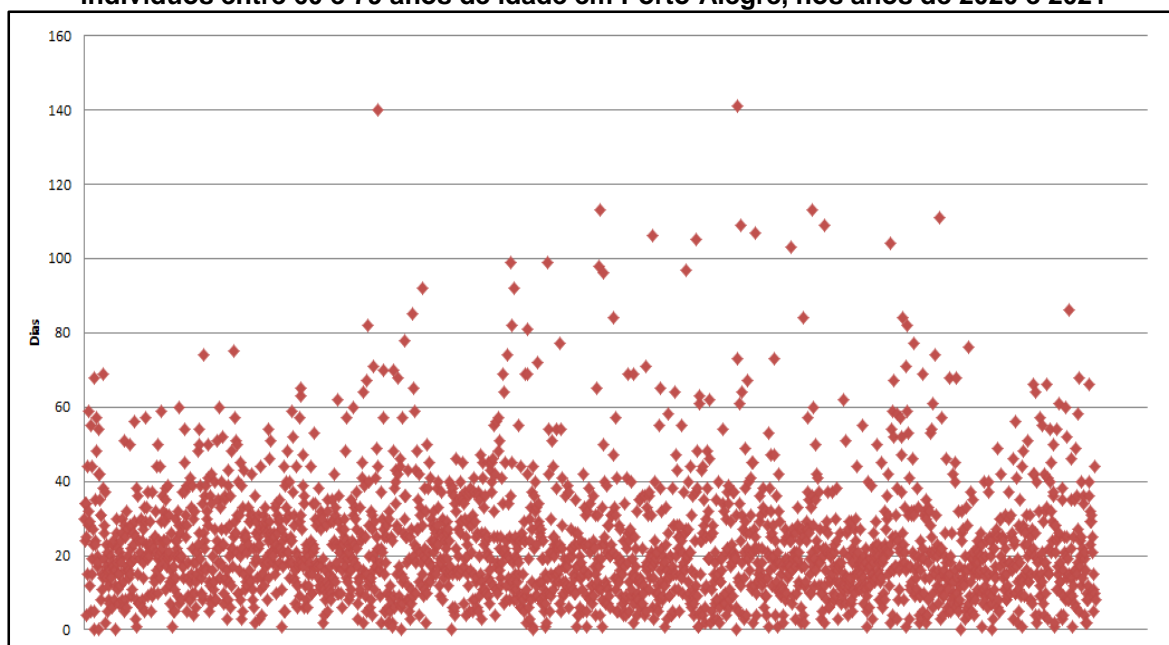
\*Número de indivíduos: 115. Painel Coronavírus RS \*\*Dados disponíveis em <<https://ti.saude.rs.gov.br/Covid19/>>. Acesso em 09/05/2021 e sujeitos a alteração.

**Gráfico 45 - Distribuição do número de dias entre os primeiros sintomas e o óbito, em indivíduos entre 40 e 59 anos de idade em Porto Alegre, nos anos de 2020 e 2021**



\*Número de indivíduos: 722. Painel Coronavírus RS \*\*Dados disponíveis em <<https://ti.saude.rs.gov.br/Covid19/>>. Acesso em 09/05/2021 e sujeitos a alteração.

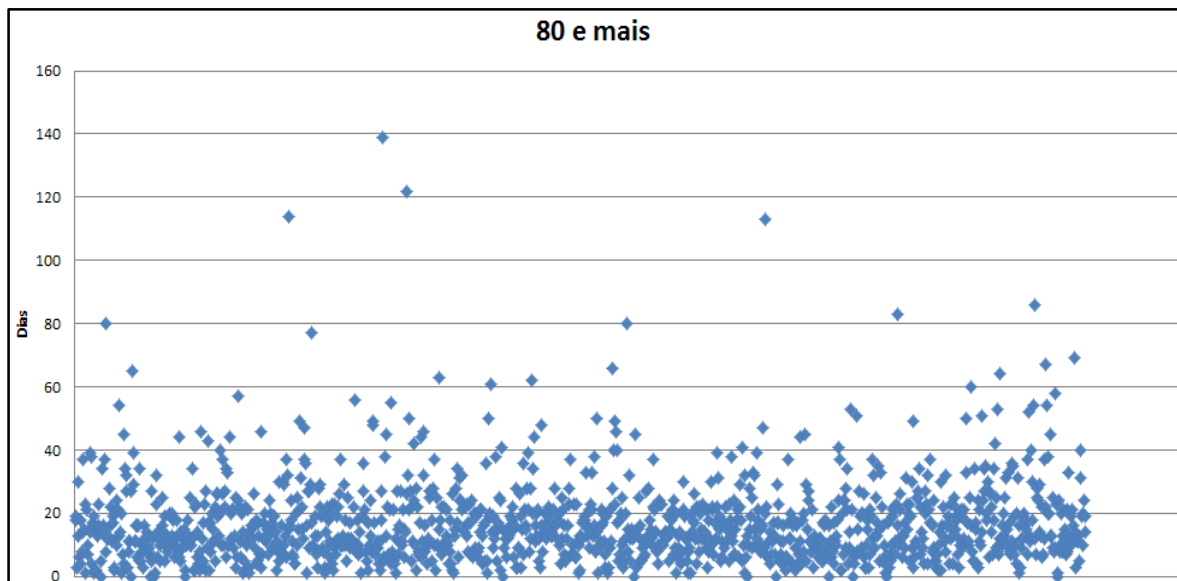
**Gráfico 46 - Distribuição do número de dias entre os primeiros sintomas e o óbito, em indivíduos entre 60 e 79 anos de idade em Porto Alegre, nos anos de 2020 e 2021**



\*Número de indivíduos: 2378. Painel Coronavírus RS\*\*Dados disponíveis em <<https://ti.saude.rs.gov.br/Covid19/>>. Acesso em 09/05/2021 e sujeitos a alteração.

**Gráfico 47 - Distribuição do número de dias entre os primeiros sintomas e o óbito, em indivíduos com idade igual ou maior a 80 anos em Porto Alegre, nos anos de 2020 e 2021**

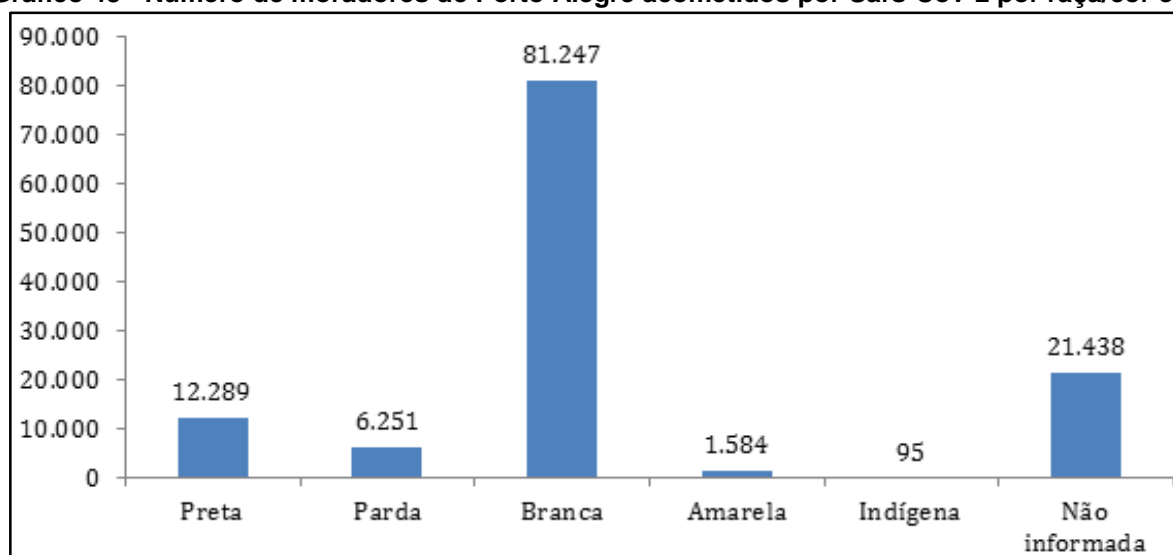
\*Número de indivíduos: 1283. Painel Coronavírus RS \*\*Dados disponíveis em <<https://ti.saude.rs.gov.br/Covid19/>>. Acesso em



09/05/2021 e sujeitos a alteração.

Em todas as faixas etárias, os óbitos se concentram em até 40 dias após início de sintomas. Isso indica que não é possível demonstrar diferença significativa no tempo de evolução da doença até o óbito quando consideramos as faixas etárias.

**Gráfico 48 - Número de moradores de Porto Alegre acometidos por Sars-Cov-2 por raça/cor em**



**Porto Alegre em todos os desfechos (óbito e cura), nos anos de 2020 e 2021**

\*Dados disponíveis em <<https://ti.saude.rs.gov.br/Covid19/>>. Painel Coronavírus RS Acesso em 09/05/2021 e sujeito a alteração. N=122.904.

A raça branca foi a que apresentou maior número de diagnósticos, seguida das raças preta e parda. O percentual de indivíduos com raça/cor não declarada é de 17,4% do total de casos positivos e representa 48,4% dos óbitos por Covid-19 na cidade. A não informação de raça/cor prejudica a análise sobre esta variável. No

entanto, se considerarmos o Censo 2010 no quesito raça/cor, onde 79,2% se declararam brancos e 10,2% pretos e compararmos com os que tiveram Covid-19 e possuem este dado em suas notificações, temos os percentuais de 80 e 12% respectivamente, mantendo portanto a proporcionalidade raça/cor nos casos da doença em Porto Alegre. Quando se considera a população negra, composta por pretos e pardos e que representa 20,2% da população em geral, com o percentual de negros afetados pela doença que é de 18,3, percebe-se a manutenção da proporcionalidade de casos. Para verificação de proporcionalidade em ambos bancos de dados, foram desconsiderados os casos em que a raça não foi informada. O quadro abaixo apresenta todos os casos positivos para Covid-19 em moradores de Porto Alegre por raça/cor.

**Quadro 1 - Número de indivíduos positivos para Covid-19 e proporção por raça/cor em moradores de Porto Alegre, no período entre 2020 e até 09/05/2021**

Raça/cor	Diagnosticados	Percentual (%)
Preta	12.289	9,9
Parda	6.251	5,1
Branca	81.247	66,3
Amarela	1.584	1,3
Indígena	95	0
Não informada	21.438	17,4
<b>Total</b>	<b>122.904</b>	<b>100</b>

Fonte: \*Dados disponíveis em <<https://ti.saude.rs.gov.br/Covid19/>>. Acesso em 09/05/2021 e sujeitos a alteração.

O Sars-Cov-2 é um vírus emergente e, portanto, as estratégias de enfrentamento à doença estão em constante revisão de acordo com novas perspectivas de desenvolvimento de vacinas e de tratamentos que sejam eficazes no combate ao vírus. No entanto, o enfrentamento às sequelas do Covid-19 deve figurar como prioridade para a assistência.

### **Planos de Contingência Covid-19**

O Plano de Contingência da Covid-19 tem por objetivo descrever as ações de vigilância e atenção em saúde, em todos os níveis de complexidade, para prevenção e enfrentamento à Covid-19. Implantado em 2020 para o enfrentamento de uma doença emergente, causada pelo Sars-Cov-2, que causou a pandemia em curso, o instrumento descreve as ações de acordo com critérios de escalonamento, que norteiam os níveis de resposta:

- 0 - Nenhum caso confirmado;
- I - Primeiro caso confirmado de VIAJANTE;



II - Primeiro caso confirmado de TRANSMISSÃO LOCAL;

III - Transmissão sustentada;

IV - Limite de capacidade instalada.

O plano encontra-se em constante avaliação e atualização, incorporando a cada nova etapa, as ações implementadas e desenvolvidas pela SMS para conter a disseminação do vírus na cidade, interrompendo a cadeia de transmissão e adequando a assistência às necessidades da população.

### **Cobertura vacinal**

Existem diversos indicadores que possibilitam a avaliação das condições de saúde da população. Um desses indicadores é a Cobertura Vacinal (CV) dos imunobiológicos disponibilizados na rotina pelo Programa Nacional de Imunizações, que são responsáveis pela diminuição/erradicação de diversas doenças preveníveis e hospitalizações. A Cobertura Vacinal pode ser entendida como a proporção de crianças menores de um ano que receberam o esquema completo de vacinação em relação aos menores de 1 ano existentes na população. Ela é calculada considerando como numerador, o total de doses que completam o esquema vacinal e, no denominador, a estimativa da população-alvo, multiplicando-se por 100. Os dados utilizados para realização da avaliação da CV no nosso município são oriundos do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Abaixo, está descrita a série histórica da Cobertura Vacinal em Porto Alegre.

**Tabela 26- Série histórica de Cobertura Vacinal no município de Porto Alegre em crianças menores de 1 ano**

<b>Imunobiológico</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
BCG	97,78%	92,65%	95,01%	87,12%	83,03%	81,38%
Pentavalente	78,86%	71,59%	75,98%	74,39%	68,85%	79,15%
Poliomielite	84,73%	70,04%	78,38%	76,35%	76,86%	77,64%
Pneumo 10	80,64%	78,15%	83,83%	83,45%	82,55%	82,62%
Meningo C	26,27%	74,84%	75,68%	71,79%	80,43%	79,80%
Rotavírus	74,42%	69,05%	76,58%	98,04%	78,10%	77,48%
Febre Amarela	39,81%	40,61%	39,31%	41,38%	45,58%	49,86%
Tríplice Viral – 1ª dose	75,32%	72,40%	71,64%	81,45%	81,07%	74,69%

Fonte: SI-PNI. Visualizado em 26/03/2021.

Em relação à Cobertura Vacinal de crianças menores de 01 ano, é possível observar que no ano de 2020 se obteve os melhores resultados em cinco das oito vacinas do calendário.

### **Campanha Nacional Contra a Gripe**

**Tabela 27 - Comparativo da Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, por ano (2017-2020)**

Grupos	População				Doses aplicadas				Cobertura vacinal %			
	2020	2019	2018	2017	2020	2019	2018	2017	2020	2019	2018	2017
<b>Idosos</b>	213.003	213.003	213.003	191.702	272.061	205.036	191.448	209.168	127,73	96,26	89,88	98,2
<b>Crianças</b>	90.391	90.391	74.499	67.797	53.555	68.144	45.603	58.707	59,25	75,39	61,21	77,93
<b>Gestantes</b>	13.976	13.976	13.976	12.952	6.864	8.641	8.343	10.351	49,11	61,83	59,7	71,92
<b>Puérperas</b>	2.297	2.297	2.297	2.129	1.000	2.615	1.976	2.401	43,54	113,84	86,03	101,48
<b>Trab. Saúde</b>	82.464	82.464	82.464	74.217	101.362	64.289	63.059	59.973	122,92	77,96	76,47	72,73
<b>Índios</b>	571	595	560	504	662	928	537	590	115,94	155,97	95,89	105,36
<b>Total</b>	<b>420.730</b>	<b>420.706</b>	<b>388.115</b>	<b>349.303</b>	<b>435.504</b>	<b>349.653</b>	<b>322.695</b>	<b>341.063</b>	<b>518,49</b>	<b>581,25</b>	<b>80,46</b>	<b>87,88</b>

Fonte: SI-PNI/NI/EVDT/DVS/SMS – Dados provisórios em 06/03/2021.

A meta da Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza em 2020, era vacinar 90% de cada grupo prioritário: trabalhadores de saúde, povos indígenas, crianças na faixa etária de seis meses a menores de seis anos, gestantes em qualquer idade gestacional, puérperas, indivíduos com 60 anos ou mais e professores. A vacinação também abrangeu pessoas portadoras de doenças crônicas, população privada de liberdade, funcionários do sistema prisional e policiais civis, militares, bombeiros e membros ativos das forças armadas.

## **Papiloma vírus humano – HPV**

A vacinação quadrivalente contra determinados subtipos do papiloma vírus humano é uma estratégia oferecida pelo Sistema Único de Saúde para reforçar as ações de prevenção do câncer do colo uterino e está incluída no calendário vacinal de meninas dos 9 aos 14 anos e de meninos dos 11 aos 14 anos. A estimativa da população (IBGE) para essa faixa etária é de 113.275 pessoas. Em 2020 foram vacinados 6.604 meninos e meninas contra o HPV, o que corresponde a 5,83%.

**Tabela 28 - Doses Aplicadas da vacina HPV na faixa etária de 09 a 14, por ano (2020-2019)**

Grupo	População	Doses aplicadas				Cobertura vacinal (%)			
		2020	2019	2018	2017	2020	2019	2018	2017
09-14 anos	113.275	4.598	3.931	3.919	4.280	9,42%	8,05%	8,03%	8,77%

Fonte: SI-PNI/NI/EVDT/DVS/ SMS – Dados provisórios em 06/03/2021.

\*A vacina está disponível na faixa etária dos 9 aos 10 anos somente para meninas.

\*\* Dados referentes ao término do esquema vacinal, ou seja, às segundas doses aplicadas.

A vacina para o Papilomavírus Humano (HPV) faz parte do Calendário de Vacinação da Criança e Adolescente. O número de doses aplicadas corresponde à segunda dose do esquema. Observamos um pequeno aumento no número de doses aplicadas em comparação ao ano de 2019. Esse aumento se deve às várias capacitações realizadas pelo Núcleo de Imunizações durante o ano e as campanhas de divulgação do Ministério da Saúde.

### **1.4.1.7. Doenças e Agravos Não Transmissíveis**

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) estão entre as principais causas de morte em todas as regiões da cidade. Doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas, correspondem a cerca de 55% da mortalidade geral de residentes de Porto Alegre (em 2020).

Dentre as pessoas que procuram atendimento na atenção primária à saúde, uma em cada cinco sofre de pelo menos um transtorno mental ou comportamental, sendo os mais comuns: a Depressão, a Ansiedade e o Abuso de substâncias psicoativas. Porém, a não detecção dos casos pode ser de 55% para diagnóstico de Depressão e até 77% para Transtorno de ansiedade generalizada, evidenciando um percentual elevado de pessoas sem a devida assistência para os transtornos mentais.

Em Porto Alegre, dados de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e de vigilância de morbidade em saúde mental podem auxiliar na direcionalidade das

políticas públicas. Os dados existentes se relacionam às notificações de tentativas de suicídio, mortalidade por suicídio e às doenças em saúde mental do trabalhador, todas de notificação compulsória, além de dados epidemiológicos encontrados na literatura.

No ano de 2020, a taxa de lesões autoprovocadas na cidade, incluindo suicídios e tentativas de suicídio foi de 68,9/100.000 habitantes, havendo redução em comparação ao ano anterior, 105,5/100.000. A taxa de suicídios no ano de 2019 foi de 8,6/100.000 habitantes, mantendo a posição histórica do estado do Rio Grande do Sul como detentor da maior taxa de suicídio entre as unidades da federação brasileira.

As causas externas foram a sétima causa de morte entre residentes de Porto Alegre no ano de 2020 (5,6% do total de óbitos; acometendo 73% o sexo masculino e 27% o sexo feminino). Dentre os principais agravos, estão os homicídios (59,3%) principalmente contra homens jovens, seguidos das quedas de idosos (21,2%), dos suicídios em homens jovens de 20 a 49 anos (13,7%), dos acidentes de transporte entre idosos e motociclistas (11,5%). De forma geral, há uma maior concentração de eventos entre adolescentes, adultos jovens e adultos, sendo a maior proporção dos óbitos por causas externas na faixa etária entre os 20 e os 49 anos.

O quadro epidemiológico do ano de 2020, no que diz respeito à mortalidade por causas externas e os principais agravos evidenciados, aponta que a rede de serviços de saúde disponível na cidade precisa atuar dinamicamente para atender às necessidades e demandas. A assistência à saúde, vigilância e gestão, devem estar alinhadas na busca por melhores resultados.

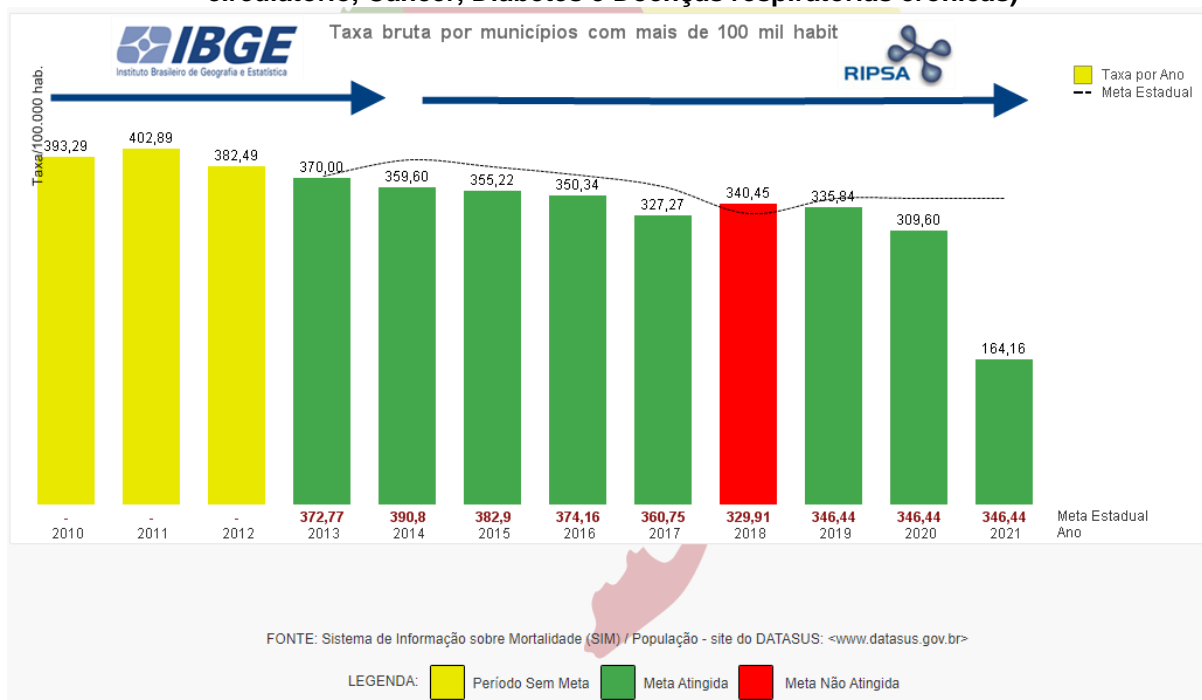
**Quadro 2 - Mortes por causas externas estratificadas por faixa etária, Porto Alegre (2020)**

Posição	Faixa etária (anos)						Porto Alegre
	0-9	10-14	15-19	20-39	40-59	60 e +	
1ª	Homicídios 3	Homicídios 3	Homicídios 35	Homicídios 180	Homicídios 73	Quedas 143	Homicídios 311
2ª	Afogamento 2	Afogamento 2	Acidente de trânsito 6	Suicídio 40	Suicídio 36	Acidente de trânsito 25	Quedas 156
	Acidente de trânsito 2						
	Quedas 1						
3ª	Quedas 1		Suicídio 4	Acidente de trânsito 25	Acidente de trânsito 28	Suicídio 21	Suicídio 101
4ª			Fogo de Chama 1	Outras Causas Externas 7	Quedas 8	Homicídi os 15	Acidente de trânsito 85
			Afogamento 1				
			Sequela de causas Externas 1				
5ª				Afogamento 5	Outras causas Externas 6	Outras causas Externas 12	Outras causas Externas 21
6ª				Quedas 4	Afogament o 5	Fogo e Chama 7	Intenção Indeterminad a 18

Fonte: EVDANT/DVS/SMS/SIM. Atualizado em 22/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

As doenças crônicas não transmissíveis representam sete das dez principais causas de morte no mundo, de acordo com as Estimativas Globais de Saúde de 2019, publicadas em 9 de dezembro pela Organização Mundial da Saúde (OMS). As estimativas revelam tendência nas últimas duas décadas na mortalidade e morbidade causadas por doenças e lesões, nas quais se destacam: doenças cardiovasculares, câncer, Diabetes e doenças respiratórias crônicas, bem como no combate a lesões, em todas as regiões do mundo, conforme estabelecido na Agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU.

**Figura 8 - Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) em moradores de Porto Alegre pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não transmissíveis (Doenças do aparelho circulatório, Câncer, Diabetes e Doenças respiratórias crônicas)**



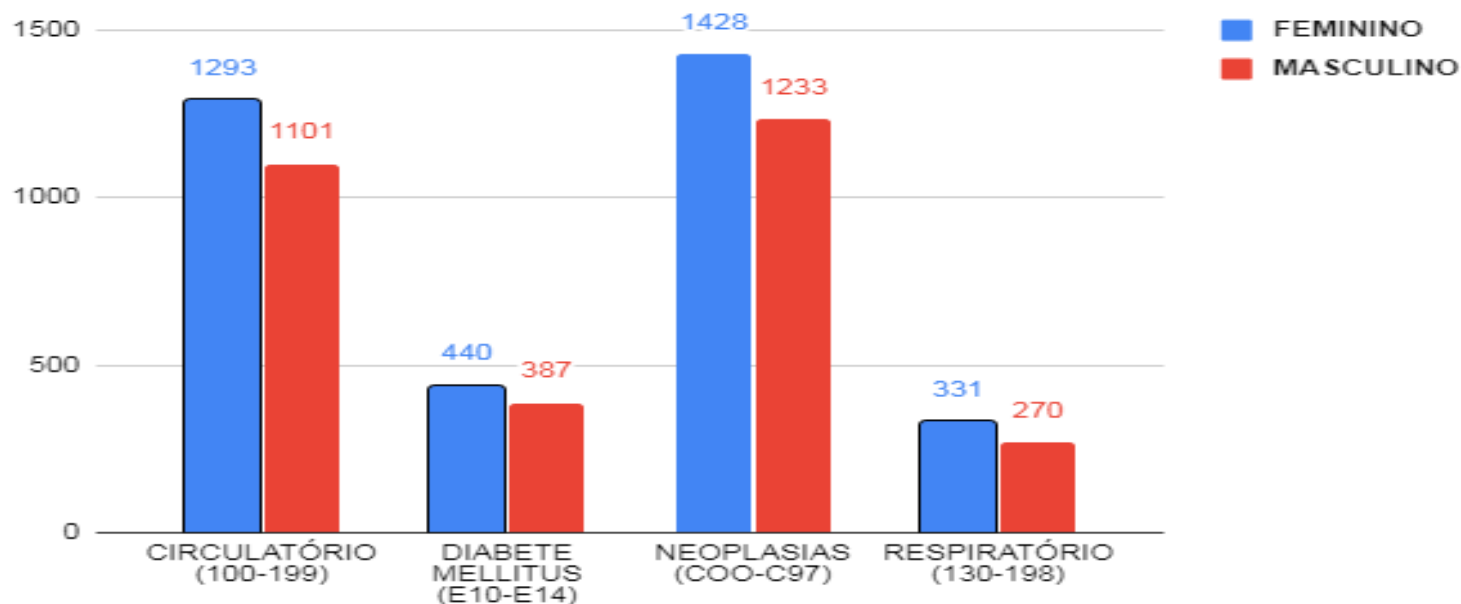
Fonte: Painel BI SES/RS. Disponível em: [http://bipublico.saude.rs.gov.br/QuvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH\\_CadernoIndicadores](http://bipublico.saude.rs.gov.br/QuvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH_CadernoIndicadores). Acesso em 04/08/2021.

Na série histórica, entre 2016 a 2020, a maior proporção de causas de óbito, independentemente do sexo, ocorreu por doenças do aparelho circulatório (39,6%). A segunda maior proporção se deu pelas neoplasias malignas (39,4%).

No ano de 2020, no entanto, as doenças do aparelho circulatório seguiram ocupando o 1º lugar entre as mulheres, bem como na mortalidade por neoplasias malignas, também o 1º lugar foi entre as mulheres.

Em relação às doenças do aparelho circulatório como um todo, na população até 69 anos houve predomínio marcante do sexo masculino, na razão de 2 para 1, aproximadamente.

Gráfico 49 - Portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, estratificados por sexo, no ano de 2020 em moradores de Porto Alegre



Fonte: EVDANT/DVS/SMS/SIM. Atualizado em 22/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados (<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/2116-oms-revela-principais-causas-de-morte-e-incapacidade-em-todo-o-mundo-entre-2000-e-2019>).

Tabela 29 - Série histórica dos coeficientes de mortalidade (por 100.000 Habitantes) por doenças do aparelho circulatório (CID I00\_99) segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 2011-2020

Sexo	20-49				50-64				65 ou mais				
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		
	Ano	N	Coef	N	Coef	N	Coef	N	Coef	N	Coef		
	2011	58	16.9	114	36.8	236	173.5	380	368.5	1.578	1673.6	1.045	1969.4
	2012	67	19.5	109	35.2	206	151.4	331	321.0	1.462	1550.6	958	1805.4
	2013	65	19.0	98	31.7	240	176.4	323	313.2	1.440	1527.2	1.018	1918.5
	2014	63	18.4	87	28.1	222	163.2	318	308.4	1.462	1550.6	1.007	1897.7
	2015	53	15.5	103	33.3	185	136.0	340	329.7	1.351	1432.8	951	1792.2
	2016	39	11.4	77	24.9	191	140.4	307	297.7	1.539	1632.2	1.090	2054.2
	2017	46	13.4	75	24.2	179	131.6	252	244.4	1.337	1418.0	969	1826.1

2018	43	12.5	65	21.0	155	113.9	270	261.8	1.288	1366.0	983	1852.5
2019	45	13.1	45	14.5	151	111.0	253	245.4	1.267	1343.7	870	1639.6
2020	37	10.8	61	19.7	130	95.5	221	214.3	1.126	1194.2	817	1539.7
<b>Total</b>	<b>391</b>	<b>114.0</b>	<b>834</b>	<b>269.4</b>	<b>1.895</b>	<b>1392.7</b>	<b>2.995</b>	<b>2904.6</b>	<b>13.850</b>	<b>14688.9</b>	<b>9.708</b>	<b>18295.2</b>

Fonte: EVDANT/DVS/SMS/SIM. Atualizado em 22/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Na tabela acima, os coeficientes de mortalidade pelas doenças do aparelho circulatório apresentam uma tendência decrescente em todas as faixas de idade independentemente do sexo. Esses dados mostram o aumento da sobrevida nos casos existentes. Algumas variáveis tais como acesso aos serviços e disponibilidade de novas tecnologias de tratamento, colaboram para este resultado.

Em Porto Alegre, assim como no restante do país, os coeficientes de mortalidade por doenças cerebrovasculares apresentam sua maior magnitude na faixa etária a partir dos 65 anos. Contudo, verifica-se a ocorrência de óbito por essas doenças em idade precoce, dos 20 aos 49 anos, com aumento significativo dos coeficientes de mortalidade entre 50 e 64 anos. Territorialmente, em 2020, as neoplasias foram a primeira causa de óbito nos Distritos de Saúde (DS): Centro, Centro Sul, Cristal, Extremos Sul, Humaitá-Navegantes, Leste, Noroeste, Norte e Sul. Nos DS Cruzeiro, Eixo Baltazar, Glória, Nordeste, Partenon e Restinga estão as maiores proporções de óbitos por Doenças Infecciosas e Parasitárias (que inclui Covid-19). Nos DS Ilhas e Lomba do Pinheiro as doenças do aparelho circulatório são as maiores causas de óbitos.

**Tabela 30 - Série histórica dos coeficientes de mortalidade (por 100.000 Habitantes) por neoplasias malignas (CID C00\_97) segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 2011 a 2020**

Faixa etária	20-49				50-64				65 ou mais			
	Sexo Feminino		Masculino		Sexo Feminino		Masculino		Sexo Feminino		Masculino	
Ano	N	Coef	N	Coef	N	Coef	N	Coef	N	Coef	N	Coef
2011	131	38.2	108	34.9	379	278.5	401	388.9	834	884.5	806	1518.9
2012	126	36.7	109	35.2	374	274.9	371	359.8	795	843.2	797	1502.0
2013	115	33.5	85	27.5	366	269.0	400	387.9	869	921.6	872	1643.3
2014	109	31.8	98	31.7	334	245.5	413	400.5	849	900.4	823	1551.0
2015	114	33.2	108	34.9	356	261.6	415	402.5	906	960.9	862	1624.5
2016	121	35.3	96	31.0	371	272.7	413	400.5	913	968.3	866	1632.0



2017	114	33.2	93	30.0	360	264.6	369	357.9	941	998.0	868	1635.8
2018	116	33.8	84	27.1	354	260.2	377	365.6	964	1022.4	895	1686.7
2019	113	33.0	71	22.9	355	260.9	359	348.2	1.035	1097.7	903	1701.8
2020	123	35.9	76	24.5	363	266.8	313	303.6	933	989.5	834	1571.7
<b>Total</b>	<b>1.182</b>	<b>344.7</b>	<b>928</b>	<b>299.7</b>	<b>3.612</b>	<b>2654.7</b>	<b>3.831</b>	<b>3715.3</b>	<b>9.039</b>	<b>9586.5</b>	<b>8.526</b>	<b>16067.7</b>

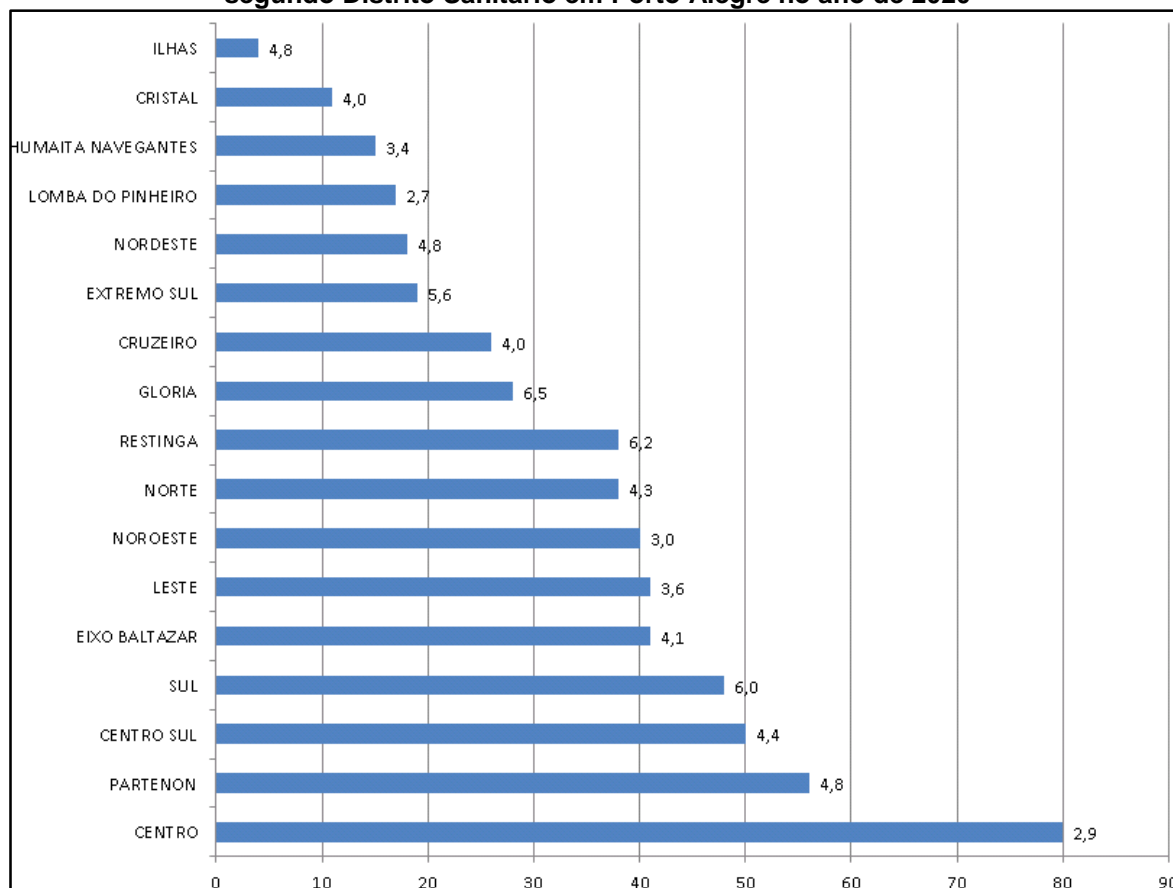
Fonte: EVDANT/DVS/SMS/SIM. Atualizado em 22/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Em relação à mortalidade por neoplasias, houve diminuição no coeficiente de mortalidade na faixa etária de 20 a 64 anos. Entretanto, o coeficiente aumenta significativamente na faixa etária de 65 anos ou mais, com predominância no sexo feminino.

### ***Acidentes e Violências – Causas Externas***

As causas externas de mortalidade, acidentes e violências, ocuparam a terceira causa de mortalidade geral em Porto Alegre nos anos de 2016 a 2018, passando em 2019 para a sexta posição. No ano de 2020 ocuparam a sétima posição. Dos 13.135 óbitos em residentes de Porto Alegre durante 2020, 737 ocorreram por causas externas (5,6% do total). O coeficiente de mortalidade por causas externas em 2020 foi de 52,3 óbitos para cada 100 mil habitantes. O gráfico abaixo apresenta os coeficientes de mortalidade por causas externas por Distrito Sanitário.

**Gráfico 50 - Coeficiente de mortalidade (óbitos por 10.000 habitantes) por causas externas segundo Distrito Sanitário em Porto Alegre no ano de 2020**



Fonte: EVDANT/DVS/SMS/SIM. Atualizado em 22/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Dos óbitos por causas externas em 2020, 26,7% (n =197) ocorreram em mulheres e 73,1% (n = 539) em homens. Por sua vez, na mortalidade geral, os homens representaram 48,9% (n =6420) e as mulheres, 51,1% (n = 6703). Para cada óbito de mulheres por causas externas, temos 2,7 óbitos de homens. Em relação à raça/cor/etnia, as pessoas de raça branca representaram 72,9% (n = 537) do total de óbitos por causas externas, seguidas de pessoas da raça negra 23,7% (n = 175).

**Tabela 31 – Causas Externas por agrupamento de causas segundo sexo, Porto Alegre, 2020**

Causas Externas	Feminino		Masculino		Total geral	
	N	%	N	%	N	%
Homicídios (X95-Y09)	35	17,8	275	51,0	311	42,1
Quedas acidentais (W00-W19)	92	46,7	64	11,9	156	21,2
Acidentes de transporte (V01 - V99)	21	10,7	64	11,9	85	11,5
Suicídios (X60-X84)	23	11,7	78	14,5	101	13,7
Outras causas externas	12	6,1	15	2,8	27	3,7
Eventos de intenção indeterminada (Y10-Y34)	1	0,5	17	3,2	18	2,4
Sequelas de causas externas (Y85-Y89) um ano ou mais após o evento inicial	2	1,0	6	1,1	8	1,1

Afogamento ou submersão acidentais (W65-W74)	4	2,0	15	2,8	19	2,6
Acidentes causados por fogo e chama (X00 - X09)	5	2,5	5	0,9	10	1,4
Complicações de assistência médica e cirúrgica (Y40-Y84)	2	1,0	0	0,0	2	0,3
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>100,0</b>	<b>539</b>	<b>100,0</b>	<b>737</b>	<b>100,0</b>

Fonte: EVDANT/DVS/SMS/SIM. Atualizado em 22/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

Os homicídios foram a primeira causa externa de óbito, com 42,1% (n = 311) dos óbitos e um coeficiente de mortalidade de 22 óbitos em 100.000 habitantes. A razão de óbitos por homicídio por sexo foi de 8 óbitos em homens para cada óbito de mulher, o que demonstra o quanto os homens estão mais expostos. Em segundo lugar aparecem as quedas acidentais, com 21,2% (n = 156) predominando entre os óbitos de pessoas com 60 anos ou mais. Os suicídios representam a quarta causa de óbito por causas externas, sendo o coeficiente de 7,2 óbitos para cada 100.000 habitantes.

**Tabela 32 - Óbitos por Causas Externas segundo faixa etária, Porto Alegre, 2020**

Faixa etária	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 1	1	0,5	1	0,2	2	0,3
01-04	2	1,0	3	0,6	5	0,7
05-09	0	0,0	3	0,6	3	0,4
10-14	2	1,0	3	0,6	5	0,7
15-19	11	5,6	37	6,9	48	6,5
20-29	18	9,1	148	27,5	166	22,5
30-39	14	7,1	91	16,9	105	14,2
40-49	12	6,1	78	14,5	90	12,2
50-59	8	4,1	64	11,9	72	9,8
60-69	20	10,2	47	8,7	67	9,1
70-79	20	10,2	32	5,9	52	7,1
80+	89	45,2	28	5,2	117	15,9
IGN	0	0,0	4	0,7	5	0,7
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>100,0</b>	<b>539</b>	<b>100,0</b>	<b>737</b>	<b>100,0</b>

Fonte: EVDANT/DVS/SMS/SIM. Atualizado em 22/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados

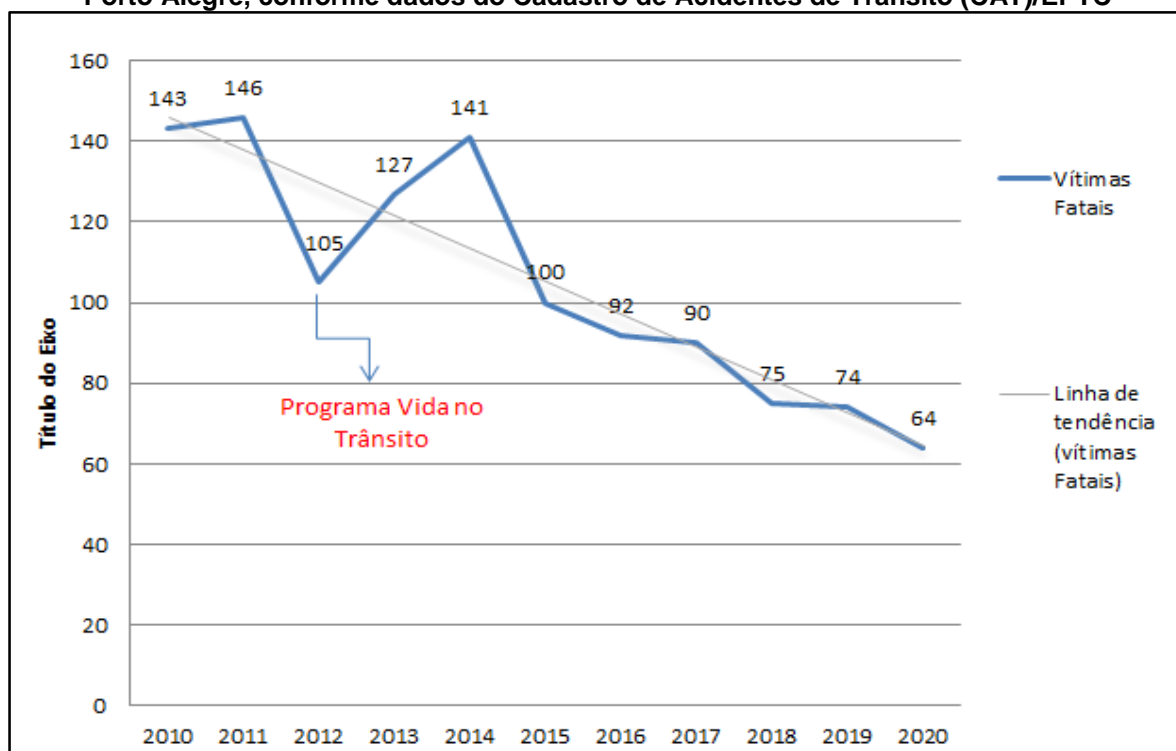
Observa-se, assim, maior concentração de eventos entre adolescentes, adultos jovens e adultos, sendo a maior concentração de óbitos por causas externas na faixa etária entre os 20 e os 29 anos.

### **Acidentes de Trânsito**

Os principais fatores de risco dos acidentes de trânsito ocorridos nas vias urbanas de Porto Alegre, analisados pela Comissão de Análise de Acidentes, utilizando a metodologia preconizada pelo Programa Vida no Trânsito, no período 2012 a 2020:

- 1º Velocidade excessiva ou inadequada;
- 2º Alcoolemia Positiva em condutores/pedestres;
- 3º Não portar Carteira Nacional de Habilitação (considerado em casos de condutor não ter a CNH, ou não for compatível com a categoria do veículo que está conduzindo ou estar com direito de dirigir suspenso);
- 4º Transitar em local proibido ou impróprio;
- 5º Avançar sinal (semáforo, placa PARE e avançar a via preferencial);
- 6º Problemas de infraestrutura urbana.

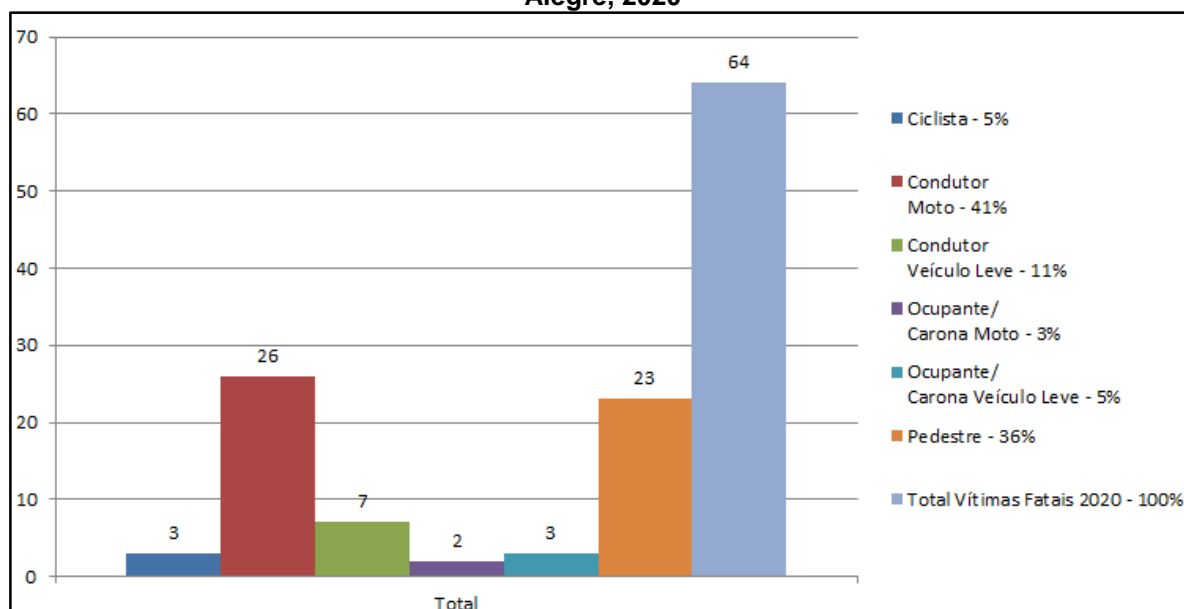
**Gráfico 51 - Série histórica das mortes por acidentes de trânsito ocorridos nas vias urbanas de Porto Alegre, conforme dados do Cadastro de Acidentes de Trânsito (CAT)/EPTC**



Fonte: EVDANT/DVS/SMS/CAT/EPTC. Atualizado em 22/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

O total de vítimas fatais de 2010 a 2020 foi de 1.157. De 2012 a 2020, após início do programa Vida no Trânsito, o total foi 868. As principais vítimas de acidentes de trânsito ocorridos nas vias urbanas de Porto Alegre, conforme dados do Cadastro de Acidentes de Trânsito (CAT)/EPTC, são demonstrados no gráfico a seguir.

**Gráfico 52 - Número mortes por acidentes de trânsito ocorrido por tipo de veículo em Porto Alegre, 2020**

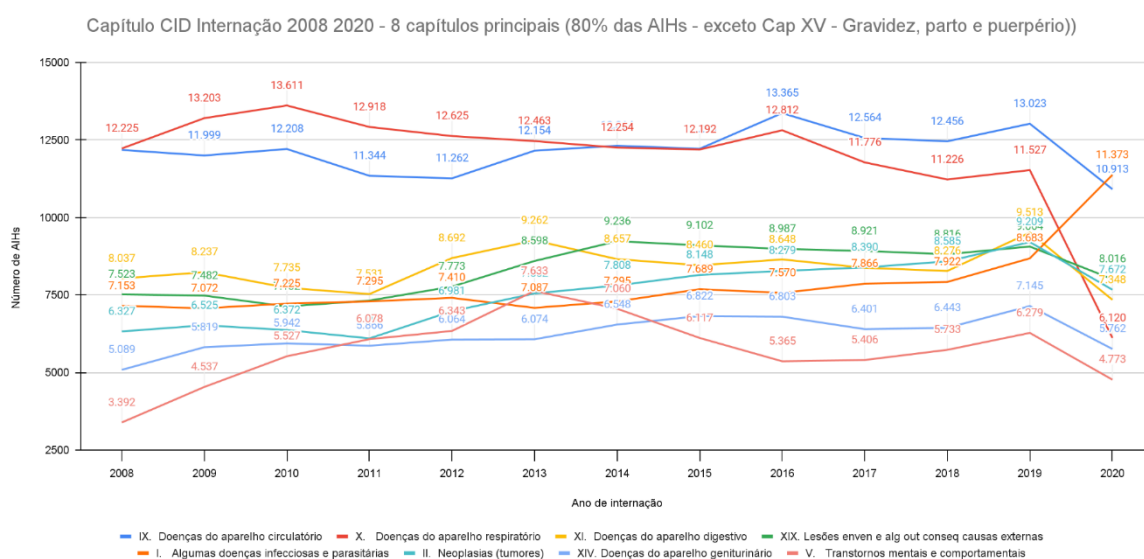


Fonte: EVDANT/DVS/SMS/CAT/EPTC. Atualizado em 22/03/2021. Dados sujeitos à alteração devido à inserção diária de casos no banco de dados.

### 1.3.2 Panorama de Internações Hospitalares

Neste capítulo apresentamos um panorama das internações hospitalares no município no período de 2008 a 2020.

**Gráfico 53 - Número de Internações Hospitalares por Capítulos CID 10 exceto Gravidez, parto e puerpério, 2008-2020**

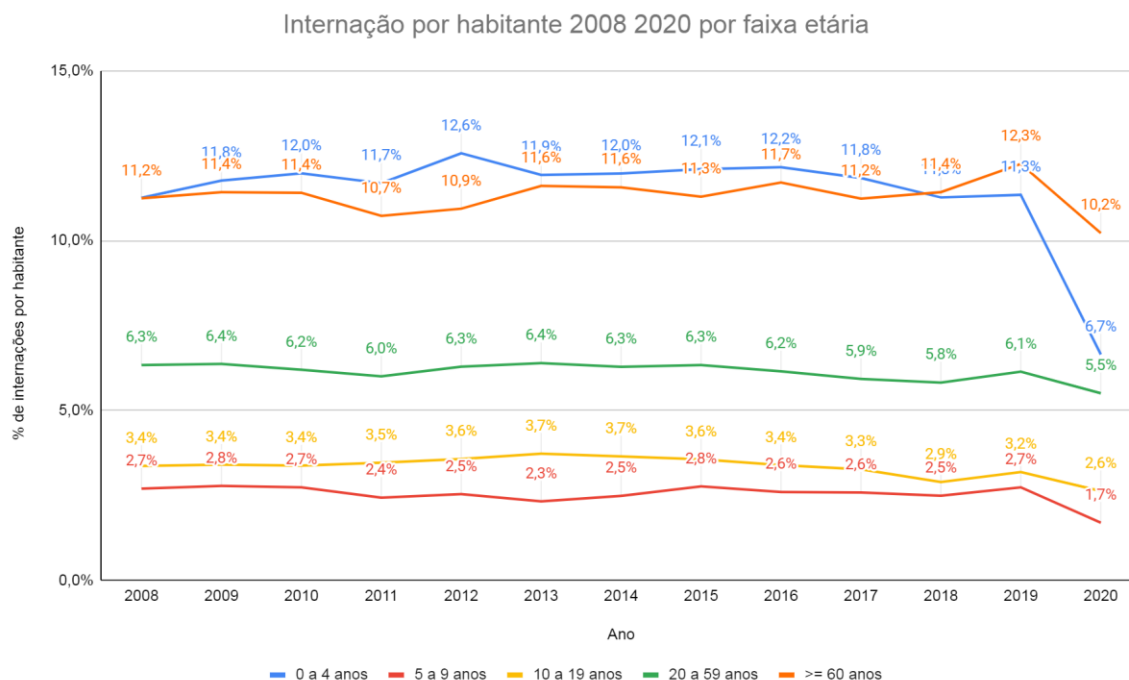


Fonte: SIAH.

Neste gráfico identificamos uma redução das internações por doenças do aparelho respiratório a partir de 2015, quando a partir deste ano as doenças do aparelho circulatório passam a ser a causa principal de internações. Porém,

observa-se uma queda brusca das doenças respiratórias em 2020 e o aumento das doenças infecciosas e parasitárias impulsionadas pelas internações de Covid-19.

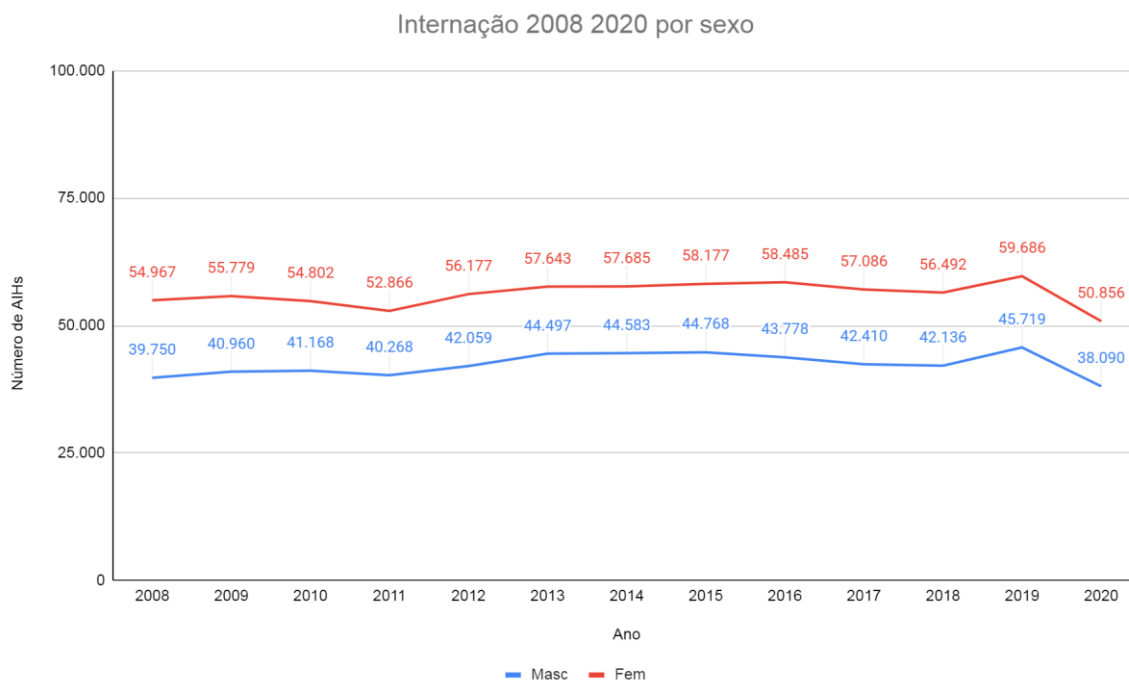
**Gráfico 54 - Proporção de Internações Hospitalares por habitante por faixa etária, 2008 - 2020**



Fonte: SIAH.

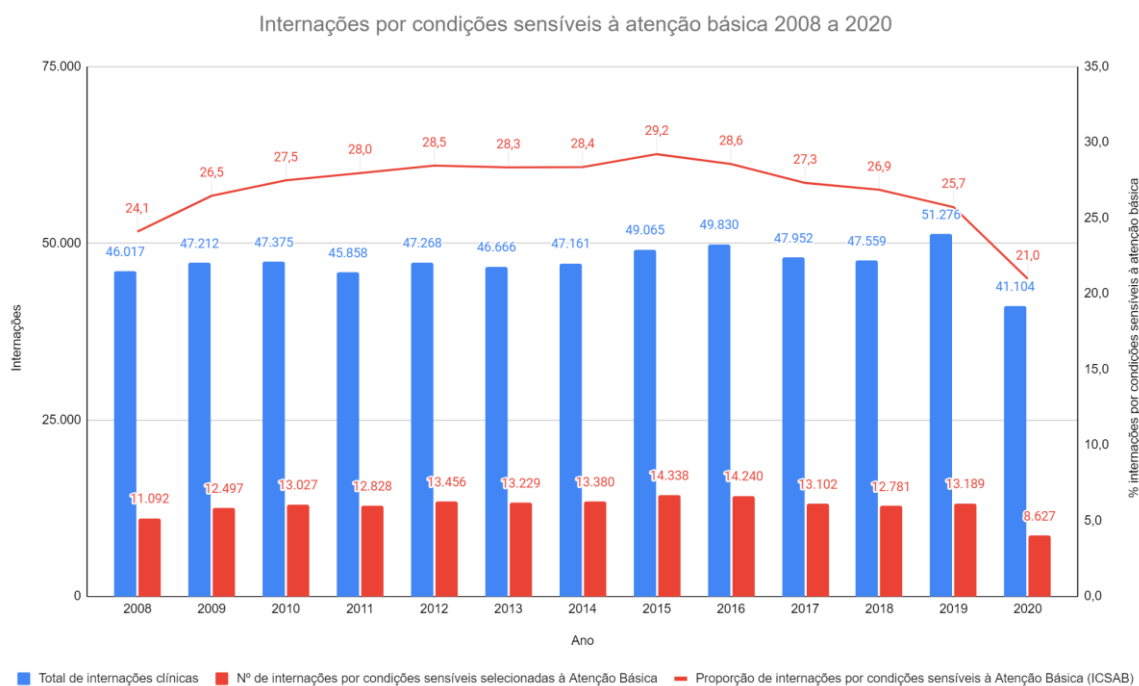
No gráfico acima identificamos que a maior proporção de internações ocorre na faixa de 0-4 anos exceto em 2020 que devido à Covid-19, houve aumento nas internações na faixa etária de 60 anos ou mais, muito provavelmente em decorrência ao isolamento social que de certa forma protegeu as crianças das doenças respiratórias. Já quanto ao sexo, no gráfico a seguir, há um maior número de internações do sexo feminino ao longo do tempo muito relacionado as internações referentes à gravidez, parto e puerpério.

**Gráfico 55 - Proporção de Internações Hospitalares por sexo, 2008 - 2020**



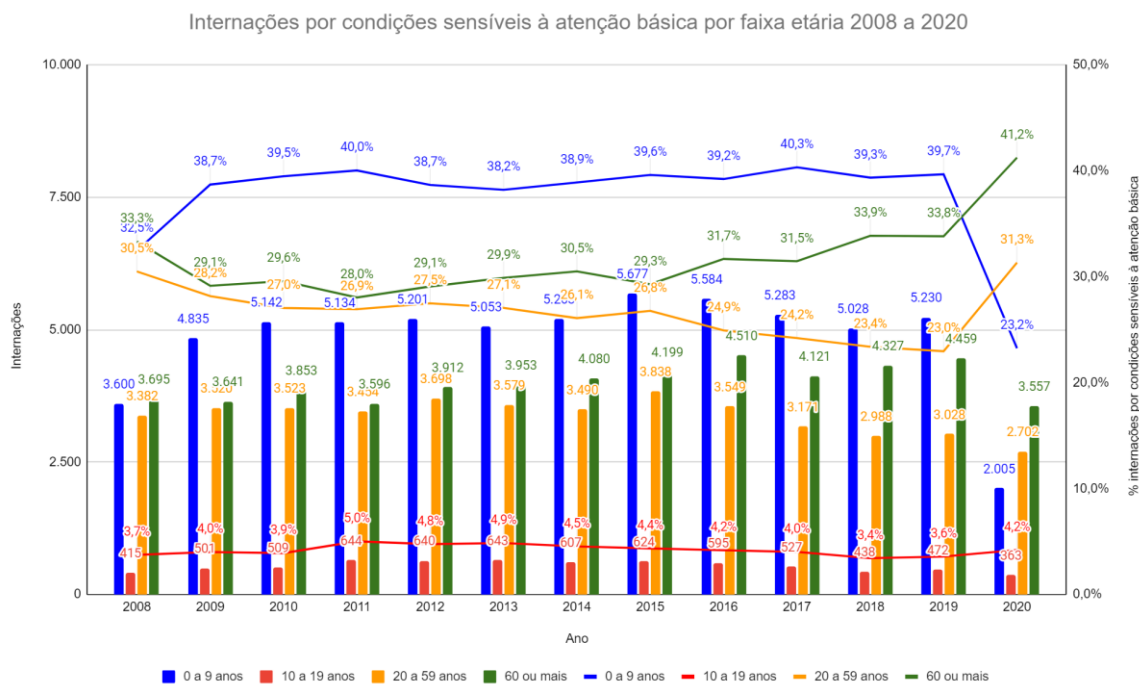
Fonte: SIAH.

**Gráfico 56 - Proporção de Internações Sensíveis à atenção primária, 2008-2020**



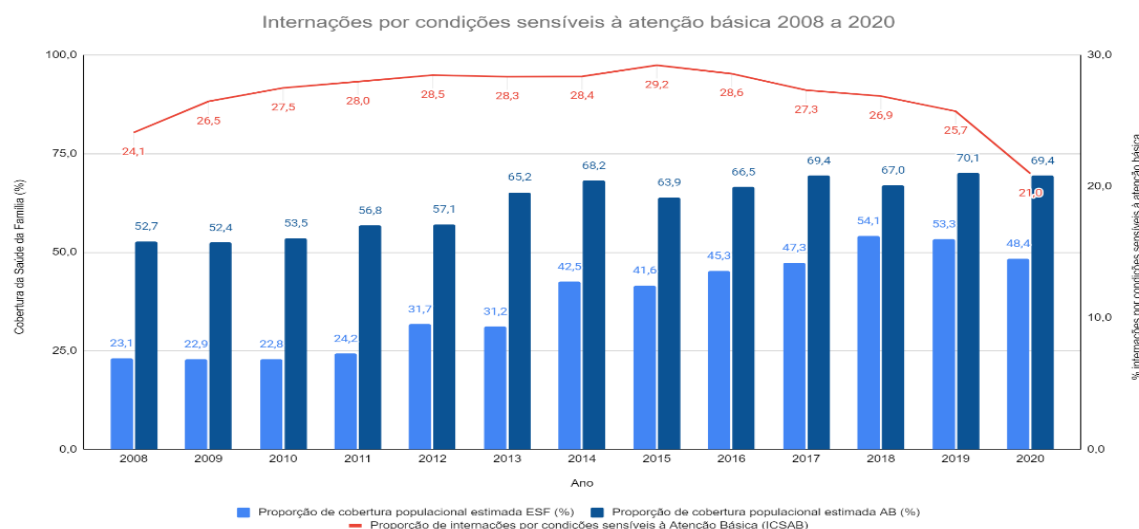
Fonte: SIAH.

**Gráfico 57 - Proporção de Internações Sensíveis à atenção primária por faixa etária, 2008-2020**



Fonte: SIAH.

**Gráfico 58 - Relação Internações Sensíveis à atenção primária e Cobertura de Saúde da Família 2008-2020**



Fonte: SIAH- e-Gestor.

Quanto às internações sensíveis à atenção primária observa-se uma redução a partir de 2015 no total destas internações. Paralelamente observamos uma cobertura de estratégia de saúde da família e de cobertura da atenção básica acima de 42% e 64% respectivamente a partir de 2015. Talvez este dado possa trazer uma relação positiva sobre a ampliação do acesso aos serviços de saúde da atenção primária a partir da ampliação da cobertura.

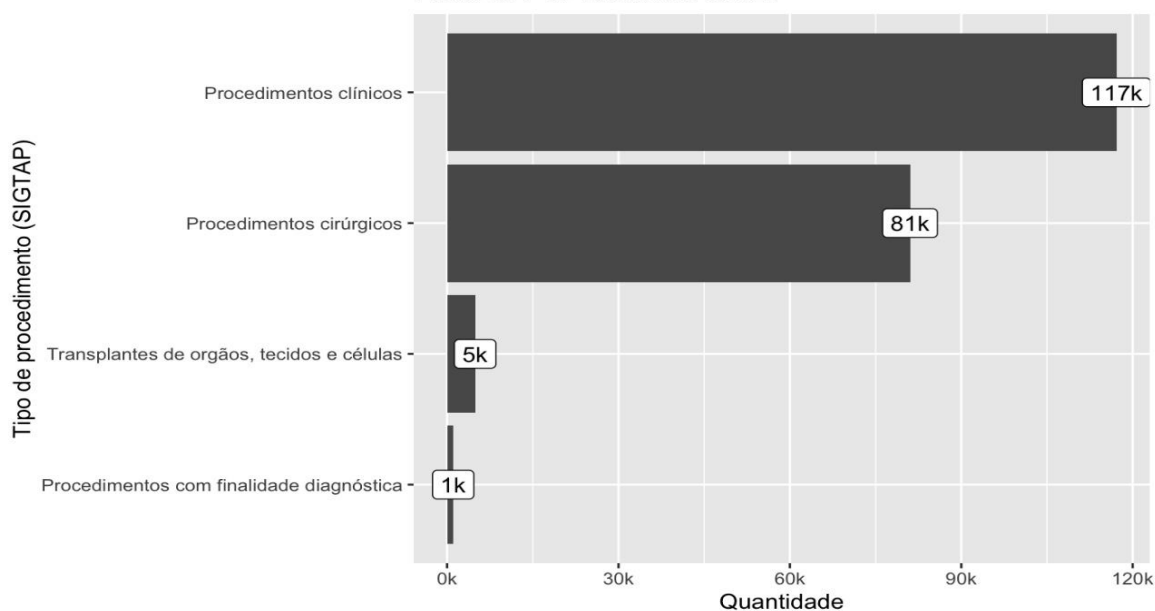


Com as salvaguardas do efeito do Coronavírus na rede hospitalar nos anos 2020 e 2021, vê-se na figura abaixo o predomínio de procedimentos clínicos na produção aprovada do município (nessa terminologia, partos estão incluídos em procedimentos clínicos assim como internações em saúde mental). Na figura subsequente, em maior detalhe, os subtipos.

**Gráfico 59 - Internações por tipo de procedimento**

Internações por grupo de procedimento SIGTAP

Fonte: SIH :: Anos 2020 e 2021

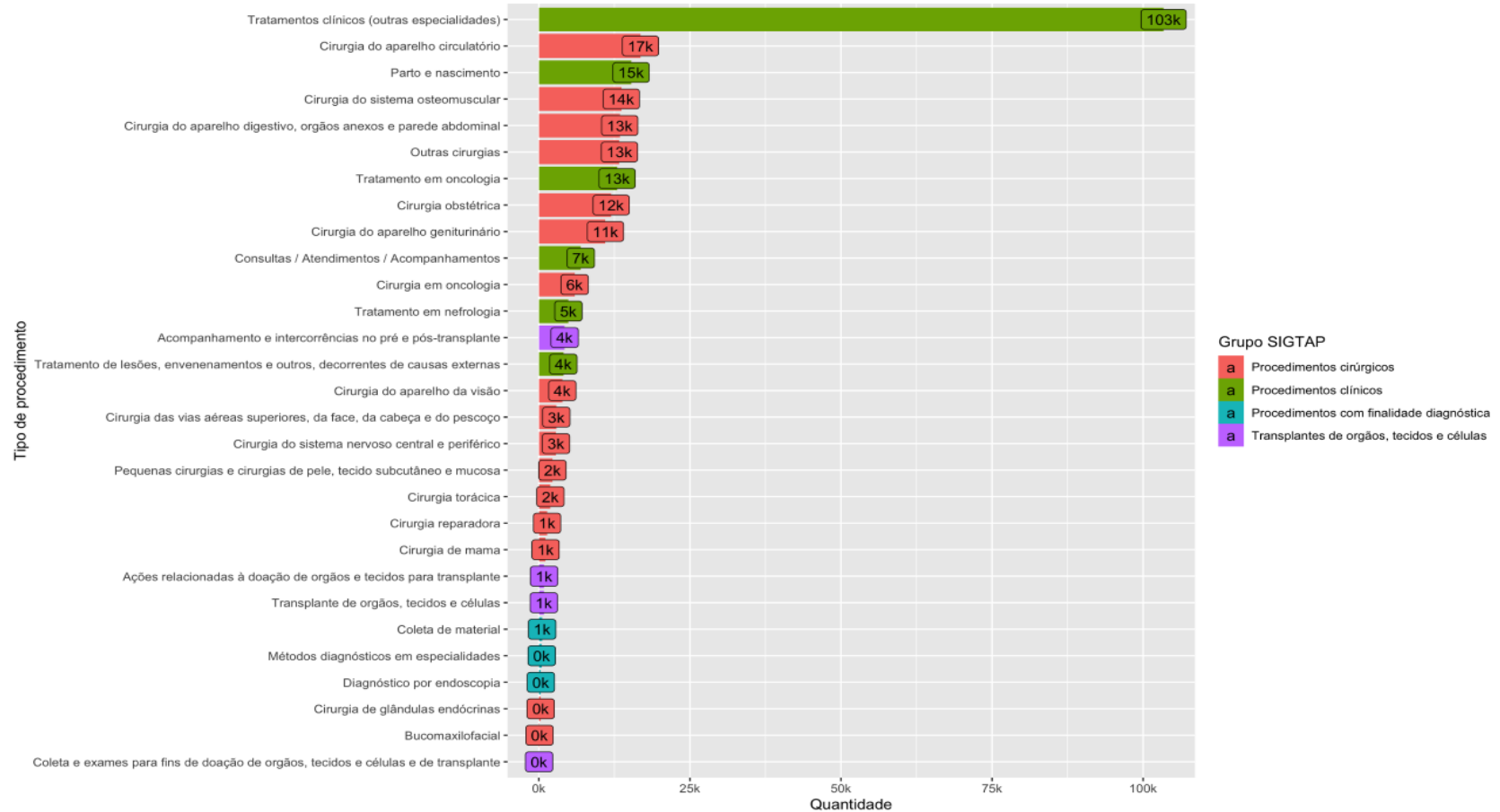


Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). \*K = 1 unidade de milhar

## Gráfico 60 - Internações por tipo de procedimento

Internações por tipo de procedimento

Fonte: SIH



Fonte: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).

## **1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS, CICLOS DE VIDA E SAÚDE DAS POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS**

Quando falamos de Políticas Públicas em Saúde, a complexidade ou a abrangência de determinadas diretrizes podem indicar a necessidade de definição de estratégias básicas e amplas que orientem a forma como elas serão implementadas. Neste sentido o texto a seguir transcorrerá sobre as políticas de saúde necessárias à prestação de serviço integral, igualitário e adequado à população do município.

### **1.4.1 Povos Indígenas**

A Saúde dos Povos Indígenas consta no âmbito do SUS através da Lei 9.836/1999, que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) e da Portaria nº 254/2002, que institui a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). A implementação dessa política requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados à proteção, promoção e recuperação da saúde dos indígenas. Esse modelo deve ser capaz de garantir a efetivação do direito à saúde considerando suas especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais, ou seja, com a devida atenção diferenciada.

Porto Alegre está situada no Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI) Interior Sul, vinculada à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde, que abrange os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e contempla 9 polos-base. Os polos-base são subdivisões territoriais do DSEI, sendo base para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) organizarem técnica e administrativamente a atenção à saúde das aldeias indígenas adscritas. No âmbito da SESAI, os povos indígenas presentes na capital são referenciados aos polos-base Porto Alegre e Viamão, que têm a responsabilidade de articular e executar a Atenção Primária à Saúde Indígena. O polo-base Porto Alegre atende às aldeias Charrua (Polidoro) e Kaingang (Fág Nhin, Ore Kupry, Van - ká, Komág e Tüpë Pën). De forma complementar, a prefeitura dispõe de uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena. O polo-base Viamão possui uma EMSI que, conforme pactuado com o DSEI/ISUL, atende às aldeias Mbyá-Guarani (Anhetenguá, Pindó Poty e Kaaguy'i Mirim) situadas em Porto Alegre. Em

contrapartida, o município de Porto Alegre contratou os Agentes Indígenas de Saúde – AIS.

A PMPA já realizou o assentamento de quatro comunidades indígenas (das etnias Kaingang, Mbyá-Guarani e Charrua) em locais homologados como áreas de interesse cultural do município. No interior dessas áreas municipais, adquiridas para ocupação exclusiva pelos indígenas, há atendimento primário à saúde descentralizado e territorializado, conforme prevê a PNASPI. Além dessas, há áreas indígenas ainda não regularizadas e outras em processo. Cabe ressaltar que a demarcação desses territórios é essencial para a manutenção dos modos de vida tradicionais, que determinam as condições de saúde dos povos indígenas. As mazelas vividas nas vilas e regiões periféricas da cidade agravam ainda mais as condições de saúde dos povos indígenas, que acabam sendo classificados como pobres ou populações vulneráveis. Essa classificação ainda é recorrentemente utilizada nas ações para garantia de direitos sociais, mas ela nega o reconhecimento da identidade étnica e dos direitos específicos.

No âmbito municipal, a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), com sede na Aldeia Kaingang Fág Nhin, na Lomba do Pinheiro, a Unidade de Saúde Indígena é vinculada à Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP). Implantada em 2013, a equipe é itinerante e atende cinco comunidades indígenas. São elas as quatro aldeias, três Kaingang: Fág Nhin e Ore Kupry (Lomba do Pinheiro), Tüpë Pën (Tristeza) e uma aldeia Charrua: Polidoro (Lami). Caracterizado como um diferencial de atuação dos municípios na saúde indígena, a EMSI Porto Alegre é formada por uma médica de família e comunidade, uma enfermeira, um cirurgião-dentista, duas residentes multiprofissionais, uma técnica de saúde bucal, três técnicos de enfermagem (duas indígenas, que permanecem nas suas aldeias), três agentes indígenas de saúde e três agentes indígenas de saneamento ambiental. A gestão dessa equipe é compartilhada com o Polo Base Porto Alegre/SESAI. A existência dessa equipe habilita o município a receber recursos estaduais pela Portaria nº 946/2015 da SES, que regulamenta o incentivo estadual à atenção primária à saúde dos povos indígenas. O recurso é empregado principalmente na contratação de serviço de transporte exclusivo para a ESI, pois há a necessidade de um veículo específico para essa equipe que é itinerante (seis profissionais) e os

insumos indispensáveis aos atendimentos nos diferentes espaços, muitas vezes improvisados, nas aldeias.

A atenção primária à saúde dos indígenas que residem fora das aldeias é realizada pelas unidades de saúde mais próximas de suas moradias. A atenção secundária e terciária (consultas, exames e internações), segue a referência e contra-referência do SUS, utilizada para toda a população de Porto Alegre, no entanto tem se tentado estabelecer referências também nesses níveis de atenção. Essa temática abrange outro importante desafio para a saúde indígena: estender a atenção diferenciada à média e alta complexidade.

**Quadro 3 - Gerências Distritais e Serviços Referência da Atenção Primária à Saúde dos Povos Indígenas em Porto Alegre, 2021**

<b>Gerência Distrital</b>	<b>Comunidade/Aldeia</b>	<b>Etnia</b>	<b>US de referência</b>
PLP	Tupê Pên	Kaingang	US Indígena/ Pólo Base POA
PLP	Fàg Nhin	Kaingang	US Indígena/ Pólo Base POA
PLP	Ore Kupry	Kaingang	US Indígena/ Pólo Base POA
PLP	Polidoro	Charrua	US Indígena/ Pólo Base POA
PLP	Agronomia	Kaingang	US Esmeralda
PLP	Quirinas	Kaingang	US São Pedro
RES	Vãn Ka	Kaingang	US Lami/EMSI Polo Base POA
RES	Anhetenguá	Mbyá Guarani	Clínica da Família José Mauro HRES/ Polo Base Viamão
RES	Kaaguy'í Mirim	Mbyá Guarani	US Lami/I EMSI Polo Base Viamão
RES	Pindó Poty	Mbyá Guarani	US Lami/ EMSI Polo Base Viamão
RES	Ponta do Arado	Mbyá Guarani	US Belém Novo/ EMSI Pólo Base Viamão
RES	Komág	Kaingang	US Paulo Viário/ EMSI Pólo Base Porto Alegre
Leno	Jardim Protásio Alves/Morro Santana	Kaingang	US Jardim Protásio Alves
Leno	Jardim do Verde/Morro Santana	Kaingang	US Jardim Protásio Alves
Leno	Vila Safira/Morro Santana	Kaingang	US Vila Safira
NHNI	Grupo Imigrante da Venezuela II	Warao	US Diretor Pestana
NHNI	Sarandi	Kaingang	US IAPI
GCC	Graciliano Ramos	Kaingang	US Graciliano Ramos
GCC	Vila Cruzeiro	Kaingang	US Vila Cruzeiro
Centro	Estudantes Indígenas UFRGS	Diversas	US Santa Marta
SCS	Grupo Imigrante da Venezuela	Warao	US Alto Erechim
NEB	Vila Santa Rosa	Kaingang	US Santíssima Trindade

Fonte: Área técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas /SMS - 2021.

### ***Caracterização geral dos povos indígenas em termos demográficos, étnico-culturais, condições de vida e situação epidemiológica***

Hoje são cadastrados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) aproximadamente 755 mil indígenas nas aldeias de todo o país. No censo do IBGE de 2010 consta que, no Brasil, mais de 42% dos indígenas viviam fora de áreas demarcadas, em contexto urbano. Além disso, registrava-se um número total de 305 etnias presentes no país, com suas diversas especificidades culturais, falantes de 274 línguas distintas.

No Rio Grande do Sul (RS), o último censo realizado pelo IBGE, registrou a presença de 32.989 indígenas. Destes, estima-se que aproximadamente 23.000 estejam residindo em aldeias. O Rio Grande do Sul possui 65 municípios que contam com a presença indígena, sendo a maior concentração populacional no norte do Estado, predominantemente composta pela etnia Kaingang.

Com base nos cadastros do e-SUS e SIASI, a Área Técnica da SMS estima que hoje cerca de 980 indígenas vivem na Capital. No entanto, destacamos que por tratar-se de populações que têm o modo de vida baseado na mobilidade, os números são sempre uma estimativa, condizente com a realidade dessas comunidades e seus contextos de vida e re-existência.

A cidade conta com a presença de quatro etnias indígenas: Mbyá Guarani, Kaingang, Charrua e, mais recentemente, Warao - etnia imigrante da Venezuela. Esses grupos estão distribuídos, majoritariamente, em aldeias que se localizam nos bairros Lomba do Pinheiro, Tristeza, Lami e Belém Novo, sobretudo em áreas de terras altas e nas margens do Lago Guaíba. Além das aldeias, a presença indígena na cidade é distribuída em núcleos familiares (parentelas extensas). Atualmente, os Warao estão nos bairros Nonoai, Floresta e Humaitá, em três núcleos familiares. Os grupos da etnia Kaingang estão situados predominantemente nas proximidades dos seguintes morros: Morro Santana (nos bairros Jardim Protásio Alves, Agronomia, Vila Safira, Sarandi e Jardim Verde), Morro São Pedro (Quirinas), Morro da Glória e Morro Santa Tereza (Cruzeiro e Vila Gaúcha). Os demais, situam-se em outros territórios periféricos tais como Vila Santa Rosa (Rubem Berta) e a Vila Nazaré (Humaitá). Além das já citadas, outra relevante presença indígena na cidade é a dos/das estudantes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Esse grupo é formado por indígenas de distintas etnias (provenientes de diversos Estados) e

residem no bairro Centro - na Casa do Estudante Universitário da UFRGS, mais especificamente. A complexidade da caracterização étnica e o desconhecimento acerca das culturas indígenas pelos profissionais de saúde demandam uma série de reflexões sobre os distintos modos de ser e estar no mundo, a partir da cidade. Nesse sentido, é importante perceber as singularidades étnicas de cada um dos povos presentes em Porto Alegre.

### ***Situação epidemiológica***

Há diferenças expressivas nas probabilidades de morte entre indígenas e brancos em todos os grupos etários. Deve-se levar em consideração que a mortalidade de crianças até os 5 anos é quase nove vezes maior do que a média da população em geral e a expectativa média de vida dos indígenas era 20 anos menor do que a média da população em geral, já no censo de 2010. Os indígenas apresentam níveis desproporcionais de mortalidade por enfermidades preveníveis, como doenças infecciosas, doenças parasitárias, desnutrição, além de doenças infecciosas como a Tuberculose e, desde o ano passado, por Covid-19.

Em que pese as condições de raridade das comunidades indígenas nas cidades, que apresentam hoje um reduzido número de pessoas, o grau de risco para as doenças infecto-respiratórias, tal como a Covid-19, é elevado. O reconhecido espalhamento rápido de doenças infecciosas nessas comunidades dá-se devido ao modo de vida coletivo, compartilhamento de casas e objetos culturais (cachimbos, chimarrão), as áreas exíguas das aldeias em que vivem especialmente nos espaços urbanos e outros aspectos do cotidiano, entre os quais desnutrição, devido ao contexto de vulnerabilidade socioeconômica. Além disso, se consideram as condições de imunidade diferenciada desse público específico da saúde, quando comparada a população em geral, também reconhecida em diversos estudos. Por esses motivos, os povos indígenas fazem parte do grupo populacional imunizado na primeira fase da vacinação contra a Covid-19. Há um grande esforço a enfrentar, pois os mais velhos nas aldeias apresentam muita resistência à vacinação tanto por motivos ligados às suas complexas cosmologias, como a desconfiança nos brancos.

Diante do contexto de transição epidemiológica que o Brasil vem passando, as comunidades indígenas estão sob um processo conhecido como sobreposição epidemiológica, que deve ser entendido pelo aumento na carga de doenças crônico-

degenerativas, junto de uma manutenção e recrudescimento das doenças infecciosas e parasitárias.

Baseado nos dados do DSEISul, pode-se inferir que os agravos que mais acometeram os povos indígenas são: Doenças do aparelho respiratório seguidas das vasculares e das infecciosas e parasitárias. Sendo que a cada 100 óbitos indígenas registrados na região sul, 30 foram relacionados a doenças do aparelho circulatório, podendo inferir que, embora esse grupo de doenças apresente uma morbidade baixa, há uma alta letalidade. Tal falta implica na necessidade de elaboração de política destinada a esses agravos, como forma de evitar que mais óbitos ocorram. Pode-se supor que esses agravos sejam decorrentes da mudança de hábitos alimentares dos indígenas, principalmente no contexto urbano, em que itens de sua culinária tradicional são raros ou inexistentes. No aspecto nutricional, é importante destacar o impacto gerado pela pandemia de Covid-19 nas aldeias, que devido ao isolamento social houve a restrição de comercializarem o seu artesanato típico no centro das cidades, principal forma de sustento das famílias indígenas, ocasionando insegurança alimentar nas aldeias.

Na cidade, as principais causas de mortalidade entre os indígenas são as doenças crônicas cardiovasculares associadas a mudanças nos hábitos, principalmente de atividades físicas, desses povos decorrentes do fato de viverem em áreas pequenas, inadequadas ao amplo exercício dos seus modos distintos de ser e estar no mundo.

Tem se constatado que o enfrentamento da tensão social crescente, as situações de racismo, as constantes ameaças à integridade dos seus territórios e a insegurança das suas comunidades em geral, coloca os indígenas em posição de maior vulnerabilidade predispondo a uma série de agravos à saúde mental, incluindo o uso abusivo de álcool, que tem se ampliado com os impactos da pandemia nas aldeias.

É importante destacar que a melhoria das condições de saúde dos povos indígenas não ocorre somente pela simples transferência de conhecimentos e tecnologias da biomedicina. Os sistemas tradicionais de saúde dos povos indígenas são baseados em suas complexas cosmologias. As práticas de cura possuem formas muito peculiares em cada etnia, bem como a sua relação com o mundo espiritual e os demais seres do ambiente em que vivem, devem ser consideradas.



No planejamento e na realização das ações em saúde, estas questões devem ser consideradas, bem como, o papel crucial das lideranças indígenas deve ser respeitado (caciques, kujà, karaí, pajés.). Da mesma forma, os agentes indígenas de saúde devem ser vistos como facilitadores no processo de construção do diálogo intercultural necessário para a efetivação das ações em saúde. Outro aspecto a ser considerado é a qualidade da comunicação entre os profissionais de saúde e as comunidades, pois essa pode ser dificultada pelo desconhecimento das línguas maternas desses povos.

### **Avanços**

Nos últimos anos, houve grande avanço no fortalecimento das relações e vínculos entre as lideranças das comunidades indígenas presentes no município. Enquanto um marco desse fortalecimento, foi criada a Comissão Municipal de Saúde Indígena (CMSI), embora ainda não formalizada junto ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Além das lideranças indígenas, constituem a CMSI representações da Funai, dos polos-base Porto Alegre e Viamão e da Secretaria Estadual de Saúde.

A atuação da EMSI Porto Alegre, que tem a gestão da GD PLP, também foi um conquista que representa com diferencial o município de Porto Alegre na atuação na saúde indígena. A atuação de profissionais indígenas na equipe se caracteriza como um grande avanço na relação com as comunidades indígenas atendidas. A contratação dos Agentes Indígenas de Saúde (pactuação), importantes interlocutores entre as equipes de saúde e as comunidades indígenas.

A constituição de campos de estágios, a atuação PET interprofissionalidade e, principalmente, a inclusão na área técnica de atenção à saúde dos povos indígenas nos cenários de residências multiprofissionais são vistos como fundamental para a formação em serviço de profissionais, qualificados para a atuação no contexto intercultural na saúde indígena.

## **Desafios**

Reconhecimento por parte dos demais setores da gestão em saúde e órgãos municipais quanto a necessidade de adequação dos processos de trabalho para garantir a atenção diferenciada aos indígenas, em respeito à legislação indigenista vigente;

A crescente demanda por atenção psicossocial por parte dos jovens indígenas, principalmente após o início da pandemia de Covid-19, envolvendo casos de violência autoprovocada (automutilações e TS);

A rotatividade dos profissionais não indígenas na equipe torna-se um obstáculo apontado pelas lideranças indígenas para o estabelecimento de vínculos difíceis de se alcançar por uma série de aspectos históricos e culturais;

A mobilidade dos indígenas ainda é vista como desafio importante na continuidade do cuidado em saúde, devido a necessidade de uma articulação interfederativa mais ágil, rápida e desburocratizada;

Dificuldades no acesso às especialidades por parte dos indígenas, que entram no mesmo processo de regulação que a população em geral, sem um olhar diferenciado;

Existência de equívocos no preenchimento do quesito raça/cor/etnia em todos os sistemas empregados na rede de atenção à saúde do município, que gera dados não fidedignos. Não há interoperabilidade entre os sistemas de saúde, entre o SIASI e e-SUS, por exemplo, dificulta o acesso a informações qualificadas. Os aspectos citados fazem com que os dados de saúde dos povos indígenas sejam frágeis e pouco confiáveis;

Ausência de saneamento básico nas áreas indígenas e a precária gestão dos resíduos sólidos domiciliares nas aldeias, geram adoecimentos principalmente entre as crianças indígenas;

Falta sintonia no acompanhamento dos usuários indígenas beneficiários do Bolsa Família pela SUS e SUAS, pois quando da identificação de risco nutricional infantil não se traduz em ação de segurança alimentar e nutricional;

Sobreposição de carências das comunidades indígenas que não residem em aldeias, e sim em vilas populares (demanda territorial e por atenção diferenciada em saúde), dificuldades de acesso aos serviços da APS (carência de formação acadêmica dos profissionais de saúde para atuação no contexto intercultural);

Dificuldades de comunicação e construção de pactuações, acordos e definição clara de papéis entre os órgãos federados que atuam na saúde indígena;

A existência do racismo institucional, dificuldade de acesso e vínculo com a rede de serviços de saúde (situações de violência implícita e explícita);

Retomar a realização do Encontro dos Kujà (pajés) de fortalecimento da medicina tradicional kaingang e criar outras formas de fomento e valorização das práticas culturais de cura das comunidades indígenas;

Necessidade de um perfil muito específico de profissional para atuação na saúde dos povos indígenas (competência cultural).

#### **1.4.2 População Negra**

O direito à saúde é fundamento constitucional e condição substantiva para o exercício da cidadania. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), é entendida como eixo estratégico e fundamental para a superação do racismo e garantia da promoção da igualdade racial, ela tem por objetivo combater a discriminação étnico-racial nos serviços e equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), combater o racismo institucional, bem como promover a equidade em saúde da população negra. Em virtude do contexto de crise sanitária e econômica, impulsionado pela pandemia de Covid-19, entende-se necessário manter ações que visem a garantia e a manutenção da PNSIPN.

A política, em âmbito municipal busca efetivar, com base nos princípios e diretrizes, o comprometimento com a garantia de direitos humanos à saúde desse contingente da população dentro do Sistema Único de Saúde. Para isto, considera primordial o reconhecimento do racismo institucional como um determinante social histórico das condições de saúde da população negra.

Quando citamos os agravos transmissíveis, a Tuberculose apresenta grande incidência dentro do município de Porto Alegre, sendo que as taxas de cura entre a população branca são maiores do que a cura entre a população negra como apresentado na tabela abaixo.

**Tabela 33 - Proporção de Cura de Tuberculose por raça/cor, 2018 - 2020**

Ano	Branca	Amarela	Negra	Indígena	Total de cura	Total de casos
2018	383 (62)	4 (0,65)	229 (37,1)	1 (0,16)	<b>617 (65,2)</b>	<b>945</b>
2019	407 (61,8)	2 (0,3)	247 (37,5)	2 (0,3)	<b>658 (63,5)</b>	<b>1.036</b>
2020*	235 (58,4)	4 (1)	162 (40,3)	1 (0,25)	<b>402 (51,3)</b>	<b>783</b>
<b>Total</b>	<b>1.025</b>	<b>10</b>	<b>638</b>	<b>4</b>	<b>1.677</b>	<b>1.981</b>

Fonte: Sinan/NET \* dados provisórios. (%).

A Doença Falciforme é prevalente na população negra e de acordo com a Resolução Nº 066/13 - CIB/RS e Portaria GM nº 1391, de 16 de agosto de 2005, que ao instituir no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, determina a garantia da continuidade do atendimento das pessoas diagnosticadas com hemoglobinopatias pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). Na rede de assistência do SUS a partir, prioritariamente, da Hemorrede Pública, e na promoção da assistência às pessoas com diagnóstico tardio de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias; o decreto nº 45.555, de 19 de março de 2008, que institui a Política Estadual de Atenção Integral às pessoas com Doença Falciforme (DF) e outras Hemoglobinopatias, com o objetivo de identificar indivíduos com DF e oferecer assistência médica e psicossocial, aconselhamento genético não diretivo, medicamentos e imunobiológicos necessários, institui a linha de cuidado integral às pessoas com DF cujo objetivo, é fortalecer e qualificar a atenção ao usuário com DF – diagnosticadas ou não pela triagem neonatal, por meio do acolhimento, do estabelecimento de vínculo, da responsabilização dos serviços, da regionalização e equidade em todos os níveis de atenção. No âmbito municipal, é objetivo realizar a triagem neonatal, cuja coleta do material biológico deve ocorrer durante a primeira semana de vida do bebê, precisamente até o quinto dia útil, realizar acolhimento de usuários que apresentam sintomas da Doença Falciforme, coletar o material biológico e encaminhar ao serviço laboratorial de referência para diagnóstico, receber o resultado dos exames e, em caso positivo, realizar busca ativa da pessoa diagnosticada com o Traço ou Doença Falciforme e realizar acolhimento, cadastramento e orientação genética junto às pessoas diagnosticadas com o Traço ou Doença Falciforme, na perspectiva do estabelecimento de vínculo e responsabilização pelos cuidados de saúde, realizar exames, realizar atividades de educação popular de saúde, ações de promoção, proteção e recuperação de saúde com participação do controle social.

Nesta perspectiva, existe a necessidade de uma mobilização de diferentes setores, no sentido da adoção de políticas onde a promoção da igualdade racial e a prevenção dos agravos do racismo seja o cerne do planejamento das políticas públicas. Torna-se fundamental ações de combate às iniquidades raciais, o quesito raça/cor como campo obrigatório e a qualificação permanente dos trabalhadores (as) da saúde.

Para que esses propósitos sejam alcançados, a Política Integral de Saúde da População Negra tem como componentes estruturantes, a realização do curso Promotor@s em Saúde da População Negra, que ocorre anualmente desde 2012 e está em sua 18ª edição, mas devido à pandemia, não foi realizado em 2020; a manutenção dos comitês técnicos de saúde da população negra por gerências distritais, que, a partir da desconstituição do Imesf teve seu cenário esvaziado; a qualificação do preenchimento dos instrumentos de coletas de dados garantindo a utilização do quesito raça/cor na produção de informações epidemiológicas.

Observam-se alguns nós críticos para a efetiva implementação da Política, a saber, o enfrentamento do racismo institucional como determinante das condições de saúde da população, para tanto pretende-se desenvolver de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais da rede de atenção à saúde; a co-participação das políticas públicas de saúde na garantia das ações de combate ao racismo e a implementação da rede integrada de atenção à Doença Falciforme.

Como ações previstas, pretende-se:

- Garantir a equidade através de ações transversais entre as políticas públicas, para efetivação do direito à saúde em seus aspectos de promoção, prevenção, tratamento e recuperação de Doenças e Agravos Transmissíveis e Não Transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquelas provocadas por: causas violentas; doença falciforme; IST/HIV/Aids; Tuberculose; câncer de colo uterino e de mama e transtornos mentais;
- Qualificar o preenchimento dos instrumentos de coletas de dados, bem como garantir a utilização do quesito raça/cor na produção de

informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão;

- Implementar ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial nos distritos sanitários da cidade, através do fortalecimento dos Comitês Técnicos de Saúde da População Negra;
- Fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra;
- Elaborar materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores científicos e culturais;
- Ampliar o monitoramento dos indicadores de saúde das populações quilombolas do município;
- Fortalecer, articular e monitorar as ações de atenção às pessoas com Doença Falciforme.

#### **1.4.3 População em Situação de Rua**

A caracterização da População em Situação de Rua (PSR) segundo a Política Nacional para a População em Situação de Rua/2009 destaca 4 questões: pobreza extrema; vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; inexistência de moradia convencional regular e utilização de logradouros e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento.

A situação de rua implica maior vulnerabilidade para o adoecimento por vários motivos, como: os riscos de estar na rua; a dificuldade de aderir em tempo oportuno aos tratamentos adequados e de acessá-los, entre outros. A isso se soma à racialização da rua, com maior predominância de pessoas negras entre a PSR do que na população geral. A condição de “vulnerabilidade social” é fruto de ações políticas, econômicas e sociais, caracterizadas por condições de grupos de indivíduos que estão à margem da sociedade, em processo de exclusão social e que geralmente dependem de auxílios de terceiros para sua sobrevivência

O último censo da PSR realizado pela UFRGS em 2017, contabilizou 2.115 pessoas. Como não houve pesquisa para atualização dessas informações, consideramos o número de pessoas em situação de rua a partir dos dados de cadastramento regularmente atualizados pelas equipes de Consultório na Rua. Por

exemplo, no Relatório de Gestão do 3º quadrimestre de 2020 da SMS, a equipe do Consultório na Rua Centro informou um total de 4.600 pessoas em situação de rua cadastradas. Entretanto, sabemos que esses números oscilam, em função da itinerância desta população. Ainda, em 2020, a crise econômica gerada pela pandemia de Covid-19 gerou um acréscimo de aproximadamente 700 pessoas em situação de rua, segundo as equipes de abordagem da Fundação de Assistência Social e Cidadania (Fasc).

Em relação à pandemia de Covid-19, as dificuldades em acessar moradia convencional impossibilitaram a PSR de manter o distanciamento social e/ou higiene pessoal recomendados para se proteger da contaminação. Além disso, as ofertas da rede não contemplaram as necessidades desta população, apenas uma parte acessa serviços da Fasc de acolhimento institucional (abrigos e albergues); serviços de organização diária (Centros POPs - banho/lanche/lavagem de roupas); ou de aluguel solidário, com acompanhamentos de equipes do SUS e do SUAS, buscando a superação da situação de rua.

Sabe-se que a PSR é um dos segmentos mais vulneráveis da população, sendo afetada com maior frequência por doenças tais como TB, ISTs, e HIV. Dentre os principais agravos em saúde autorreferidos por essa população no censo de 2017, estão os problemas de abuso em álcool e drogas, saúde bucal, problemas de saúde mental e Tuberculose, conforme mostra a tabela abaixo:

**Tabela 34 - Perfil da População em Situação de Rua, 2007 e 2016**

Condição Avaliada	N° de Participantes		% da Pesquisa		Comparativos	
	1ª Pesquisa (2007)	3ª Pesquisa (2016)	1ª Pesquisa (2007)	3ª Pesquisa (2016)	Diferença em Pesq. Percentuais	% de Aumento entre pesquisas (2007 -2016)
Dependência Química/Álcool			40,10%	58,10%	<b>18,0%</b>	<b>44,9%</b>
Saúde Bucal	1.001	436	40,10%	47,20%	<b>7,1%</b>	<b>17,7%</b>
Tuberculose			5,70%	7,20%	<b>1,5%</b>	<b>26,3%</b>
Saúde Mental			30,70%	36,10%	<b>5,4%</b>	<b>17,6%</b>

Fonte: Pesquisa Perfil e Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre, 2017.

Essas pessoas têm também mais dificuldades de acolhimento nos serviços de saúde, o que reduz seu acesso espontâneo, além de haver fragilidade na articulação de redes setoriais e intersetoriais para a garantia de um cuidado equânime.

### ***Política de Saúde da População em Situação de Rua***

O município de Porto Alegre orienta a gestão da Rede de Atenção em Saúde (RAS) em conformidade com a Política Nacional para a População em Situação de Rua/2009. Anteriormente a essa política, Porto Alegre já contava com ações de saúde para a PSR realizadas por uma equipe denominada de PSF Sem Domicílio, transformada em equipe de Consultório na Rua em 2011. A essa equipe, agregou-se outra equipe, a do Consultório na Rua conveniada ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

A saúde da PSR entrou, portanto, na agenda governamental a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2011, e assim contamos com a disponibilização de publicações como o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à Poprua (2012) e os Planos Operativos de Saúde da PSR (2012, 2015 e 2017).

Na gestão municipal, a coordenação transversal de ações e políticas intersetoriais principalmente com a Fasc, surge somente a partir do segundo semestre de 2016, com a Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua. Essa área técnica surge com a missão de articular ações e estratégias para a garantia de cuidado integral e equânime da PSR, apresentando os registros das suas ações nos relatórios de gestão quadrimestrais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Cabe destacar que a discussão sobre ações e metas municipais desde 2016/2 acontece primeiramente no Comitê Poprua (Comitê Municipal de Políticas Públicas para as PSR), com representação dos usuários e representantes de outras políticas da PMPA, buscando efetivar a diretriz de participação e controle social.



Nesse mesmo período também se iniciam eventos de saúde e assistência à população em situação de rua (Socialização Rua – GCC; Interação Rua - SCS, Socialização na Rua – PLP, Passando na Praça – NHNI), realizados em praças e equipamentos públicos de fácil acesso a essa população, com ofertas de cadastramento e de cuidados (escovação assistida, testagens rápidas, oferta de kits de higiene e etc), como estratégia de sensibilização das US para o cuidado desse segmento, de fortalecimento da articulação com os parceiros territoriais da Fasc e para ampliação de vínculo, acesso e qualificação da atenção equânime em saúde a esse público. Esses eventos ampliaram-se e intensificaram-se pelas GDs até 2019, quando a decisão de inconstitucionalidade do Imesf inviabilizou a continuidade dos mesmos.

**Tabela 35 - Distribuição de usuários atendidos nos Eventos de Saúde e Assistência à População em Situação de Rua entre 2017 e 2019**

<b>Ano</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>Total</b>
<b>Número de usuários</b>	1.004	529	138	1.671

Fonte: Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua/CPPS/DAPS.

Em 2017, a SMS em parceria com a Fasc conseguiu a aprovação do Projeto de Inserção Social Mais Dignidade junto à Senad/Ministério da Justiça, priorizando um conjunto de ações destinadas à população em situação de rua e/ou vulnerabilidade social com uso problemático de álcool e drogas. Esse projeto, conveniado entre a PMPA e o respectivo ministério, resultou no aporte de um recurso total de R\$ 1.800.000,00 para viabilizar a sua execução, promovendo principalmente a implantação da estratégia de Housing First (Moradia Primeiro) em Porto Alegre, a partir de 2018, baseada no modelo europeu.

Essa proposta ofertou moradia em primeiro lugar, sem exigência inicial de adesão a tratamento, partindo da experiência da Fasc com modelos anteriores de auxílios moradia (aluguel social). O novo modelo, em continuidade em 2021, investe no acompanhamento dos beneficiários pelos técnicos (Fasc e SMS) como forma de garantir proteção social e cuidado em saúde à população mais vulnerável frente aos desafios da superação da situação de rua.

O projeto Mais Dignidade previu e executou 3 eixos de ações que continuam até 31/12/2021, a saber: eixo 1 - Qualificação da Abordagem Social e em Saúde (contratação de 12 redutores de danos, dispensação de 9000 VTs assistenciais para garantia dos acompanhamentos na rede SUS e SUAS); eixo 2 – proteção/moradia

(153 bolsas moradia com água e luz por 12 meses, com acompanhamento domiciliar pelas equipes); e eixo 3 – trabalho/geração de renda (50 bolsas para facilitadores de geração de renda de R\$468,00/mês por 12 meses, oficinas de geração de renda de 4h/dia por 12 meses, contratação de 4 oficinairos de geração de renda).

Resultados do projeto até dez/2020:

- Constituição de 08 equipes dos Fóruns Mais Dignidade compostas por trabalhadores do SUS (US, CAPS, gerentes e apoiadores) e do SUAS (CREAS, Equipes de Abordagem Social) que operam articuladamente desde 2018 para: trabalho integrado de cuidado, acompanhamento e atendimento da PSR; matriciamento dos casos; elaboração de Planos Comuns de Acompanhamento e Cuidados e disponibilização de benefícios como Bolsas Moradia e Qualificação do projeto Mais Dignidade.
- Inclusão de 114 pessoas em auxílio moradia, das quais 58 finalizaram um ano de benefício; e 56 desistiram ou tiveram seus contratos rescindidos. Houve pacto municipal de destinação de auxílio moradia para todos os beneficiários egressos do projeto Mais Dignidade que não conseguiram atingir a autonomia financeira, garantindo a continuidade de proteção aos egressos através de recursos municipais/Fasc.

O quadro abaixo apresenta uma síntese dos resultados quantitativos previstos e realizados do Projeto Mais Dignidade de agosto de 2018 a dezembro de 2020:

**Quadro 4 - Demonstrativo dos beneficiários do Programa Mais Dignidade por eixo até 2020**

<b>Beneficiários do Mais Dignidade</b>	<b>Previstos (12 meses)</b>	<b>Ativos (em benefício)</b>	<b>Desligados (desligados antes do término do benefício)</b>	<b>Concluintes (finalizaram um ano de benefício)</b>	<b>Total</b>
Eixo Moradia (Aluguel Solidário)	153	15	41	58	114
Eixo Trabalho (Oficinas de Geração de Renda)	50	7	12	18	37

Fonte: Área Técnica de Saúde da População em Situação de Rua/CPPS/DAPS.

O projeto Mais Dignidade subsidiou e/ou apoiou a consecução de várias metas construídas e registradas no Plano Municipal de Saúde 2018/2021, que inaugurou pela primeira vez uma seção específica de compromissos para com a saúde dessa população. A seção “Saúde da População em Situação de Rua” do

PMS 2018-2021 incluiu os seguintes compromissos da RAS com a saúde da população em situação de rua.

**Figura 9 - Ações Intersectoriais propostas para o Programa Mais Dignidade 2018 a 2021**



Fonte: ([http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/plano\\_municipal\\_de\\_saude\\_-\\_pms\\_2018-2021\\_-\\_revisado\\_em\\_16\\_01\\_18.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf)).

O desenvolvimento desses compromissos foi apoiado de forma importante a partir do lançamento, em maio de 2018, do Plano Municipal de Superação da Situação de Rua 2018/2021, sob coordenação da SMS, em que, para além dos compromissos assumidos no PMS 2018-2021, responsabilizou-se por coordenar a articular redes setoriais e intersectoriais para maior quantidade e qualidade de ofertas de cuidado, acompanhamento e oportunidades para a PSR. Elaborado pela SMS e Fasc em articulação com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Esporte (SMDSE), esse plano foi composto por seis estratégias que buscaram a integração de várias secretarias municipais, apresentadas no esquema abaixo:

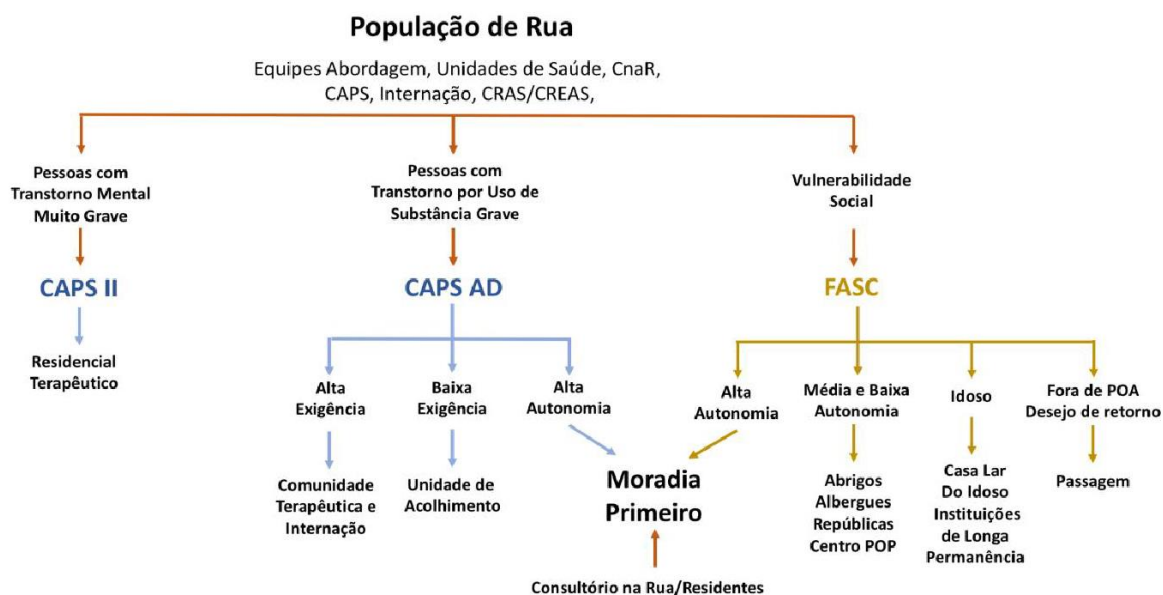
**Figura 10 - Estratégias de enfrentamento por Secretaria no Projeto Mais Dignidade**



Fonte: Plano Municipal de Superação da Situação de Rua 2018/2021.

A oferta de ações e serviços para a PSR consideraram sua classificação a partir de situações de saúde e de vulnerabilidade social, conforme ilustrado no fluxograma abaixo:

**Figura 11 - Fluxos e serviços envolvidos no Programa Mais Dignidade**



Fonte: Plano Municipal de Superação da Situação de Rua 2018/2021.

A partir da portaria ministerial Nº 1.255, de 18 de junho de 2021, o MS postula uma eCR para atender cada 500 pessoas em situação de rua. Atualmente, Porto Alegre dispõe de 3 equipes, que segundo a referida portaria, dariam cobertura para apenas 1.500 pessoas. Considerando o total de cadastros de usuários das eCRs da cidade (duas no Centro - 4.350 e uma na zona Norte - 2.314), chegamos a 6.664 usuários cadastrados. Dessa forma, de acordo com o total de usuários cadastrados e conforme anexo da portaria referida, o teto atual de Porto Alegre é de até 12 eCRs, o que nos permite ampliar em até mais 09 equipes. Além de ampliação de eCRs que precisa atender ao crescimento da PSR, faz-se necessário fortalecer simultaneamente estratégias para a efetivação de um cuidado itinerante. A abrangência territorial de eCRs também deve considerar a distribuição da PSR nos diferentes territórios do município. Segundo o Censo de 2017, a distribuição percentual da PSR por grandes regiões de saúde, são: Centro (81,3%); NHNI (6,4%); NEB (4,7%); GCC (1,3%), Leno (3,3%); e SCS (1,4%); Restinga (1,3%). Entretanto, essa distribuição pode ter se modificado nos últimos anos.

- Além da ampliação de eCRs e das estratégias de atendimento itinerante, destaca-se ainda a necessidade de avançar na oferta de atendimento vespertino e/ou noturno e em todos os dias da semana.
- Para maior qualificação dos processos de trabalho, precisamos manter a articulação e integração das redes territoriais setoriais e intersetoriais

constituídas e, sobretudo, avançar no atendimento de demandas específicas na articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), especialmente os CAPS II, bem como com os serviços de Urgência e Emergência, incluindo o SAMU. Além disso, devem ser formuladas estratégias que garantam o acesso à saúde da PSR em todos os serviços da rede, para além dos Consultórios na Rua.

- Todas as ações realizadas pelas equipes de saúde para a População em Situação de Rua bem como pelas equipes de Consultório na Rua (eCR) devem ser registradas no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (Sisab), por meio do e-SUS. Porém, a subnotificação e/ou não qualificação dos registros no Sisab é muito grande, impactando no monitoramento de acesso à RAS por essa população, no monitoramento de qualificação da atenção ofertada e, assim, no planejamento das ações em saúde.
- A produção de registros completos e fidedignos dos atendimentos realizados à PSR pelos trabalhadores de saúde contribui para melhorar a visibilidade dessa população por parte dos próprios trabalhadores, dos serviços e das políticas públicas.
- A plenária do CMS de agosto de 2019 deliberou pela formulação de uma Política Municipal de Saúde da População em Situação de Rua. Considerando que entre 2017/2019 ocorreram avanços nas articulações setoriais e intersetoriais para o cuidado da População em Situação de Rua em redes territoriais, a gestão apresentou ao CMS via SEI uma proposta de construção dessa política e da realização de um seminário amplo e plural, com a participação dos vários atores que fazem o cuidado - usuários, gestores, trabalhadores do SUS e SUAS, e do CMS. Contudo, a partir da notícia de inconstitucionalidade do Imesf em setembro de 2019, consensuou-se com o CMS pela postergação desse seminário para o primeiro quadrimestre de 2020, o que acabou sendo inviabilizado até o momento, em função do contexto pandêmico Covid-19.
- Com a retomada do Ciamp Rua (Comitê Interinstitucional de Acompanhamento e Monitoramentos da População em Situação de Rua de Porto Alegre em janeiro de 2021, sabemos da importância de envolver

representantes desse comitê, bem como representantes da própria PSR na formulação dessa política, estabelecendo conjuntamente eixos estratégicos e diretrizes em consonância com os princípios do SUS, da Política Nacional da População em Situação de Rua, da PNAB e dos Planos Operativos em Saúde para o cuidado dessa população.

- Considerando informações do Censo da PSR em 2017 e demandas colocadas pelas equipes de saúde, embora questões relacionadas ao cuidado em álcool e drogas sejam prioritárias, observa-se um importante segmento populacional acometido de transtornos mentais graves que não consegue acessar os serviços públicos. É significativo, portanto, o percentual de PSR com transtornos mentais graves agravados por estar na rua, sem proteção, exposto a várias violências e privações, mas sobretudo por não conseguir se organizar para manter um cuidado regular medicamentoso ou não.
- Embora haja avanços nas abordagens realizadas na região Centro, com integração de ações entre as eCRs Centro e do CAPS II Centro, a quantidade de intervenções ainda é insuficiente. Além disso, há outros territórios da cidade onde essa articulação não existe e se faz muito necessária.

Destaca-se, assim, a necessidade de ampliar: as abordagens integradas entre equipes de CnaR e CAPS II no Centro, e nesse mesmo formato (APS e CAPS) em outros territórios; ações de matriciamento dos CAPS em saúde mental para as USs para o acompanhamento de usuários em situação de rua com transtornos mentais nos serviços mais próximos de seus territórios; a oferta de um serviço de referência para acompanhamento territorial em saúde mental (implantação de CAPS III 24H nos territórios com maior prevalência de agravos severos e persistentes em saúde mental).

Observa-se a necessidade de priorizar o acompanhamento da PSR em estratégias como o TDO, planejando o acompanhamento de pessoas acometidas de Tuberculose de forma Intersetorial, de forma que se garanta a articulação entre as US e as equipes de abordagem social, atendendo às especificidades dessa população (itinerância, perda de documentos de identificação e dificuldades para se organizar e manter o cuidado em saúde).

Recomenda-se também a elaboração de estratégias de adesão ao tratamento quando houver possibilidade de retomada de eventos de saúde integrados com entidades da sociedade civil que oferecem alimentação, pois estas ações fortalecem o estabelecimento de vínculo dos usuários com os serviços.

#### 1.4.4 População Privada de Liberdade no Sistema Prisional

O Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade de saúde prisional passasse a ser visualizada como um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

Em Porto Alegre, segundo informações da Secretaria da Administração Penitenciária do Governo do Estado do RS, existem atualmente 4.861 pessoas sob custódia da Superintendência dos Serviços Penitenciários - Susepe, sendo distribuídos conforme o quadro a seguir.

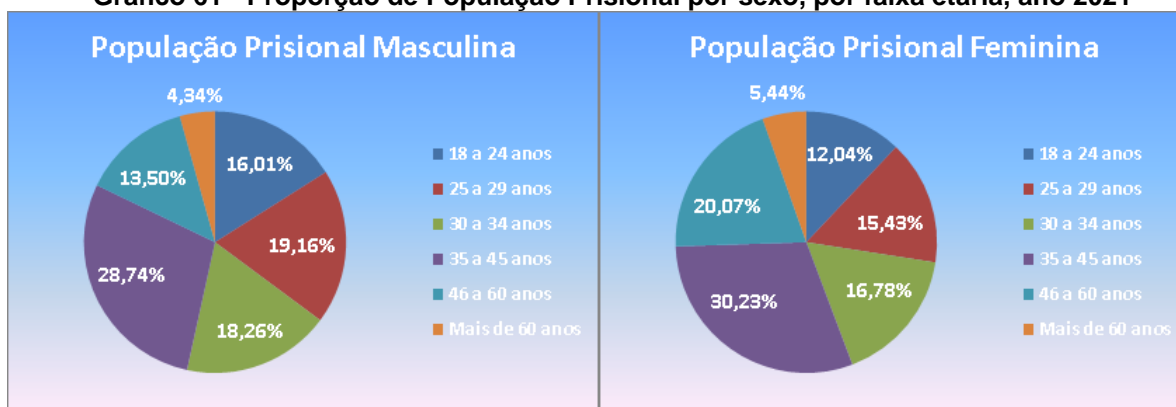
**Quadro 5 - Distribuição das pessoas privadas de Liberdade por estabelecimento em Porto Alegre, ano de 2021**

<b>Estabelecimento Prisional</b>	<b>2021</b>
Cadeia Pública de Porto Alegre	3.526
Instituto Penal Irmão Miguel Dario	134
Patronato	57
Penitenciária Estadual de Porto Alegre	600
Penitenciária Estadual Feminina Madre Pelletier	262
Apac Partenon	32
Instituto Psiquiátrico Forense	176
Instituto Penal Feminino de Porto Alegre	74
<b>Total</b>	<b>4.861</b>

Fonte: Susepe.

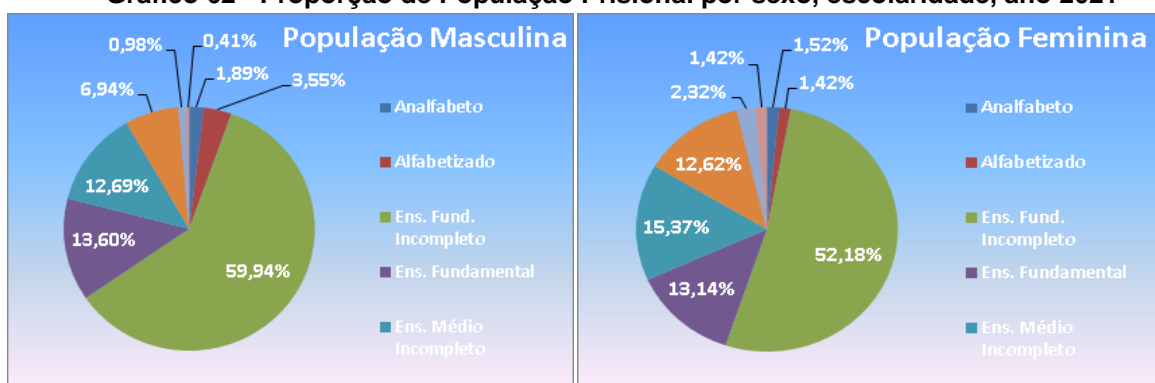
No município a Atenção Primária à Saúde nos estabelecimentos prisionais é desenvolvida pelas equipes de Saúde Prisional, que são constituídas por profissionais da SMS contratualizados e da Secretaria de Segurança Pública, com recursos financeiros do Sistema Único de Saúde. Porto Alegre possuímos cinco equipes junto à Penitenciária Estadual de Porto Alegre e uma equipe junto à Penitenciária Estadual Feminina Madre Pelletier.

**Gráfico 61 - Proporção de População Prisional por sexo, por faixa etária, ano 2021**



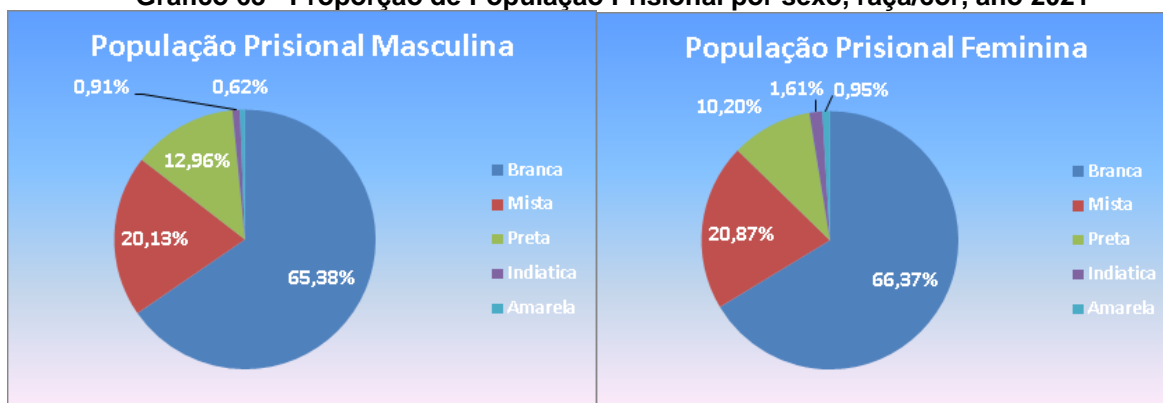
Fonte: Susepe.

**Gráfico 62 - Proporção de População Prisional por sexo, escolaridade, ano 2021**



Fonte: Susepe.

**Gráfico 63 - Proporção de População Prisional por sexo, raça/cor, ano 2021**



Fonte: Susepe.

**Quadro 6 - Comorbidades comuns à população privada de liberdade, ano de 2021**

Comorbidades	Quantitativo
Duas ou Mais Comorbidades	155
TB	136
HIV	218
Hepatite	42
Hipertensão Ativa	315
Cardiopatias	64
Lúpus	01
Câncer	04
Doenças Resp. Ativas	141
Artrite Reumatóide	03



Esclerose Múltipla	01
Outras Doenças Imunodepressoras	02
Gestante	07
Mais De 60 Anos Ou Que Completam 60 Anos Em 2020	50
Diabetes	65

Fonte: Susepe.

Quanto às internações hospitalares o(a) apenado(a) deverá ingressar no Hospital Vila Nova e Hospital Nossa Senhora Conceição por meio da emergência, a fim de passar pela triagem do próprio hospital, permanecendo com a escolta até o momento que for liberado para a ala da Susepe. O preso só passa a ser de responsabilidade da seção de custódia hospitalar quando dá entrada nos leitos da unidade da Susepe.

No ano de 2020 e primeiro semestre de 2021, as mulheres gestantes foram transferidas para prisão domiciliar devido à pandemia pelo Coronavírus.

Apesar das dificuldades estruturais existentes: superlotação, falhas na segurança, falta de higiene e exames preventivos, a grande rotatividade na entrada e saída da Cadeia Pública, além de um número expressivo de reincidentes, os serviços de saúde disponibilizados visam atender a totalidade das pessoas privadas de liberdade de acordo com as necessidades específicas desta população.

#### **1.4.5 Pessoas com Deficiência**

A pessoa com deficiência é aquela que tem comprometimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem dificultar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Os dados do Censo 2010 do IBGE revelam que aproximadamente um quarto da população do município referiu pelo menos uma das deficiências analisadas. Na evolução histórica, ocorreu um aumento de 66,92%. Em 2000, o percentual era de 14,3%, ou seja, 194.351 habitantes; atualmente 23,87% dos investigados, 336.420 habitantes, informaram pelo menos uma das deficiências avaliadas. Dos indivíduos residentes na capital em 2010 declararam alguma deficiência visual 249.804 habitantes, 104.070 indivíduos deficiência motora, auditiva 80.753 habitantes e mental 23.581 habitantes. Desses, 202.372 são do sexo feminino e 134.048, do masculino.

Em relação à distribuição por raça: branca 266.390; negra 67.917; amarela

1.008 e indígena 1.105, manifestaram que possuíam alguma deficiência. Nos residentes do município em 2010, a distribuição, conforme faixa etária, era a seguinte: 120.927 idosos, 155.259 adultos, 42.884 jovens e 17.350 na faixa etária de zero a 14 anos. A principal deficiência, em todas as faixas etárias, é a visual (inclui uso de óculos). Nos jovens, a segunda maior é a auditiva e, nos adultos e idosos, a segunda é a motora.

Em 2018 o IBGE revisou os dados e adotou um novo parâmetro de margem de corte conforme critérios do Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência (Washington Group on Disability Statistics – WG) que busca padronizar e harmonizar definições, conceitos e metodologias de modo a garantir a comparabilidade das estatísticas entre diferentes países. Compõe a Comissão de Estatística das Nações Unidas e inclui representantes de Institutos Oficiais de Estatística e organizações representantes da sociedade civil. Como representante oficial do Brasil, o IBGE participa desde o início da formação do grupo, em 2001, acompanhando as discussões e estudos propostos. Ao aplicar esta linha de corte, a população total de pessoas com deficiência residentes no Brasil captada pela amostra do Censo Demográfico 2010 não se faz representada pelas 45.606.048 pessoas, ou 23,9% das 190.755.048 pessoas recenseadas nessa última operação censitária, mas sim por um quantitativo de 12.748.663 pessoas, ou 6,7% do total da população registrado pelo Censo Demográfico.

Conforme o IBGE na publicação da Nota Técnica 01/2018 que traz a releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 a partir do modelo de perguntas e respostas proposto pelo Grupo de Washington (GW), identifica-se como pessoa com deficiência apenas os indivíduos que responderam “ter muita dificuldade” ou “não consegue de modo algum” em uma ou mais questões, por tipo de deficiência. Sendo assim, ao se aplicar esta nova linha de corte, o percentual da população com deficiência no Rio Grande do Sul passa a ser de 6,7%.

A população estimada do Rio Grande do Sul para o ano de 2019 (IBGE) é de 11.377.329 pessoas e, de acordo com a nota técnica do IBGE acima mencionada, o total de pessoas com deficiência residentes no Estado do Rio Grande do Sul é de 762.275 pessoas, as quais apresentam: deficiência visual - 3,4%, deficiência física - 2,3%, deficiência auditiva - 1,1% e deficiência intelectual -1,4%.

O cuidado integral e articulado entre a atenção primária e a atenção

especializada através das Redes de Atenção à Saúde (RAS) visa proporcionar às pessoas com deficiência mais autonomia, qualidade de vida e inclusão social. Portanto, as políticas públicas para as pessoas com deficiência e suas famílias propostas pelo Ministério da Saúde devem ser implantadas nos Estados e Municípios de forma a priorizar: ações de promoção e prevenção, diagnóstico precoce, acesso aos serviços e procedimentos, qualidade e humanização da atenção, articulada em todos os níveis de complexidade.

A avaliação e atualização da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência na Cidade de Porto Alegre, assim como a avaliação do Plano Municipal 2016-2021 e a elaboração do Plano Municipal da Saúde às PcD 2022-2026 deve ocorrer através da instituição de novo Grupo Condutor Municipal de Cuidados à Pessoa com Deficiência, baseado na estruturação anterior.

#### **1.4.6 População LGBTQIA+**

A elaboração da atual análise situacional acerca da implementação e manutenção das políticas e serviços municipais voltados à população LGBTQIA+ do município de Porto Alegre vem com o intuito de elucidar o contexto atual da atenção à saúde dessa população, no âmbito nacional e municipal. A análise inicia desde a implantação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT e do contexto que permitiu sua criação, até a instituição da Portaria nº 571, de 28 de Junho de 2019, que viabilizou a criação da Política Municipal de Saúde Integral LGBT de Porto Alegre, sendo que essa se estabeleceu e tem desenvolvido suas ações através do I Plano Operativo (2019-2021) atualmente em vigor.

O SUS tem o intuito de proporcionar acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. O sistema se organiza por meio de três pilares: universalização, equidade e integralidade, com gestão a nível federal, estadual e municipal, e com participação social. Além disso, dispõe da “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” que traz informações para que se conheçam os direitos ao procurar atendimento de saúde. Ela reúne os princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja público ou privado.

Porém, apesar da construção do SUS prever, as desigualdades e a necessidade do olhar equânime, o Brasil, com suas dimensões continentais e, com

discriminações estruturais e heranças históricas de desigualdade social, mostrou ao longo dos anos que o formato vigente não era suficiente. Diariamente pessoas LGBTQIA+ têm seus direitos básicos violados, não apenas na saúde, mas em todas as instituições. A visibilidade das questões de saúde da população LGBTQIA+ deu-se a partir da década de 1980, quando o Ministério da Saúde adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids em parceria com os movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos de grupos gays.

O posterior reconhecimento da complexidade da saúde de LGBTQIA+ exigiu que o movimento social buscasse amparo com outras áreas do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, ampliasse o conjunto de suas demandas em saúde dando à política um caráter transversal que engloba todas as áreas do Ministério da Saúde, como as relacionadas à produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado. Sua formulação contou com participação de diversas lideranças, técnicos e pesquisadores e foi submetida à consulta pública antes de ser apresentada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Em 1º de dezembro de 2011 entrou em vigor a Portaria nº 2.836 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT que tem como objetivo o promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuir para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. O reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde e doença é fruto de uma trajetória de intensa articulação e luta dos movimentos sociais, que desde 1980 pontuam a violação de direitos a que essa população é submetida.

Aos municípios ficou estabelecido, pela Portaria nº 2.836, que é de sua competência a implementação da política, incluindo metas desenvolvidas a partir dos seus objetivos, bem como, identificar as necessidades de saúde da população LGBT; promover a inclusão desta política no Plano Municipal de Saúde no PPA setorial, sendo ele em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais; estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação da política vigente; articular com outros setores de políticas sociais, sendo instituições governamentais e não governamentais, visando

o aporte no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT; incluir as diversas possibilidades de recortes no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde; implantar práticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a população LGBT e apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT no Conselho Municipal de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos.

### ***Política Municipal de Saúde Integral LGBT***

No âmbito do Rio Grande do Sul, a política de saúde LGBT está amparada pela Portaria SES n.º 343/2014 que institui a Política Municipal de Saúde Integral LGBT no Rio Grande do Sul, que tem como uma de suas diretrizes “considerar a diversidade sexual e de gênero, de maneira transversal, nos processos de formulação e implementação de políticas e programas no SUS, considerando as suas interseccionalidades étnicos raciais, geográficas, de classe social e geracionais”. Esses reconhecimentos no âmbito político e social dos direitos da população LGBTQIA+, abriram espaço para criação de Políticas Municipais que servem como um instrumento de garantia de direitos a partir da definição de princípios, estratégias e plano de ação para implementação das políticas vigentes, para além dos deveres do âmbito estadual, aproximando-se dos serviços de saúde do SUS, garantindo o respeito às pessoas, o acolhimento com qualidade, a resolução de suas demandas e necessidades e a permanência nos serviços para acompanhamento dos cuidados em saúde.

Desta forma, a Política Municipal de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexuais e Pessoas com Identidade de Gênero Não Binária (LGBTQIA+) do Município de Porto Alegre, instituída pela portaria nº 571, de 28 de Junho de 2019, surgiu como o instrumento de garantia dos direitos estabelecidos, para a população LGBTQIA+ atendida em Porto Alegre, tendo por finalidade promover a saúde de LGBTQIA+, definir princípios, estratégias e plano de ação para implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIA+ no município, apoiados em um Plano Operativo Bienal.

## ***Plano Operativo 2019-2021***

A Política Municipal de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexuais e Pessoas com Identidade de Gênero Não Binária (LGBTQIA+) do Município de Porto Alegre, aprovada e assinada pelo secretário na época, em Diário Oficial, estabelece que as atividades serão norteadas por planos operativos bianuais, garantindo assim a continuidade das atividades desenvolvidas entre governos. Atualmente, o plano 2019-2021 está em vigência e a construção de um novo plano está em curso.

O plano operativo atual segue o disposto na Resolução Nº 26, de setembro de 2017, da Comissão Intergestores Tripartite do Ministério da Saúde, que dispõe da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito do SUS estruturado em cinco eixos, a saber: acesso da população LGBTQI+ à atenção integral à saúde; promoção e vigilância em saúde; educação permanente, educação popular em saúde e comunicação; mobilização, articulação, participação e controle social e monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

Em relação às questões referentes ao acesso da população LGBTQIA+ à atenção integral à saúde, se atendeu ao objetivo de implementar o Ambulatório Trans da Atenção Primária de Porto Alegre, o que ocorreu em agosto de 2019.

A hormonização e algumas modificações corporais já foram reconhecidas como processos essenciais na assistência à saúde de pessoas trans. Em 2008, o Ministério da Saúde publicou pela primeira vez o documento norteador desse processo, chamado de "Processo Transsexualizador", que teve em 2013 uma ampliação. Em consonância a esse tema, e ainda no campo de acesso, foi realizado em 2020, envio de formulário de revisão da Remume para inclusão dos hormônios previsto no protocolo de harmonização, e ainda a abertura de um processo juntamente com a assistência farmacêutica do município, para aquisição destes através de verba legislativa estadual direcionada ao ambulatório, o que garantirá assim a ampliação do acesso ao tratamento hormonal para os usuários, de forma semelhante ao que já ocorre em outras cidades brasileiras, enquanto essas medicações ainda não estiverem contempladas na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.

O nome social, além de direito constitucional, é também uma forma de reparação com a comunidade trans. O uso adequado do nome e pronome ao qual a

pessoa se identifica, diminui situações vexatórias, e de discriminação e violências nos estabelecimentos institucionais. Sem dúvidas, essa é uma estratégia importante para ampliação de acesso: o uso e o respeito ao nome social. Sendo assim, a Área Técnica de Saúde Integral LGBTQIA+ reforça a necessidade de garantia desse direito básico através de atualização do nome social no e-SUS e CADSUS, com a reimpressão da carteira nacional de saúde, e ainda estimulando e capacitando outros profissionais e Unidades de Saúde a fazer o mesmo, através de materiais informativos na Biblioteca Virtual da Atenção Primária (BV-APS).

Ainda, ressalta-se que desde a criação desses sistemas, foi reiterado à Procempa a questão da ausência do campo de nome social e identidade de gênero nos sistemas Gercon e DIS, o que reforça o apagamento das identidades trans e consequente transfobia institucional e que permanece sendo um problema atual desses sistemas. A ausência do campo de nome social e identidade de gênero também impossibilita o acesso à informação e a produção de indicadores de saúde para esta população, processo esse diretamente relacionado com o EIXO II que estabelece na sua meta 11 a inclusão desses campos em todos os sistemas de tecnologia de informação gerenciados pela secretaria de saúde.

As ações referentes à educação permanente, educação popular em saúde e comunicação foram desenvolvidas ao longo dos dois anos explorando diferentes frentes como seminários, cursos de capacitação, rodas de conversa e a execução de projetos qualificando a rede municipal de serviços do SUS para atenção e o cuidado integral à saúde de LGBTQIA+.

Em relação ao monitoramento de casos de violência contra pessoas LGBTQIA+, relativo ao EIXO V, foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da SMS o projeto “Investigação da ocorrência de violência contra pessoas LGBTQIA+, lesões autoprovocadas e por motivação LGBTfóbica em uma capital no Sul do Brasil”, elaborado pela área de Saúde Integral LGBTQIA+ e Diretoria Vigilância em Saúde (DVS) da SMS e programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Além da construção do protocolo de atendimento específico a adolescentes trans em internações psiquiátricas, institui-se um Grupo de Trabalho visando a construção de instrução normativa a ser encaminhada para os espaços de internação geral e psiquiátrica, equipes especializadas e Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS) do município, com orientações visando o atendimento digno e humanizado de pessoas transexuais e travestis em espaços de internação. Bem como a construção de ações de educação permanente com as equipes de saúde com o objetivo de qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBTQIA+. É necessário pontuar que 2020 foi um ano marcado pela pandemia da Covid-19, nos quais muitas atividades tiveram que ser readaptadas em função das normas sanitárias a fim de se evitar um aumento da propagação da Covid-19. Os esforços foram direcionados para atividades *online*, com elaboração de materiais, seminários e trocas virtuais, podendo de alguma forma ter prejudicado o andamento de propostas. Ainda assim, é seguro dizer que foi um ano de fortalecimento do Ambulatório T e suas parcerias com os mais diversos programas de residência, firmando o espaço como um campo de prática, na formação dos profissionais, de excelência.

De uma maneira geral, percebe-se que desde a instituição da Área Técnica em 2017 as atuações para a população LGBTQIA+ se ampliaram e qualificaram. Muito foi conquistado, mas há ainda um longo caminho a ser percorrido em relação a diminuição da LGBTQIA+fobia.

#### **1.4.7 População de Imigrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas de Tráfico Humano**

##### ***Panorama dos Fluxos Migratórios***

A dinâmica dos fluxos migratórios para o Brasil deve contemplar a análise da conjuntura global recente a partir da geopolítica e da economia mundial, como determinantes para o aumento e consolidação da imigração proveniente do Sul Global no início desta década. Assim, diferentemente das imigrações do final do século XIX, até a década de 1930, em que as pessoas originárias do Norte Global (maioritariamente europeus) constituíam os principais fluxos migratórios no país, no primeiro quinquênio da presente década, constata-se o incremento de imigrantes provenientes do Sul Global (por exemplo: senegaleses, congolezes, angolanos, haitianos e venezuelanos, entre outros).

Na segunda metade da década, foi se consolidando a imigração latino-americana como principal lugar de origem dos imigrantes no Brasil, muito influenciada pela imigração de haitianos e venezuelanos. Dessa forma, podemos pensar que, diferentemente, do período 2010-2015, marcado por importantes fluxos



do Sul Global, parece haver, nos últimos anos, uma consolidação de latino-americanos no Brasil, como principais nacionalidades.

De 2011 a 2019 foram registrados no Brasil 1.085.673 imigrantes, considerando todos os amparos legais. Deste total, destacam-se mais de 660 mil imigrantes de longo termo (cujo tempo de residência é superior a um ano), população composta principalmente por pessoas oriundas da América Latina, com destaque para haitianos e venezuelanos.

Quanto ao recorte de gênero, segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), o número de mulheres que deixam seus países vem crescendo desde os anos 2000 e já contabilizam 117 milhões de pessoas. No Brasil, entre os anos de 2010 e 2017, a proporção de mulheres imigrantes se manteve estável em 46%.

A partir de dados do Sistema de Registro Nacional Migratório (Sismigra), da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e do Cadastro Único, o Departamento de Economia e Estatística (DEE), vinculado à Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão (SPG) do RS, é possível obter uma ideia aproximada do volume e da situação da migração no Estado do Rio Grande do Sul (RS).

Em números totais, a base de dados do Sismigra indica que entre 2018 e 2020 o RS contou com 29.357 registros de imigrantes, enquanto a Rais apontou em 2019 para 16.987 imigrantes e o Cadastro Único, com dados de janeiro de 2021, mostra 19.007 registros. As informações do Sismigra mostram o aumento relevante na entrada de imigrantes a partir de 2018, ano em que 10.657 pessoas buscaram o registro, número que subiu para 10.931 em 2019 e caiu para 2.860 em 2020, em função da pandemia. Pretos e pardos estão mais presentes entre os imigrantes do Estado na comparação ao total da população gaúcha e os salários mais altos são pagos aos imigrantes brancos e do sexo masculino, em comparação com os demais.

O crescimento de fluxos migratórios transnacionais para o município de Porto Alegre a partir de 2010, levou à realização da Conferência Municipal sobre Migrações e Refúgio em 27 de março de 2014 na qual foram escolhidos delegados governamentais e da sociedade civil para levar propostas locais à Conferência Nacional sobre Migrações e Refúgio.

No contexto da saúde municipal, a obtenção de dados via Prontuário Eletrônico da Atenção Básica - e-SUS /SMS/PMPA, permite identificar os cadastros

ativos de imigrantes no sistema de saúde da cidade. De janeiro de 2020 até junho de 2021 os registros, a partir de ordem decrescente, apontam um *ranking* de 4.035 imigrantes sem nacionalidade declarada, 960 de nacionalidade haitiana, 677 venezuelanos, 127 uruguaios e 63 argentinos.

Considerando que o município de Porto Alegre vem prestando atendimento social pontual aos imigrantes, refugiados, apátridas e vítimas de tráfico humano e que essas ações precisam ser coordenadas e implementadas de forma transversal às políticas sociais e serviços públicos já existentes, sob a articulação de órgão gestor de políticas de desenvolvimento social, reitera-se que o acesso de imigrantes, refugiados, apátridas e vítimas de tráfico humano aos serviços públicos de saúde, segundo a Lei de Migrações nº 13.445/2017, deve ser garantido sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória.

Para que estes direitos sejam garantidos alguns problemas devem ser enfrentados como a inexistência de um plano estadual e municipal; não domínio da língua do País, desconhecimento do sistema de saúde, falta de recursos próprios para atendimento desta população, carência de capacitação dos profissionais, escassez de dados referentes aos cadastros.

#### **1.4.8 Ciganos**

O primeiro registro escrito de antepassados ciganos no Brasil ocorreu em 1574, data em que o Calon João de Torres e sua família chegaram ao país expulsos de Portugal pelo fato de serem ciganos. Após o fim do século XIX, dezenas de famílias de outros troncos étnicos ciganos, especialmente de origem Rom, mas também do tronco Sinti, aportaram no Brasil, fugindo das guerras europeias ou expulsas de um país para outro.

A ciganofobia, o racismo e a xenofobia afetam os povos ciganos através de dinâmicas de discriminação, preconceito e violência institucional, criando obstáculos ao acesso deste seguimento da população a serviços básicos, como saúde, educação, habitação e outros. A maioria das pessoas ciganas vive na total informalidade, o que dificulta ou impede garantias constitucionais como aposentadoria e seguridade social.

Somente após a Constituição Federal de 1988 e a redemocratização do país é que, lentamente, surge e se impõe a necessidade de que o Estado brasileiro

busque maior visibilidade das comunidades ciganas. Apesar de pequenos avanços, como a criação do Dia Nacional dos Ciganos, no ano de 2006 ou a inclusão do tronco étnico entre os povos e comunidades tradicionais, poucas políticas públicas específicas foram construídas.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), não contabiliza as pessoas ciganas no censo populacional, o que dificulta a elaboração de programas e políticas em campos importantes, como saúde, educação, trabalho, transporte ou mesmo o acesso a aparatos de lazer e cultura. Estima-se um número superior a 500 mil ciganos espalhados por todos os estados brasileiros, sendo que este número pode ser maior, afirma a comunidade cigana.

Visando seu reconhecimento como cidadãos e a inclusão de suas pautas nas ações, políticas e programas do Estado brasileiro, os ciganos tiveram participação coletiva na elaboração do PL nº 248 de 2015 que prevê a construção de um Estatuto Nacional que garanta direitos e deveres para as comunidades ciganas de todo o território nacional.

Devido ao histórico da exclusão social vivida pelos povos ciganos, avalia-se que a pandemia do Coronavírus está impactando profundamente esta população. Muitas famílias ciganas continuam a viver de forma nômade ou itinerante em barracas, sem acesso a serviços mínimos de infraestrutura como água, luz, coleta de lixo ou esgoto, o que dificulta ações de prevenção ao Coronavírus.

O governo federal não incluiu os ciganos como público prioritário na vacinação contra a Covid-19. A orientação do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (MMFDH) é de que a vacinação deste público deverá obedecer o calendário da faixa etária vigente para a vacinação contra Covid-19 em suas cidades atuais com o local de moradia autodeclarado, seja em acampamentos ou residências fixas.

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre orientou seus profissionais a promoverem a imunização contra Covid-19 de pessoas autodeclaradas ciganas, que residam ou estejam acampadas na cidade de Porto Alegre, cumprindo o requisito da faixa etária vigente, não sendo necessário apresentar comprovante de residência como pré-requisito obrigatório para esta população. Recomendando que, quando a população cigana buscar os serviços de atenção básica, deve realizar-se o Cadastramento CADSUS - Sistema de Cadastramento de usuários do SUS, (Cartão

SUS temporário), permitindo a geração do número do cartão SUS, para qualificar o registro dos dados em saúde desses usuários e facilitar a identificação dos mesmo na rede de serviços conforme SEI 21.0.000062514.8.

#### **1.4.9 Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis e Tuberculose**

A Coordenação de Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis e Tuberculose (CAIST) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) apoia-se no cenário epidemiológico descrito pela Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis da Diretoria de Vigilância Sanitária de Porto Alegre para a construção de ações no âmbito técnico e político. Em paralelo ao contexto desenhado, para cada agravo, existem objetivos e metas claras recomendadas por instituições nacionais e internacionais para o controle dos agravos em questão, entre elas: Organização Mundial de Saúde (OMS), Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde (DCCI).

Para a gestão efetiva das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), a CAIST trabalha alinhada aos parâmetros definidos pela Coordenação Estadual de IST/Aids do Estado do Rio Grande do Sul. A efetivação desta pactuação está expressa através da incorporação das metas de gestão do Plano Estadual de Saúde 2022-2025, ao documento municipal e aos encontros sistemáticos para parametrização das ações de controle ao HIV/Aids, da mesma forma este alinhamento ocorre no que se refere à Tuberculose. A CAIST busca, junto ao Programa Estadual de Controle da Tuberculose do Rio Grande do Sul (PECT/RS), apoio técnico e político para o alcance das metas propostas a fim da execução efetiva dos planejamentos e metas.

A CAIST elenca, entre os diferentes temas e metas a serem alcançadas, a eliminação da transmissão vertical (TV) do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da Sífilis congênita, sendo um dos principais objetivos da gestão nos próximos anos. A escolha encontra-se no dano individual e social causado quando ocorre a TV do HIV, Sífilis ou o registro de uma criança exposta a estas doenças.

Entre os objetivos estratégicos, inclui-se também a redução das novas infecções pelas Hepatites virais, em especial a Hepatite C, incluindo a redução da mortalidade.

As metas da Organização Mundial de Saúde pré-estabelecem o alcance deste objetivo até o ano 2030.

Referente ao agravo da Tuberculose, a CAIST, busca corresponder às metas da gestão municipal do Gabinete do Prefeito, descrita no Programa de Metas 2021-2024 (Prometa), no eixo desenvolvimento social, meta 87. A proposta é o aumento da taxa de cura de novos casos de Tuberculose de 52,7% para 60,0% no município de Porto Alegre. Esta Coordenação busca desenvolver nos territórios do município a Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis. A agenda estratégica atua sobre segmentos populacionais que apresentam taxas desproporcionais e em ascensão de infecção pelo HIV, comparados com a população geral, principalmente devido a componentes estruturais, tais como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a discriminação. A ampliação do acesso é voltada às populações-chave (trabalhadores do sexo, pessoas privadas de liberdade, gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas trans e pessoas que usam álcool e outras drogas) e prioritárias (população negra, indígenas, adolescentes e jovens e pessoas em situação de rua).

Dentro da pauta da discriminação, utilizamos como base a Agenda para Zero Discriminação em Serviços de Saúde, construída pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), em parceria com o Ministério da Saúde, com o objetivo de propiciar um espaço informal de escuta de usuários dos serviços de saúde pertencentes às populações-chave. Alguns dos objetivos incluem: maior acesso e acolhimento; ações de educação em saúde; monitoramento e avaliação de indicadores; articulação e controle social; comunicação e representatividade; estrutura dos serviços com implementação e consolidação das políticas já existentes e em desenvolvimento; além do fortalecimento na rede de saúde, no âmbito da atenção primária e especializada de Porto Alegre.

Com o objetivo de ampliar os princípios e metas da Coordenação de Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis e Tuberculose para outros âmbitos, inclui-se como ação importante as pactuações intersetoriais com diferentes coordenações da Secretaria Municipal de Saúde, Organizações não Governamentais (ONG), Organizações da Sociedade Civil (OSC) e outras Secretarias Municipais. Algumas

parcerias já foram realizadas levando em conta as populações-chave e prioritárias, tais como jovens e adolescentes, população em situação de rua e pessoas trans.

Diante disso, é importante o desenho da rede de assistência às Infecções Sexualmente Transmissíveis e a Tuberculose para a estruturação de metas objetivas e factíveis. Atualmente, Porto Alegre conta com um conjunto de serviços da rede para a construção e implantação de planos de enfrentamento dos agravos que estão sob a sua gestão. Os serviços do Sistema Único de Saúde que prestam esta assistência na rede de Porto Alegre são as unidades de saúde da atenção primária, Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) e ambulatórios de hospitais. A especificidade de cada modalidade encontra-se na complexidade do caso e o seu enquadramento na linha de cuidado estabelecida para o manejo do agravo.

Atualmente, Porto Alegre conta com 132 Unidades de Saúde de Atenção Primária com habilitação, conforme os protocolos do DCCI, para a assistência às pessoas com IST, para o manejo clínico de pessoas vivendo com HIV/Aids e para a atenção às pessoas com Tuberculose. Fica indicada a vinculação dos usuários a atenção primária quando estes são elegíveis para o acompanhamento com esquemas terapêuticos de primeira linha e perfil clínico correspondente aos critérios apontados nas linhas de cuidado dos agravos citados.

A atenção primária é um elemento importante para o enfrentamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis e da Tuberculose, devido aos seus atributos essenciais que envolvem a acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade e o seu papel na coordenação do cuidado. Entende-se a importância da potencialização dessa estratégia para a ampliação do diagnóstico precoce, adesão e desfechos positivos. Existe a recomendação de que pessoas que apresentam sintomas ou diagnóstico conhecido de IST e Tuberculose necessitam de atendimento no mesmo dia ao procurar um serviço de saúde, sendo este momento decisivo para a construção de vínculo, realização/solicitação de exames, tratamento e identificação de vulnerabilidades.

Seguindo o percurso da rede, de acordo com a linha de cuidado, quando extrapolado o limite da assistência de competência da Atenção Primária à Saúde, existe a disponibilidade dos serviços especializados. Esses, assim como os ambulatórios hospitalares, recebem os usuários através da regulação de consultas realizadas a partir do sistema Gercon (Gerenciamento de Consultas). A rede de Porto Alegre inclui, nesta modalidade, três Serviços de Assistência Especializada: Santa Marta, Vila dos Comerciários (CSV) e IAPI. O Serviço de Assistência Especializada Santa Marta apresenta a especificidade de comportar na sua estrutura o atendimento das Hepatites Virais, incluindo um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). O CTA está voltado para o atendimento dos usuários na lógica da prevenção combinada, sendo o responsável pela educação permanente da rede de saúde do município para os agravos elucidados neste texto.

Recentemente, no ano de 2020, os Serviços de Assistência Especializada passaram por um processo de unificação, agregando na sua competência os Centros de Referência em Tuberculose. Essa estratégia buscou a aproximação das equipes e fluxos, na tentativa de ampliar os esforços no enfrentamento, principalmente, da alta morbimortalidade pela coinfeção HIV/TB, indicador importante no município, sendo a principal causa de óbitos em Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHIV). Desta forma, os Serviços de Assistência Especializada ampliaram o escopo da sua assistência, incluindo nas atividades destinadas às pessoas com Tuberculose: o Tratamento Diretamente Observado (TDO), a profilaxia da Infecção Latente da Tuberculose (ILT) e o acompanhamento com terapêuticas mais avançadas para a Tuberculose.

Os serviços descritos contam com as Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM) que somam à sua lista de distribuição as profilaxias pré e pós exposição ao HIV, bem como a lista de fármacos para o manejo das IST mais comuns na população que busca o atendimento no Centro de Testagem e Aconselhamento e realiza seu acompanhamento no Serviço de Assistência Especializada.

O SAE Santa Marta difere dos demais por disponibilizar os esquemas completos para o tratamento das Hepatites Virais, realizando a dispensação dos fármacos. O município conta com 3 Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais sob gestão da secretaria municipal de saúde, a fim de garantir acesso universal ao tratamento, através da sua organização logística em rede, com permanente comunicação entre os atores envolvidos (secretaria Estadual e Municipal), tendo em vista que a aquisição destes medicamentos são de responsabilidade do Ministério da Saúde. Esses profissionais prestam informações sobre tratamento, conduta terapêutica, efeitos adversos, adesão ao tratamento, riscos associados ao abandono terapêutico e uso racional de medicamentos.

A CAIST identifica a importância da assistência farmacêutica na área e estabelece na sua equipe a referência técnica do profissional farmacêutico. Esse entendimento deve-se ao fato da coordenação identificar o grande envolvimento das ações e estratégias de controle dos agravos a questões envolvendo insumos e fármacos, o que necessita um olhar com expertise.

A rede conta com uma unidade móvel de testagem rápida, estratégica para acessar populações vulnerabilizadas e que não acessam o serviço de saúde. Neste eixo há a realização de ações extramuros com abordagens em áreas de sociabilidade. Tais áreas são descritas através de um processo de georreferenciamento que facilita a gestão dos pontos de maior risco às Infecções Sexualmente Transmissíveis, bem como as demandas de saúde dos espaços vinculados.

Quanto às ações no âmbito dos projetos realizados em parceria com instituições nacionais e internacionais, no ano de 2020, foram firmados importantes contratos com Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde (DCCI) do Ministério da Saúde, AIDS Healthcare Foundation (AHF), Proadi-SUS (Hospital Moinhos de Vento) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Estes projetos focalizaram nas dificuldades enfrentadas pelos serviços de atenção às ISTs e a Tuberculose com a ampliação da prevenção combinada, principalmente testagem e tratamento, assim como a inserção e reinserção das pessoas nos seus cuidados em saúde.



A Coordenação de Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis e Tuberculose busca estruturar planos de eliminação e controle dos agravos sob a sua gestão pensando as ações em saúde para impactar nos indicadores na capital do Rio Grande do Sul, entre eles:

#### ***Plano de enfrentamento do HIV/Aids***

- Ampliação do número de pessoas diagnosticadas;
- Ampliação do número de usuários vinculados e em tratamento antirretroviral;
- Aumento de Pessoas Vivendo com HIV/Aids com contagem de carga viral indetectável;
- Ampliação da investigação de infecção latente TB e em profilaxia, quando necessário;
- Redução da mortalidade por Aids;
- Atualização e efetivação da linha de cuidado a Pessoas Vivendo com HIV/Aids;
- Ampliação das Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais;
- Ampliação dos Serviços de Assistência Especializada.

#### ***Certificação da zero transmissão vertical do HIV***

- Ampliar a representação das diversas entidades no Comitê Municipal de Transmissão Vertical;
- Educação permanente à rede para assistência nos diversos momentos em relação ao binômio: gestante/lactante e à criança exposta;
- Garantir o acesso ao planejamento familiar e aos métodos contraceptivos Reversíveis de Longa Duração (LARC) para as mulheres vivendo com HIV;
- Garantir o pronto acesso ao pré-natal com ampliação do diagnóstico precoce de gestação e da testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites Virais B e C na primeira consulta;
- Normatizar a testagem rápida de HIV, Sífilis e Hepatites Virais B e C na internação da gestante na maternidade;

- Normatizar a testagem do parceiro nas unidades de saúde e nas maternidades em toda internação da gestante para tratamento ou para parto;
- Projetar Tratamento diretamente observado para a gestante HIV de alta vulnerabilidade;
- Garantir a Testagem rápida de HIV e Sífilis no 2 e 3 trimestre de gestação e sempre que houver exposição, bem como no puerpério e a cada 6 meses na lactante;
- Garantir a profilaxia pós exposição ao HIV para a gestante exposta e para a criança exposta;
- Implantar o registro em sistema informatizado da entrega de fórmulas infantis à Recém-nascido expostos na rede a fim de monitoramento e gestão de estoques.

#### ***Plano de enfrentamento das Hepatites Virais***

- Ampliação do acesso ao diagnóstico e o tratamento da Hepatite C, principalmente através do uso de testes rápidos;
- Reduzir a morbimortalidade;
- Ampliação das ações voltadas para a população acima de 40 anos de idade e grupos prioritários;
- Implantar a linha de cuidado para as Hepatites virais com redução de barreiras de acesso;
- Implantação da dispensação do tratamento das Hepatites virais através Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) nos serviços de Assistência Especializada;
- Ampliação da educação permanente da rede para diagnóstico e manejo clínico das Hepatites virais.

#### ***Plano de enfrentamento da Tuberculose***

- Ampliação da busca de sintomáticos respiratórios para Tuberculose;
- Redução da taxa de abandono de tratamento;
- Aumento da Taxa de cura de casos novos de Tuberculose nos territórios de Porto Alegre;

- Informatizar o processo de solicitação de exames de Tuberculose no SISTEMA GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial);
- Monitorar os resultados de exames laboratoriais, acesso ao diagnóstico clínico adequado e a oportunidade de início do tratamento para Tuberculose com orientação adequada, através dos sistemas informatizados da prefeitura de Porto Alegre (taxa de absenteísmo de retorno após coleta, início de tratamento, início da segunda etapa de tratamento e realização de exame para confirmação de cura);
- Ampliar a capacidade da busca ativa dos pacientes classificados como em risco de abandono terapêutico ou com exames laboratoriais positivos sem registro do início de tratamento no Sistema de Dispensação (DIS);
- Garantir às equipes matriciamento e educação permanente em Tuberculose;
- Implantação da linha de cuidado do município, em consonância com o plano estadual;
- Implantação do novo tratamento de Infecção Latente de Tuberculose na rede municipal através da análise epidemiológica do número de casos novos, disponibilidade logística e capacitação das equipes;
- Qualificação e ampliação da atuação dos agentes de combate às endemias (ACE) nos Centros de Referência em Tuberculose.

***Plano de prevenção e enfrentamento das Infecções Sexualmente transmissíveis***

- Potencialização do Centro de Testagem e Aconselhamento Santa Marta como referência no matriciamento e educação permanente das Infecções Sexualmente Transmissíveis;
- Ampliação da disponibilidade da profilaxia pós-exposição (PEP) e da profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV;
- Aumento da dispensação de insumos de prevenção como gel lubrificante, preservativo interno e externo;
- Ampliação da dispensação de autoteste para HIV no município de Porto Alegre;

- Ampliação das ações extramuros, principalmente em áreas de concentração de populações-chave e prioritárias;
- Ampliação e sistematização do georreferenciamento das áreas de sociabilidade;
- Fortalecimento da Educação permanente para manejo clínico de HIV, Hepatites virais e Tuberculose para rede de APS;
- Descentralização da testagem por amostra de Fluido Oral para a detecção de HIV na rede de saúde de Porto Alegre;
- Ampliação do acesso de demanda espontânea para o cuidado das IST nos serviços da rede de saúde de Porto Alegre.

#### **1.4.10 Saúde da Mulher**

As mulheres representam a maioria da população brasileira com um percentual de 51%. No Município de Porto Alegre, conforme censo IBGE 2010, a população feminina é de 755.564, representando 54% do total da população. Na faixa etária dos 10 aos 49 anos, considerada como período de idade fértil, 444.236 mulheres (59%). As mulheres com mais de 60 anos representam um percentual de 19%, já as mulheres negras representam 20% do total de mulheres no município.

Ao longo dos últimos 5 anos, as doenças cardiovasculares aparecem como principal causa de mortalidade em mulheres, com um coeficiente de 202 casos por 100 mil mulheres, seguido das neoplasias malignas, com um coeficiente de 193 casos por 100 mil mulheres.

Em mulheres em idade fértil, as neoplasias malignas despontam como principais causas de morte com um coeficiente de 27,5 casos por 100.000 mulheres nessa faixa etária. E nesta categoria, o Câncer de Mama é responsável pelo maior número de óbitos, seguido pelas neoplasias dos órgãos genitais, nas quais o câncer do colo do útero representa a maior parte dos casos. Conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a estimativa de incidência de Câncer de Mama para o triênio 2020-2022 é de 660 casos absolutos, com uma taxa de 81,8 casos por 100 mil mulheres. Já a estimativa de casos novos de Câncer do Colo do Útero é de 5,8 casos por 100 mil mulheres anualmente no município.

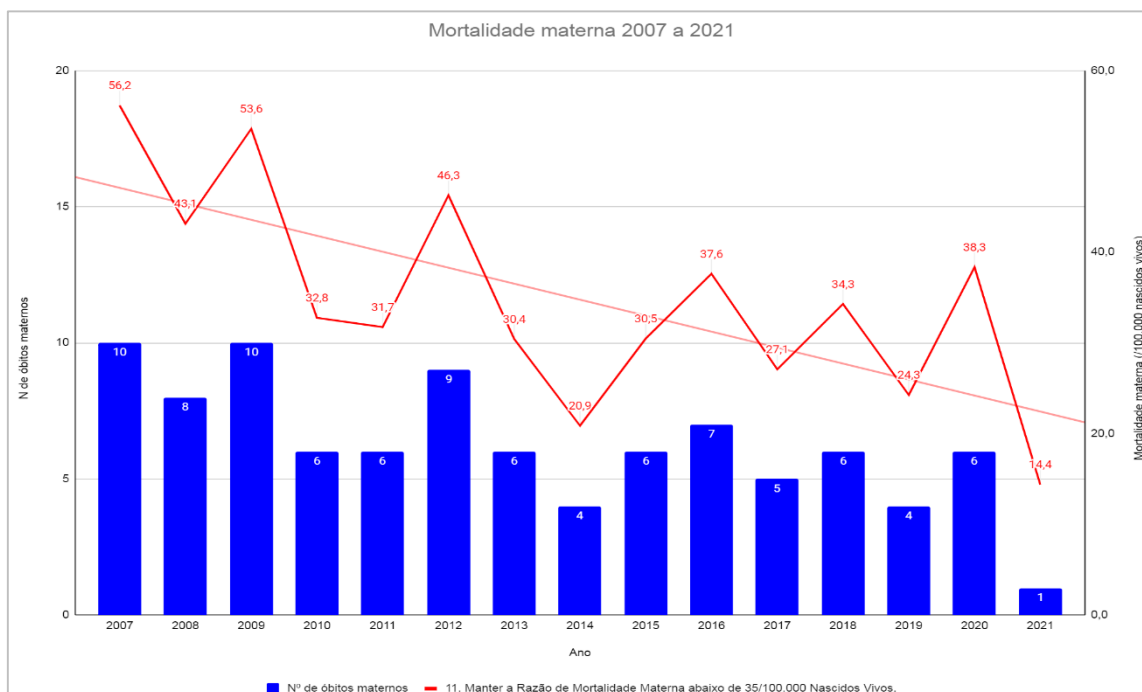
Os óbitos por doenças causadas pelo vírus HIV, segunda maior causa de óbitos, apresenta um coeficiente de 17 casos por 100.000 mulheres. É necessário

destacar que no ano de 2020 houve mais de 860 óbitos de mulheres por Doença Causada pelo Novo Coronavírus, com um coeficiente de 113 casos por 100.000 mulheres.

Quanto à mortalidade materna, este é um importante indicador para avaliar as condições socioeconômicas de um território e da qualidade de vida de sua população. A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade. O Coeficiente de Mortalidade Materna, no município, na média dos últimos cinco anos, manteve-se em torno dos 30 casos por 100.000 nascidos vivos. Ao analisar o coeficiente de mortalidade materna neste período de cinco anos, verificou-se que a equidade raça-cor não é uma constante. Houve, em 2019, um coeficiente de mortalidade materna em mulheres negras menor do que o coeficiente em mulheres brancas, o que não foi observado nos outros anos do período analisado.

Em 2019 houve 24 casos por 100 mil NV e em 2020, 38 casos por 100 mil NV. Não houve óbito materno por Covid-19 em 2020, mas eventos ocorridos neste ano estão sendo analisados para se verificar se houve alguma relação, mesmo que de forma indireta, com a pandemia por Covid-19 e serão apontados no relatório anual do Comitê de Mortalidade Materna.

**Gráfico 64 - Número de Casos Absolutos e Coeficiente de Mortalidade Materna 2007-2021**



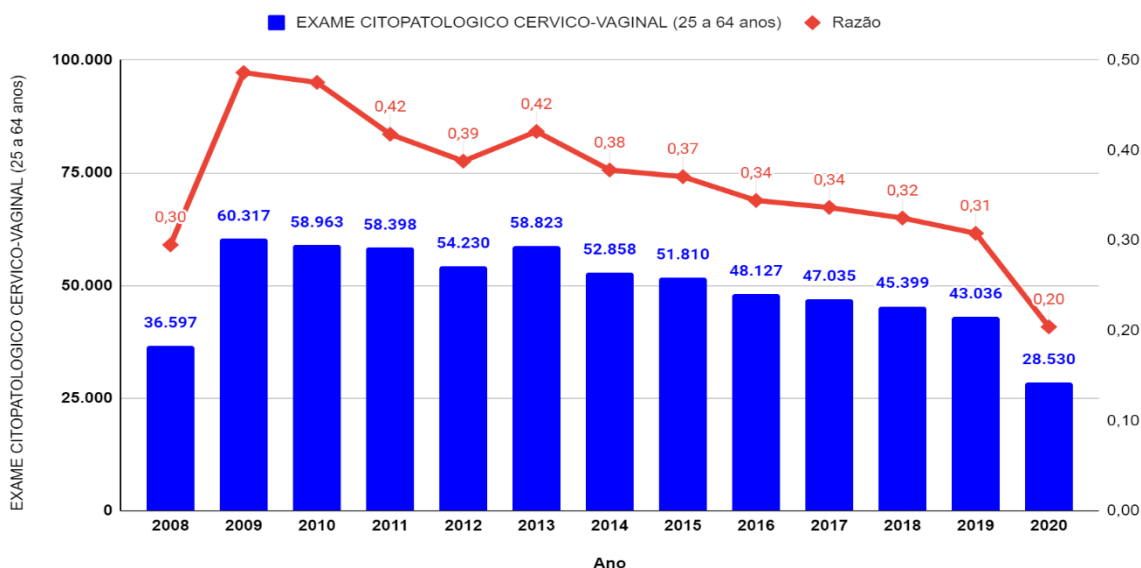
Fonte: SIM.

Em 2020, houve um aumento deste coeficiente, cuja análise dos óbitos está disponível no Relatório Anual do Comitê de Mortalidade Materna no anexo E do Relatório de Gestão do 2º quadrimestre de 2021 (disponível em [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/rg\\_2\\_quadrimestre\\_2021.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rg_2_quadrimestre_2021.pdf)).

Atualmente, a avaliação do acesso e a qualidade da atenção em saúde à população feminina no município é monitorada, principalmente, pelos seguintes indicadores:

- Razão de exames citopatológico do colo do útero realizados: considerando que o câncer do colo do útero é 100% prevenível, pois apresenta lesões precursoras que levam em média 10 anos para se tornar câncer, ele pode ser detectado precocemente por meio do exame citopatológico do colo do útero realizado nos serviços de atenção básica. Sendo importante o seguimento pela Rede de Atenção Primária dos casos de exame alterados.

**Gráfico 65 - Número e Razão de Exames Citopatológicos realizados em mulheres de 25 a 64 anos de 2008 - 2020**

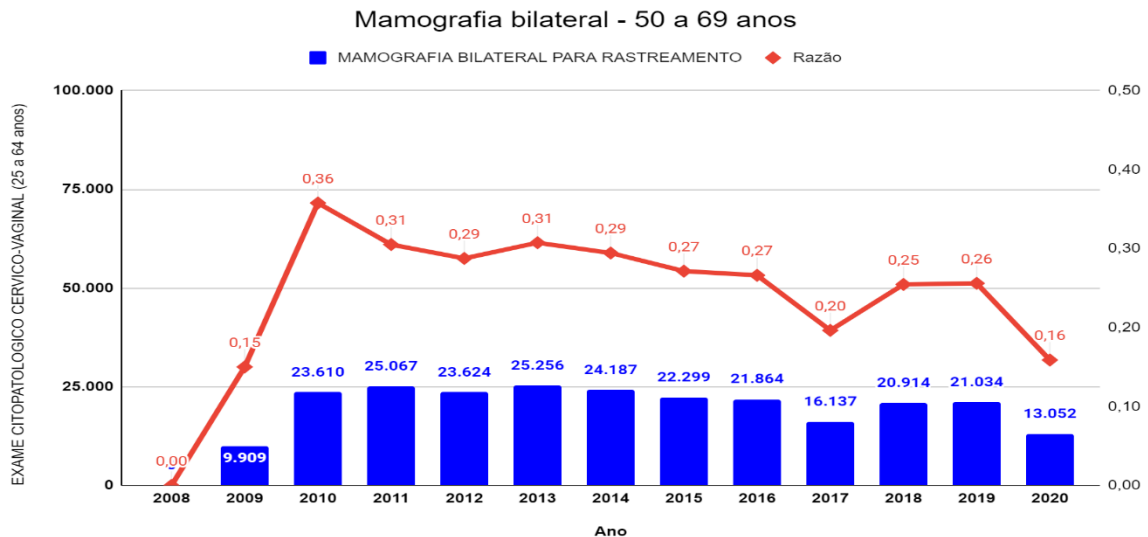


Fonte: Tabwin- SIASUS.

- Razão de mamografia, considerando que a detecção precoce do câncer de mama é fundamental para um prognóstico favorável e para a diminuição da mortalidade. Sendo necessário, o acompanhamento das

mulheres com exames alterados, a fim de monitorar a continuidade da investigação e início do tratamento.

**Gráfico 66- Número e Razão de Mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos de 2008 - 2020**



Fonte: Tabwin- SIASUS.

É perceptível ao analisar os gráficos de CP e mamografias realizados uma tendência de queda ao longo dos últimos anos. Especificamente em 2020, esses indicadores sofreram uma diminuição considerável, devido ao direcionamento dos recursos humanos e materiais para o enfrentamento da pandemia Covid-19. As atividades de prevenção foram retomadas em seus níveis anteriores a partir do segundo quadrimestre de 2021 e outras estratégias para o aumento da captação de mulheres para realização desses exames estão em discussão.

É necessário destacar, que a fonte de busca dos números de exames Citopatológico do colo do útero (CP) e Mamografias (MMG) realizados é o SIASUS, desta forma obtém-se somente os números de exames realizados pelo SUS. Não há, disponível para a SMS, um sistema de informação que dê acesso ao quantitativo de CP e MMG realizados na rede privada e convênios. Conforme o *site* da Agência Nacional de Saúde (ANS), em março de 2021, em torno de 43% da População de Porto Alegre era beneficiária de algum plano de saúde.

- Assistência Obstétrica: acesso e qualidade do pré-natal de risco habitual e acesso em tempo oportuno ao pré-natal de alto risco, garantia de vinculação da gestante à maternidade de referência no início da gestação,

monitoramento de indicadores de qualidade da atenção ao parto e pós-parto na maternidade.

- **Coeficiente de Mortalidade Materna:** Investigação, análise e discussão de todos os casos de óbito materno no município em reuniões do Comitê Municipal de Mortalidade Materna, instituído por portaria. O acompanhamento do desempenho desse indicador é fundamental importância para avaliar e qualificar a assistência obstétrica prestada pelo Município de Porto Alegre para seus municípios.

O Objetivo da Política de Saúde da Mulher do município de Porto Alegre é reduzir a morbimortalidade pelos agravos mais prevalentes na população feminina, articulando ações nos diferentes níveis de complexidade em saúde, bem como ações transversais com áreas afins para promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e recuperação de condições de saúde, qualificando assim a saúde das mulheres no município. Neste sentido, os principais eixos de ação para a atenção à saúde das mulheres são:

***Principais eixos de ação:***

- *Promoção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos* das mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminações. Acesso a métodos contraceptivos, informações sobre os métodos disponíveis, a fim de subsidiar escolha compartilhada entre a mulher e o profissional de saúde, considerando as condições clínicas e perfil das mulheres, a fim de garantir a eficácia do método escolhido.
- *Assistência Obstétrica:* qualificação da rede nos diferentes níveis de complexidade: Pré-natal baixo risco, acesso ao pré-natal alto risco e regionalização da Assistência Obstétrica.
- *Redução da morbimortalidade* por doenças cardiovasculares, atuando em conjunto com a Política de Doenças não Transmissíveis e Política de Alimentação e Nutrição no estabelecimento de estratégias que estimulem hábitos de vida saudáveis como prevenção de Doenças Cardiovasculares (DVC) e de estratégias para garantia de diagnóstico precoce e tratamento das DVC.



- *Redução da morbimortalidade* por câncer na população feminina, atuando em conjunto com a Política de Doenças não Transmissíveis, Política de Alimentação e Nutrição e Prevenção e Detecção Precoce do Câncer do Colo do Útero e Câncer de Mama. Estabelecendo ações estratégicas para realização de ações preventivas, diagnóstico e detecção precoce e tratamento em tempo oportuno.
- Articulação de ações em transversalidade com as demais Políticas (População Negra, Povos indígenas, População LGBTQI+, Imigrantes, Mulheres privadas de liberdade, Mulheres com HIV) para melhora nas condições de saúde das mulheres e atenção às diversidades.
- *Violência contra a Mulher*: Estabelecimento de fluxo de atendimento à Mulher Vítima de Violência Doméstica e/ou Sexual, considerando todos os serviços constituídos no município, por meio de articulação intersetorial capitaneada pela Coordenadoria da Mulher.

#### **1.4.11 Saúde do Homem**

No âmbito dos três níveis de governo (União, Estado e Município), foram deliberadas diretrizes e objetivos que visam a ampliar e melhorar o acesso da população masculina adulta aos serviços de saúde. No Brasil, conforme a Portaria Ministerial GM-MS, nº 1.944 de 27 de agosto de 2009, institui-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). No Estado do Rio Grande do Sul, institui-se a partir da Resolução nº 236 CIB/RS de 2014, a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com enfoque na população masculina com idade entre 18 e 59 anos. No Município de Porto Alegre, criado pela Lei municipal nº 11.992 de 30 de dezembro de 2015, que institui o Programa da Saúde do Homem (PSH). Cinco eixos temáticos foram utilizados para desenvolver essa política: 1) Acesso e Acolhimento; 2) Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva; 3) Paternidade e Cuidado com seus filhos; 4) Doenças prevalentes na população masculina e 5) Prevenção de Violências e Acidentes.

A principal causa de morte da população examinada (homens de 18 a 59 anos), já estratificando as causas externas, são os homicídios, com um percentual de aproximadamente 7 para cada 10 mortes por causas externas. Nas políticas públicas elaboradas pela União, Estado e pelo nosso Município, não são

apresentados projetos ou ações específicas para a principal causa de morbimortalidade, que é a violência (agressão, homicídio, etc.). Ao menos nas últimas quatro décadas a saúde do homem tem sido objeto de estudo devido a diferença em seu perfil de morbimortalidade quando comparado ao das mulheres.

É sabido que os homens tendem a evitar os serviços de saúde, acessando preferencialmente níveis que não o da Atenção Primária à Saúde (APS), e quando o fazem, são demandas focadas em doenças, acidentes ou lesões. Diferente das mulheres que buscam majoritariamente os serviços para realização de exames de rotina e prevenção. Este comportamento resistente à APS aumenta não apenas seu sofrimento físico e emocional, mas do núcleo familiar. Além disso, sua protelação do cuidado provoca uma sobrecarga financeira ao sistema de saúde, já que a intervenção ocorre nos estágios mais avançados das doenças.

Os homens são o estrato mais frágil dentro dos serviços de saúde e são diversos os motivos político-econômicos e socioculturais encontrados na literatura para que isto ocorra. Por exemplo, relatam que a responsabilidade pelo provento da família e sua ausência no trabalho comprometeria tal estabilidade, o que é um fato importante quando aproximadamente 50,4% da população com emprego formal entre 20 e 59 anos em Porto Alegre é composta por homens. Além de não se perceberem como pertencentes aos ambientes de saúde, por considerarem espaços que se destinam às pessoas idosas, mulheres e crianças, os homens também julgam-se invulneráveis, e na unidade de saúde o mito da invulnerabilidade é desfeito.

Observado o ranking das causas de morbimortalidade masculina, sugere-se que a Política de Saúde do Homem seja dividida em duas partes considerando-se a Multidisciplinaridade, objetivando a Interdisciplinaridade, através de políticas transversais de governo e intersetorial socialmente:

- Ações de acesso e acolhimento do público-alvo com ênfase na promoção e prevenção de doenças prevalentes na população masculina, de forma coordenada, intra Secretaria Municipal da Saúde e integrada às outras Secretarias Municipais, buscando a participação e articulação efetiva dos órgãos do governo do Estado e da União.
- Projeto de precaução e prevenção à violência, de forma coordenada, intra Secretaria Municipal da Saúde e integrada às outras Secretarias

Municipais, buscando a participação e articulação efetiva dos órgãos do governo do Estado e da União.

Para o Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre, (2022-2025), sugerimos a implementação e consolidação de eixos prioritários: 1) doenças prevalentes na população masculina; 2) acesso e acolhimento do público masculino nos serviços de saúde; 3) prevenção de violências e acidentes.

Ações:

- Monitoramento de indicadores de saúde do homem, como Internações por condições sensíveis à APS entre homens adultos.
- Programa de prevenção à violência exercida e sofrida pelo homem.
- Parceria com entidades governamentais e não governamentais, que concentram grande número de homens com idade entre 19 e 59 anos, para divulgação e atendimento ao público-alvo.
- Estimular exames preventivos no público-alvo através de campanhas de esclarecimento e informações.
- Estimular a participação dos pais no acompanhamento do pré-natal.
- Mobilizar familiares para incentivar cuidados com a saúde do homem.
- Abertura quinzenal das unidades aos sábados para atendimento exclusivo de homens adultos;
- Busca ativa via *WhatsApp* ou telefonema para confirmar a presença e reforçar que aguarda o paciente para consulta;
- Disponibilizar teleconsulta em horário estendido.

#### **1.4.12. Saúde da População Idosa**

Segundo o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) em relação aos direitos fundamentais “o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social”, portanto o Estado deve garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, com promoção de políticas sociais públicas que ofereçam envelhecimento saudável e digno. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006) reforça estas diretrizes ao prever que a finalidade principal é a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e a independência dos indivíduos idosos, por meio de medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde

(SUS). É considerada como população idosa dessa política todo cidadão brasileiro com 60 anos de idade ou mais.

A Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso, determinando as competências dos órgãos e entidades públicos da saúde. Determina a garantia de assistência nos diversos níveis de atendimento no SUS e de normas de funcionamento das Instituições de Longa Permanência (ILP) e similares, com fiscalização pelos gestores do SUS, bem como também, de serviços geriátricos hospitalares.

Em decorrência da crescente expectativa de vida, há um aumento importante da proporção de idosos no Brasil, com o fenômeno da femininização do envelhecimento no país com o número de mulheres idosas superior ao de homens. Concomitantemente às transformações demográficas, o país tem apresentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade onde as doenças crônico-degenerativas prevalecem como principal causa de internações hospitalares e mortalidade.

A população idosa, a partir de 60 anos, em Porto Alegre, RS, representa 15% da população total da cidade. Há maior concentração da população idosa na área de atuação dos Distritos de Saúde Centro (28,5%) e Noroeste (12,5%). Em contrapartida, os distritos do Extremo Sul, Nordeste e Ilhas têm a menor concentração de idosos de Porto Alegre, representando 3,4% em relação à população geral de idosos.

A mortalidade em pessoas residentes em Porto Alegre com idade a partir de 60 anos representa 77,3% do total de óbitos no período de 2018 a 2020 e o coeficiente geral da mortalidade (CMG) em 2020 foi de 48,2 óbitos para cada 1000 habitantes na faixa etária a partir de 60 anos. A taxa de mortalidade referente à variável raça/cor mostra que a população negra tem maior coeficiente 50,1 óbitos/1000 habitantes, enquanto na população branca são 45,7 óbitos/1000 habitantes.

É possível verificar que os óbitos dos idosos não se distribuem homogeneamente pela cidade. Os maiores coeficientes de mortalidade ocorreram na área de atuação dos Distritos de Saúde Nordeste (62,7 óbitos/1000 habitantes), Extremo Sul (60,4 óbitos/1000 habitantes) e Restinga (58,1 óbitos/1000 habitantes). No entanto, os Distritos de Saúde Humaitá-Navegantes e Centro apresentaram as

menores taxas de mortalidade, com coeficientes 35,5 óbitos/1000 habitantes e 37,7 óbitos/1000 habitantes, respectivamente conforme tabela abaixo.

**Tabela 36 - Distribuição do coeficiente de mortalidade da faixa etária de 60 anos e mais, segundo Distrito de Saúde, período de 2018 a 2020, Porto Alegre**

Distrito Sanitário	2018		2019		2020	
	Nº	Coef*	Nº	Coef*	Nº	Coef*
Centro	2.069	34,3	2.135	35,4	2.276	37,7
Centro Sul	672	47,5	768	54,3	794	56,1
Cristal	170	39,5	185	43,0	171	39,7
Cruzeiro	337	40,2	394	47,0	390	46,6
Eixo Baltazar	478	41,7	530	46,3	526	45,9
Extremo Sul	220	54,0	259	63,6	246	60,4
Glória	381	59,5	362	56,6	368	57,5
Humaitá Navegantes	273	44,1	220	35,5	220	35,5
Ilhas	33	41,1	35	43,6	36	44,8
Leste	673	43,8	721	46,9	711	46,3
Lomba do Pinheiro	278	56,1	253	51,1	286	57,8
Nordeste	141	61,0	148	64,0	145	62,7
Noroeste	1.062	40,1	1.072	40,5	1.144	43,2
Norte	570	45,5	558	44,6	602	48,1
Partenon	684	45,1	666	43,9	721	47,5
Restinga	303	52,4	321	55,5	336	58,1
Sul	640	49,7	696	54,0	723	56,1
Ign	89	-	102	-	511	-
<b>Total</b>	<b>9.073</b>	<b>42,9</b>	<b>9.425</b>	<b>44,5</b>	<b>10.206</b>	<b>48,2</b>

Fonte SIM/DVS/SMS

\*Coeficiente: Óbitos na FE de 60 anos e mais no distrito para cada 1000 hab FE 60 anos e mais no distrito  
Dados populacionais extraído Censo IBGE 2010.

A tabela a seguir apresenta as cinco principais causas de óbito no período de 2018 a 2020 em idosos. As doenças do aparelho circulatório (24,2%) configuram como primeira causa de óbitos, seguidas por neoplasias (23,1%), doenças do sistema nervoso (10,3%), doenças do aparelho respiratório (10,3%) e as doenças infecto-parasitárias (8,4%). A evolução dos óbitos por grupo de doenças no período entre os anos de 2018 e 2020 apontou aumento significativo das doenças infecto parasitárias (DIP) em 2020 devido ao advento da pandemia de Covid-19 que foi a primeira causa de morte neste grupo, representando 84,2% dos óbitos. O impacto da pandemia na mortalidade geral dos idosos representou incremento de 8,3% de óbitos em 2020 em relação ao ano de 2019.

**Tabela 37 – Distribuição da mortalidade proporcional da faixa etária de 60 anos e mais, segundo os cinco principais Grupos de Causa, de 2018 a 2020, Porto Alegre**

Grupo de Causas	2018		2019		2020		Total Geral	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Doenças Do Aparelho Circulatório	2.465	27,2	2.343	24,9	2.126	20,8	6.934	24,2
Neoplasias	2.212	24,4	2.318	24,6	2.114	20,7	6.644	23,1
Doenças Do Sistema	966	10,6	996	10,6	1.007	9,9	2.969	10,3

Nervoso								
Doenças Do Aparelho Respiratório	867	9,6	997	10,6	753	7,4	2.617	9,1
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	235	2,6	304	3,2	1.863	18,3	2.402	8,4

Fonte SIM/DVS/SMS.

Os óbitos pela Covid-19, em 2020, atingiram consideravelmente a população idosa que representou 87,5% do total de vítimas fatais da doença, sendo que 19% ocorreram em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A população negra apresentou maior coeficiente de mortalidade com 11,3 óbitos/1000 habitantes, enquanto na população branca foram 6,5 óbitos /1000 habitantes. Não há registro de óbitos pela Covid-19 na população idosa indígena e amarela em 2020. Os Distritos de Saúde que apresentaram maior coeficiente de óbito por Covid-19 foram: Nordeste (12,1 óbitos/1000 habitantes) e Restinga (11,4 óbitos/1000 habitantes).

**Tabela 38 - Distribuição da mortalidade pela Covid-19 (CID 10- B 34.2) na população de 60 anos e mais, segundo Distrito de Saúde em 2020, Porto Alegre**

Distrito de Saúde	N	%	Coeficiente*
Nordeste	28	1,8	12,1
Restinga	66	4,2	11,4
Sul	125	8,0	9,7
Glória	60	3,8	9,4
Cruzeiro	74	4,7	8,8
Centro Sul	123	7,9	8,7
Partenon	129	8,3	8,5
Lomba do Pinheiro	40	2,6	8,1
Eixo Baltazar	90	5,8	7,9
Norte	98	6,3	7,8
Leste	114	7,3	7,4
Noroeste	170	10,9	6,4
Ilhas	5	0,3	6,2
Cristal	26	1,7	6,0
Extremo Sul	23	1,5	5,6
Humaitá Navegantes	34	2,2	5,5
Centro	295	18,9	4,9
Ign	62	4,0	-
<b>Total</b>	<b>1.562</b>	<b>100</b>	<b>7,4</b>

Fonte SIM/DVS/SMS

\*Coeficiente: Óbitos na FE de 60 anos e mais no distrito para cada 1000 hab FE 60 anos e mais no distrito  
Dados populacionais extraído Censo IBGE 2010.

Em relação às internações hospitalares de idosos residentes em Porto Alegre/RS, no somatório dos anos de 2018 a 2020, as DAC despontam como principais causas representadas pela Insuficiência Cardíaca (19,9%), doenças cerebrovasculares (18,4%) e doenças isquêmicas do coração (15,2%). As neoplasias configuram como a segunda causa de internação principalmente por neoplasia maligna de pulmão (9,7%), seguidas das doenças do aparelho respiratório

que têm as pneumonias e doenças respiratórias obstrutivas como mais frequentes. As doenças infecciosas e parasitárias apresentaram percentual baixo de internações desde de 2008, conforme o gráfico que será apresentado na sequência, com aumento expressivo em 2020 pelo aumento de internações pela Covid-19, representando 14,6% de internações. As internações por causas externas, apesar do percentual baixo, são importantes porque 27,6% ocorrem por fratura de colo de fêmur que geralmente são decorrentes de quedas. Dentro da mortalidade por causas externas nos idosos, as quedas representam 55,2% das mortes.

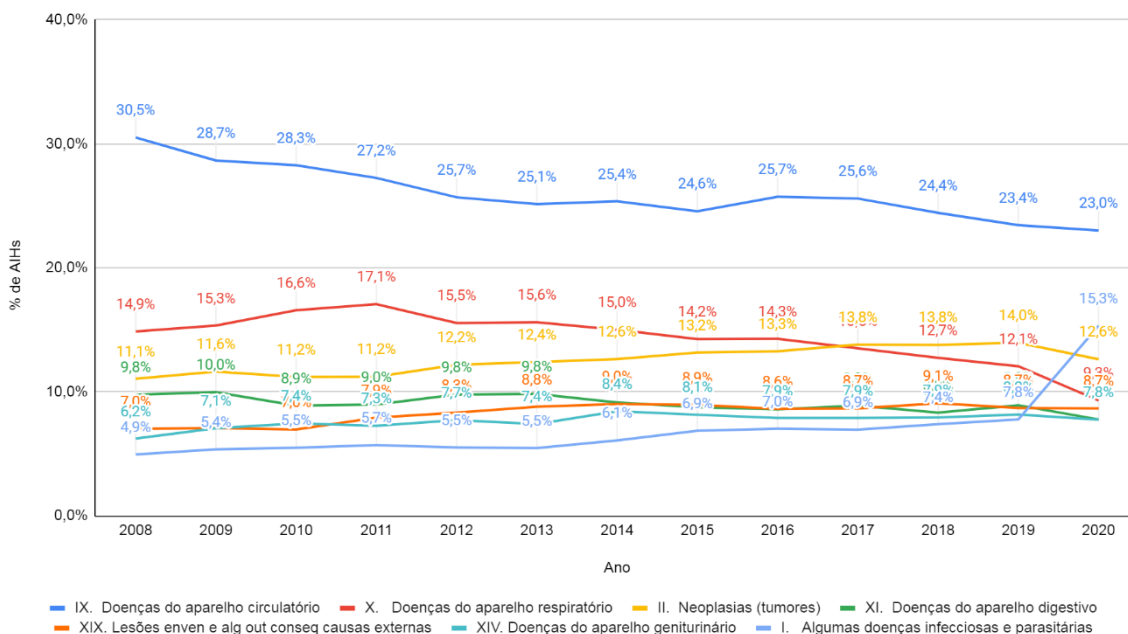
**Tabela 39 - Distribuição das internações hospitalares na faixa etária de 60 anos e mais, segundo Grupo de causa, em Porto Alegre, entre os anos de 2018 e 2020**

Capítulo CID-10	Internações Hospitalares							
	2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Doenças do aparelho circulatório	8.020	24,6	8.529	23,5	6.698	23,5	23.698	23,8
Neoplasias	4.495	13,8	5.046	13,9	3.691	13,0	13.515	13,6
Doenças do aparelho respiratório	4.170	12,8	4.397	12,1	2.698	9,5	11.522	11,6
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.402	7,4	2.827	7,8	4.143	14,6	9.531	9,6
Causas externas	2.974	9,1	3.179	8,8	2.291	8,1	8.726	8,8

Fonte: DATASUS.

**Gráfico 67 - Proporção de internações hospitalares na faixa etária de 60 anos ou mais por Grupo de Causa no período de 2008-2020, Porto Alegre**

Capítulo CID Internação 2008 2020 de 60 anos ou mais - 7 capítulos (>80% das AIHs)



Fonte: Data SUS.

Este panorama epidemiológico aponta que a situação de saúde dos idosos em Porto Alegre não é diferente da brasileira. As doenças e agravos não transmissíveis (Dants) configuram como principais causas de internação e óbitos com a prevalência das Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) e Neoplasias. As doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas aparecem como principais causas de óbito, enquanto o câncer de pulmão e de cólon são as causas predominantes de óbitos em relação às Neoplasias. Dentro das doenças do sistema nervoso é importante considerar doenças degenerativas principalmente por Demência Senil, assim como Doença de Alzheimer que tem impacto significativo nos óbitos deste grupo de causa.

A mudança no perfil epidemiológico tem como consequência aumento em investimentos com tratamentos médicos e hospitalares e implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema. O idoso necessita de mais serviços de saúde, com maior frequência de internações hospitalares e com maior tempo de ocupação do leito em relação às outras faixas etárias. Geralmente as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, persistem por vários anos e demandam acompanhamento de saúde de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas.

É fundamental criar mecanismos para que os idosos tenham a garantia de acesso aos serviços de saúde. O Plano Municipal da Pessoa Idosa Anexo – E estabelece metas e ações para o alcance e concretização desses direitos. A Lei Municipal nº 10.819, de 13 de janeiro de 2010, confere o benefício aos pacientes idosos e às pessoas com deficiência agendar, por telefone, as suas consultas nas unidades de saúde do Município de Porto Alegre, com garantia de 20% de acessos das consultas diárias disponíveis na unidade de saúde.

A preservação da funcionalidade global é um dos eixos norteadores para planejamento em saúde da população idosa. Para tanto, é primordial o investimento em planejamento de ações voltadas à prevenção de doenças e agravos não transmissíveis (Dants) que causam doenças incapacitantes prejudicando a autonomia e independência das pessoas idosas e, conseqüentemente, o seu bem estar. É conhecida a influência de alguns hábitos nocivos à saúde que predispõe às Dants como tabagismo, má alimentação, sedentarismo que devem ser combatidos, pois são fatores predisponentes para doenças cerebrovasculares, doenças



isquêmicas, câncer de pulmão e cólon. É importante destacar a prevenção de quedas (casa segura) e acidentes de trânsito que podem comprometer a qualidade de vida dos idosos.

Para tanto, é necessária a implementação da avaliação multidimensional, estratificação de risco, definição de plano de cuidado individual para o acompanhamento longitudinal da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente o acompanhamento de idosos afetados pelas Grandes Síndromes Geriátricas (Imobilidade, Instabilidade Postural, Iatrogenia, Incontinência, Insuficiência Cognitiva e Insuficiência Familiar) com o objetivo de oferecer cuidados específicos de preservação de bem-estar em saúde e social.

Pelo número de doenças crônicas, elevada incidência de sintomas e a realização de consulta e tratamento com especialistas diferentes, os idosos ficam sujeitos a polifarmácia, ou seja, vários medicamentos são prescritos simultaneamente. A administração de vários medicamentos pode acarretar reações adversas, decorrentes das interações entre esses agentes. Para evitar esta situação é essencial a introdução de um esquema terapêutico simplificado, procurando o máximo efeito terapêutico com o mínimo de drogas e de efeitos adversos.

A notificação de casos suspeitos e confirmados de violência contra idoso nas suas diferentes formas, por meio da identificação precoce, favorece o acompanhamento destas situações pela rede de atenção à saúde. É importante destacar a inclusão das populações de idosos em situação de rua, negros, ciganos, indígenas, deficientes, LGBTQIA+, entre outras, nas ações de saúde.

Com o advento da pandemia de Covid-19, ações de controle, monitoramento e prevenção devem ser reforçadas a partir de ampliação das visitas e atendimentos domiciliar. Às pessoas idosas com limitações funcionais ou fragilidade, visando diminuir a exposição ao risco de infecção, além do acompanhamento de idosos que residem sozinhos, com suporte e estímulo à criação de estratégias de apoio na comunidade.

Atendimento integral em saúde aos idosos residentes em instituições de acolhimento e o suporte às equipes dessas instituições para o desenvolvimento de ações de prevenção à infecção pelo Sars-Cov-2, com a finalidade de adequação de práticas sanitárias a essas instituições. Para isso, é necessário potencializar as

ações da central de vigilância para Covid-19 em ILPIs para prevenção, identificação e controle de surtos.

Outro meio de prevenção e controle da Covid-19 é a vacinação nos Distritos Sanitários com maiores coeficientes de mortalidade (Nordeste e Restinga) e difícil acesso, por meio de ônibus itinerantes. Do mesmo modo, o monitoramento dos óbitos e internações hospitalares e reabilitação dos casos com sequelas pós infecção por Covid-19.

Para a viabilidade dessas ações de saúde é necessário manter Rede de Atenção à Saúde articulada entre os diferentes níveis de atenção, como também promover um trabalho intersetorial com diversas entidades responsáveis pela proteção à pessoa idosa.

#### **1.4.13 Práticas Integrativas e Complementares**

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) contribuem para a ampliação da oferta de cuidados em saúde, para a racionalização das ações, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável, à participação social, incentiva o envolvimento responsável e continuado dos usuários no seu autocuidado, garantindo a adesão ao seu tratamento e nas ações de prevenção e promoção, objetivando uma maior resolutividade dos serviços de saúde. São técnicas leves, de grande resolubilidade, mais naturais, menos invasivas e de baixo custo econômico. Sua porta de entrada é prioritariamente na atenção primária, conseqüentemente suas ações diminuem as busca por consultas especializadas, pedidos de exames e baixas hospitalares. Na rede de APS conforme o quadro abaixo, no ano de 2019 foi realizado o total de 2.722 atendimentos com PICS e em 2020 obtivemos 1.620 atendimentos, sendo 40% menor do que o ano anterior, devido ao surgimento da pandemia da Covid-19 e a saída dos profissionais de saúde do lmesf. Estes profissionais já a maioria eram capacitados para a realização dos procedimentos de práticas integrativas, diminuindo consideravelmente os atendimentos.

**Quadro 7 - Práticas Integrativas e Complementares realizadas nas Gerências Distritais, por competência, nos anos de 2019 e 2020**

<b>PICS</b>	<b>GDS</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>Varição</b>
Acupuntura com inserção de agulhas	Centro/GCC/Leno/NHNI/NEB/PLP/RES/S CS	275	681	406
Sessão de	Centro/GCC/Leno/NHNI/NEB/PLP/RES/S	1.872	595	-1.277

auriculoterapia	CS			
Sessão de antroposofia aplicada à saúde	GCC/Leno/PLP	27	127	100
Tratamento fitoterápico	GCC/PLP	10	59	49
Sessão acupuntura aplicação ventosa/moxa	NEB/PLP/RES	45	58	13
Sessão de imposição de mãos	Leno/NHN/ PLP/RES	212	29	-183
Sessão de eletroestimulação	GCC/Leno/PLP	127	25	-102
Tratamento em medicina tradicional chinesa	GCC/Leno/NHNI/NEB	6	14	8
Sessão de constelação familiar	GCC/Leno/RES	7	11	4
Sessão de aromaterapia	Leno	12	7	-5
Sessão de bioenergética	Centro/Leno	4	6	2
Sessão de geoterapia	Leno/SCS	14	6	-8
Sessão de massoterapia	NHNI	9	1	-8
Tratamento naturopático	Leno	0	1	1
Outras PICS *		102	0	-102
<b>Total</b>		<b>2.722</b>	<b>1.620</b>	<b>-1.102 (- 40%)</b>

Fonte: BI e-SUS – PICS/DAPS. Outras PICS\*Oficina de massagem/auto massagem, práticas corporais em MTC (Medicina Tradicional Chinesa), arteterapia, hipnoterapia, meditação, ozonioterapia aplicada a odontologia, terapia comunitária integrativa, tratamento osteopático e yoga.

Existem dificuldades de mapear as ações das PICS no e-SUS e no Gercon, pois os profissionais muitas vezes não registram corretamente suas ações e procedimentos nestes sistemas. Constata-se a necessidade de elaboração de estratégias de matriciamento e educação permanente de PICS para a rede de atenção, assim como garantir orçamento de insumos para os trabalhadores. Existe ação incluída no PPA 2022-2025 que prevê este orçamento. Também se fazem necessárias ações e programas de comunicação dentro da rede sobre a oferta de PICS e seus fluxos de atendimentos.

Quanto à distribuição de medicamentos homeopáticos, ainda existem obstáculos na aquisição de orçamentos para se realizar licitações, dificultando a execução destas práticas nos serviços. Diálogos foram realizados com a SES, Associação Riograndense de Homeopatia e o Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF) para se alinhar fluxos de compras da homeopatia de forma usual.

Hoje contamos com 1 profissional homeopata na atenção especializada no Ambulatório de PICS do Centro de Saúde Modelo, que oferece consultas, mas nem sempre utilizadas, mostrando a necessidade de se ter uma integração entre os profissionais da rede para encaminhar ao serviço de homeopatia. Temos mais 2 homeopatas na alta complexidade do GHC que atendem as demandas encaminhadas da APS, mas precisamos ter maior interface com estes profissionais. Na especialidade de Fitoterapia do Ambulatório de PICS do Centro Saúde Modelo, as consultas são ofertadas mensalmente mas são bloqueadas devido a profissional responsável estar afastada por comorbidades e licenças de saúde, não tendo outro profissional capacitado em fitoterapia para a substituir, prejudicando o fluxo de consultas dos usuários que escolhem estes serviços, que na maioria são idosos.

Na especialidade Acupuntura do Centro de Saúde Modelo e do Centro IAPI à espera da primeira consulta é maior de 200 dias (Gercon, 2021), mostrando que a procura por esta modalidade é maior, neste sentido é necessário disponibilizar mais profissionais de saúde nesta área, reduzindo o tempo de espera e aumentando a oferta destes serviços que podem auxiliar no tratamento da dor reduzindo a já saturada demanda por reumatologia e ortopedia.

**Tabela 40 - Situação de primeiras consultas de Práticas Integrativas e Complementares no Gercon 2020**

<b>Fitoterapia</b>								
<b>Unidade Executante</b>	<b>Complexidade</b>	<b>Primeiras Consultas/mês</b>	<b>Ofertadas</b>	<b>Bloqueadas</b>	<b>Agendadas</b>	<b>Livres</b>	<b>Faltantes</b>	<b>Realizadas</b>
Ambulatório PICS Modelo	Média	36	600	532	4	64	0	0
<b>Acupuntura Geral</b>								
<b>Unidade Executante</b>	<b>Complexidade</b>	<b>Primeiras Consultas/mês</b>	<b>Ofertadas</b>	<b>Bloqueadas</b>	<b>Agendadas</b>	<b>Livres</b>	<b>Faltantes</b>	<b>Realizadas</b>
Ambulatório PICS Modelo	Média	52	565	405	0	5	33	122
Hospital Cristo Redentor	Alta	20	373	207	29	3	33	100
<b>Homeopatia Geral</b>								
<b>Unidade Executante</b>	<b>Complexidade</b>	<b>Primeiras Consultas/mês</b>	<b>Ofertadas</b>	<b>Bloqueadas</b>	<b>Agendadas</b>	<b>Livres</b>	<b>Faltantes</b>	<b>Realizadas</b>
Ambulatório PICS Modelo	Média	18	162	72	4	3	16	61
Hospital Nossa Senhora da Conceição SA	Alta	70	805	634	24	54	23	61
Serviço Ambulatorial Distrital Partenon Lomba do Pinheiro	Média	15	1	0	0	0	1	0

Fonte: Gercon.

Existem algumas PICS que são realizadas na RAPS, mas não são registradas por não terem códigos específicos Sigtap (Sistema de gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamento e OPM do SUS) de produção na atenção especializada. Facilitaria o acesso, o monitoramento e a avaliação destes recursos terapêuticos nesta rede se tivesse o registro adequado nos sistemas de informação da saúde.

### ***Plantas Medicinais e Fitoterápicos***

O Grupo Técnico de Trabalho de Fitoterapia (GTT de Fito) foi constituído para a formulação da Relação Municipal de Plantas Medicinais de interesse ao SUS de Porto Alegre. Em 2020, foi organizada a lista de plantas medicinais pela equipe do GTT de Fito, aprovada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica. A lista composta por 81 exemplares e foi realizada de acordo com a Lei nº 11.476/2013, a Política Intersetorial de Plantas Medicinais, Aromáticas e Condimentares e de Fitoterápicos do município de Porto Alegre, com a Portaria 588/2017, com a Relação Estadual de Plantas Medicinais de interesse do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul (REPLAME/RS), com o Decreto nº 5.813/2006, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e com a Portaria nº 971/2206, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). A iniciativa tem por objetivo resgatar, valorizar, ampliar e qualificar a utilização das plantas medicinais, além de promover ações para o uso da Fitoterapia nos serviços de saúde.

Segundo o BI e-SUS, encontramos nas GDs PLP e GCC o tratamento fitoterápico com 59 procedimentos no ano de 2020. Ao se comparar ao ano de 2019 o qual obtivemos 10 procedimentos, constata-se um aumento nos serviços de fitoterapia nestas gerências.

Com vistas a atingir o objetivo da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que visa “garantir à população o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional”, é necessário implantar e implementar a Política Intersetorial de Plantas Medicinais, Aromáticas e Condimentares e de Fitoterápicos do município de Porto Alegre na SMS. Além disso, planeja-se a elaboração de capacitações sobre o uso de plantas medicinais

voltadas aos profissionais do SUS de Porto Alegre, assim como o estudo da farmacodinâmica e farmagsonia das plantas.

#### **1.4.14 Saúde Bucal**

A Saúde Bucal compõe a rede de ações de Atenção Primária ofertadas nas Unidades de Saúde de Porto Alegre. A carteira de serviços de saúde bucal contempla atividades de promoção e prevenção das doenças bucais com atendimentos individuais e coletivos e tratamentos como restaurações diretas, pequenas cirurgias, exodontias, profilaxia, identificação e tratamento de lesões bucais e atendimento às urgências.

Os atendimentos odontológicos ocorrem em turnos diurnos e noturnos. Todas as US 22h apresentam estrutura para atendimento odontológico em horário estendido, contudo, nas US próprias (Belém Novo e Modelo) os serviços de odontologia não são ofertados no turno noturno, em virtude da falta de RH de cirurgião dentista, na primeira, e de cirurgiões dentistas e auxiliares de saúde bucal, na segunda. Estas lacunas de RH somente poderão ser debeladas mediante admissão de novos servidores via concursos públicos (já aprovados e em fase de contratação de banca), contratações emergenciais ou parcerização dos serviços.

Atualmente, das 132 Unidades de Saúde, 98 apresentam equipes de saúde bucal em suas dependências. Nas demais, duas apresentam equipes vinculadas em unidades odontológicas móveis, em parceria com o SESC (US Santa Tereza e Vila Cruzeiro), enquanto para as demais (30) é disponibilizado atendimento odontológico em US de referência. A fim de diminuir as referências de atendimentos fora dos territórios, apontaremos as possibilidades de implementação de novas eSBs (equipes de Saúde Bucal) em cada unidade, baseadas na análise da cobertura de saúde bucal.

A análise situacional da cobertura de saúde bucal no município de Porto Alegre (Tabela 41), respaldada nos dados extraídos do relatórios públicos de histórico de cobertura e no novo método de cálculo instituído pelo Departamento de Atenção Básica permite verificar que de abril de 2017 a abril de 2021 houve um incremento significativo na cobertura de saúde bucal nas equipes de saúde da família de 22,22% para 37,78%, assim como na cobertura de SB na Atenção Básica de 37,62% para 59,61%. Quando comparadas à cobertura de saúde da família e à

cobertura de atenção primária, verifica-se que o incremento da cobertura de saúde bucal na saúde da família, assim como na atenção primária, foi proporcionalmente superior, sendo de 15,56% e 21,99%, enquanto naquelas foram de 8,62% e 6,77%, respectivamente. Contudo, quando comparamos a diferença de cobertura AB e SF, verificamos que a proporção de Saúde da Família é de 72% na AB, enquanto na saúde bucal essa proporção cai para 63%. Dessa forma, estratégias devem ser traçadas com o objetivo de aumentar a proporção de ESFSB em relação a SBAB.

**Tabela 41 - Dados de população estimada, cobertura de saúde bucal na saúde da família, cobertura de saúde da família, cobertura de saúde bucal na atenção básica e cobertura de atenção básica, 2017-2021**

Ano	População	Cobertura ESFSB	Cobertura SF	Cobertura SBAB	Cobertura AB
2017	1.481.019	22,22	46,96	37,62	69,79
2018	1.484.941	25,84	54,21	34,14	70,05
2019	1.479.101	26,99	54,59	32,72	67,51
2020	1.483.771	31,89	55,58	46,65	76,56
2021	1.488.252	37,78	-	59,61	-

Fonte: e-gestor, relatórios públicos, histórico de cobertura, cobertura de saúde bucal e de atenção básica, data base: abril de 2017, abril de 2018, abril de 2019, abril de 2020 e abril de 2021 (acesso em 16.07.2021).

Quando se analisa o dado de cobertura de SB na ESF utilizando os dados de 2020, verifica-se que apenas 57% das equipes de saúde da família contam com equipes de saúde bucal, o que representa, aproximadamente, uma proporção de 1 eSB para cada 2 ESF. Dessa forma, considerando a portaria nº 60, de 26 de novembro de 2020 que prevê o credenciamento de 1 eSB para cada ESF, é necessária a análise situacional dos distritos, para verificar onde se encontram as maiores discrepâncias. A análise situacional dos distritos foi respaldada nos cálculos de cobertura realizados pela Coordenação de Saúde Bucal-SMS baseados nos dados de RH e equipes de SB disponíveis em cada período e apresentados nos Relatórios de Gestão.

Na Gerência Distrital Centro verifica-se a menor cobertura de saúde bucal do município (Tabela 42). Esta cobertura reduzida está relacionada, em grande parte, ao alto IDH do distrito, conforme já mencionado no PMS 2018-2021. Contudo, considerando-se a proporção de 3.450 habitantes para cada ESF, a cobertura de SF geral em 2020 (55,58%) e a proporção ESFSB/SF geral de Porto Alegre (57%) verificada através dos dados do e-Gestor (abril de 2020), a GD Centro faria jus a um total de 26 ESFSB, a qual representa um incremento de 18 ESFSB para atingir a cobertura de 31,89% de SB no distrito. Contudo, considerando que para haver este incremento é necessário o aumento de RH de cirurgiões dentistas e auxiliares de



saúde bucal (estatutários) e de estrutura física de consultórios odontológicos, sugere-se o incremento de 4 eSB 30h para US Santa Marta (ampliação de 2 consultórios em andamento), 1 eSB 20h para CnR (Estruturação de consultório exclusivo em andamento), 4 eSB 30h para US Modelo (atendimento vespertino e noturno). Desta forma, sugere-se o aumento de 09 eSBs no Distrito Centro.

**Tabela 42 - Dados de cobertura populacional de saúde bucal no Distrito Centro**

Ano	População	Nº US	Nº US c/SB	Nº ESF SB	Nº EAB/ EAP c/ SB	Total de ESF/ EAB/ EAP c/ SB	Cobertura populacional SB (%)
2018 <sup>A</sup>	292.196	3	2	7	2	9	10,3
2019 <sup>B</sup>	291.047	3	2	7	0	7	9
2020 <sup>C</sup>	291.047	3	2	9	0	9	13,5
2021 <sup>D</sup>	292.848	3	2	8	2	10	8,81

Fonte: <sup>A</sup>RAG 2018, <sup>B</sup>RAG 2019, <sup>C</sup>RAG 2020, <sup>D</sup>RG 1º quadrimestre 2021.

Na Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal verifica-se o incremento gradual e consistente da cobertura de saúde bucal ao longo dos anos de 2018 a 2021, atingindo 54,49% no primeiro quadrimestre de 2021 (Tabela 43). Contudo, considerando a vulnerabilidade e a alta carga de doenças apresentada pela população nestes territórios, é necessário vislumbrar o aumento da oferta de serviços de saúde bucal. Apesar do número de US no período avaliado ter reduzido, verifica-se o incremento de ESFSB e a erradicação de EAP com SB, o que é desejável em todos os territórios. Do ponto de vista de capacidade estrutural, as seguintes unidades de saúde tem possibilidade de credenciar novas eSB, visando a redução da necessidade de referenciamento de populações específicas para o atendimento em outras US: Vila Cruzeiro (1 ESFSB 40h ou ampliação da estrutura física da US e estruturação de consultório odontológico), Santa Tereza (1 ESFSB 40h), Nossa Sra. das Graças (1 ESFSB 40h, mediante adequação de sala/estrutura), Nossa Sra de Belém (1 ESFSB 40h, mediante adequação de sala/estrutura, já conta com a cadeira odontológica para instalação), Rincão (1 ESFSB 40hs mediante adequação de sala/estrutura) . Desta forma, sugere-se o aumento de 05 eSB na gerência.

**Tabela 43 - Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal**

Ano	População	Nº US	Nº US c/SB	Nº ESF SB	Nº EAB/ EAP c/ SB	Total de ESF/ EAB/ EAP c/ SB	Cobertura populacional SB (%)
2018 <sup>A</sup>	157.651	24	11	13	3	16	34,2
2019 <sup>B</sup>	157.031	23	13	17	1	18	39
2020 <sup>C</sup>	157.031	18	10	19	7	26	48,9
2021 <sup>D</sup>	158.003	18	11	26	0	26	54,49

Fonte: <sup>A</sup>RAG 2018, <sup>B</sup>RAG 2019, <sup>C</sup>RAG 2020, <sup>D</sup>RG 1º quadrimestre 2021.

Na Gerência Distrital Leste/Nordeste verifica-se que de 2018 a 2020 houve um incremento discreto de 7,4% da cobertura de saúde bucal no território. Já no primeiro quadrimestre de 2021 a cobertura apresenta uma queda vertiginosa de 34,22%, atingindo o marco de 30,28% (tabela 44). Esta redução se deve ao descredenciamento de 10 ESFSB e 1 EAP c/SB, em virtude do afastamento de diversos servidores por aposentadoria. É viável o incremento e reposição de eSB nas seguintes US: Bom Jesus (3 eSB 40h mediante adequação da sala/reforma e reposição de RH), Chácara da Fumaça (4 eSB 30h mediante adequação da sala e reposição de RH), Vila Jardim (1 eSB 20h), Mato Sampaio (2 eSB 20h), Morro Santana (1 eSB 40h e 2 eSB 20h mediante adequação da sala e ampliação com mais 1 consultório odontológico na sala lindeira). Desta forma, sugere-se o aumento de 13 eSBs na gerência.

**Tabela 44 - Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Gerência Distrital Leste/Nordeste**

Ano	População	Nº US	Nº US c/SB	Nº ESF SB	Nº EAB/ EAP c/ SB	Total de ESF/ EAB/ EAP c/ SB	Cobertura populacional SB (%)
2018 <sup>A</sup>	159.175	23	20	22	5	27	57,1
2019 <sup>B</sup>	158.549	23	20	21	5	26	54
2020 <sup>C</sup>	158.549	22	16	24	7	31	64,5
2021 <sup>D</sup>	159.531	23	7	14	6	20	30,28

Fonte: <sup>A</sup>RAG 2018, <sup>B</sup>RAG 2019, <sup>C</sup>RAG 2020, <sup>D</sup>RG 1º quadrimestre 2021.

Na Gerência Distrital Norte/Eixo/Baltazar verifica-se que de 2018 a 2020 a cobertura populacional se manteve estável (Tabela 45), porém abaixo da média municipal. Contudo, está GD apresenta poucas possibilidades de ampliação de estruturas físicas ou reformas das US que não contemplam SB. Dessa forma, considerando as estruturas físicas existentes, sugere-se o incremento de 1 eSB 40h na US Passo das Pedras I e 2 eSB 40h na US Sarandi (mediante reforma do consultório e instalação de novo equipamento odontológico em ambas US). Desta forma, sugere-se o aumento de 3 eSBs na gerência.

**Tabela 45 - Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Gerência Distrital Norte/Eixo/Baltazar**

Ano	População	Nº US	Nº US c/SB	Nº ESF SB	Nº EAB/ EAP c/ SB	Total de ESF/ EAB/ EAP c/ SB	Cobertura populacional SB (%)
2018 <sup>A</sup>	200.546	26	18	20	8	28	46,4
2019 <sup>B</sup>	199.757	26	18	19	9	28	46

2020 <sup>C</sup>	199.757	24	17	23	11	34	51,4
2021 <sup>D</sup>	203.028	26	12	26	2	28	42,41

Fonte: <sup>A</sup>RAG 2018, <sup>B</sup>RAG 2019, <sup>C</sup>RAG 2020, <sup>D</sup>RG 1º quadrimestre 2021.

Assim como a GD Leno, na Gerência Distrital NHNI verifica-se que de 2018 a 2020 houve um incremento discreto de 5,4% da cobertura de saúde bucal no território, enquanto no primeiro quadrimestre de 2021 a cobertura apresenta uma queda de 14,82%, atingindo o marco de 39,88% (Tabela 46). Esta queda se deve à redução de 9 eSB no território, a qual está fortemente ligada ao desligamento de profissionais lmesf que se sobrepunham na composição das eSB, assim como pelo afastamento de diversos profissionais estatutários durante a pandemia. Considerando as estruturas físicas existentes, sugere-se o incremento de 4 eSB 40h (considerando a estrutura de consultórios disponível e mediante incremento de RH de CD e ASB) na CF IAPI, 1 eSB de 40h e 1 eSB de 20h na US Navegantes (após conclusão da reforma e ampliação de 2 para 3 consultórios odontológicos). Desta forma, sugere-se o aumento de 06 eSB na gerência.

**Tabela 46 - Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Gerência Distrital NHNI**

Ano	População	Nº US	Nº US c/SB	Nº ESF SB	Nº EAB/ EAP c/ SB	Total de ESF/ EAB/ EAP c/ SB	Cobertura populacion al SB (%)
2018 <sup>A</sup>	193.045	14	14	18	11	29	49,3
2019 <sup>B</sup>	192.285	14	14	18	10	28	43
2020 <sup>C</sup>	192.285	12	12	21	13	34	54,7
2021 <sup>D</sup>	191.440	12	10	25	0	25	39,88

Fonte: <sup>A</sup>RAG 2018, <sup>B</sup>RAG 2019, <sup>C</sup>RAG 2020, <sup>D</sup>RG 1º quadrimestre 2021.

Assim como na GD NEB, na Gerência Partenon/Lomba do Pinheiro verifica-se que de 2018 a 2020 a cobertura populacional se manteve estável, porém abaixo da média municipal (tabela 47). Dessa forma, considerando a estruturas físicas existentes, sugere-se o incremento nas seguintes US: Bananeiras (2 eSB 30h), Panorama (1 eSB 40h, mediante incremento de RH estatutário), CF Campo da Tuca (1 eSB 40h e 1 eSB 20h). Desta forma, sugere-se o aumento de 05 eSB na gerência.

**Tabela 47 - Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro**

Ano	População	Nº US	Nº US c/SB	Nº ESF SB	Nº EAB/ EAP c/ SB	Total de ESF/ EAB/ EAP c/ SB	Cobertura populacion al SB (%)
2018 <sup>A</sup>	182.427	21	20	19	7	26	47,4
2019 <sup>B</sup>	181.710	21	20	19	8	27	46
2020 <sup>C</sup>	181.710	21	15	24	7	31	54,1
2021 <sup>D</sup>	182.834	21	16	30	4	34	50,7

Fonte: <sup>A</sup>RAG 2018, <sup>B</sup>RAG 2019, <sup>C</sup>RAG 2020, <sup>D</sup>RG 1º quadrimestre 2021.

A Gerência Distrital RES apresentou um incremento gradual e consistente da cobertura de saúde bucal de 34% ao longo dos anos de 2018 a 2021, atingindo o patamar de 83,1% em 2020 (devido a parcerização de diversas US) e de 88,90%, no primeiro quadrimestre de 2021 (tabela 48), devido à inauguração da CF Álvaro Difini. Contudo, considerando a vulnerabilidade e a alta carga de doença apresentada pela população destes territórios, é necessário vislumbrar o aumento da oferta de serviços de saúde bucal. Do ponto de vista da capacidade estrutural, há possibilidade de credenciar novas eSB nas US Restinga (3 eSB 30h) e Belém Novo (1 eSB de 40h), totalizando 04 novas eSB no território.

**Tabela 48 - Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Gerência Distrital Restinga/Extremo Sul**

Ano	População	Nº US	Nº US c/SB	Nº ESF SB	Nº EAB/ EAP c/ SB	Total de ESF/ EAB/ EAP c/ SB	Cobertura populacional SB (%)
2018 <sup>A</sup>	98.827	12	10	14	2	16	54,9
2019 <sup>B</sup>	98.438	12	10	10	4	14	46
2020 <sup>C</sup>	98.438	12	11	17	9	26	83,1
2021 <sup>D</sup>	99.047	12	11	28	0	28	88,90

Fonte: <sup>A</sup>RAG 2018, <sup>B</sup>RAG 2019, <sup>C</sup>RAG 2020, <sup>D</sup>RG 1º quadrimestre 2021.

Na Gerência Distrital SCS verifica-se que de 2018 a 2020 houve um incremento discreto, porém consistente, de 10,65% na cobertura de saúde bucal no território (tabela 49). Do ponto de vista de capacidade estrutural, há possibilidade de credenciar novas eSB nas US Beco do Adelar (1 eSB 30 h), US Ipanema (1 eSB 40h e 1 eSB 30h se o horário da US for estendido até às 19:00), US Camaquã (2 eSB 40h), US Guarujá (1 eSB 40h, mediante reforma e instalação de mais um consultório odontológico), totalizando 05 novas eSB no território.

**Tabela 49 - Dados de cobertura populacional de saúde bucal na Gerência Distrital Sul/ Centro Sul**

Ano	População	Nº US	Nº US c/SB	Nº ESF SB	Nº EAB/ EAP c/ SB	Total de ESF/ EAB/ EAP c/ SB	Cobertura populacional SB (%)
2018 <sup>A</sup>	201.074	17	15	14	7	21	33,0
2019 <sup>B</sup>	200.284	17	15	14	9	23	36
2020 <sup>C</sup>	200.284	18	16	20	8	28	40,9
2021 <sup>D</sup>	201.522	18	16	27	5	33	44,65

Fonte: <sup>A</sup>RAG 2018, <sup>B</sup>RAG 2019, <sup>C</sup>RAG 2020, <sup>D</sup>RG 1º quadrimestre 2021.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os serviços de saúde bucal foram um dos mais afetados durante a pandemia, com 77% dos países relatando interrupção parcial ou total dos atendimentos. A falta de acompanhamento

somada a outras interferências causadas pela alteração na rotina, como mudança de hábitos alimentares e transtornos mentais, trouxe consequências como aumento da incidência de cáries, doenças gengivais e bruxismo. Em Porto Alegre estima-se que, durante a pandemia da Covid-19, houve um aumento significativo destas demandas.

Assim, com o objetivo suplantar as demandas reprimidas, a Coordenação de Saúde Bucal tem como meta manter o quantitativo de eSB e implantar mais 50 eSB, ampliando a cobertura de saúde bucal de Porto Alegre de 56,61% para 70%, no período de 2022 a 2025. Da mesma forma, objetiva-se adequar os consultórios odontológicos nas Unidades de Saúde com melhoria da ambiência, da equipe de recursos humanos, da capacidade diagnóstica, proporcionando melhor resolutividade na assistência aos usuários.

Ainda, no que tange à APS, conforme já estipulado no PROMETA, será realizada a estruturação de 4 pontos de atendimento voltados à adequação e ajuste de próteses dentárias na atenção primária.

### ***Atenção Especializada em Saúde Bucal***

Quando as demandas de saúde bucal ultrapassam a capacidade de atendimento da APS, no que se refere à complexidade dos procedimentos, as eSB referenciam os pacientes aos Centros de Especialidades Odontológicas para atendimento especializado, seguindo os protocolos de encaminhamentos validados e implantados para as especialidades de endodontia, periodontia, estomatologia, prótese dentária, disfunção têmporo-mandibular, pacientes com necessidades especiais, odontopediatria e cirurgia buco-maxilo-facial através do sistema Gercon. A pandemia impactou diretamente a oferta de consultas especializadas, aumentando significativamente a demanda reprimida nos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Serviços Ambulatoriais Distritais.

**Tabela 50 - Demanda reprimida de consultas especializadas, oferta de primeiras consultas, novas solicitações, tempo médio de espera para pacientes com alta prioridade (dias), tempo médio de espera geral (dias), em maio de 2021**

<b>Agenda</b>	<b>Pacientes em fila de espera</b>	<b>Oferta de primeiras consultas em maio</b>	<b>Novas solicitações em maio</b>	<b>Tempo médio de espera para pacientes com alta prioridade (dias)</b>	<b>Tempo médio de espera geral (dias)</b>
Cirurgia Bucomaxilofacial CEO	2.303	161	296	19	455
Endodontia	6.025	189	625	138	385
Estomatologia	54	81	120	6	24

CEO					
Odontopediatria	945	1	37	236	-
Pacientes com necessidades especiais em Odontologia	145	0	20	5	49
Periodontia	750	115	139	99	384
Prótese dentária	2.635	50	113	982	994

Fonte: [http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/indicador\\_portal\\_consultas.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/indicador_portal_consultas.pdf) (acesso em 18.07.2021).  
Dados extraídos em 11.06.2021.

A tabela acima apresenta os dados de demanda reprimida de consultas especializadas, oferta de primeiras consultas, novas solicitações, tempo médio de espera para pacientes com alta prioridade (dias), tempo médio de espera geral (dias), em maio de 2021. As especialidades com maior fila de espera são a endodontia, prótese dentária, cirurgia bucomaxilofacial, odontopediatria e periodontia. As estratégias para redução do tempo de espera de consultas passam, primeiramente, pela requalificação das filas de espera, mediante análise das solicitações e reavaliação por parte da APS da manutenção da necessidade de tratamento, seja por teleconsulta ou consulta presencial. Em virtude do longo tempo de espera nestas especialidades, não raramente, os pacientes realizam o tratamento dos dentes em instituições privadas ou de ensino, entre outras. Ou ainda, há piora na condição de saúde bucal que inviabiliza ou contraindica o procedimento especializado previamente indicado. Outra estratégia para reduzir este passivo são os mutirões nas especialidades de endodontia, cirurgia bucomaxilofacial, periodontia e odontopediatria, mediante credenciamentos ou parcerizações. Para o ano de 2022, tem-se a expectativa de retomada dos atendimentos odontológicos no CEO UFRGS, o que auxiliará na redução desta demanda.

Da mesma forma, para redução da demanda reprimida de prótese dentária, será realizada, mediante credenciamento, a contratualização da prestação dos serviços de prótese dentária, incluindo o atendimento clínico e aparelhos protéticos. Para atingir este objetivo, já foi encaminhada a solicitação de credenciamento de um novo Laboratório Regional de Prótese Dentária junto ao Ministério da Saúde e elaborada uma minuta de portaria de complementação financeira por parte do município para prestação destes serviços. Já foi estabelecido um protocolo que define os casos de reabilitação protética que serão priorizados, visando a reabilitação múltipla removível de pacientes desdentados totais e parciais, a fim de permitir função e estética a este público que, atualmente, apresenta deficiências na sua

capacidade mastigatória e estética, dificultando a adoção de dietas balanceadas e a integração social dos indivíduos.

Para além de diminuir o passivo de atendimento represados, devemos, primeiramente, considerar a capacidade de atendimento real dos CEOs, as quais estão subestimadas em 2021, em virtude das normas de biossegurança e instruções normativas municipais para atendimento odontológico frente à pandemia de Coronavírus. Dessa forma, a tabela 51 apresenta a estimativa de oferta de consultas para o ano de 2022, quando espera-se que os atendimentos odontológicos sejam retomados a pleno, e a previsão de incremento de oferta a ser atingida até 2025.

**Tabela 51 - Estimativa de oferta de consultas para o ano de 2022, quando espera-se que os atendimentos odontológicos sejam retomados a pleno, e a previsão de incremento de oferta a ser atingida até 2025**

<b>Especialidade</b>	<b>Oferta de primeiras consultas por mês (2022) <sup>a</sup></b>	<b>Oferta de primeiras consultas por mês (2025) <sup>b</sup></b>	<b>Incremento absoluto</b>	<b>Incremento percentual</b>
Cirurgia Bucomaxilofacial CEO	248	304	56	22,6
Endodontia	432	620	188	43,5
Pacientes com necessidades especiais em Odontologia + Pediatria	32	112	80	250,0
Periodontia	120	156	36	30,0
Prótese dentária	40	115	75	187,5

Fonte: <sup>a</sup> Dados internos da capacidade de atendimento dos profissionais já lotados e em exercício nos serviços; <sup>b</sup> Dados interno de capacidade de atendimento com ampliação dos serviços existente e implantação de um novo CEO.

A construção da meta de ampliação de ofertas de consultas especializadas de média complexidade considerou a ampliação da capacidade de atendimento dos serviços já existentes, através de adequação de espaços físicos e incremento de RH, assim como a implantação de um novo CEO no município. Na especialidade de Cirurgia Bucomaxilofacial pretende-se incrementar, semanalmente, 30 horas de atendimento, repercutindo em um aumento de 22,6% na oferta de consultas mensais. Para especialidade de Cirurgia Bucomaxilofacial pretende-se incrementar, semanalmente, 150 horas de atendimento, repercutindo em um aumento de 43,5% na oferta de consultas mensais. Já para atender as demandas de PNE e pediatria, pretende-se aumentar em 250% as ofertas de consultas mensais, através do incremento de 68 horas semanais de atendimento a estas especialidades. Para atender as demandas mensais de periodontia, projeta-se o incremento de 30 horas semanais de atendimento clínico na especialidade, repercutindo em um acréscimo de 30% nas consultas mensais. Já para a especialidade de prótese dentária,

mediante credenciamento, visa-se ampliar a oferta mensal de consultas em 187,5%, o que representa mais 75 novas consultas por mês. As metas acima estabelecidas não visam repercutir nas listas de espera já formadas, para as quais planeja-se a realização de mutirões, mas sim nas solicitações mensais de consultas por especialidades, a fim de não haver represamento de consultas em filas de espera superiores a 90 dias.

Com relação à estrutura física dos CEOs, todos os CEOs próprios necessitam de adequações, sejam elas de menor porte como através da melhora da ambiência, como no CEO Vila dos Comerciários, seja através de obras e reformas para ampliação e readequação das instalações, como nos CEO IAPI, Santa Marta e Bom Jesus. Além da adequação da estrutura física, os CEOs deverão ter sua capacidade de trabalho ampliada através do incremento de RH de cirurgiões dentistas, principalmente nas especialidades de endodontia, cirurgia bucomaxilofacial e periodontia.

Com relação aos exames diagnósticos em saúde bucal, atualmente, em virtude da grande demanda reprimida durante o ano de 2020, foram realizadas contratações emergenciais para dirimir número de solicitações de exames pendentes. Considerando a contrapartida destinada ao CS Santa Marta para reestruturação do SAD Santa Marta, este serviço contará com o primeiro serviço de radiologia extraoral (RX panorâmico) do município e contará com duas salas de exames intraorais. Além deste serviço próprio, espera-se manter a parceria com a UFRGS para realização de exames extraorais, conforme ocorria previamente à pandemia. Atualmente, além do SAD Santa Marta, ofertam radiografias intraorais, os SAD IAPI e HMIPV. Pretende-se estender estes serviços à Clínica da Família Campo da Tuca e US Restinga, entre outros, para atender a demanda mensal de exames intraorais, a fim de que, em 2025, esteja implantado pelo menos 1 serviço de referência em radiologia em cada Gerência Distrital (Norte, Sul, Leste e Oeste), e de que seja ofertadas, pelo menos, 80% das solicitações mensais.

### ***Serviços de Urgência Odontológica 24 horas***

Os serviços de atendimento odontológico 24hs compõem o leque de serviços da SMS e estão localizados no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul e na Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar.

O Setor de Odontologia do PACS, criado em 1989, atende aproximadamente



1.070 pacientes em situação de urgência por mês. Desenvolve suas atividades assistenciais com base em protocolo clínico desenvolvido pela equipe e publicado em 2014. Serve também como suporte para toda a rede de atenção nos casos de infecções odontogênicas graves. Pacientes com quadros hemorrágicos severos e infecções graves são assistidos em Sala de Observação e evoluídos até sua alta ou encaminhados, através de fluxos já pactuados, a hospitais especializados. Atualmente, dispõe de três consultórios completos e um aparelho de RX. Seu corpo clínico é composto de 16 Cirurgiões Dentistas e 11 Auxiliares de Consultório Dentário com funcionamento 24 horas todos os dias da semana.

**Tabela 52 - Distribuição do número de atendimentos odontológicos e desistências em saúde bucal na Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, Porto Alegre de 2017 a 2020**

<b>Atendimentos Odontológicos</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Nº de Boletins emitidos	13.325	14.036	14.080	10.549
Nº de Atendimentos	13.169	13.913	13.966	10.461
Nº de Desistências	156	123	114	88
Percentual de Desistências	1,17%	0,87%	0,80%	0,83%

Fonte: SIHO/AMB. Percentual de desistências = Total de desistências / total de boletins emitidos x 100.

A Emergência Odontológica da UPA Moacyr Scliar atende desde setembro de 2012, quando foi inaugurada a Unidade de Pronto Atendimento. Dispõe de um consultório odontológico, equipado de aparelho de Raio-X. Seu corpo clínico é composto por 4 cirurgiões dentistas. São atendidas emergências odontológicas conforme Protocolo de Urgências Odontológicas do Município de Porto Alegre, de 2014. O atendimento odontológico foi suspenso de março a junho de 2020, devido a situação da pandemia Covid-19. A partir de julho de 2020, foi reaberto, de segunda a sábado, das 7 às 19 horas. Devido aos novos protocolos de segurança, durante e entre os atendimentos, a capacidade diária de atendimento foi reduzida. Da mesma forma, houve redução na procura por atendimento, desde o ano de 2020.

**Tabela 53 - Distribuição do número de atendimentos odontológicos e desistências em saúde bucal na UPA Moacyr Scliar, Porto Alegre de 2017 a 2020**

<b>Atendimentos odontológicos</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Nº boletins emitidos	12.464	10.177	10.539	3.607
Nº de atendimentos	12.103	10.006	10.324	3.503
Nº de desistências	361	171	215	104
Percentual de desistências	2,9	1,7	2	2,8

Fonte: SIHO/AMB. Percentual de desistências = Total de desistências/ total de boletins emitidos x 100.

### **Tabagismo**

O tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são importantes fatores de risco

para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, tais como cânceres, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares, de modo que o uso do tabaco continua sendo líder global entre as causas de mortes evitáveis. O Vigitel é uma pesquisa telefônica realizada com maiores de 18 anos, nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, sobre diversos assuntos relacionados à saúde. Dados do estudo Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) mostram que, em 2019, 9,8% da população entrevistada declarou que ainda é fumante. O índice é 0,5% mais alto que o valor apurado em 2018. Ainda assim, a queda é de 38% em um período de 13 anos. Segundo dados do Vigitel 2019, Porto Alegre lidera, entre as capitais, a frequência de adultos que fumam (14,6%). A frequência de fumantes passivos no domicílio foi de 10,3%.

Desde o final da década de 1980, sob a ótica da promoção da saúde, a gestão e governança do controle do tabagismo no Brasil vêm sendo articuladas pelo Ministério da Saúde através do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o que inclui um conjunto de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil seguindo um modelo lógico no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com o apoio a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre crianças, adolescentes e jovens; para promover a cessação de fumar; e para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco. O PNCT, no âmbito do município, faz parte da rede de tratamento do tabagismo no SUS e não tem custo, pois toda a medicação e material são fornecidos pelo INCA/Ministério da Saúde.

Em Porto Alegre, o PNCT é oferecido nas Unidades de Saúde por profissionais capacitados da Atenção Primária através de atendimentos individuais e coletivos pelo agendamento presencial na Unidade de Saúde ou do aplicativo 156+POA. Em 2020, há 9 Unidades de Saúde não ofereciam o tratamento.

O Programa Saber Saúde de Prevenção do Tabagismo e de Outros Fatores de Risco de Doenças Crônicas, implantado no Brasil desde 1998 e gerenciado pelo INCA, forma profissionais da educação e da saúde para trabalharem conteúdos

relacionados à promoção da saúde e prevenção do tabagismo com crianças, adolescentes e jovens dentro das escolas. Nesse sentido, apresenta, informações de base científica que auxiliam na abordagem do tema tabagismo e outros fatores de risco à comunidade escolar e local. A equipe do Programa Saber Saúde integra o Coletivo Técnico do Programa Saúde na Escola (PSE) contribuindo nas questões referentes ao tabagismo na escola.

A Coordenação de Saúde Bucal da SMS tem como meta diminuir a prevalência de fumantes e reduzir agravos à saúde da população e aumentar os atendimentos aos tabagistas. Entre as ações, está aumentar a capacitação dos profissionais da rede para oferta de 100% de tratamento nas Unidades de Saúde através de cursos online em parceria com o Estado do RS e Ministério da Saúde; Ofertar teleconsultas e videochamadas como forma de acesso ao tratamento ao tabagista; Articular com as Farmácias Distritais quanto ao cadastro de profissionais prescritores. Quanto às ações preventivas, pretende disseminar o Programa Saber Saúde, que trabalha a prevenção nas escolas com alunos e professores; e pelos ambientes livres de fumaça do tabaco junto ao Programa Saúde na Escola. Também visa apoiar campanhas e atividades de prevenção e combate ao Tabagismo junto ao Dia Mundial da Saúde (7 abril), campanha de prevenção de Câncer Bucal (Maio Vermelho) no mês de maio, Dia Mundial Sem Tabaco (31 de maio), Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) e Semana da Saúde Bucal em outubro. Divulgar junto com a Assessoria de Comunicação através de cartazes, *banners*, rádio, jornal, redes sociais locais e acesso de atendimento ao tabagista. Articular ações intra e intersetoriais envolvidas com o tabagismo, como as doenças e agravos não transmissíveis, vigilância em saúde entre outros. E ainda monitorar as ações preventivas e terapêuticas.

#### **1.4.15 Saúde da Criança e do Adolescente**

Utilizando como referência o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); Lei nº 8.069 de 1990, considera-se criança, a pessoa com até 12 anos de idade incompletos e, adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade.

Como descrito no ECA, a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, assegurando-se lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e

facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Neste sentido é fundamental, na elaboração de qualquer Política Pública, a necessidade de considerar ações que garantam a proteção e o desenvolvimento das crianças e adolescentes.

Na busca da garantia de crescimento e desenvolvimento pleno das crianças e adolescentes é imprescindível considerar a necessidade de desenvolver ações desde a concepção até o nascimento e posterior à este, o necessário acompanhamento, visando oportunizar, de forma equânime, o acesso adequado às necessidades apresentadas.

### ***Saúde da Criança***

A Atenção à Saúde da Criança em Porto Alegre baseia-se, fundamentalmente, na Portaria nº1130 de 2015, que institui no âmbito do SUS a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Objetiva efetivar medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, reduzindo vulnerabilidades e risco de adoecimento e outros agravos, prevenção das doenças na vida adulta e da morte prematura em crianças. São diretrizes da Política:

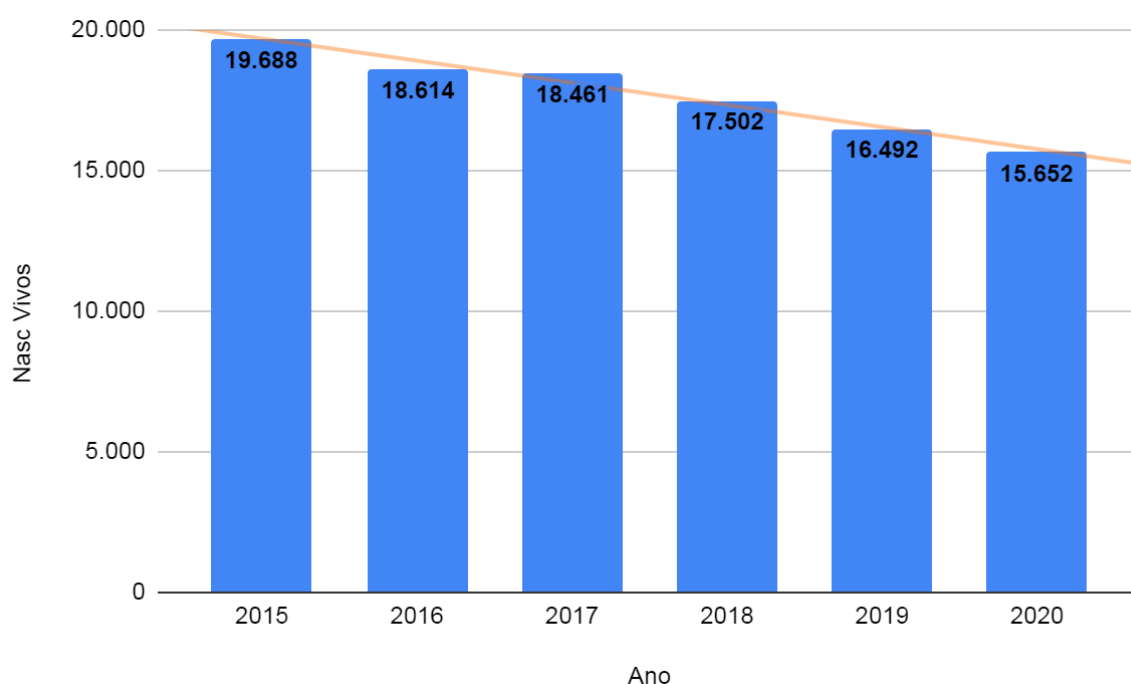
1. Atenção humanizada e qualificada da gestação, parto, nascimento e assistência ao recém-nascido – foco da estruturação e fortalecimento de uma rede articulada de atenção;
2. Promover ações de aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
3. Promover e acompanhar o crescimento e desenvolvimento integral – vigiar e estimular o pleno crescimento e desenvolvimento da criança pela APS, utilizando como norteador a “caderneta de saúde da criança”, fortalecendo e apoiando a família como protagonista deste cuidado;
4. Atenção à criança em situação de violência, prevenção de acidentes e cultura da paz – articular ações e estratégias de rede, organizando os fluxos dos territórios, o acesso aos serviços especializados e qualificação da atenção à criança em situação de violência sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando a proteção social do território e promovendo a formação dos profissionais envolvidos;
5. Atenção à criança com deficiência, em situações específicas e de vulnerabilidade; e

6. Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal – monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal – análise e adoção de medidas focadas na prevenção dos óbitos evitáveis.

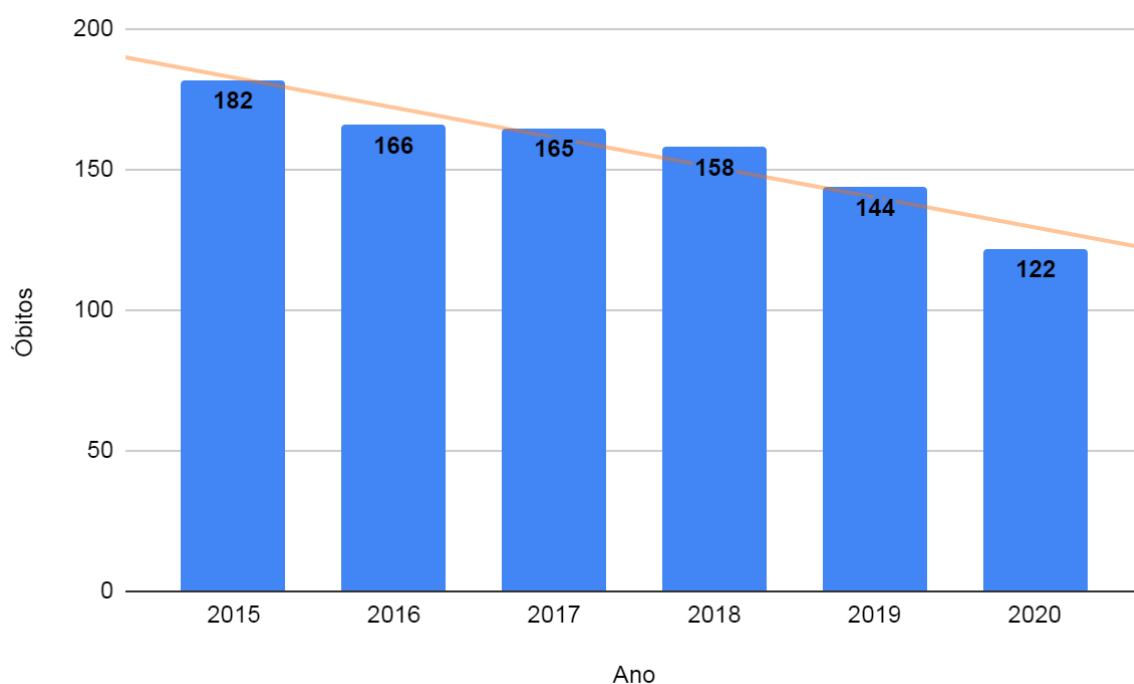
Em relação aos números de nascidos vivos em Porto Alegre verifica-se que tem havido uma redução gradativa nos nascimentos no decorrer dos anos. No ano de 2020 ocorreram 15.652 nascimentos, o menor número desde 2015, como observado no gráfico 68. Em relação ao percentual de gestação na adolescência, em 2020 representou 9,3% dos nascidos vivos, número menor do que os anos anteriores, que foi de 9,8% em 2019 e 10,0% em 2018.

O adequado acompanhamento da gestação tem repercussão direta na saúde do neonato e, por consequência, nos coeficientes de mortalidade infantil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere em seus documentos técnicos que o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) de qualquer país representa os cuidados materno-infantis dispensado desde a gestação, passando pela assistência ao parto e nascimento, assim como os cuidados ao neonato, pelo menos até o primeiro ano de vida. Neste sentido, o CMI de Porto Alegre há, pelo menos, 10 anos está abaixo de dois dígitos, observando-se uma tendência de redução no decorrer dos anos. O gráfico mostra o número de óbitos em crianças abaixo de 1 ano de vida, nos últimos 5 anos, e é possível verificar esta redução gradativa.

**Gráfico 68 - Número de Nascidos Vivos em Porto Alegre, 2015 a 2020**



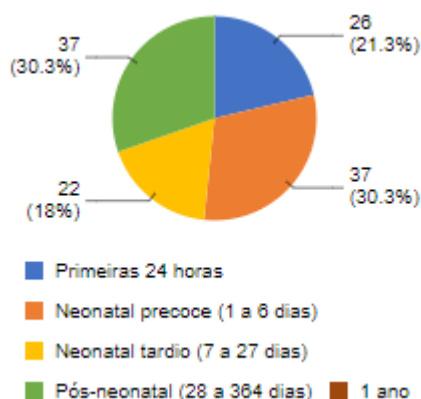
**Gráfico 69 - Número de óbitos infantis, em menores de 1 ano de vida, em Porto Alegre, no período de 2015 a 2020**



Fonte: BI – SMS.

O Comitê de Prevenção ao Óbito Infantil tem desempenhado ações contundentes no sentido de esclarecer as causas e circunstâncias dos óbitos, atuando na prevenção de novos eventos, assim como analisando as ações possíveis para que haja redução no número de casos de óbitos. Um dos desafios para a redução dos óbitos infantis é a faixa etária nos quais ocorrem, cerca de 70,0% deles tem sido no período neonatal (dos 0 aos 27 dias de vida); muitos destes têm relação com o cuidado obstétrico e neonatal dispensado à mãe na gestação, assim como os cuidados no parto e nascimento (Gráfico 70).

**Gráfico 70 - Proporção da faixa etária dos óbitos infantis em 2020**



Fonte: BI – SMS.

Outro desafio encontrado, em relação aos coeficientes de mortalidade, é a distribuição destes na cidade. Verificam-se territórios nos quais o mesmo está muito abaixo do CMI da cidade, e outros nos quais o CMI está muito acima, chegando a ser o dobro do coeficiente da cidade. Estes dados também representam as desigualdades de acesso que ainda se verificam em diversos territórios e para os quais é fundamental atuar na identificação das causas e na sua evitabilidade.

**Tabela 54 - Mortalidade infantil por Distrito de Saúde, 2019 e 2020**

Distrito Sanitário	2020			2019		
	Óbito	Nasc.	Taxa*	Óbito	Nasc.	Taxa*
Centro	4	949	4.2	6	998	6
Centro Sul	3	328	9.1	7	292	24
Cristal	18	1.198	15	11	1.220	9
Cruzeiro	7	936	7.5	6	771	7.8
Eixo Baltazar	3	578	5.2	11	745	14.8
Extremo Sul	6	957	6.3	7	1.053	6.6
Glória	4	1.051	3.8	7	1.271	5.5
Humaitá Navegantes	9	967	9.3	16	933	17.1
Ilhas	0	97	0	2	124	16.1
Leste	3	587	5.1	8	626	12.8
Lomba do Pinheiro	7	1.020	6.9	9	1.122	8
Nordeste	9	805	11.2	8	834	9.6
Noroeste	8	1.314	6.1	11	1.390	7.9
Norte	1	541	1.8	2	519	3.9
Partenon	6	443	13.5	9	425	21.2
Restinga	9	456	19.7	5	610	8.2
Sul	12	1.891	6.3	8	2.152	3.7
(Sem Ref.)	13	1.401	9.3	11	1.407	7.8
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>15.519</b>	<b>7.9</b>	<b>144</b>	<b>16.492</b>	<b>8.7</b>

\* Cálculo da taxa = (óbitos / nascidos) \* 1000.

Fonte: BI – SMS.

Um dos temas que vem sendo abordados com a APS e os serviços hospitalares tem sido a alta referenciada do binômio mãe-bebê. É fundamental que a mãe e o bebê recebam alta hospitalar, após o nascimento, com o agendamento para

a consulta do neonato até o 5º dia de vida, como uma das medidas de identificação precoce de anormalidades ou acompanhamentos necessários após o nascimento, como o apoio ao aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical, icterícia neonatal e outros problemas que podem surgir após a alta. Assim como a vinculação da US com a família e acompanhamento da mãe após o parto. Os dados dos relatórios do e-SUS mostram que cerca de 35,0% das crianças porto-alegrenses acessam os serviços de saúde até o 5º dia de vida, enquanto em torno de 80,0% das crianças acessam as USs para realização do teste do pezinho. Estes dados demonstram a necessidade de qualificar o acesso do neonato ao cuidado nas USs, uma vez que ao acessar as mesmas para realização do teste do pezinho é possível otimizar sua visita e realizar a primeira consulta.

Em relação ao teste do pezinho, tem sido monitorada mensalmente a realização do mesmo no período considerado ideal, do 3º ao 5º dia de vida, com vistas a sinalizar os territórios que precisam qualificar as orientações e o acolhimento para a realização do teste até o 5º dia de vida do neonato. Nos últimos anos temos verificado a realização do teste, no período ideal, em até 70,0% a 75,0% das crianças. O desafio está na ampliação desse percentual para 85,0%, em todos os distritos de saúde, uma vez que ainda se identificam disparidades entre eles, com alguns territórios mostrando percentuais de coleta muito abaixo de 85,0%, como podemos verificar na tabela abaixo.

**Tabela 55 - Percentuais de realização do Teste do Pezinho do 3º ao 5º dia de vida, nos seis Maternidades SUS de Porto Alegre e Gerências Distritais de Saúde, 2019-2018**

Gerência Distrital	Ano		Variação
	2019	2018	
	3 - 5 dias (%)	3 - 5 dias (%)	3 - 5 dias (%)
Centro	78,8	71,6	10,1
GCC	77,7	75,8	2,5
Leno	79,5	74,3	7,0
NHNI	82,9	74,3	11,6
PLP	79,2	77,4	2,3
RES	73,4	69,6	5,5
SCS	74,6	73,8	1,1
NEB	80,0	72,9	9,7
Hospitais	90,4	89,7	0,8
<b>Total</b>	<b>82,3</b>	<b>79,1</b>	<b>4,0</b>

Fonte: Serviço de Triagem Neonatal/HMIPV.

Ainda em relação ao teste do pezinho, tem sido realizado o monitoramento do encaminhamento do teste no tempo adequado após a coleta (até o 5º dia após a coleta), uma vez que a celeridade no envio do exame ao SRTN (Serviço de Triagem



Neonatal), possibilita o diagnóstico e tratamento precoce da criança com vistas a reduzir suas repercussões na saúde da criança. Os resultados têm mostrado uma melhora gradativa do tempo de envio ao laboratório; a qualificação no meio de transporte dos testes, passando da coleta realizada pelos Correios, que apresentava muitas dificuldades, para transporte contratualizado da SMS, tem mostrado melhora nos tempos de entrega dos testes no período adequado. Mensalmente as equipes são informadas de seus resultados com vistas a identificar dificuldades no envio e buscar soluções.

Concomitante às ações de prevenção e promoção realizadas pela rede de atenção à saúde da criança, Porto Alegre aderiu e executa desde 2004 o Programa Primeira Infância Melhor - Porto Infância Alegre - PIM PIA, ação estratégica e transversal, de caráter intersetorial, preventivo e protetivo, com foco na promoção do desenvolvimento integral infantil, da parentalidade positiva, da identificação de potencialidades e necessidades das famílias com crianças de 0 a 6 anos incompletos e gestantes, em situação de vulnerabilidade social e beneficiárias do Programa Bolsa Família. A atuação do PIM se dá por meio de visitas domiciliares e atividades grupais periódicas de caráter lúdico, que são realizadas a partir de planos singulares de atendimento e da articulação com ações em rede. As ações do PIM impactam na melhoria das condições de saúde, educação e desenvolvimento social, através do acesso a direitos sociais básicos, do fortalecimento da parentalidade positiva e da prontidão para a aprendizagem, incidindo na ampliação dos anos de estudo, na redução da mortalidade materno-infantil, das violências, das desigualdades e na ruptura dos ciclos intergeracionais de pobreza.

O Programa está desenhado com uma estrutura potente de execução com perspectiva de contratação de até 200 visitantes, os quais realizam o atendimento às famílias com crianças e gestantes, e se vinculam como estagiários de nível superior das áreas da pedagogia, da nutrição, da psicologia, da fonoaudiologia, das ciências sociais e da enfermagem, constituindo-se, assim, um corpo operacional interdisciplinar. Porém, o alcance desta perspectiva está atrelada à disponibilidade da estrutura do corpo técnico de monitoramento e supervisão, através de profissionais do quadro próprio das pastas que integram a gestão do PIM, sendo, prioritariamente, Saúde, Educação e Assistência Social e, enquanto um arranjo deste município, a Cultura, prerrogativa, esta, que se mostra instável no histórico do

programa em Porto Alegre por uma recorrente oscilação de indicação de servidores para comporem o mesmo. Com isso, pode-se prospectar metas de acompanhamento de famílias com crianças e gestantes a partir da meta por visitador, que é de 14 famílias e 2 gestantes, cuja totalidade geral vai oscilar conforme o número de visitadores contratados no período analisado.

Neste momento, o PIM está atravessando nova reestruturação de profissionais, estando com sua capacidade de operacionalização reduzida pela ausência de monitoria para acompanhar as ações executadas pelos visitadores nos territórios de atuação.

Para o próximo período é fundamental seguir os processos de monitoramento/apoio e desenvolvimento de ações voltadas aos seguintes eixos:

#### 1. Pré-natal:

- Realização de pré-natal nas unidades básicas de saúde com captação precoce de gestante (até a 12<sup>a</sup> semana);
- Qualificação da rede de atenção às gestações de risco, com acesso ao alto risco em tempo oportuno;
- Realização dos exames de pré-natal (risco habitual e alto risco) e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- Vinculação da gestante ao local onde será realizado o parto, já no início do pré-natal;
- Estratégias assistenciais e de comunicação social, voltadas à saúde sexual e reprodutiva;
- Ações de prevenção e tratamento das ISTs e Hepatites virais;
- Ampliação de apoio aos deslocamentos para consultas de pré-natal, exames e demais serviços necessários ao melhor acompanhamento da gestação; e
- Qualificar os sistemas de informação.

#### 2. Parto e nascimento

- Garantir a presença do acompanhante durante o acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- Monitorar a realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e

- Garantir a realização do teste rápidos para Sífilis, HIV e Hepatites virais em 100% das gestantes que chegam aos serviços, implementando o devido tratamento quando indicado.

### 3. Puerpério e atenção integral à saúde da criança

- Ações de promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- Garantia de acompanhamento da puérpera e da criança na atenção primária, preferencialmente nos primeiros 5 dias após a realização do parto e nascimento;
- Realização de busca ativa de crianças vulneráveis;
- Prevenção e tratamento de ISTs e Hepatites;
- Testagem para o HIV nas mulheres que estão amamentando; e
- Orientação e oferta de métodos contraceptivos.

O monitoramento contínuo das ações propostas e a verificação de sua efetividade são fundamentais na identificação das estratégias a serem implementadas/ajustadas; para tanto é essencial manter contínua vigilância sobre os resultados. Neste sentido algumas ações são essenciais:

- Monitoramento contínuo dos indicadores de qualidade da rede cegonha (indicadores de assistência ao parto e cuidados à criança);
- Reuniões semestrais com a rede de atenção às gestantes e crianças (regionalização da assistência obstétrica e neonatal);
- Interoperabilidade do sistema Gercon para agendamento do binômio da saída da maternidade;
- Vacinação da BCG em 100% das crianças nascidas nas maternidades dos hospitais públicos e privados;
- Qualificar as ações de planejamento familiar, investindo na habilitação dos profissionais da rede e otimizando a disponibilização do DIU como método de contracepção na APS;
- Implementar ações para o acesso ao pré-natal até a 12<sup>a</sup> semana de gestação;
- Qualificar os encaminhamentos ao pré-natal de alto risco (PNAR), investindo na qualificação das equipes nas solicitações da agenda e monitoramento contínuo destas, apontando necessidade de celeridade no

agendamento, assim como revisar os critérios de encaminhamento ao PNA; e

- Acompanhamento sistemático da realização das triagens neonatais pelos serviços de referência, assim como o adequado referenciamento/acesso das crianças para o efetivo acompanhamento em tempo oportuno.

#### Ações estratégicas:

- Prevenção da transmissão do HIV e Sífilis;
- Atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso – utilizando o Método Canguru;
- Qualificação da atenção neonatal – transição do cuidado;
- Alta qualificada do recém-nascido da maternidade;
- Triagens universais;
- Mortalidade Infantil; e
- Ações para redução dos óbitos no período neonatal (0 a 27 dias), responsável por grande parte dos óbitos infantis.

#### ***Saúde do Adolescente***

Porto Alegre conta com uma população de 1.409.351 habitantes, dentre os quais 322.217 são adolescentes e jovens, representando 22,86% da população, conforme dados do IBGE de 2010. No período de 2010 a 2018 foram registrados 3.548 óbitos de adolescentes e jovens na faixa etária de 10 a 24 anos. As causas externas foram responsáveis por 81,28% na faixa etária de 15 a 19 anos, de 19 a 24 anos por 76,49% e de 10 a 14 anos por 43,65%. Considerando as características destes grupos etários, chama a atenção a prevalência das causas de mortalidade por acidentes e violências. Neste sentido as causas externas foram responsáveis por 2.679 (75,47%) dos 3.548 óbitos. Para as demais causas de óbito, verificou-se que as doenças infecciosas e parasitárias e dos sistema nervoso apresentaram a maior queda nos anos analisados. As doenças do aparelho respiratório mantiveram-se estáveis durante a série temporal. Em relação ao sexo, do total de óbitos, identificou-se que 82,10% foram do sexo masculino e 17,89% do sexo feminino. Em relação às causas externas, foram responsáveis por 41,26% dos óbitos femininos e 82,97% dos óbitos masculinos. No recorte de idade entre 10 e 14 anos, verificou-se uma tendência temporal de redução dos óbitos por homicídios e acidente de transporte, especialmente nos dois últimos anos (2017 e 2018). O número de suicídios se

mantveu estável. Na faixa etária de 15 a 19 anos houve significativa redução dos óbitos por acidentes de transporte e novamente os suicídios se mantiveram estáveis. Já em relação aos homicídios houve um aumento de 31,57%.

Em relação à distribuição dos óbitos por Gerência Distrital de saúde, as que apresentaram os maiores percentuais foram Gerência GCC (15,5%), Gerência PLP (14,54%) e Gerência NEB (14,01%). A Gerência Centro foi a que apresentou o menor percentual de óbitos de adolescentes (6,23%). Realizando uma análise mais específica sobre a mortalidade de adolescentes e jovens por IDH, população geral nesta faixa etária e número total de óbitos, verificou-se que as maiores taxa de mortalidade foram observadas na Glória/Cruzeiro/Cristal (15,66/1.000) e Restinga/Extremo Sul (14,4/1.000), estes também são territórios que possuem o menor IDH entre as regiões. Neste sentido é fundamental considerar que as disparidades sociais e territoriais refletem fatores de risco e exposição a desfechos fatais. Em relação aos distritos de saúde, as maiores taxas foram verificadas na Glória (17,72/1.000), Restinga (17,50/1.000), Nordeste (15,26/1.000) e Cruzeiro (14,77/1.000). A análise dos condicionantes e determinantes de saúde mostra uma correlação entre mortalidade juvenil com a violência e violação de direitos. Verifica-se nos territórios com maiores taxas de mortalidade, um maior percentual de negros, altas taxas de analfabetismo e baixa renda percapita, com grande parte das famílias vivendo com um salário mínimo. Neste sentido é possível identificar uma relação da mortalidade juvenil com a violência, tráfico de drogas e ausência de políticas de inserção destes jovens na sociedade. É fundamental a implementação de políticas públicas, em todos os níveis de gestão, que contemplem os diversos setores como educação, segurança, assistência social, cultura e saúde.

Nesta perspectiva, ações de promoção da cultura de paz e prevenção de violências e acidentes, assim como o fortalecimento da rede de saúde mental são ações que podem ter impacto positivo na prevenção dos eventos que têm levado a óbito tantos adolescentes e jovens.

Com o intuito de propor ações organizadas de cuidados aos adolescentes nos territórios, considerando suas demandas e os serviços disponíveis na rede de atenção, em parceria com a Unisinos foram desenhadas linhas de cuidado voltadas aos adolescentes de modo a instrumentalizar os profissionais que prestam assistência à esta faixa etária. Sendo assim, foram elaboradas e estão disponíveis a

Linha de Cuidado para prevenção e atenção à morbimortalidade por causas externas em adolescentes e jovens e a Linha de Cuidado para a atenção e proteção à saúde de adolescentes na gravidez precoce. Torna-se importante uma estratégia de trabalho para a SMS para o próximo período, promovendo educação permanente para sensibilização e qualificação dos profissionais de saúde, conferindo visibilidade e voz às necessidades desta população. Nesta perspectiva, a potencialização e investimento no Programa Saúde na Escola é uma estratégia importante e necessária, uma vez que as escolas, assim como os territórios, são espaços vivos de produção de vida, oportunidades e proteção à população adolescente e jovem.

Uma outra importante ação que vem sendo desenvolvida em relação aos adolescentes, tem sido voltada aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa (Fase).

A Portaria nº 2.083 de 2019, habilitou o município de Porto Alegre a receber Incentivo para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei. Na perspectiva de oferecer ações e cuidados voltados aos adolescentes privados de liberdade, anualmente tem sido desenvolvido o Plano Operativo Local (POL) que norteia as ações a serem desenvolvidas nas Unidades Socioeducativas.

Neste sentido, em 2020 foram realizados grupos focais e oficinas com os profissionais que trabalham na Fase no cuidado dos adolescentes, objetivando sensibilizá-los na qualificação da abordagem com os mesmos. Também foram realizados grupos focais e desenvolvidas dezenas de oficinas com os adolescentes objetivando promover a saúde física e emocional destes, oferecendo informações e ferramentas que desenvolvam a autonomia no processo individual e coletivo de cuidado. A metodologia de todas as oficinas foi descrita pela empresa Vydia, que desenvolveu o trabalho nas Unidades da Fase, esta ação permitirá que as mesmas sejam replicadas pelas Unidades por meio de seus agentes e profissionais, tornando o projeto sustentável. Também está programado para 2021 a realização de programa de educação continuada com os agentes e profissionais da Fase para as diversas temáticas voltadas aos adolescentes, no sentido de qualificar a abordagem. Este programa foi baseado nas demandas surgidas nos grupos focais com os adolescentes.

O quadro abaixo descreve as Unidades que compõem o sistema socioeducativo da Fase em Porto Alegre e sua capacidade de internação.

**Quadro 8 - Unidades Socioeducativas e sua Capacidade Populacional**

<b>Unidades</b>	<b>Capacidade Populacional</b>
CIP Carlos Santos	86
Case Padre Cacique	80
CSE	103
Case POA I	62
Case POA II	72
Case Feminino	33
Unidades da Capital	436

Fonte: Plano Operativo Local/SMS.

Para qualificação no atendimento aos adolescentes buscaremos intensificar os processos de monitoramento/apoio e o desenvolvimento de ações estratégicas voltadas para essa faixa etária:

- Ampla divulgação e implantação da linha de cuidado do adolescente;
- Qualificação dos profissionais que compõem a rede de atenção ao adolescente (diferentes níveis);
- Distribuição do material impresso, desenvolvido como produto do trabalho executado da linha de cuidado do adolescente, em todos os serviços de saúde e assistência social com vistas a qualificar/otimizar o adequado encaminhamento e/ou resolução da situação demandada pelo adolescente;
- Atualização contínua das informações contidas na BV-APS voltadas ao adequado manejo das situações mais prevalentes entre os adolescentes;
- Monitoramento contínuo dos indicadores de gestação da adolescência;
- Manutenção e ampliação das ações desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE), reconhecendo as características de cada território e atuando nas situações de saúde mais prevalentes de cada região;
- Manutenção do Projeto que vem sendo desenvolvido com os adolescentes privados de liberdade (Fase) e qualificação do mesmo – Portaria nº2.083 de 2019 – habilitação de Porto Alegre:
  - a) Desenvolvimento de oficinas com os adolescentes em diferentes temas na busca de novas perspectivas de vida e recuperação;
  - b) Oficinas com os agentes socioeducativos e profissionais da saúde no intuito de dar sustentabilidade ao projeto; e
  - c) Desenvolvimento do material teórico/prático que possa ser reproduzido junto aos adolescentes continuamente.

#### 1.4.16 Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) existe desde 2007, e tem como objetivo contribuir para uma formação integral dos estudantes, utilizando os territórios da Atenção Primária e seus equipamentos, assim como a articulação entre os setores da saúde e da educação. É estratégia do PSE combater as vulnerabilidades das crianças e adolescentes através da promoção, educação e atenção à saúde, considerando os contextos social e escolar do território. A articulação do PSE é feita pelo GTI-M, que engloba as secretarias de saúde e educação do município e do Estado, através da 1ª Coordenadoria Regional de Educação.

Para que esses propósitos sejam alcançados, o PSE tem como componentes:

- Avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública;
- Promoção da saúde e de atividades de prevenção;
- Educação permanente e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e dos Jovens;
- Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes;
- Monitoramento e avaliação do programa.

A Pactuação do PSE tem sido feita por biênios. Para o biênio 2021-2022, foram pactuadas todas as escolas públicas do município de Porto Alegre, totalizando 578 instituições distribuídas por distrito sanitário, conforme tabela abaixo.

**Tabela 56 - Número de escolas por território de cada Distrito Sanitário**

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Total</b>
Centro	69
Centro Sul	34
Cristal	30
Cruzeiro	22
Eixo Baltazar	37
Extremo Sul	24
Glória	26
Humaitá Navegantes	30
Ilhas	9
Leste	44
Lomba Do Pinheiro	31
Nordeste	20
Noroeste	35
Norte	39
Partenon	50
Restinga	45
Sul	33
<b>Total</b>	<b>578</b>

Fonte: Termo de adesão ao PSE 2021-2022, Geosaúde - SMS POA.



O Programa possui 13 ações elencadas pelo Ministério da Saúde, com a ação de Prevenção Covid-19 como prioritária, devendo-se executar pelo menos duas entre as demais:

1. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*.
2. Verificação e atualização da situação vacinal.
3. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas.
4. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas.
5. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil.
6. Prevenção à Covid-19 nas escolas.
7. Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos.
8. Prevenção das violências e dos acidentes.
9. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação.
10. Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor.
11. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.
12. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS.
13. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração - Porto Olhar Alegre.

No biênio 2021-2022, além das prioridades do PSE, devem ser executadas ações do Programa Crescer Saudável - programa vinculado ao Programa Saúde na Escola, com ênfase na prevenção e redução da obesidade infantil e que possui como metas as ações de Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas; Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; Vigilância nutricional; e Acompanhamento de crianças identificadas com obesidade).

Uma ação estratégica definida pelo município é o Programa Porto Olhar Alegre, em que as crianças com deficiência visual têm acesso a óculos. A avaliação da acuidade visual foi considerada prioritária na retomada das atividades presenciais das escolas em 2021, principalmente das crianças dos primeiros anos do ensino fundamental. Devido à pandemia, houve redução na procura por óculos e no tempo de espera para atendimento em oftalmologia na rede em 2020.

O monitoramento das ações do PSE é imprescindível para avaliação das ações e para compreender a situação de saúde das crianças. No ano de 2019 tivemos 324 escolas pactuadas, abrangendo 61.008 crianças. Destas, 35.109 foram acompanhadas no SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, correspondendo a 57,55%. Das escolas pactuadas, 65 tiveram 4 ou mais atividades de promoção de alimentação saudável, e 23 de promoção de atividade física e práticas corporais. Além disso, foram identificadas 4.167 crianças de 0 a 10 anos com obesidade, sendo 1.110 encaminhadas para atendimento. Não ocorreram ações em 2020 em virtude da pandemia, e as mesmas foram retomadas em 2021.

Entre os desafios estão: (1) a execução do Programa em meio à pandemia e a estratégia de imunização contra Coronavírus que mobiliza as equipes de saúde e mantém muitos escolares em atividade remota; (2) o desconhecimento do programa por equipes contratualizadas; e (3) a falta de suporte multiprofissional de serviços como os Núcleos de Apoio à saúde da família (NASF), que são reconhecidamente potentes para contribuir em ações de promoção e práticas em saúde preconizadas para o público escolar. Entre as soluções estão: (1) a articulação com universidades; (2) a contratação de estagiários para execução e monitoramento das ações; (3) a elaboração de materiais em formato virtual para alcançar o público alvo; (4) melhor entrosamento entre secretarias de saúde e educação. A SMS-POA criou a Central Escolas, para acompanhamento de surtos e mitigação da cadeia de transmissão do Covid -19, cujo maior desafio é o rastreamento e a articulação com outros setores. Para um retorno mais seguro às aulas, foram adquiridos com verba do PSE, *banners* com orientações sobre o Covid-19 e EPIs. Em 2021 foi constituído o COE Municipal, que define as ações de prevenção e monitoramento no âmbito das escolas do município.

#### **1.4.17 Amamentação, Alimentação e Nutrição**

A Área Técnica de Alimentação e Nutrição faz parte da nova conformação da Diretoria de Atenção Primária desde 2021, inserida na Coordenação de Políticas Públicas de Saúde – Núcleo de Promoção da Saúde. Desta forma, retoma sua constituição histórica de área transversal, pois entre os anos de 2018 e 2020 a nutrição esteve vinculada à Saúde na Escola.

A Área técnica é orientada pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999 e com sua última atualização no ano de 2011

pela Portaria MS/GM nº 2.715. Por meio de um conjunto de ações, a PNAN propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação. Entre seus princípios estão: a alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde, o respeito à diversidade e à cultura alimentar, o fortalecimento da autonomia dos indivíduos, a determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição e a segurança alimentar e nutricional como soberania.

A PNAN possui subsídio para o desenvolvimento de suas ações no valor de R\$ 80.000,00 anuais para os municípios com mais de 1.000.000 de habitantes, o Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN). Em 2020, a Portaria nº 802 de 14 de abril de 2020 definiu tal aporte.

O ato de alimentar-se é constituído por diversos fatores: entre eles os culturais, sociais, econômicos. Assim como a alimentação saudável é preditiva de boa saúde, os maus hábitos alimentares estão associados às principais causas de morbimortalidade, como câncer, doenças cardiovasculares e diabetes.

As diretrizes da PNAN conduzirão esta análise situacional.

### ***Vigilância alimentar e nutricional***

A vigilância alimentar e nutricional é uma das diretrizes da PNAN, e consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Através de um enfoque ampliado, incorpora vigilância nos serviços de saúde e integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica. Suas fontes diretas de informação são o e-SUS, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), além de dados do Programa Bolsa Família, as fontes de estimativa populacional são o VIGITEL, o Programa de Orçamentos Familiares (POF) e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Outras fontes de dados municipais são as avaliações antropométricas realizadas nas Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI). Para fins de estruturação da Vigilância Nutricional, o governo federal realiza aportes ocasionais de recursos financeiros para aquisição de equipamentos antropométricos. Em 2019, o município recebeu R\$ 399.000,00 para esta finalidade, e estão em processo de aquisição balanças pediátricas e regulares fixas e portáteis,

antropômetros horizontais fixos e portáteis, fitas métricas, adipômetros e paquímetros para otimizar a coleta dos dados de vigilância em toda rede de saúde.

Os dados de consumo alimentar do SISVAN e do e-SUS demonstram avanços positivos na prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de 6 meses: 57,8% no SISVAN (2020) e 65% no SISAB (2020). Estes valores superam os dados de anos anteriores, inclusive de pesquisa nacional realizada em 2008 (última amostra), em que Porto Alegre apresentou 38% de AME. Os dados, no entanto, são da pequena amostra da população que possui as informações registradas. Tanto os Marcadores de Consumo Alimentar do Coleta de Dados Simplificada(CDS) quanto o Tipo de Aleitamento Materno no prontuário eletrônico são pouco informados, não alcançando 10% da população da faixa etária.

Ainda que o AME esteja em ascensão, a qualificação da assistência e manejo clínico do aleitamento materno devem permanecer na agenda de ações perinatais e ao longo da primeira infância. A introdução alimentar ainda é realizada de maneira inadequada, com apresentação de alimentos ultraprocessados no primeiro ano de vida e prevalência de aleitamento materno aos 12 meses de apenas 61%, resultando em excesso de peso e má nutrição ao longo da vida. Entre as crianças de 5 a 10 anos, apenas 54% estão com Índice de Massa Corporal (IMC) considerado adequado para idade, e a obesidade grave já chega a 11,3%.

Segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2019, 37,6% dos porto-alegrenses possuem sobrepeso e 21,6% obesidade, estando assim 59,2% da população da cidade com excesso de peso. Entre homens e mulheres, os homens possuem maior taxa de excesso de peso (63%), mas as mulheres não ficam muito distantes (56%), e, relacionando ao grau de escolaridade, quanto maior o número de anos de estudos, menor a porcentagem de pessoas com excesso de peso.

Em relação ao consumo alimentar, a VIGITEL 2019 traz que apenas 41% dos porto-alegrenses consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias na semana, tendo as mulheres (47,1%) consumo maior que o dos homens (33,5%). Quanto à escolaridade, quanto mais anos de estudo, maior o consumo. O consumo de feijão com frequência superior a 5 dias na semana é de 41,1%. Neste caso, os homens (46,3%) fazem maior consumo que as mulheres (36,9%). Quanto aos refrigerantes, 21,2% consomem cinco ou mais dias na semana, sendo o consumo masculino

(24,7%) maior que o feminino (18,4%). O consumo de ultraprocessados diariamente ocorre em 21% da população.

Outro fator associado ao excesso de peso e DCNTs é a prática de atividade física. Apenas 37,7% dos porto alegrenses praticam atividade física moderada 150 minutos por semana no tempo livre, como preconizado pela OMS para manutenção da saúde, e neste caso, os homens (46,9%) praticam mais do que as mulheres (30,2%) e pessoas com maior escolaridade praticam mais do que aquelas com menos anos de estudo. Nas doenças crônicas, 28,2% dos porto-alegrenses possuem diagnóstico para hipertensão arterial e 8,6% para diabetes, e no caso da diabetes quanto maior a escolaridade, menor a sua taxa.

Sendo assim, Porto Alegre é a capital que coleciona pódios no VIGITEL 2019: ocupa 1º lugar entre as capitais com maior consumo semanal de refrigerante e ultraprocessados, e maior diagnóstico de diabetes, 2ª capital com maior número de habitantes com excesso de peso, e 3ª com mais diagnósticos de hipertensão.

Os dados obtidos diretamente do SISVAN são ainda mais preocupantes, uma vez que a soma de sobrepeso e obesidade alcança 77% da população da capital, e a obesidade grau 3 alcança 12,7% dos municípios assistidos no SUS. O dado comparado para raça/cor demonstra que a obesidade grau 3 é mais prevalente na população de raça/cor preta e parda.

### ***Promoção da Alimentação Adequada e Saudável***

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) corresponde a uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), inserindo-se no eixo estratégico da Política Nacional de Promoção à Saúde, contribuindo para o progresso da promoção à saúde da população, com o objetivo de oportunizar um pleno potencial de crescimento e desenvolvimento humano e o aumento da qualidade de vida e cidadania das pessoas. Ademais, visa reduzir carências nutricionais, desnutrição, redução da prevalência de sobrepeso e obesidade e doenças crônicas não transmissíveis.

Como trazido anteriormente, os indicadores relacionados à alimentação e outros hábitos saudáveis expressam importantes fatores de risco para câncer, Diabetes e Hipertensão arterial. Além disso, enfrentamos uma pandemia de Covid-19, a Síndrome Respiratória Aguda Grave desenvolvida pelo Coronavírus é agravada pelas doenças não transmissíveis. Por sua vez, estas últimas são mais

prevalentes em grupos sociais vulnerabilizados enraizados na sociedade. Portanto, a agregação dessas doenças com as iniquidades sociais e econômicas exacerbam os efeitos adversos de cada doença individualmente.

Ainda, devemos considerar que o contexto de alimentação não saudável e do excesso de peso da população se agrega a diversas variantes geralmente não pautadas em discussões, como o nível socioeconômico, padrões estéticos, questão raça/cor, gênero, idade, cultura, relações familiares, políticas sociais, meio ambiente, desertos e pântanos alimentares, acesso a segurança alimentar e nutricional, publicidade, entre outros.

As interfaces da Área Técnica incluem principalmente as políticas de Dants, saúde da criança, adolescente e rede cegonha, saúde bucal, práticas integrativas, plantas medicinais e alimentícias, educação popular em saúde, além do Programa Nascer, o tratamento de Tuberculose, as ações junto à população indígena, negra, migrantes, em situação de rua, LGBTQI+. Quanto às interfaces externas, temos a saúde na escola – Programa Crescer Saudável: com o apoio à implementação de hortas escolares e antropometria - segurança alimentar e hortas comunitárias, desertos alimentares, abastecimento, área rural e produção de alimentos, entre outras.

O Programa Crescer Saudável consiste em um conjunto de ações a serem realizadas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) e tem como objetivo contribuir para a promoção da saúde, prevenção e cuidado das crianças com obesidade matriculadas na Educação Infantil (creches e pré-escolas) e Ensino Fundamental I, a fim de apoiar os esforços de reversão do cenário epidemiológico no país. Embora as ações estejam voltadas para a prevenção da obesidade, a estratégia de ação ocorre através do PSE.

Entre os desafios da atuação intersetorial, está a qualificação da interlocução com as instituições próprias e contratualizadas no SUS. No Comitê de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar saudável, temos a representação das maternidades, universidades e Gerências Distritais, mas poucos são os movimentos que interferem efetivamente nas práticas dos serviços. Por outro lado, é perceptível o avanço da articulação nos espaços do Conselho de Segurança Alimentar (Cosans) e Grupo de trabalho intersetorial do PSE (GTI-M).

O município conta com um pequeno número de nutricionistas para o atendimento nutricional especializado. Ao longo dos últimos 10 anos, um grande número de profissionais se aposentou, e não ocorreu a devida reposição. Desta forma, toda a articulação para a promoção de hábitos alimentares saudáveis na atenção primária é prejudicada, pela inexistência deste profissional neste nível de assistência.

As limitações enfrentadas estão relacionadas à falta de pessoal na gestão, ausência de equipes multiprofissionais na APS e desatualização nas orientações nutricionais pelas equipes de saúde. Ainda, fazem parte dos limitantes: as condições socioeconômicas da população e as constantes fontes de informação inadequadas através dos meios de comunicação.

#### **1.4.18 Política Municipal de Acesso Mais Seguro**

O Acesso Mais Seguro (AMS) é uma metodologia de gestão de riscos desenvolvida e adaptada pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), cujo objetivo é prevenir, reduzir e mitigar as consequências da violência armada para profissionais e beneficiários dos serviços públicos essenciais no Brasil. Essa metodologia foi parametrizada pela norma internacional de gestão de riscos ABNT NBR, a ISO 31000, e vem trazendo importante contribuição para toda a rede de atenção à saúde no município de Porto Alegre, em especial no que se refere à visibilidade e compreensão da violência como um dos fatores que impactam no trabalho em saúde. Contribui para qualificação das ações de proteção dos trabalhadores, sem perder de vista a importância da continuidade da atuação dos serviços em áreas com alta vulnerabilidade à violência armada. Com o Decreto nº 20.830, de 03 de dezembro de 2020, o município de Porto Alegre consolidou a implementação da metodologia, instituindo o AMS como Política Municipal de Acesso Mais Seguro.

A metodologia do AMS prevê que as unidades façam uma análise de contexto, identifiquem e avaliem os riscos a que estão expostas e construam um Plano de Contingência (Plano AMS) que estabelece as condutas a serem tomadas, frente à uma situação de crise. Acredita-se que a organização prévia através do plano do AMS, resulta em um menor número de horas de fechamento dos serviços, bem como uma maior habilidade para o manejo das crises de violência. Esta

situação reduz o impacto emocional do imprevisto ou desconhecido, diminui a sensação de impotência por estar à mercê de uma decisão externa, nem sempre com a completa compreensão do risco local. A metodologia do AMS exige o monitoramento e atualização dos sinais no território para a elaboração do Plano, o qual inclui Comportamentos Mais Seguros (CMS) nas estratégias de ação. Os CMS são dicas de comportamentos que previnem ou limitam as consequências humanitárias da violência no território. O plano de AMS é uma estratégia de contingenciamento no enfrentamento à violência. Com o AMS temos uma redução do tempo de fechamento e as equipes conseguem dar resposta de forma eficaz.

Na SMS até maio de 2019, 100% das Unidades da APS já haviam feito a oficina do AMS. O processo de inconstitucionalidade do Imesf, iniciado em setembro de 2019, praticamente finalizado em janeiro de 2021 com as demissões dos trabalhadores, fragilizou a consolidação dos planos do AMS. A APS concomitante a este processo, se reorganizou através da contratualização das Unidades de Saúde pelas Organizações Sociais. Com as mudanças na APS, iniciamos a sensibilização e implantação da metodologia do AMS com as Instituições contratualizadas.

Para o registro das notificações de violência utilizamos o FormSUS e três grupos de Whatsapp. O FormSUS apresentava algumas limitações como a inviabilidade de gerar relatórios, entre outros. Com as fragilidades apresentadas pelos instrumentos utilizados nas notificações de violência no território, e a necessidade de qualificar a gestão do AMS, com relatórios quali-quantitativos, o CICV disponibilizou uma Plataforma Digital do AMS. Com ela, é possível ter acesso às notificações das Classificações de Risco, georreferenciadas em tempo real e produzir relatórios e estatísticas que contribuirão para a gestão do AMS. A Plataforma Digital foi instalada no servidor da SMS em dezembro de 2019 pela Procempa, atualizada em abril de 2020.



## 1.5 CARACTERIZAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS

### 1.5.1 Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS) - 2020

A saúde como algo complexo, dinâmico e singular, pode se dar de acordo com os contextos históricos de vida, cuja experiência entre os diferentes sujeitos e grupos podem ser fator determinante. As experiências pessoais dos indivíduos e as suas percepções quanto à existência ou quanto a sua vulnerabilidade se entrelaçam ao estilo de vida, condutas, valores e atitudes que possam vir a fazer parte da região, cultura, família ou demais perspectivas coletivas que o sujeito está inserido (Marandola Jr; Hogan, 2009). Neste sentido o IVS é um Índice composto de diversos indicadores relacionados às dimensões do processo saúde-doença com objetivo de identificação dos territórios com maior vulnerabilidade em saúde em Porto Alegre, a fim de subsidiar decisões mais qualificadas e equânimes na política de saúde, como na alocação de recursos e no planejamento estratégico das ações em saúde.

Nos quadros a seguir foram apresentadas as fontes de dados utilizadas, o ano da base dos dados e o peso atribuído a cada indicador. Observa-se que os dados do Censo 2010 do IBGE foram empregados em 10 dos 16 indicadores, o que pode prejudicar a representação da dinâmica populacional dos territórios ocorrida com o passar dos anos.

As cinco dimensões que compõem IVS foram detalhadas no quadro 18 e os resultados apresentados nas tabelas abaixo, destacando-se os menores e maiores valores encontrados. O resultado numérico de cada dimensão do IVS varia de zero (0) menor vulnerabilidade a um (1) maior vulnerabilidade.

As pontuações do IVS de cada Distrito Sanitário foram apresentadas em ordem decrescente de valor de IVS na tabela 77, na qual pode ser observada maior vulnerabilidade nos distritos Lomba do Pinheiro, Ilhas, Nordeste e Restinga. Centro, Noroeste e Centro-Sul apresentaram menor IVS.

**Quadro 9 - Fontes dos dados e ano da base dos dados**

<b>Fontes</b>	<b>Ano</b>
IBGE Censo	2010
Programa Bolsa Família - PBF	2020
Sistema de Informação de Mortalidade - SIM	2019
Vigilância Ambiental	2018
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES	2020
Censo Escolar	2018

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC	2019
ObservaPOA	2018

**Quadro 10 - Dimensões, indicadores, pesos e fontes**

Dimensão	Peso da dimensão	Indicador	Peso do Indicador	Fontes
1. Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais (estruturais)	0,5	Percentual de beneficiários no Programa Bolsa Família	0,1	PBF/IBGE Censo
		Percentual de analfabetismo em maiores de 15 anos	0,1	IBGE Censo
		Percentual de população negra	0,1	IBGE Censo
		Percentual de óbitos por mortes violentas	0,1	SIM
		Percentual de áreas de risco ambiental	0,1	Vigilância Ambiental
2. Condições de vida e de trabalho	0,3	Percentual de domicílio sem rede de água e esgoto	0,06	IBGE Censo
		Percentual de domicílios sem coleta de lixo	0,06	IBGE Censo
		Percentual da população sem cobertura das Equipes de Saúde da Família	0,06	CNES/IBGE Censo
		Percentual de crianças/adolescentes que evadiram no ensino médio	0,06	Censo Escolar
		Percentual de crianças de 0 a 5 anos não matriculadas na Educação infantil	0,06	Censo Escolar
3. Redes sociais e comunitárias	0,1	Número de entidades comunitárias e de associativismo por território	0,1	ObservaPOA
4. Estilo de vida dos indivíduos	0,08	Percentual de recém-nascidos de mães adolescentes (de 10 a 19 anos)	0,08	SINASC
5. Idade, sexo e fatores hereditários	0,02	Percentual de crianças menores de 1 ano	0,005	IBGE Censo
		Percentual de adolescentes (de 10 a 19 anos)	0,005	IBGE Censo
		Percentual de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos)	0,005	IBGE Censo
		Percentual de idosos (60 anos +)	0,005	IBGE Censo
<b>Total</b>	<b>1,0</b>		<b>1,0</b>	

**Quadro 11 - Grau e pontuação de vulnerabilidade conforme Dimensão**

Grau	Pontuação de vulnerabilidade	Dimensões 1, 2, 4 e 5	Dimensão 3
Grau 0	0,00	Valor igual a zero (0,00)	Valores acima de 02 DP, acima da média da cidade.
Grau I	0,25	Valores igual ou maior que 0,01 e menores que o dado da cidade	Valores entre 01 e 02 desvios padrão, acima da média da cidade.
Grau II	0,50	Valor entre o dado da cidade e até 10% acima	Valor entre a média da cidade e até 01 desvio padrão.
Grau III	0,75	Valores entre 10-50% acima do dado da cidade	Valores igual ou maior que 0,01 e menores que a média da cidade

Grau IV	1,00	Valores acima de 50% do dado da cidade.	Valor igual a zero (0,00)
---------	------	---	---------------------------

**Tabela 57 - Pontuação de vulnerabilidade dos indicadores da Dimensão 1. Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais (estruturais) por Distrito Sanitário em Porto Alegre**

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Percentual de beneficiários no Programa Bolsa Família</b>	<b>Percentual de analfabetismo em maiores de 15 anos</b>	<b>Percentual de população negra</b>	<b>Percentual de óbitos por mortes violentas</b>	<b>Percentual de áreas de risco ambiental</b>	<b>Pontuação geral Dimensão 1</b>
Centro	0,05	0,05	0,05	0,05	0,00	<b>0,20</b>
Centro Sul	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	<b>0,25</b>
Cristal	0,20	0,20	0,15	0,05	0,05	<b>0,65</b>
Cruzeiro	0,20	0,20	0,15	0,05	0,05	<b>0,65</b>
Eixo Baltazar	0,15	0,05	0,15	0,15	0,05	<b>0,55</b>
Extremo Sul	0,20	0,20	0,05	0,05	0,00	<b>0,50</b>
Glória	0,20	0,15	0,15	0,15	0,05	<b>0,70</b>
Humaitá Navegantes	0,20	0,15	0,10	0,15	0,00	<b>0,60</b>
Ilhas	0,20	0,20	0,15	0,05	0,20	<b>0,80</b>
Leste	0,15	0,15	0,15	0,15	0,05	<b>0,65</b>
Lomba Do Pinheiro	0,20	0,20	0,20	0,15	0,05	<b>0,80</b>
Nordeste	0,20	0,20	0,20	0,15	0,05	<b>0,80</b>
Noroeste	0,05	0,05	0,05	0,05	0,00	<b>0,20</b>
Norte	0,15	0,15	0,10	0,15	0,05	<b>0,60</b>
Partenon	0,15	0,15	0,15	0,05	0,15	<b>0,65</b>
Restinga	0,20	0,20	0,20	0,20	0,05	<b>0,85</b>
Sul	0,10	0,05	0,05	0,05	0,05	<b>0,30</b>

Legenda: verde: menor IVS; vermelho: maior IVS.

**Tabela 58 - Pontuação de vulnerabilidade dos indicadores da Dimensão 2. Condições de vida e de trabalho por Distrito Sanitário em Porto Alegre**

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Percentual de domicílio sem rede de água e esgoto</b>	<b>Percentual de domicílios sem coleta de lixo</b>	<b>Percentual da população sem cobertura das Equipes de Saúde da Família</b>	<b>Percentual de crianças/adolescentes que evadiram no ensino médio</b>	<b>Percentual de crianças de 0 a 5 anos não matriculadas na Educação infantil</b>	<b>Pontuação geral Dimensão 2</b>
Centro	0,05	0,05	0,20	0,05	0,05	<b>0,40</b>
Centro Sul	0,05	0,15	0,15	0,05	0,15	<b>0,55</b>
Cristal	0,15	0,10	0,05	0,05	0,05	<b>0,40</b>
Cruzeiro	0,05	0,05	0,05	0,05	0,15	<b>0,35</b>
Eixo Baltazar	0,05	0,15	0,05	0,05	0,15	<b>0,45</b>
Extremo Sul	0,20	0,20	0,05	0,20	0,10	<b>0,75</b>
Glória	0,20	0,20	0,05	0,00	0,15	<b>0,60</b>
Humaitá Navegantes	0,10	0,05	0,05	0,05	0,05	<b>0,30</b>
Ilhas	0,20	0,20	0,05	0,20	0,05	<b>0,70</b>
Leste	0,15	0,05	0,15	0,15	0,15	<b>0,65</b>
Lomba Do Pinheiro	0,20	0,20	0,05	0,20	0,15	<b>0,80</b>
Nordeste	0,05	0,20	0,05	0,20	0,15	<b>0,65</b>
Noroeste	0,05	0,05	0,15	0,05	0,05	<b>0,35</b>
Norte	0,05	0,15	0,05	0,15	0,10	<b>0,50</b>
Partenon	0,05	0,05	0,10	0,05	0,15	<b>0,40</b>
Restinga	0,20	0,20	0,05	0,05	0,05	<b>0,55</b>
Sul	0,05	0,15	0,15	0,05	0,10	<b>0,50</b>

Legenda: verde: menor IVS; vermelho: maior IVS.

**Tabela 59 - Pontuação de vulnerabilidade dos indicadores das Dimensões 3. Redes sociais e comunitárias e 4. Estilo de vida dos indivíduos por Distrito Sanitário em Porto Alegre**

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Número de entidades comunitárias e de associativismo por território</b>	<b>Percentual de recém-nascidos de mães adolescentes (de 10 a 19 anos)</b>
Centro	0,00	0,25
Centro Sul	0,75	0,25
Cristal	0,75	0,75
Cruzeiro	0,75	0,75
Eixo Baltazar	0,75	0,25
Extremo Sul	0,75	0,75
Glória	0,75	0,75
Humaitá	0,75	0,75
Navegantes	0,75	0,75
Ilhas	0,75	0,75
Leste	0,50	0,50
Lomba Do Pinheiro	0,75	0,75
Nordeste	0,75	0,75
Noroeste	0,50	0,25
Norte	0,75	0,75
Partenon	0,75	0,75
Restinga	0,75	0,75
Sul	0,75	0,25

**Tabela 60 - Pontuação de vulnerabilidade da Dimensão 5. Idade, sexo e fatores hereditários por Distrito Sanitário em Porto Alegre**

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Percentual de crianças menores de 1 ano</b>	<b>Percentual de adolescentes (de 10 a 19 anos)</b>	<b>Percentual de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos)</b>	<b>Percentual de idosos (60 anos +)</b>	<b>Pontuação geral Dimensão 5</b>
Centro	0,06	0,06	0,13	0,25	<b>0,50</b>
Centro Sul	0,19	0,19	0,19	0,19	<b>0,75</b>
Cristal	0,19	0,19	0,19	0,19	<b>0,75</b>
Cruzeiro	0,19	0,19	0,19	0,19	<b>0,75</b>
Eixo Baltazar	0,19	0,19	0,19	0,13	<b>0,69</b>
Extremo Sul	0,25	0,25	0,19	0,13	<b>0,81</b>
Glória	0,25	0,25	0,19	0,13	<b>0,81</b>
Humaitá	0,19	0,19	0,19	0,19	<b>0,75</b>
Navegantes	0,19	0,19	0,19	0,19	<b>0,75</b>
Ilhas	0,25	0,25	0,19	0,06	<b>0,75</b>
Leste	0,19	0,19	0,19	0,19	<b>0,75</b>
Lomba Do Pinheiro	0,25	0,25	0,19	0,06	<b>0,75</b>
Nordeste	0,25	0,25	0,25	0,06	<b>0,81</b>
Noroeste	0,06	0,06	0,19	0,25	<b>0,56</b>
Norte	0,19	0,19	0,19	0,13	<b>0,69</b>
Partenon	0,19	0,19	0,19	0,19	<b>0,75</b>
Restinga	0,25	0,25	0,19	0,06	<b>0,75</b>
Sul	0,19	0,19	0,19	0,19	<b>0,75</b>

Legenda: verde: menor IVS; vermelho: maior IVS.

**Tabela 61 - Pontuação de vulnerabilidade por Dimensão e Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS) por Distrito Sanitário em Porto Alegre de modo de maior vulnerabilidade a menor vulnerabilidade**

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Dimensão 1</b>	<b>Dimensão 2</b>	<b>Dimensão 3</b>	<b>Dimensão 4</b>	<b>Dimensão 5</b>	<b>IVS</b>
Lomba Do Pinheiro	0,4000	0,2400	0,0750	0,0600	0,0150	<b>0,7900</b>
Ilhas	0,4000	0,2100	0,0750	0,0600	0,0150	<b>0,7600</b>
Nordeste	0,4000	0,1950	0,0750	0,0600	0,0163	<b>0,7463</b>
Restinga	0,4250	0,1650	0,0750	0,0600	0,0150	<b>0,7400</b>
Glória	0,3500	0,1800	0,0750	0,0600	0,0163	<b>0,6813</b>
Extremo Sul	0,2500	0,2250	0,0750	0,0600	0,0163	<b>0,6263</b>
Leste	0,3250	0,1950	0,0500	0,0400	0,0150	<b>0,6250</b>
Norte	0,3000	0,1500	0,0750	0,0600	0,0138	<b>0,5988</b>
Cristal	0,3250	0,1200	0,0750	0,0600	0,0150	<b>0,5950</b>
Partenon	0,3250	0,1200	0,0750	0,0600	0,0150	<b>0,5950</b>
Cruzeiro	0,3250	0,1050	0,0750	0,0600	0,0150	<b>0,5800</b>
Humaitá Navegantes	0,3000	0,0900	0,0750	0,0600	0,0150	<b>0,5400</b>
Eixo Baltazar	0,2750	0,1350	0,0750	0,0200	0,0138	<b>0,5188</b>
Sul	0,1500	0,1500	0,0750	0,0200	0,0150	<b>0,4100</b>
Centro Sul	0,1250	0,1650	0,0750	0,0200	0,0150	<b>0,4000</b>
Noroeste	0,1000	0,1050	0,0500	0,0200	0,0113	<b>0,2863</b>
Centro	0,1000	0,1200	0,0000	0,0200	0,0100	<b>0,2500</b>

### **1.5.2 Distrito Sanitário Centro**

O Distrito Centro abriga 276.799 habitantes, representando 19,64% da população do município, com área de 26,0km<sup>2</sup>, representando 5,46% da área do município, sendo a densidade demográfica de 10.646,12 habitantes por km<sup>2</sup>. A taxa de analfabetismo é de 0,51% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 8,81 salários mínimos (Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2010). A Região é composta pelos bairros: Auxiliadora, Azenha, Bela Vista, Bom Fim, Centro, Cidade Baixa, Farroupilha, Floresta, Independência, Jardim Botânico, Menino Deus, Moinhos de Vento, Mont´Serrat, Petrópolis, Praia de Belas, Rio Branco, Santa Cecília e Santana. O Distrito Centro é composto por três Unidades de Saúde. A Unidade de Saúde Modelo, unidade própria da Prefeitura de Porto Alegre, conta com 7 equipes de Saúde da Família, 7 equipes de Saúde Bucal e 1 equipe de Atenção Primária à Saúde. A unidade possui turno estendido, sendo seu funcionamento das 7h às 18h para população do território adscrito e das 18h às 22h aberto para toda a população de Porto Alegre. A equipe médica da US Modelo é composta majoritariamente por médicos de família e comunidade, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, porém também conta com ginecologista, pediatra e nutricionista. A US Santa Cecília, gerenciada pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, conta com 3 Equipes de Saúde da Família, além de residentes e estagiários. O horário de funcionamento da Unidade é das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. A Unidade de Saúde Santa Marta, unidade própria da Prefeitura de Porto Alegre, é composta por 3 Equipes de Saúde da Família, 2 Equipes de Saúde Bucal e 6 Equipes de Atenção Primária, seu funcionamento é das 7h às 19h para a população do território adscrito. A Unidade conta com 2 equipes de Consultório na Rua, voltada para o atendimento da população em situação de rua.

Uma das especificidades do Consultório na Rua é de que pessoas em situação de rua são direcionadas ao Consultório na Rua, porém nem sempre os usuários nessa condição se localizam na área de abrangência do serviço, contabilizando usuários de alta vulnerabilidade que não pertencem ao território. Além disso, a US Santa Marta e o Consultório na Rua compartilham o mesmo CNES o que dificulta a identificação das singularidades de cada população.



A Unidade de Saúde Santa Marta faz parte do Centro de Saúde Santa Marta, onde também estão alocados a Gerência Distrital, o Serviço Ambulatorial Distrital, Centro de Especialidade Odontológica Santa Marta, Equipe Especializada de Saúde da Criança e do Adolescente, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Ambulatório Especializado de Saúde Mental do Adulto Centro, Serviço de Atendimento Especializado Santa Marta e Farmácia Distrital. Em relação ao Ensino-serviço, o Distrito possui vínculo com 16 instituições de ensino para a realização de estágios de nível técnico, graduação e também vivência de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em saúde mental, em atenção primária à saúde, residência integrada em saúde bucal e gestão em saúde nas unidades de saúde de atenção primária e serviços da atenção especializada. Em 2020, o Distrito recebeu mais de 200 alunos para diversas atividades, respeitando a capacidade dos serviços de acordo com as orientações de distanciamento.

Em relação à mortalidade, o Distrito Centro representa 19,55% (2571) dos óbitos do município (13146) em 2020. As causas de mortalidade, algumas destas relacionadas à idade, causadas por doenças provocadas por vírus, neoplasias malignas dos órgãos digestivos e doenças degenerativas do sistema nervoso. Em 2019, as principais causas de mortalidade foram neoplasias malignas dos órgãos digestivos, doenças degenerativas do sistema nervoso e doenças cerebrovasculares. Com a pandemia da Covid-19 houve um aumento significativo na mortalidade, principalmente para mulheres acima de 80 anos (BI da SMS, 2021).

As medidas de isolamento social fizeram com que os usuários, principalmente os idosos, deixassem de procurar as unidades de saúde, onde os atendimentos eram prioritariamente de sintomáticos respiratórios, ocasionando o agravamento de algumas condições de saúde.

Para qualificar a assistência é necessário agregar um especialista em gerontologia para atendimento do Serviço Ambulatorial Distrital Centro através da realização de projeto voltado para a saúde da população idosa com a retomada de grupos de convivência, uso de ferramentas tecnológicas da informação promovendo o vínculo com os idosos do território. Em relação ao quesito raça cor, trabalhar com os ACS e demais profissionais, educação permanente e contínua desde o cadastro; retomada das reuniões/ações do comitê da saúde da população negra (mensais).

O Distrito Centro registrou 12 óbitos infantis no ano de 2020, 8 em 2019 e 16 em 2018. Considerando que o principal grupo são causas associadas às condições maternas relacionadas a complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto, existe a necessidade do acompanhamento multiprofissional das gestantes, puérperas e recém nascidos de forma a fortalecer a linha de cuidado mãe-bebe (BI da SMS, 2021). Neste contexto propomos o matriciamento junto às equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, qualificar o acolhimento nas equipes de atenção primária, para que haja garantia de no mínimo 6 consultas de pré-natal para gestantes e acompanhamento sistemático da criança de 0 a 2 anos.

No Distrito Centro, o número de casos de Sífilis adquirida no primeiro semestre de 2021 foi de 57 casos, cerca de 50% menos casos quando comparado com o primeiro semestre de 2020 (115 casos). Isso pode estar associado a dois fatores: baixa demanda por testagem devido à pandemia e baixa notificação de diagnósticos por parte dos serviços, situações que reforçam a importância dos testes rápidos e da retomada das ações extramuros. Em relação à raça/cor, em 2021, 73,7% dos casos notificados eram autodeclarados brancos e 12,3 autodeclarados pretos, o que condiz com a característica da população local, porém ainda aponta para a necessidade de se trabalhar a autodeclaração dentro dos serviços, pois ainda são números distantes da realidade (BI da SMS, 2021). O número de casos de Sífilis em gestantes em Porto Alegre no primeiro semestre de 2021 foi de 416 casos/1.000 nascidos vivos, 72 casos a mais quando comparado com o primeiro semestre de 2020 (344 casos/1.000 nascidos vivos). No Distrito Centro foram 18 casos/1.000 nascidos vivos no primeiro semestre de 2021 e 20 casos/1.000 nascidos vivos no primeiro semestre de 2020 (BI da SMS, 2021). Dos 18 casos confirmados de Sífilis em gestantes em 2021, na Gerência Centro, 5 incluíram o tratamento dos parceiros. No ano de 2020, a taxa de incidência de Sífilis congênita do distrito ficou em 11,1% (21 casos /1.000 nascidos vivos), estabelecendo-se abaixo dos números municipais, os quais registraram 30,29 casos a cada mil nascidos vivos. Em 2021, as taxas de incidência de casos a cada mil nascidos vivos aumentaram, registrando-se 15 casos a cada mil nascidos vivos relativos ao Distrito Centro e 39,21 casos a cada mil nascidos vivos relativos ao município de Porto Alegre. O acompanhamento de pré-natal foi realizado em 81,7% dos casos diagnosticados com Sífilis congênita em 2020 e 81,6% em 2021 (BI da SMS, 2021).

Devido a maior concentração de renda da sua população, o Distrito apresenta baixas taxas de infecção por Tuberculose em suas unidades de saúde, entretanto, existe uma maior concentração de casos nas equipes de Consultório na Rua, que atende uma população heterogênea, mas de grande vulnerabilidade, sendo, assim, mais exposta à infecção por Tuberculose, além de apresentar formas mais graves da doença devido ao abandono do tratamento e coinfeção HIV/TB. Existe a necessidade de redução dos índices de taxa de abandono e taxa de cura, e a necessidade de aumento de testagem das populações alvo e do rastreamento de contatos dos casos positivos.

Na Gerência Distrital centro, no ano de 2020, foi notificado 1 caso de transmissão vertical de HIV, sendo que 13 mulheres vivendo com HIV tiveram parto em 2020, e apenas 2 não estavam em terapia antirretroviral no momento do parto, segundo a BVAPS. Observou-se também, em 2020, o total de diagnóstico de 94 indivíduos com HIV e 51 com Aids. Ressalta-se ainda o predomínio da raça/cor branca, representando 67%, das pessoas com diagnóstico de HIV e 72,5% dos casos de pessoas vivendo com Aids. Contudo, deve-se avaliar o contexto epidemiológico de raça cor na região (BI da SMS, 2021).

Em relação ao número de casos da Covid-19 em residentes do território, o Distrito Centro chegou a notificar 2.985 casos positivos em um único mês e total acumulado de 18.191 casos positivos diagnosticados desde o início da pandemia até junho de 2021, sendo a taxa de infecção de 15% em relação a população total do Distrito. A região Centro possui mais de 20% de sua população com mais de 60 anos, sendo diretamente afetada pela pandemia da Covid-19, o que ocasionou numerosos óbitos e internações por Síndrome Respiratório Aguda Grave, além do agravamento de condições prévias e sequelas pós-Covid. Além disso, por ter serviços de saúde com atendimento de sintomáticos respiratórios na região central, com Unidades de Saúde de fácil acesso e turno estendido, a população flutuante, que trabalha e estuda na região central do município, acessa os serviços de saúde do Distrito, gerando uma sobrecarga no fluxo de atendimento e coleta de testes de Covid-19.

No que tange à infecção por Dengue, Chikungunya e Zika vírus, o Distrito apresentou, em 2020, 47 notificações e, destas, 15 casos confirmados, sendo responsável por 27,3% das notificações e 34,8% dos casos totais do município.

Supõe-se que esse resultado seja reflexo das características geográficas do território, que abrange áreas fluviais como o Arroio Dilúvio e o Lago Guaíba, grandes áreas botânicas e pontos de água parada que facilitam a proliferação dos vetores (BI da SMS, 2021). Além disso, a dificuldade para investigar focos e realizar desinsetização aumentou nos últimos anos, o que pode ser ainda maior na retomada das ações pós pandemia, dificultando o trabalho dos agente de endemias.

Alguns dos serviços especializados do Distrito Centro possuem abrangência que ultrapassa o Distrito, atendendo usuários de todo o município ou de outras gerências, de acordo com a territorialização do serviço. Em relação às maiores demandas da população, se encontra uma extensa lista de espera para oftalmologia. A segunda maior demanda é por cirurgia geral, após, dermatologia.

**Tabela 62 - Situação do consultas especializadas no Distrito Centro em 2020 e 2021**

<b>Especialidade</b>	<b>Aguardando consulta em 2021</b>	<b>Agendadas/ Realizadas em 2020</b>	<b>Faltantes 2020</b>
Oftalmologia	1.425	820/ 493	102
Cirurgia Geral	573	85/ 166	9
Dermatologia	479	97/ 289	63
Ortopedia	356	62 /220	28
Saúde Mental	347	83 /150	34

Fonte: Power BI SMS/Gercon.

Um dos nós críticos identificados está nos encaminhamentos para saúde mental, pois, apesar de não ser a maior demanda, é um atendimento que necessita acompanhamento e por isso possui menor abertura de vagas. Além disso, com a pandemia, houve aumento significativo no surgimento de transtornos mentais, além do agravamento de transtornos já existentes, gerando sobrecarga de uma rede já fragilizada. A tabela acima apresenta a questão das consultas agendadas/realizadas onde que os profissionais ao não confirmar os atendimentos no Gercon as consultas, elas permanecem como agendadas não informando se esta consulta foi realizada ou se o usuário faltou, prejudicando também o cálculo do absenteísmo que seria informado pelos faltantes.

Apesar de a pandemia ter potencializado transtornos mentais e violências, o afastamento dos serviços de saúde e educação ocasionou a diminuição das notificações no Brasil inteiro, e se reflete do mesmo modo nas notificações de violência e acidente. Após aumento em todos os tipos de violência do ano de 2018 para 2019, em 2020 houve queda nas notificações para valores inferior 2019 a de tentativa de suicídio (-18,56%), violência sexual (-36%), violência física (-34%),

violência psicossocial (-91%) e negligência (-42,4%) (BI da SMS, 2021). As consequências dessas violências refletem diretamente nas demandas recebidas pelos serviços de saúde, que acolhem usuários em alto grau de fragilidade e que necessitam de uma equipe qualificada e com propriedade de manejo de questões de saúde mental. Para tanto é necessária a adoção de estratégias como o fortalecimento da atenção primária, a ampliação das equipes mínimas, além da capacitação dos profissionais como o uso de recursos de grupos de terapia comunitária, matriciamento com equipes especializadas e uma rede de saúde mental mais consolidada, com equipamentos dentro do território e o uso de terapias alternativas em saúde mental. Como experiência exitosa, percebemos que a Unidade Santa Cecília possui menos encaminhamentos de saúde mental, por ser composta por equipe multiprofissional possibilitada pelo fortalecimento do Ensino-serviço e parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Como proposta é fundamental a retomada e potencialização do trabalho intersetorial, intensificando as interlocuções com outras políticas em espaços como micro-redes. Além disso, propomos a criação de um Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) junto ao projeto de Revitalização do Centro Histórico, pois é um espaço para a convivência das mais diversas pessoas, principalmente pessoas com transtornos mentais, idosos, crianças e adolescentes. A iniciativa, que já existe em São Paulo, promove saúde através de oficinas com atividades artísticas, culturais, culinária e também o desenvolvimento de PICS.

Ademais, considerando a grande população residente da área do Distrito Centro e a existência de apenas três Unidades de Saúde no território, sendo o Distrito com menor cobertura de Atenção Primária do município, se faz necessária a abertura de novas Unidades de Saúde. Sendo uma delas no bairro Centro Histórico, próxima ao loteamento Santa Terezinha - área de extrema vulnerabilidade - e outra no bairro Jardim Botânico, a fim de ampliar o acesso da população destes territórios e qualificar o atendimentos nas USs Santa Marta e Modelo, as quais sofrem com a sobrecarga de demanda.

### **1.5.3 Distrito Sanitário Cristal**

O Distrito Cristal é composto pelo bairro Cristal e conta com uma população de 32.037 mil habitantes, sendo 14.847 homens (46,34%) e 17.190 mulheres

(53,66%). O número de crianças e de adolescentes (zero a 18 anos) e de idosos é de aproximadamente 8.350 (26,1%) e 4.300 (13,4%), respectivamente. A maior parte da população está na faixa economicamente ativa, sendo 19.378 (60,5%). A densidade demográfica do distrito (7.056,4 hab/km<sup>2</sup>) corresponde a cerca de 2,5 vezes a observada no município (2.837,5 hab/km<sup>2</sup>), que pode ser explicada pela presença de vilas populares e pelos inúmeros prédios e condomínios incorporados à região. O distrito Cristal possui cobertura de aproximadamente 90% de rede de esgoto e de 99% de abastecimento público de água.

No quesito raça/cor, 80% das pessoas se autodeclaram brancas, 18% negras. A taxa de analfabetismo é de 2,3% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 5,3 salários-mínimos, sendo que 34,9% das famílias têm renda de até 1 (um) salário mínimo. O Índice Desenvolvimento Humano (IDH) do território é de 0,809, superior ao do município de Porto Alegre (0,805). No que se refere ao Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS), o distrito encontra-se na 9<sup>o</sup> posição (IVS 0,5950), considerando os 17 distritos sanitários.

O território da Gerência Glória Cruzeiro Cristal (GCC) concentra cerca de 1,3% (censo 2017/UFRGS) da população vivendo em situação de rua em Porto Alegre, mormente nos territórios dos distritos Cruzeiro e Cristal. Constata-se que, durante a pandemia da Covid-19, houve um aumento dessa população nos territórios citados. Este cenário reforça a necessidade de organização dos serviços, sensibilização das equipes de saúde e ações intersetoriais para o cuidado desses usuários, acolhendo demandas comuns, como problemas de saúde mental, uso abusivo de drogas e infecção por Tuberculose.

O distrito Cristal é composto por cinco Unidades de Saúde (US), sendo uma própria do Município, quatro (04) contratualizadas pela Sociedade Sulina Divina Providência (SSDP) e seis (06) equipes de saúde sócio-educativas, pertencentes à Fase (Fundação de Atendimento Sócio-Educativo). Além das US, o distrito conta com dois Serviços Especializados (SES) de Saúde Mental próprios (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD).

Conforme dados de junho de 2021, o distrito Cristal apresenta uma cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 95,5%, o qual, quando comparado a 2018, demonstra um aumento considerável, dado que, naquele ano, a cobertura era

de 57% de ESF. Conta-se ainda com 01 equipe de Atenção Primária (eAP), a qual não é contabilizada na cobertura de ESF. Adicionalmente, os dados de cobertura de ESF do distrito estão acima da cobertura do município que é de 63.1%. Quanto à saúde bucal, houve ampliação no número de equipes de Saúde Bucal (eSB), passando de 34,2% de cobertura em 2018 para 60,7% em junho de 2021, sendo igualmente superior a cobertura do município (46,3%). Por outro lado, o distrito ainda conta com unidades sem eSB, exigindo que os usuários sejam referenciados para unidades de saúde próximas ou serviços contratados.

As unidades do território são organizadas conforme o quadro a seguir.

**Quadro 12 - Modelo das Unidades de Saúde do distrito Cristal**

Unidade	Tempo de Funcionamento	Vínculo	eSF (40h)	eAP (20h)	eSB	ACS	ACE
Nossa Senhora das Graças	8h	SSDP	1	-	Não disponível (Referência São Gabriel)	2	-
São Gabriel	8h	SSDP	1	-	1 (40h)	2	-
Divisa	9h	SSDP	2	-	1 (40h)	3	-
Vila Cruzeiro	10h	Própria	2	2	Não disponível (Odonto-SESC)	4	2
Cristal (Turno estendido)	12h	SSDP	4	-	2 (40h) 2 (20h)	5	-

Fonte: GDGCC.

Com a reorganização da APS em Porto Alegre, a US Divisa ampliou o número de equipes e o horário de funcionamento, incorporando uma parte do território da US Cristal e uma parte do território da US Mato Grosso. A US Vila Cruzeiro, unidade própria, englobou o território da US Vila Gaúcha e, visando completar o quadro de recursos humanos, vem recebendo profissionais temporários da SMS, o que denota a necessidade de chamamento de estatutários para compor essas equipes. Adicionalmente, a US Cristal foi credenciada no Programa Saúde na Hora, ampliando o número de equipes e o horário de funcionamento, integrando os territórios da US Orfanotrófio e parte da US Mato Grosso.

Objetivando facilitar o acesso dos usuários à saúde bucal com atendimento na própria unidade de saúde, a Vila Cruzeiro está sendo reformada e ocupará um novo espaço físico, contemplando duas (02) eSB. Já em relação a US Nossa Senhora das Graças, existe previsão de ampliação com a estruturação de um consultório odontológico, oriundo de recurso de contrapartida.

O distrito conta com um CAPS AD e um CAPS Adulto, esse último responsável também pelo atendimento de usuários da Gerência SCS, esgotando a capacidade de atendimento desse serviço e que sugere a necessidade de estruturação de CAPS em outras regiões da cidade. Importante destacar que as equipes de saúde mental apoiam as equipes da APS, por meio do matriciamento com discussão de casos e elaboração de projeto terapêutico.

Quanto a integração Ensino-serviço, tanto o distrito Cristal como os demais pertencentes a GCC, são Distritos Docentes Assistenciais da UFRGS, sendo as Unidades de Saúde e os Serviços Especializados, campo de ensino e aprendizagem, o que faz com que alunos de graduação, nível técnico, residência e pós-graduação ocupem estes espaços e atuem de forma relevante nos serviços do território. Quando observado o número de estudantes distribuídos nos serviços, verifica-se que em 2018 a gerência teve 627 alunos atuantes, em 2019, 575, e em 2020, em decorrência da pandemia, apenas 186 estudantes.

Quanto aos indicadores de saúde, destaca-se inicialmente que a taxa de mortalidade geral no distrito Cristal vem caindo ao longo dos anos, sendo de 2017 a 2019 menor do que a de Porto Alegre e dos demais distritos da Gerência. As doenças degenerativas do sistema nervoso e cerebrovasculares representavam a maior causa de morte, correspondendo a 16,2% e 20,6% das mortes, respectivamente em 2018 e 2019. Por outro lado, em 2020, a maior causa de morte passou a ser por doenças causadas por vírus, ilustrando o cenário pandêmico, seguida das neoplasias e doenças do aparelho circulatório, como AVC e infarto. As causas externas representam a oitava maior causa de mortes do distrito, tendo os principais agravos agressão e homicídio.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) do distrito se manteve acima da taxa do município nos últimos 3 anos, tendo demonstrado aumento significativo em 2018 (TMI = 17,1), atingido seu pico em 2019 (TMI = 24), sendo esses dados alarmantes. Em 2018 o maior causador de mortes foram malformações congênitas (60%), seguido de complicações relacionadas ao período perinatal (40%). Em 2019, o cenário se inverteu, sendo 57,1% das mortes causadas por questões relacionadas ao período perinatal e 42,9% associadas a malformações congênitas. Em 2020, a taxa de mortalidade infantil caiu para 9,1, sendo que a totalidade das mortes teve correlação com afecções no período perinatal.



**Tabela 63 - Taxa de Mortalidade Infantil por distrito de saúde da Gerência GCC, 2018 a 2020**

DS/Município	2018		2019		2020	
	Óbito	Taxa*	Óbito	Taxa*	Óbito	Taxa*
Cruzeiro	9	14,6	5	8,2	9	19,7
Glória	7	8,6	11	14,8	3	5,2
Cristal	5	17,1	7	24	3	9,1
<b>Porto Alegre</b>	158	9,0	144	8,7	122	7,8

Fonte. BI SMS Cálculo da taxa = (óbitos / nascidos) \* 1000.

A mortalidade infantil do município de Porto Alegre está intimamente relacionada com causas evitáveis, por meio de pré-natal adequado e acompanhamento da criança no primeiro ano de vida. O distrito Cristal segue a tendência do município, sendo que nos anos de 2018 até 2020 a porcentagem de mortes evitáveis foram, 40%, 57% e 100%, respectivamente.

No distrito, não foram registrados casos de mortalidade materna em 2018 e 2019. Em 2020 ocorreu uma morte materna, relacionada a edema, proteinúria e transtornos hipertensivos, característicos de Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG). Importante destacar que essa patologia representa importante causa de morbimortalidade materna e perinatal.

Dentre as estratégias a serem adotadas para a redução da mortalidade materno-infantil pode-se destacar o fortalecimento das ações de vigilância em saúde, de forma a identificar gestantes e crianças faltosas às consultas, o vínculo com a equipe de saúde e a capacitação das equipes de saúde visando a qualificação da assistência ofertada. Em complemento, a presença do ACS nas equipes e a ampliação do número de agentes nos territórios de maior vulnerabilidade, a fim de garantir o acompanhamento regular das famílias.

A gravidez na adolescência ainda é uma dificuldade encontrada no distrito. Porto Alegre vem apresentando melhora nesse indicador, no entanto o Cristal ainda apresenta taxa de 12,8%, superior à do município, que é de 9,33%.

No que tange à população vivendo com HIV, o distrito apresentou a maior taxa da GCC em 2020, com 56,2 casos/100 mil habitantes. Em relação à Sífilis, percebe-se maior diagnóstico dessa enfermidade no sexo feminino, acompanhando a tendência de maior busca de atendimento em serviços de saúde pelas mulheres. A taxa de incidência de Sífilis Congênita do distrito ficou em 33,54 no ano de 2020, enquanto Porto Alegre registrou 30,29. Esse indicador é preocupante, visto que o município tem como meta a taxa de 13 casos para cada mil nascidos vivos.

Em relação à Tuberculose Pulmonar, o distrito Cristal apresentou 27 casos no ano de 2020, exibindo uma taxa de cura de 48,14% e 18,51% de taxa de abandono. Como comparação, o município de Porto Alegre apresentou 790 casos, com 38,2% de taxa de cura e 18,9% de taxa de abandono. A distribuição dos casos indica uma maior incidência em indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 34 anos.

O surgimento do Sars-Cov-2 demandou a elaboração de estratégias de enfrentamento à pandemia por parte das equipes de saúde. Até o início de julho de 2021, a GCC apresentou 12.502 casos de infectados, representando 7,8% dos casos do município. No distrito Cristal houve a notificação de 3.139 casos da Covid - 19, representando 25,1% dos casos da GCC. As US Vila Cruzeiro e Cristal apresentaram o maior número de casos notificados no distrito.

Outras enfermidades em ascensão no município são Dengue, Chikungunya e Zika. O número de casos confirmados de Dengue em 2021 está significativamente acima de anos anteriores, sendo confirmados até o mês de julho 75 casos no município, destes um caso registrado no distrito Cristal.

A seguir apresentamos o levantamento de problemas do distrito Cristal e propostas de solução realizadas na Oficina de Diagnóstico Situacional, com a participação de representantes dos usuários, dos trabalhadores, universidade, gestão e vigilância em saúde.

**Quadro 13 - Ações de Enfrentamento propostas para o Distrito Cristal**

<b>Levantamento dos problemas</b>	<b>Ações de enfrentamento</b>
ACS e ACE	Ampliação do número de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate endemia nos Territórios mais vulneráveis para melhorar busca ativa (TB, gestantes, HIV) e cadastramento da população.
APS	Elaboração de uma Política Municipal da APS em Porto Alegre; Reposição do RH efetivo das US próprias (Aparício Borges e Vila Cruzeiro); Incentivo a retomada dos usuários às unidades; Investimento e utilização de tecnologias para aproximar equipe de saúde e os usuários.
Saúde Bucal	Consultório odontológico e uma equipe de Saúde Bucal nas Unidades de Saúde Nossa Senhora das Graças e Vila Cruzeiro.
Falta de atendimentos em Saúde Mental nas Unidades de saúde	Construção de indicadores da saúde mental do Território GCC (Internações e reinternações, demanda reprimida às consultas especializadas).
CAPS	CAPS II exclusivo para atendimento dos usuários da GCC, considerando a população do território com cumprimento das portarias vigentes.
Notificação das violências	Articulação de trabalho com a Vigilância em Saúde

	e investimento em material educativo em relação à notificação de violência, processos de vacinação, Dengue, etc.
Fechamento dos NASF	Construção de uma política municipal de APS em POA que inclua uma equipe de apoio à Saúde da Família, ao menos nas áreas mais vulneráveis.

Fonte: Seminário do Distrito Cristal para o PMS 2022-2025.

#### 1.5.4 Distrito Sanitário Cruzeiro

O Distrito Cruzeiro é formado por um conglomerado de vilas populares, e alberga os bairros Medianeira e Santa Tereza, sendo chamado de "Grande Cruzeiro". Na região residem cerca de 60.874 habitantes, sendo 28.214 (46,3%) homens e 32.660 (53,7%) mulheres. O número de crianças/adolescentes (zero a 18 anos) e de idosos corresponde, respectivamente, a 25,8% e 13,7%. Sua densidade demográfica é de 9.590,62 habitantes por km<sup>2</sup>, aproximadamente quatro vezes a registrada no município (2.837,52 hab/km<sup>2</sup>). Possui aproximadamente 21.000 domicílios, com mais de cinco pessoas residindo em 17% destes. Apresenta cobertura de aproximadamente 97% de rede de esgoto e 99% de abastecimento público de água. Por outro lado, na região é observado elevado acúmulo de lixo em vias públicas.

No quesito raça/cor, aproximadamente 67% da população é autodeclarada branca e 31% negra, dados que expressam uma significativa diferença em relação ao município, que apresenta 20,24% da população composta por negros. Estes dados evidenciam a necessidade de um olhar diferenciado pelas equipes de saúde, com entendimento sobre as doenças de maior prevalência, condições sociais e o cuidado em saúde dessa população, priorizando a promoção de ações de educação permanente direcionada aos profissionais das equipes de saúde do distrito.

A taxa de analfabetismo é de 4,13%. O rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 3,83 salários mínimos, o que mostra uma grande concentração de renda e não reflete a realidade de grande parte das famílias, visto que 40,7% possuem renda inferior a um salário mínimo. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do território é de 0,747, valor expressivamente inferior ao do município, que apresentou IDH de 0,805 no ano de 2010. Por outro lado, o Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS), apresenta melhores pontuações, se comparado aos distritos Cristal e Glória, encontrando-se na 11<sup>o</sup> posição, com um índice de 0,580.

Para melhoria da mobilidade urbana, desde 2012 obras estão sendo realizadas no território da Cruzeiro, principalmente na extensão da Avenida Moab Caldas. Os sistemáticos adiamentos no prazo de conclusão das obras tem ocasionado expressivos transtornos para a comunidade, como realocação das famílias, diversos espaços com esgoto a céu aberto, falta de estrutura nas vias de acesso aos serviços de saúde (buracos, alagamentos), além da frequente falta de água e energia elétrica.

A região é conhecida pela sua grande capacidade de articulação e participação popular, presente historicamente na luta em busca dos direitos humanos, como à Cultura de Paz, realidade que foi prejudicada em função da pandemia. A comunidade e os trabalhadores da região reconhecem a necessidade de retomada da participação popular, a fim de envolver a população na tomada de decisões e requerer investimentos necessários para a comunidade da Cruzeiro. Por outro lado, mesmo durante a Pandemia, o projeto “Aqui não Corona”, parceria da comunidade com a Fiocruz, ganhou destaque no enfrentamento à Covid-19.

O distrito é composto por cinco Unidades de Saúde, todas contratualizadas com a Sociedade Sulina Divina Providência (SSDP). Abrange um grande número de Serviços Especializados, próprios do município, que se situam no Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC), conhecido como Postão da Cruzeiro.

A cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de 64,9% em junho de 2021, representando uma redução em relação a 2020 (74,4%). Essa diminuição no número de equipes pode ser explicada pelas modificações que ocorreram no território e reorganização da APS, onde parte da população passou a ser atendida em unidades do distrito Cristal.

Quanto à saúde bucal, o distrito apresenta cobertura de 58,4% em junho 2021, dado superior ao do município (46,3%) e duas vezes maior que o referente ao mesmo período do ano anterior (26%). As unidades que não contam com o serviço de eSB possuem acesso a Odonto/SESC ou referenciam seus usuários para unidades próximas. A comunidade reivindica a melhoria da cobertura em saúde bucal e sugere ampliação das equipes na atenção primária, além da capacitação de profissionais para atendimento de populações específicas (imigrantes, pessoas com deficiências e população negra).

**Quadro 14 - Modelo das Unidades de Saúde do Distrito Cruzeiro**

Unidade	Tempo de funcionamento	Vínculo	eSF (40h)	eAP (20h)	eSB	ACS	ACE
Cruzeiro do Sul	8h	SSDP	1	1	Não disponível (Odonto/SESC)	4	-
Osmar Freitas	8h	SSDP	1	1	1 (40h)	8	-
Santa Anita	8h	SSDP	1	-	Não disponível (referência US Osmar Freitas)	1	-
Santa Tereza	8h	SSDP	1	1	Não disponível (referência US Moab Caldas)	5	-
Moab Caldas (Turno estendido)	12h	SSDP	6	-	4 (40h) / 4 (20h)	15	1

Fonte: GD GCC.

A US Moab Caldas é a maior unidade da gerência em número populacional. Formada pelas antigas US Vila dos Comerciários, Medianeira e Tronco. Esta unidade de saúde possui horário de atendimento ampliado e que se destaca por atuar ativamente na vacinação contra Covid-19 na pandemia, sendo referência para a população adjacente.

No que se refere aos Serviços Especializados, o Distrito conta com uma gama de ofertas, concentrando no CSV: o Ambulatório de Especialidades (Cardiologia, Dermatologia, Fisiatria, Nutrição, Otorrinolaringologia, Reumatologia e Urologia), o Centro de Reabilitação (CR), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), além do serviço especializado em curativos, eletrocardiograma, estomias, distribuição de fraldas e o serviço de oxigenoterapia, a Farmácia Distrital, o Laboratório Central, o Serviço Especializado em Tuberculose, HIV, IST, Aids (SAE), e o EESCA (Equipe Especializada na Saúde da Criança e Adolescente), além do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul.

No período de 2017 a 2020, o distrito Cruzeiro apresentou 1.909 mortes, sendo as principais causas: neoplasias, doenças do aparelho circulatório e doenças relacionadas ao metabolismo, cenário semelhante ao do município. As neoplasias mais prevalentes foram as do sistema digestivo. No ano de 2020, devido à pandemia da Covid-19, as doenças infecciosas passaram a ser a principal causa de óbitos na região. As causas externas representam a sexta maior causa de mortes do distrito.

A mortalidade por causas externas é importante indicativo das condições de saúde mental dos indivíduos também reflete a alta vulnerabilidade do distrito Cruzeiro, gerado pelas disparidades socioeconômicas da região. Entre 2018 e 2021,

a faixa etária em que mais ocorreram homicídios foi a de 20 a 29 anos. O número de suicídios tem oscilado com o passar dos anos, porém a tentativa de suicídio é considerada alta no território, com 122 notificações entre 2018 e 2021. As notificações de violência sexual e física, 96 e 75, respectivamente, também são de relevância. Atividades educativas envolvendo jovens e programas de prevenção de combate às violências foram apontadas pela participação social como uma das estratégias para promover uma Cultura de Paz no território.

Com relação a mortalidade infantil, no ano de 2020 ocorreram 9 óbitos no distrito, resultando em uma taxa de 19,7, acima da meta preconizada pelo município para o PMS vigente (8,5 a cada 1000 nascidos vivos). A idade da maioria das gestantes ficou entre 20 e 29 anos. A mortalidade materna é maior em mulheres pretas e pardas e, em 2019, houve uma morte materna no território. As causas de mortalidade infantil e materna podem ser decorrentes de complicações relacionadas a gravidez e ao parto, refletindo questões como adesão e seguimento do pré-natal.

A Gerência Distrital Glória Cruzeiro Cristal (GDGCC) acompanha a tendência nacional de diminuição de casos de HIV/Aids, porém entre 2018 e 2020 obteve taxas maiores que as do município, com o distrito Cruzeiro apresentando a maior taxa de detecção de Aids entre os distritos da gerência. Ao analisar a distribuição de novos casos de HIV por faixa etária, observou-se maior concentração na faixa dos 25 aos 34 anos em 2019, representando 33,3% dos casos. Em 2020, a faixa etária com maior concentração de casos foi a de adolescentes, representando 24,1% dos novos casos de HIV no distrito. Em relação a Aids, houve maior concentração de novos casos entre 35 e 44 anos em 2018 e 2020, com percentuais de 42,4% e 25%, respectivamente. Em 2019 a faixa etária com maior concentração de casos foi a de 25 a 34 anos, representando 39,3% dos novos casos no distrito. Entre 2018 e 2020 houve redução do número de gestantes infectadas por HIV/Aids, bem como da taxa de detecção de HIV em gestantes. Em 2019, o distrito Cruzeiro apresentou um caso de transmissão vertical de HIV entre 17 nascidos expostos no território (taxa 5,9%), ficando significativamente acima da taxa municipal (1,1%). Das mulheres residentes no território, 57,8% encontram-se em idade fértil. A análise de raça/cor/etnia demonstra que cerca de 52% das gestantes da região são negras.

Em relação à Tuberculose, o distrito Cruzeiro foi o que apresentou a menor taxa de diagnóstico (43,1%) entre os distritos da GCC em 2020, estando abaixo

também da taxa de detecção da capital. Houve redução na taxa de cura. Em 2019, dos 47 casos do distrito, 22 tiveram alta por cura, representando 46,8% dos casos. Em 2020, ainda que os dados sejam provisórios, essa taxa caiu para 38%. Diante desses dados, observa-se a necessidade de intensificar as estratégias de identificação dos casos de Tuberculose e de monitoramento do tratamento, com ações que fortaleçam a adesão dos pacientes.

Em relação aos casos confirmados de infecção pelo Sars-Cov-2, a GCC apresentou 12.502 casos desde o início da pandemia (7,85% dos casos do município), sendo que o distrito Cruzeiro foi o que apresentou o maior número de casos, totalizando 4.937 (39,5%) até julho de 2021. No distrito Cruzeiro, as unidades Moab Caldas e Cruzeiro do Sul se destacaram por serem responsáveis por 52,9% e 19,6%, respectivamente, das pessoas infectadas.

Apesar da baixa incidência de arboviroses, percebe-se que em 2021 há uma tendência de aumento do número de casos: o distrito Cruzeiro registrou três casos de Dengue somente no primeiro semestre deste ano. Este dado sinaliza a necessidade de intensificação das ações preventivas associadas ao controle da disseminação do vetor (mosquito *Aedes aegypti*), bem como as ações de educação em saúde e visitas domiciliares realizadas pelos Agentes de Combate a Endemias (ACE), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e demais profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS).

O levantamento de problemas do distrito Cruzeiro e propostas de solução realizadas na Oficina de Diagnóstico Situacional, com a participação de representantes dos usuários, dos trabalhadores, universidade, gestão e vigilância em saúde são apresentados no quadro a seguir.

**Quadro 15 - Ações de Enfrentamento propostas para o Distrito Cruzeiro**

<b>Levantamento dos problemas</b>	<b>Ações de enfrentamento</b>
Baixa procura pela vacina contra Covid-19	Estratégias para aumentar adesão da comunidade, como descentralização dos pontos vacinadores e vacinação aos fins de semana no CSVC.
Baixa participação popular em saúde	Retomada e autorização para realização de reuniões do conselho local de saúde, assim como autorização da participação de todos nos conselhos (local, distrital, municipal).
Alta incidência de violência no território	Retomada de ações que promovem a Cultura da Paz, como as Olimpíadas da Grande Cruzeiro, além de promoção de programas de combate às violências infantil e doméstica e ao suicídio; fortalecimento de ações de inclusão social de todos os tipos de violência.
Alta incidência de Tuberculose no território	Investimento em diagnóstico e tratamento da Tuberculose;

	Qualificação das equipes para identificação de sintomáticos respiratórios.
Gravidez na adolescência	Promoção de programas e ações de prevenção de gravidez na adolescência.
Jovens sem ocupação e com baixa adesão escolar, além de alta taxa de analfabetismo	Promoção de atividades relacionadas à ocupação e educação de jovens, além de envolvimento da assistência social.
Grande quantidade de animais abandonados e de zoonoses	Retomada da Seda e Projeto Bicho Amigo para atendimento e castração de animais e demais serviços.
Acúmulo de lixo nas vias públicas, além de presença de esgoto a céu aberto e falta de água no território, devido a obras na Cruzeiro	Promoção de educação popular, com foco em educação em saúde relacionada ao acúmulo de lixo.
Dificuldade de acesso aos serviços de saúde por pessoas com deficiências	Adequação das estruturas das US para possibilitar acessibilidade; Capacitação dos profissionais de saúde para adequado atendimento; Qualificação da comunicação para atendimento de pessoas surdas.
Territórios com dificuldade de acesso a serviços de saúde	Construção de novas unidades, em especial da US Mato Grosso (território pertencente na Pedreira), além de melhoria na cobertura e distribuição de ACSs.
Baixa cobertura de saúde bucal e falta de atendimento odontológico na unidade Santa Anita	Ampliação das equipes de odontologia.
Alimentação não saudável e pouca segurança alimentar	Promoção de educação alimentar, com foco em segurança alimentar e reaproveitamento de alimentos.
Pouca aproximação entre os setores saúde/educação/assistência	Retomada das reuniões de rede e fortalecimento de ações intersetoriais, com ênfase na relação entre educação e saúde.
Falta de sincronização entre sistemas da Procempa	Auxílio na unificação de registros e melhorias nos sistemas de informação/informatização (Procempa).
Pouca atenção à saúde da população carcerária	Melhora do fluxo entre unidade prisional e APS.
Falta de qualificação de registros e cadastros quanto ao quesito raça/cor	Sensibilização das equipes quanto ao preenchimento do quesito raça/cor, além de fortalecimento dos promotores em saúde da população negra, com pelo menos um promotor por serviço de saúde; realocação de recursos

Fonte: Seminário do Distrito Cruzeiro para o PMS 2022-2025.

### 1.5.5 Distrito Sanitário Glória

O distrito Glória é composto pelos bairros Belém Velho, Cascata e Glória, apresentando aproximadamente, 55.496 habitantes, o que representa 3% da população total do município de Porto Alegre. Destes, 29.183 (52,5%) são mulheres e 26.313 (47,4%) são homens. A porcentagem de idosos nessa região é de 11,5%, apresentando taxa menor que a do município, que possui 15,04% da sua população idosa. O número de crianças e adolescentes de zero a 18 anos é de 14.820 (26,7%) e a população de jovens e adultos até 59 anos é de 34.494 (62,1%), representando a maior população do território. A densidade demográfica do distrito é de 2.324,68 habitantes por km<sup>2</sup>, próxima à registrada no município que é de 2.837,52 habitantes por Km<sup>2</sup>, sendo explicada devido a existência de uma ampla área rural-urbana no



bairro Belém Velho. A referida área tem sido foco de invasões populares, motivo pelo qual a comunidade coloca como prioridade a ampliação da oferta de equipamentos de saúde. O distrito Glória possui cobertura de aproximadamente 88% de sistema de esgotamento sanitário e 99% de abastecimento público de água.

No quesito raça/cor, a região apresenta 72,5% de pessoas autodeclaradas brancas, 27,1% negros, constituindo maior percentual de pessoas negras quando comparado ao município, no qual 20,2% da população é composta por negros. Apesar de ter um percentual maior que o do município, percebe-se ainda a necessidade de promover discussões e reflexões para fortalecer a importância da autodeclaração no que tange a perspectiva étnico-racial. Tornam-se fundamentais para o desenvolvimento das ações de promoção e cuidado integral à saúde da população negra, a efetivação de políticas públicas para o enfrentamento de doenças e agravos desta população, capacitando os profissionais e fortalecendo iniciativas como o projeto 'Promotores(as) em Saúde da População Negra', que contribui, através da educação para a equidade, para melhoria e qualidade do atendimento às necessidades de saúde da população negra no distrito.

A taxa de analfabetismo, que indica o percentual da população com idade igual ou superior aos 15 anos que não sabe ler ou escrever, é de 3,2%, enquanto a taxa do município é de 2,3%. De maneira extremamente preocupante, em virtude da pandemia da Covid-19, tem crescido os indicadores em relação à defasagem escolar, inclusive de crianças em processo de alfabetização, tornando-se um alerta neste quesito e aumentando a necessidade de pensarmos mecanismos para o seu enfrentamento e articulação das unidades de saúde com as escolas, creches e outros equipamentos sociais. O rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 2,8 salários mínimos, já o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do distrito é de 0,733, inferior ao do município (0,805), como observado para os demais distritos da GCC. O Índice de Vulnerabilidade em Saúde é de 0,6813, o pior em comparação com os distritos Cristal e Cruzeiro, encontrando-se na 5ª posição do município.

O Distrito Glória é composto por oito Unidades de Saúde (USs), sendo apenas uma própria do município, e sete contratualizadas pela Sociedade Sulina Divina Providência (SSDP), além de um Serviço Especializado próprio (Equipe de Saúde Mental Adulto - ESMA). A cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de 111,9% em junho de 2021, observando-se um aumento, já que em 2018

tínhamos 96,1%. Contamos ainda com cinco Equipes de Atenção Primária (eAPs). A cobertura de ESF do município de Porto Alegre é de 63,1%, evidenciando que o distrito Glória tem quase o dobro de cobertura. Ainda assim, o distrito não conta com nenhuma Clínica de Família, o que é entendido pela comunidade (usuários e trabalhadores) como uma prioridade.

Quanto à saúde bucal, o território tem uma cobertura de 62,2% (junho 2021), indicador superior à cobertura da Cidade de Porto Alegre (46,3%). Das oito unidades desse distrito, três unidades (Aparício Borges, Rincão e Graciliano Ramos) não possuem Equipes de Saúde Bucal, e a população é referenciada de forma organizada às unidades mais próximas que possuem o serviço.

**Quadro 16 - Modelo das Unidades de Saúde do Distrito Glória**

UNIDADE	Vínculo	Tempo de funcionamento	ESF (40h)	eAP (20h)	eSB	ACS	ACE
Estrada dos Alpes	SSDP	8h	1	-	1 (40h)	2	-
Graciliano Ramos	SSDP	8h	1	-	Não disponível (referência Jardim Cascata)	2	-
Rincão	SSDP	9h	2	-	Não disponível (referência N Sra Belém)	6	-
Aparício Borges	Própria	10h	1	1	Não disponível (referência Glória)	2	1
Jardim Cascata	SSDP	9h	2	-	1 (40h)	5	-
Primeiro de Maio (Turno estendido)	SSDP	14h	4	3	2 (40h) 2 (20h)	6	1
Nossa Senhora de Belém (Turno estendido)	SSDP	12h	2	2	2 (40h)	2	-
Glória (Turno estendido)	SSDP	12h	4	-	2 (40h)	7	-

Fonte: GDGCC.

Com a reorganização da APS em POA, a US Primeiro de Maio passou a contar com 4 ESF e integrou o território da US Alto Embratel. Da mesma forma, a US Belém Velho passou a integrar o território da US Nossa Senhora de Belém, que foi credenciada no Programa Saúde na Hora, ampliando o número de equipes e o horário de funcionamento.

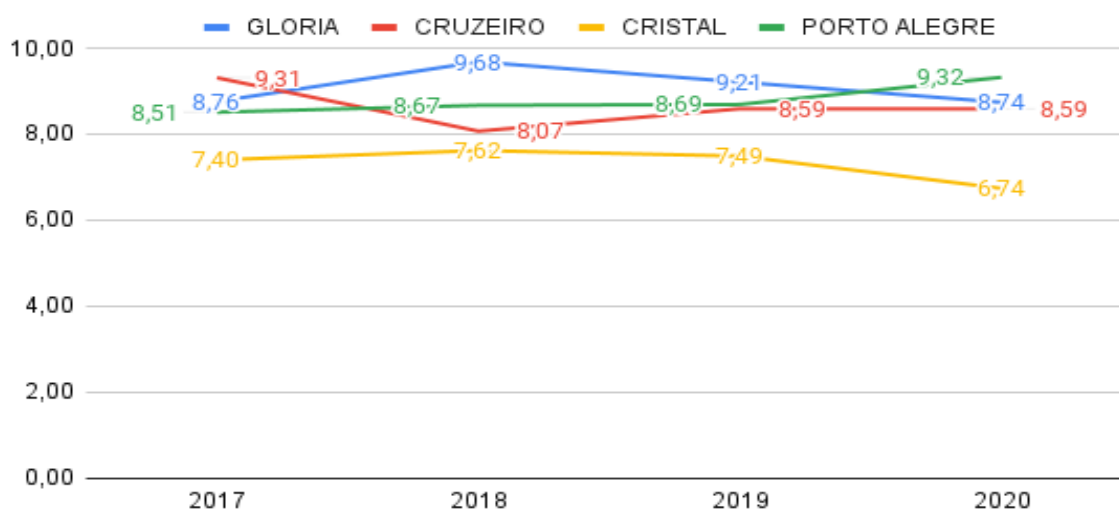
Durante a pandemia Covid-19, ganharam destaque as unidades Glória e Primeiro de Maio. A US Glória, desde o início de 2021, tem participado ativamente da campanha de vacinação, estando entre os 12 pontos de vacinação com maior

número de doses aplicadas do município, de acordo com o Vacinômetro POA. Já a US Primeiro de Maio, Unidade de Saúde com turno estendido, onde é ofertado atendimento para populações oriundas de outras localidades após às 18h, tem sido a referência para atendimento e coleta de PCR desde agosto de 2020, possui a estrutura de tenda externa voltada exclusivamente a testagem.

O distrito conta com uma Equipe de Saúde Mental, o ESMA, e todos os outros serviços especializados e o Pronto Atendimento utilizados pelos usuários são do distrito vizinho Cruzeiro, pertencente à mesma Gerência Distrital.

A taxa de mortalidade no distrito Glória tem sido maior que a observada no município entre os anos de 2017 a 2019, demonstrando uma tendência de queda a partir de 2019 como pode ser visualizado no gráfico abaixo.

**Gráfico 71 - Comparativo da Taxa de Mortalidade Geral entre os Distritos Sanitários Glória, Cruzeiro e Cristal com Porto Alegre, 2017 – 2020**



Fonte: BI – SMS.

De 2017 a 2020, houveram 1.893 óbitos registrados no distrito Glória, sendo as principais causas doenças infecciosas, neoplasias, doenças do aparelho circulatório. As causas externas, que ocupam a sétima posição, tem como principais agravos o homicídio, as quedas e o suicídio. Em relação a morte causada por homicídios, observamos que a população mais atingida foi aquela da faixa etária entre 20 e 29 anos, totalizando 85 homicídios de 2018 a 2020. Em 2020, as doenças infecciosas, incluindo a Covid-19, foram as principais causas de óbitos.

Ao analisar questões relacionadas à saúde mental, o distrito Glória registrou 110 tentativas e 11 suicídios, sendo o distrito com maior número de suicídios quando comparado aos distritos Cruzeiro e Cristal.

Quanto à mortalidade infantil, no ano de 2019 ocorreram 11 óbitos no distrito, resultando em uma taxa de 14,8, acima da taxa do município (8,7). Já nos anos de 2018 e 2020 as taxas ficaram abaixo do município (8,6 e 5,2, respectivamente). Os casos de mortalidade materna foram, de 2018 a 2020, 16 mortes maternas em Porto Alegre, sendo uma no distrito Glória. Essas 16 mortes ocorreram principalmente em mulheres pretas e pardas. Em relação à gravidez na adolescência, em 2020 o distrito Glória apresentou um total de 3 gestantes de até 14 anos e 57 gestantes entre 15 a 19 anos, tendo um percentual de gestantes adolescentes de 10,31%, enquanto Porto Alegre registrou 9,33%. Ampliar a comunicação entre comunidade e equipes de saúde fortalece o vínculo, abrindo espaço para que os adolescentes possam se informar e tirar dúvidas quanto a prevenção durante relações sexuais.

Em relação às infecções sexualmente transmissíveis, o distrito Glória apresentou a maior taxa de incidência da GD GCC nos anos de 2018 (taxa de detecção de 68,5 de HIV e 65,5 de Aids) e 2019 (50,5 de HIV e 56 de Aids), sendo, que, em 2020 apresentou uma leve diminuição da taxa de detecção para Aids, seguindo elevada na incidência de HIV (56,2 para HIV e 34,3, para Aids). Quanto à transmissão vertical e distribuição de crianças expostas, o distrito Glória segue com índices menores que a do município. Já a Sífilis adquirida tem mantido um número elevado de casos no período de 2018 a 2020, com diagnóstico principalmente em pessoas do sexo feminino. Em relação à Sífilis em gestantes, os dados mostram um aumento de 165% dos casos de 2018 para 2019 (20 e 53 casos, respectivamente), ocorrendo uma diminuição no ano de 2020 (33 casos). Sobre a Sífilis congênita, o distrito Glória teve o menor índice da gerência no período de 2018 a 2020, porém, em 2021 mostra uma tendência de elevação no número de casos, considerando que durante todo o ano de 2020 foram diagnosticados 15 casos e, em 2021, até julho já somam 16 casos.

As doenças respiratórias também se mostram presentes no distrito. Em relação à Tuberculose pulmonar, o distrito Glória apresentou 28 casos no ano de 2020, mesmo com os dados ainda provisórios, exibiu uma taxa de cura de 35,71% e 14,28% de taxa de abandono. Como comparação, o município de Porto Alegre

apresentou 790 casos, com 38,2% de taxa de cura e 18,9% de taxa de abandono. A distribuição dos casos indica uma maior incidência em indivíduos do sexo masculino, brancos e na faixa etária de 20 a 34 anos.

No que se refere aos casos confirmados de infecção pelo Sars-Cov-2, o distrito Glória obteve o segundo maior percentual de pessoas infectadas comparado aos outros distritos da GCC, totalizando 4.426 pessoas, ou 35,4% dos casos positivos para Covid -19. As unidades Primeiro de Maio, Nossa Senhora de Belém e Glória foram as que apresentaram o maior número de casos no distrito.

Com relação à Dengue, no primeiro semestre de 2021, dos 3 casos notificados no território da GD GCC, 1 foi confirmado no distrito Glória, na região da US Estrada dos Alpes, sendo este caso autóctone.

O levantamento de problemas do distrito Glória e propostas de solução realizadas na Oficina de Diagnóstico Situacional, com a participação de representantes dos usuários, dos trabalhadores, universidade, gestão e vigilância em saúde são apresentados no quadro a seguir.

**Quadro 17 - Ações de Enfrentamento propostas para o distrito Glória**

<b>Levantamento dos problemas</b>	<b>Ações de enfrentamento</b>
Intersectorialidade	Articulação das Unidades de Saúde com escolas, creches e outros centros educacionais; ampliação da comunicação entre os territórios e Unidades de Saúde para fortalecer a participação popular e avanço no processo de participação popular nos espaços de controle social
Infraestrutura	Maior investimento e agilidade por parte da Gestão na manutenção, reformas e obras nas unidades de saúde; Melhoria da estrutura da unidade Glória com privacidade nos consultórios; Construção da Clínica da Família no Distrito contemplando a US Glória.
Melhoria no atendimento da APS do distrito	Ampliação do acesso e garantia de atendimento de saúde para os novos moradores do distrito; Ampliação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos territórios mais vulneráveis e divulgação das ações realizadas por estes; Contratação de profissionais capazes de melhorar o atendimento para pessoas com agravos em Saúde mental e crianças e adolescentes que sofreram violência sexual.
Covid -19	Organização dos fluxos relacionados a Covid -19 e da estrutura das unidades que atendem pessoas com sintomas respiratórios; Realização de educação popular em saúde para prevenção e enfrentamento da pandemia; e aumento da oferta de EPIS adequados; Melhorar a estrutura para para atendimento de sintomáticos da US Glória.
Saúde Bucal	Ampliação do acesso à saúde bucal, investindo em profissionais, com equipe de Saúde Bucal na US Rincão e US Aparício Borges.
Serviços especializados	Ampliação do acesso a exames e diminuição da espera para consultas especializadas.

Fonte: Seminário do Distrito Glória para o PMS 2022-2025.

### **1.5.6 Distrito Sanitário Leste**

A gestão em Saúde do Distrito Leste é realizada pela Gerência Leste Nordeste (Leno), subordinada à Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS) da Secretaria Municipal de Saúde. O Distrito é composto por 08 bairros: Bom Jesus, Chácara das Pedras, Jardim Carvalho, Jardim do Salso, Jardim Sabará, Morro Santana, Três Figueiras e Vila Jardim. Segundo o IBGE Censo 2010 a Região tinha 114.309 habitantes, representando 8,11% da população.

O IDH do Distrito Leste é 0,777, enquanto que o do município é 0,805. Entretanto, os diferentes bairros da região apresentam grande disparidade nos seus indicadores, pois temos áreas com população predominantemente de classe alta, como Chácara das Pedras e Três Figueiras, que contam com infraestrutura adequada, enquanto que outras são compostas por populações extremamente vulneráveis, como Bom Jesus, Laranjeiras e parte do Jardim Carvalho, que têm muitas áreas não regularizadas e que enfrentam problemas como acúmulo de lixo, esgoto a céu aberto, falta de equipamentos de lazer, áreas inacessíveis ao transporte público e à coleta do lixo, entre outros. Tem como Distrito Docente Assistencial (DDA) a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS). Além da PUC, temos no território como parceira o Centro Universitário Ritter dos Reis (UniRitter) para estágios curriculares. Passamos a contar com a Residência Multidisciplinar da Atenção Primária à Saúde (REMAPS) com profissional farmacêutico, odontólogo e de enfermagem, bem como, com campo de estágio de Técnico de Enfermagem do Hospital Cristo Redentor. Além do exposto, os serviços da Leno são campos de residência de alunos da PUC e da UFRGS.

Na Atenção Primária, o Distrito Leste possui 15 US, sendo:

- 02 próprias (Bom Jesus e Laranjeiras);
- 04 conveniadas como GHC (Barão de Bagé, Coinma, Divina Providência e Vila SESC);
- 01 com a PUC (Vila Fátima);
- 08 com a Irmandade Santa Casa de Misericórdia (Jardim Carvalho, Mato Sampaio, Milta Rodrigues, Morro Santana, Tijuca, Vila Brasília, Vila Jardim e Vila Pinto)

A contratualização com a Santa Casa iniciou no território em 05 de outubro de 2020.

A Rede de Apoio Psicossocial (RAPS) conta com a EESCA (Equipe Especializada em Saúde Mental da Criança e do Adolescente), ESMA (Equipe Especializada em Saúde Mental do Adulto) e o CAPS AD Caminhos do Sol (Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas). A Assistência Farmacêutica é composta pelos Dispensários de Medicamentos, totalizando 14 e 1 Farmácia Distrital (FD). Na Saúde Bucal conta com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) localizado na US Bom Jesus. Como Serviço de Urgência e Emergência, conta com o Pronto Atendimento da Bom Jesus (PA).

Quanto aos avanços ocorridos nos últimos anos destacamos:

- As Equipes de Saúde da Família tiveram seu horário alterado, não fechando mais ao meio dia, havendo um ganho de 1h por dia para atendimento aos usuários;
- A US Mato Sampaio e Vila Jardim tiveram seu horário ampliado até às 20h, ficando com 12h de atendimento por dia;
- A US Morro Santana ficou com turno estendido até as 22h, sendo área aberta a partir das 18h;
- A Us Morro Santana conta com uma Gerente de Unidade exclusiva para a Gestão;
- Na US Morro Santana temos a presença de farmacêutica de 30h e 1 auxiliar de farmácia de 30h e 1 de 40h, proporcionando a dispensação de antibióticos das 16h às 22h;
- Após reforma, em maio desse ano ocorreu a reabertura da Us Laranjeiras;
- Em abril de 2021, ocorreu a inauguração da nova US Mato Sampaio. O prédio possui 560 metros quadrados e está localizado na rua Jayr Amaury Koebe, 90, sendo a obra uma demanda do orçamento Participativo (OP). O atendimento foi ampliado para 3 Equipes de Saúde e 2 de Saúde Bucal. Houve um acréscimo de 1 para 3 médicos e da equipe de enfermagem de 03 para 08 profissionais;
- O CAPS AD foi inaugurado em maio de 2019, sendo o único Serviço de saúde mental de portas abertas no território, acolhendo as demandas espontâneas e encaminhamentos de serviços como hospitalares, atenção primária, serviços especializados, entre outros. Se propõe ao atendimento às pessoas com sofrimento psíquico, devido ao uso abusivo de álcool e

outras drogas. O atendimento para acolhimento acontece das 8 às 19 h, proporcionando serviços de atenção contínua por 24h, inclusive feriados e finais de semana;

- Foi constituído o Serviço Ambulatorial Distrital (SAD), sendo composto por 1 ginecologista, 2 pediatras, 2 nutricionistas e 1 fonoaudióloga, localizada no prédio da US Bom Jesus. Com a criação do serviço os usuários não necessitam mais se deslocar para outros territórios, tendo também a inserção de DIU Mirena e Implanon no Serviço, por outro lado, um dos pediatras foi capacitado para atender crianças expostas ao HIV. Encontrase em andamento, um projeto para a implantação de ambulatório de curativos especializados junto ao SAD;
- A Farmácia Distrital foi transferida da US Bom Jesus para a Av. Protásio Alves, 7.771 em dezembro de 2020.
- Acréscimo de 2 médicos do Programa Mais Médicos na Bom Jesus totalizando 6;
- Criação da Biblioteca Virtual da Atenção Primária (BVAPS);
- Implantação da Agenda APS Gercon;
- Firmado contrato com a PUC com o objetivo de integrar na rede o Centro de Extensão Universitária Vila Fátima.

Considerando as demandas as quais ainda se fazem necessárias ao território elencamos:

- Manter definição do território e população adscrita por Unidade de Saúde na atenção primária;
- Manutenção da Farmácia Distrital em território de fácil acesso à maioria das comunidades, principalmente para as mais vulneráveis. Solicitado uma Farmácia Distrital por Distrito de Saúde e definição do local a partir da indicação do CD Saúde;
- Garantia de fornecimento de antibióticos em todas as Unidades e não somente nas de turno externo.
- Reposição de todas as vacâncias de profissionais em todos os serviços;
- Reafirmação da importância do trabalho dos ACS na atenção primária e de garantia de reposição de todas as vacâncias ocorridas no último período e 100% de cobertura de equipes de Saúde da Família no território;



- Retomada dos serviços que eram oferecidos no território e foram fechados como NASF e CRTB e das especialidades como Cardiologia, Pneumologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia e necessidade de ampliar especialidades no território;
- Diminuir o tempo de espera para exames e consultas especializadas;
- Prioridades na Saúde Mental: reposição das vacâncias e cargas horárias perdidas no último período nas equipes de ESMA e EESCA de Psicólogo, Assistente Social e Psiquiatra;
- Prioridades de implantação de NASF, CAPS i e Centro de Convivência e Cultura que já haviam sido indicados no último diagnóstico em 2017 e ainda não foram atendidos;
- Reafirmação contra o repasse da gestão das USs no território, visto os efeitos de rotatividade e vacâncias que permanecem, principalmente de médicos. Fragilidade do vínculo e responsabilização da equipe pela saúde da população do território;
- Reafirmação da contrariedade da terceirização do PA Bom Jesus, não houve garantia da equipe completa, há aumento da rotatividade de profissionais e na baixa qualificação e experiência, resultando em piora na qualidade de atendimento;
- Retomada do modelo de Saúde da Família como prioritário na organização dos processos de trabalho nas US, garantindo a promoção, prevenção e reabilitação e não só o atendimento de consultas e procedimentos, ressaltando que a rotatividade, a baixa qualificação e experiência em Saúde da Família das equipes contratadas pelas entidades terceirizadas resulta em piora na qualidade do atendimento;
- Atendimento da demanda represada de Saúde Mental;
- Necessidade de reorganização do processo de trabalho, e retomada da proposta de acolhimento (abrangente) frente a implementação da agenda de demanda espontânea (restritiva a queixa);
- Ampliação da Saúde Bucal para todas as unidades;
- Implantação do setor de curativos especiais para usuários no Distrito de Saúde;
- Ampliação de oferta de transporte social.

Em relação a territorialização e necessidade de ampliação e reforma das USs no Distrito Leste, reafirmamos os indicativos apontados na reunião do Conselho Distrital Leste de 2021 que avaliou a planilha de obras apresentada pela gestão para 2021 e ratifica apontamentos realizados em garantir as demandas não realizadas apresentadas nos exercícios anteriores conforme deliberação da Plenária da CMS de 6 de maio de 2021, que orientou a discussão da necessidade de obras por CD,

### **1.5.7 Distrito Sanitário Nordeste**

A gestão em Saúde do Distrito Leste é realizada pela Gerência Leste Nordeste (Leno), subordinada à Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS) da Secretaria Municipal de Saúde. A Gerência tem como instrumento de planejamento, entre outros, os Planos de Saúde e as Diretrizes e Políticas de Saúde.

O Distrito é composto pelo bairro Mário Quintana, tem 37.234 habitantes, representando 2,64% da população do município. O Distrito Nordeste tem IDH de 0,638, o menor do município, o que já demonstra que a região é uma das mais vulneráveis. Existem várias áreas de ocupação irregular, especialmente na Vila Safira, Timbaúva, Batista Flores e Wenceslau Fontoura. Estes locais apresentam problemas como falta de coleta adequada de lixo, falta de acesso à rede de água encanada e de esgotamento sanitário.

Tem como Distrito Docente Assistencial (DDA) a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS). Além da PUC, temos no território como parceira o Centro Universitário Ritter dos Reis (UniRitter) para estágios curriculares.

Na Atenção Primária, o Distrito Nordeste possui 08 US, sendo:

- 01 Própria: Chácara da Fumaça;
- 07 Contratualizadas: Batista Flores, Jardim da Fapa, Jardim Protásio Alves, Safira Nova, Timbaúva, Vila Safira e Wenceslau Fontoura.

A contratualização com a Santa Casa iniciou no território em 19 de outubro na US Jardim Protásio Alves e Vila Safira. As Equipes de Saúde da Família tiveram seu horário alterado, não fechando mais ao meio dia, havendo um ganho de 1h por dia para atendimento aos usuários. Por outro lado, a US Timbaúva teve horário ampliado até às 18h. A Rede de Apoio Psicossocial (RAPS) conta com a EESCA (Equipe Especializada em Saúde Mental da Criança e do Adolescente), ESMA (Equipe Especializada em Saúde Mental do Adulto) e o CAPS AD Caminhos do Sol

(Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas). O CAPS AD foi inaugurado em maio de 2019, sendo o único Serviço de saúde mental de portas abertas no território, acolhendo as demandas espontâneas e encaminhamentos de serviços como hospitalares, atenção primária, serviços especializados, entre outros. Se propõe ao atendimento às pessoas com sofrimento psíquico, devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas. O atendimento para acolhimento acontece das 8 às 19 h, proporcionando serviços de atenção contínua por 24h, inclusive feriados e finais de semana. Possuímos também o Serviço Ambulatorial Distrital (SAD), sendo composto por diversas especialidades: 1 ginecologista, 2 pediatras, 2 nutricionistas e 1 fonoaudióloga, localizado no prédio do CS Bom Jesus. Com a criação do serviço os usuários não necessitam mais se deslocar para outros territórios, além das especialidades descritas temos também a inserção de DIU Mirena e Implanon como referência para as Unidades de Saúde e um dos pediatras foi capacitado para atender crianças expostas ao HIV. Encontra-se em andamento, um projeto para a implantação de ambulatório de curativos especializados junto ao SAD, aos moldes dos serviços já implantados em outras regiões da cidade. A estrutura da Assistência Farmacêutica é composta pelos Dispensários de Medicamentos, totalizando 08 e 1 Farmácia Distrital (FD). A FD foi transferida da US Bom Jesus para a Av. Protásio Alves, 7.771 em dezembro de 2020. A mudança permitiu a ampliação de 6 para 8 guichês, a disponibilização de 2 consultórios farmacêuticos e a ampliação do espaço físico, possibilitando qualificar os fluxos e processos de trabalho, bem como, proporcionar uma melhor ambiência e conforto aos usuários.

A seguir citamos alguns avanços:

- Ampliação dos horários das Unidades de saúde;
- A presença de Farmacêutica e auxiliar de farmácia na US Morro Santana proporcionando a dispensação de antibióticos das 16h às 22h;
- A implantação do CAPS AD no território;
- A ampliação do Serviço Ambulatorial Distrital (SAD) antigo Centro de Saúde Bom Jesus;
- A implantação da Nova FD Bom Jesus para a Av. Protásio Alves, 7771;
- Lotação de 3 médicos do Programa Mais Médicos na Chácara da Fumaça;
- Uso da Biblioteca Virtual da Atenção Primária (BVAPS) com ferramenta de informação e comunicação aos serviços de saúde;

- Implantação da Agenda APS Gercon.  
Quanto aos nós críticos que prejudicam a qualidade dos serviços citamos:
- Perda de espaço de participação Social;
- A pandemia pela Covid-19;
- Transferência do Centro de Referência para Tuberculose (CRTB) para outra Gerência;
- Término do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- Vacâncias de médicos;
- Profissionais da assistência sendo deslocados para os serviços de vacinação fora da unidade de saúde ocasionando desassistência nos Serviços;
- Frequentemente instabilidade da internet;
- Estruturas físicas precárias e pequenas.

**Quadro 18 - Propostas para o Território Nordeste Quadriênio 2022 a 2025**

<b>Dificuldades do Território</b>	<b>Ações Sugeridas</b>
1. Demanda represada da Saúde Mental;	Fortalecer a rede de apoio da Saúde Mental com a retomada do matriciamento, bem como, dos NASFs e CAPSI na Nordeste;
2. Grande número de demandas administrativas nos Serviços;	Prover o cargo de Assistente Administrativo para a Chácara da Fumaça;
3. Quando da transformação de EAP para ESF acontece perda dos usuários cadastrados;	Permitir a migração dos usuários cadastrados;
4. Atendimento focado no quantitativo;	Retomar a gestão do cuidado, reduzindo o percentual de demanda espontânea, mantendo espaço para consultas agendadas;
5. Saúde Bucal das US próprias sem profissionais;	Prover CD e ASB para US Chácara da Fumaça;
6. Dificuldade dos usuários de acesso aos antibióticos;	Disponibilizar Farmacêutico na Chácara da Fumaça, até a criação de uma Farmácia Distrital no DS Nordeste;
7. Estruturas físicas precárias e pequenas;	Sistematizar a manutenção dos Serviços. Construir nova Unidade Chácara da Fumaça, contemplando a instalação de uma Academia de Saúde. Construir nova Unidade Batista Flores.
8. Precariedade da oferta dos serviços terceirizados, tais como, higienização, transporte, portaria;	Rever contratos e fiscalização buscando o treinamento e qualificação dos profissionais;
9. Crescente número de usuários com necessidade de curativos especiais;	Implantar o ambulatório de curativos especiais junto ao SAD;
10. Grande demanda para transporte Social;	Ampliar a oferta do transporte social para garantia da continuidade do cuidado;
11. Alta taxa de incidência da Sífilis congênita;	Intensificar ações preventivas e de tratamento da Sífilis;
12. Baixa taxa de cura de novos casos de Tuberculose, estando em torno de 55%;	Reavaliar a linha de cuidado em todos os Serviços do território;
13. Atendimento dos usuários da Irmãos Maristas;	US Timbaúva Atual: 2 ESF 40h e 1 EAP 20h Proposta: 3 ESF 40h US Wenceslau Fontoura

	Atual: 1 ESF 40h e 1 EAP 20h Proposta: 2 ESF 40h
14. Descontinuidade do vínculo usuário e profissional.	O Município deve assumir a responsabilidade direta sobre os Serviços de Saúde.

Fonte: GD Leno/CDS Nordeste.

### 1.5.8 Distrito Sanitário Eixo Baltazar

A Região é composta pelos bairros Passo das Pedras e Rubem Berta que totalizam 94.288 habitantes, sendo 53,43% do sexo feminino. A área abrange 11,99 km<sup>2</sup>, representando 2,52% da área do município, com densidade demográfica de 8.375,15 habitantes por km<sup>2</sup>. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é 0,779, o que é considerado alto (Observatório Poa, 2020). A população de cor branca representa 74,5% dos habitantes e a cor preta é 25,5%. A média de anos de estudo dos responsáveis pelos domicílios é de 8,08 anos de estudo e a taxa de analfabetismo é de 1,92%. A população economicamente ativa da região é de 64,31%. O rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 3,12 salários mínimos, sendo que 27,44% da população não possui renda. A região possui 99,83% de abastecimento de água potável, o percentual de domicílios com energia elétrica é de 99,39% e com esgoto sanitário adequado é de 96,16%. O destino adequado do lixo possui cobertura de 99,82% (Observatório Poa, 2020).

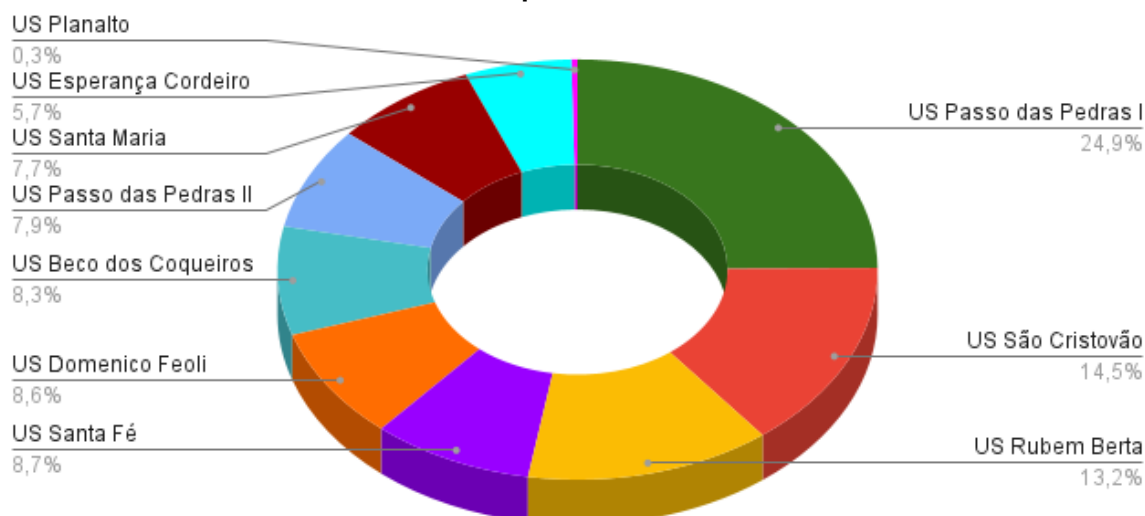
O território realiza ações de vigilância em saúde, através de ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, como as doenças sexualmente transmissíveis, Aids e Hepatites virais, Dengue, Chikungunya e Zika vírus, Tuberculose, Covid-19, entre outros.

A região pertence ao Distrito Docente Assistencial (DDA) da UFCSPA, sendo que todas as Unidades de Saúde já receberam ou recebem alunos de graduação, projetos de extensão, mestrado e residência. No ano de 2020, com o surgimento da pandemia da Covid-19, teve início o Projeto do PET Telemonitoramento. Ações de Telemonitoramento de usuários sintomáticos respiratórios permitiram ao território acompanhar de forma remota, os usuários, com o auxílio de estudantes, preceptores e professores, reduzindo a circulação de pessoas nas unidades de saúde. Além disso, contribuiu na identificação precoce de sinais de agravamento do usuário, o que facilitou o encaminhamento oportuno aos serviços de referência. Dessa forma, a implantação do teleatendimento como um processo de triagem, para selecionar quais usuários realmente necessitam de um atendimento presencial e quais usuários podem ser monitorados à distância, garantiu uma menor exposição da população ao

diminuir a transmissibilidade pela minimização de contato dos usuários e garantiu uma diminuição da sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde na linha de frente do enfrentamento à Covid-19.

As situações de calamidade coletiva como a pandemia de Covid-19 podem desencadear diversos sentimentos negativos na população (KABAD et al. 2020). O acolhimento, o vínculo e a escuta ativa e empática foram ferramentas utilizadas durante o telemonitoramento como medida de enfrentamento a esses sentimentos dos usuários. Desse modo, os tele monitores desenvolveram habilidades de comunicação através de tecnologias leves em saúde, durante a sua experiência, enriquecendo a sua formação.

**Gráfico 72 - Proporção de usuários atendidos no Projeto PET no Distrito Sanitário Eixo Baltazar no período de 2020-2021**



Fonte: Sistema de informação de sintomáticos respiratórios gripais 2020-2021. Porto Alegre: UFCSPA; SMS-PMPA, 2021.

No ano de 2020 o total de óbitos no território foi de 650, sendo que no mesmo ano, 18,76% foram por causas do aparelho circulatório e 6% por causas externas (Eventos Vitais, 2020). O índice de mortalidade infantil foi igual a 7,9 óbitos de crianças com até 364 dias de vida a cada mil nascidos vivos, registrado no território. O indicador de mortalidade materna registrado no ano de 2020, segundo o SIM, chegou a 98,1 a cada 100 mil nascidos vivos. Dentre o total de nascidos vivos, segundo o Sinan, temos uma incidência de 32,4% de Sífilis Congênita.

O Distrito Sanitário possui 11 Unidades de Saúde e 01 Tenda de Realização de Testagem PCR para a Covid-19. Sendo a US Passo das Pedras I própria PMPA, as contratualizadas com a Irmandade de Saúde Santa Casa: Beco dos Coqueiros, Domênico Feoli, Esperança Cordeiro, Passo das Pedras II, Santa Fé, Santa Maria,

Rubem Berta e São Cristóvão e conveniadas com o Grupo Hospitalar Conceição as US: Costa e Silva e Jardim Leopoldina. Destas, as US Beco dos Coqueiros, Passo das Pedras II e Santa Maria não possuem equipe de saúde bucal.

O distrito conta uma cobertura populacional em Saúde Bucal de 49,8%. 72,7% das unidades de saúde pertencentes ao território abrangido pelo distrito possuem essa modalidade de atendimento, segundo o Relatório Anual de Gestão de Porto Alegre publicado em 2020.

Quanto aos serviços de saúde mental a EESMA, que atende tanto o Distrito Norte quanto o Distrito Eixo/Baltazar, é formada por 01 psiquiatra de 20h, 01 psiquiatra de 15h, 01 psiquiatra de 10h, 01 terapeuta ocupacional de 40h, 01 assistente social de 40h e 01 psicóloga de 30h. A EESCA que atende tanto o Distrito Norte quanto o Distrito Eixo/Baltazar, é composta por 01 psicóloga de 40h, 02 pediatras de 20h cada, 01 psiquiatra de 20h, 01 fonoaudióloga de 30h, 01 assistente social de 20h. A região tem como referência para saúde mental os CAPS infantil, CAPS II e CAPS III administrados pelo Grupo Hospitalar Conceição, sendo que a demanda é muito maior que a oferta.

A Farmácia Distrital Sarandi está situada no distrito Eixo Baltazar, sendo referência no acesso a medicamentos e atendimento farmacêutico para as unidades dos distritos Norte e Eixo Baltazar. Durante o ano de 2020, foram realizados atendimentos a 86.027 pessoas, com um total de 229.434 medicamentos dispensados. Se comparado ao ano de 2019, onde foram atendidas 62.114 pessoas e dispensados 163.934 medicamentos, é observado um aumento de 38,5% no número de pessoas atendidas. A ampliação de acesso é resultado da qualificação do espaço físico da farmácia que passou por uma reforma em setembro de 2019, onde foi ampliado o número de guichês de atendimento (de 4 guichês para 7) e, também, do aumento dos recursos humanos disponíveis. As farmácias distritais estão expandindo o escopo de suas ações, não se limitando apenas ao trabalho com a logística e a dispensação de medicamentos. Nesse sentido, são realizados, também, atendimentos farmacêuticos individuais para pacientes insulino dependentes, visando o uso racional de medicamentos (em especial das insulinas que são consideradas medicamentos potencialmente perigosos e com dispositivos complexos) e o acesso aos insumos do Programa Municipal de Distribuição de

Insumos de Diabetes. Durante o ano de 2020, os farmacêuticos da FD Sarandi realizaram 582 atendimentos farmacêuticos individuais nesta linha de cuidado.

A região não possui um centro de especialidades, o que faz com que os usuários tenham de se deslocar para a realização de consultas especializadas e de exames em outros territórios.

Por não possuir um centro de especialidades e hospital no território, a organização do cuidado se dá, conforme segue:

- Trauma - Hospital Cristo Redentor;
- Acidentes biológicos - PA Bom Jesus;
- Parto e acompanhamento obstétrico - HNSC;
- Emergência psiquiátrica – PASM IAPI;
- Tuberculose e HIV – SAE IAPI;
- Urgências e emergências - UPA Moacyr Scliar;

Quanto aos espaços comunitários de promoção em saúde, observa-se no território uma carência destes destinados à lazer, centros comunitários e associações.

#### **1.5.9 Distrito Sanitário Norte**

A Região é composta pelos bairros Sarandi e Santa Rosa de Lima que totalizam 101.608 habitantes, sendo 17,81% do sexo feminino. A área abrange 28,76 km<sup>2</sup>, representando 6,48% da área do município, com densidade demográfica de 3.176,84 habitantes por km<sup>2</sup>. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal da região é 0,729, o que é considerado alto (Observatório Poa, 2020).

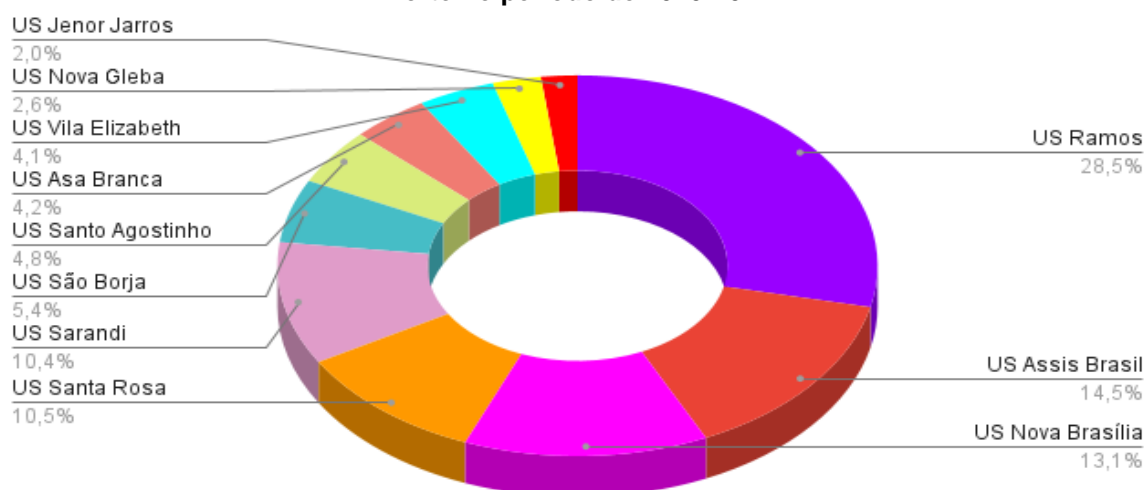
A população de cor branca representa 76,57 % dos habitantes e a cor preta é 22,81%. A média de anos de estudo dos responsáveis pelos domicílios é de 6,51 anos de estudo e a taxa de analfabetismo é de 3,43%. A população economicamente ativa da região é de 62,02%. O rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 2,64 salários-mínimos, sendo que 30,03% da população não possui renda, muitos destes assistidos pelo bolsa família. A região possui percentuais acima de 99% no abastecimento de água potável, energia elétrica nos domicílios e destino adequado do lixo. 92,79% dos domicílios têm esgoto sanitário adequado. (Observatório Poa, 2020).



O território realiza ações de vigilância em saúde, realizando ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, como as doenças sexualmente transmissíveis, Aids e Hepatites virais, Dengue, Chikungunya e Zika vírus, Tuberculose, Covid-19, entre outros.

A região também pertence ao Distrito Docente Assistencial (DDA) da UFCSPA. Assim como a região Eixo- Baltazar também realizou teleatendimento de triagem de casos de Covid-19 junto ao projeto da UFCSPA.

**Gráfico 73 - Proporção de usuários atendidos no Projeto PET por unidade de saúde do Distrito Norte no período de 2020-2021**



Fonte: Sistema de informação de sintomáticos respiratórios gripais 2020-2021. Porto Alegre: UFCSPA; SMS-PMPA, 2021.

No ano de 2020 o total de óbitos no território foi de 773, sendo 18,9% por causas do aparelho circulatório e 4,78% por causas externas (Eventos Vitais, 2020), decorrentes de violência, tráfico de drogas e consequente aumento na incidência de atendimentos em saúde mental. O coeficiente de mortalidade infantil, segundo o SINASC, foi igual a 15,1 óbitos de crianças com até 364 dias de vida a cada mil nascidos vivos, registrados no território. O indicador de mortalidade materna, analisado mais recentemente em 2020, igualou-se a 167,2 a cada 100 mil nascidos vivos (ConsolidaSUS, 2020). Dentre o total de nascidos vivos temos uma incidência elevada de 24,2% de Sífilis Congênita.

O Distrito Sanitário possui 14 Unidades de Saúde. Sendo as US Jenor Jarros, Sarandi e Vila Elizabeth próprias PMPA, contratualizadas com a Irmandade de Saúde Santa Casa: Asa Branca, Nova Gleba, Santo Agostinho, São Borja, Assis Brasil, Nova Brasília, Ramos e Santa Rosa e conveniadas com o Grupo Hospitalar Conceição as US Nossa Senhora Aparecida, Santíssima Trindade e Parque dos

Maias. Destas, as US Beco dos Coqueiros, Nova Gleba, Passo das Pedras II, Santa Fé e Santa Maria não possuem equipe de saúde bucal. A US Nova Gleba possui como referência de saúde bucal a US Santa Rosa, a US Beco dos Coqueiros possui como referência a US Domênico Feoli, a US Passo das Pedras II possui como referência a US Passo das Pedras I. A US Santa Fé possui como referência a US São Cristóvão e a US Santa Maria possui a US Esperança Cordeiro como referência odontológica.

A cobertura populacional ponderada pela Atenção Básica registrada no distrito atingiu o percentual de 94,9 % em 2016, ao passo que o índice de cobertura populacional estimada pela ESF no mesmo período perfaz 77,9%. 41,3% retrata o indicador de cobertura populacional relacionada aos agentes comunitários de saúde pertencentes ao distrito no período de dezembro de 2016 (Observatório Poa, 2020).

As referências de urgência e emergência como os serviços especializados próprios são os mesmos do Distrito Eixo-Baltazar. A região não possui um centro de especialidades, o que faz com que os usuários tenham de se deslocar para a realização de consultas especializadas e de exames em outros territórios.

Assim como no Distrito Eixo-Baltazar observa-se no território uma carência de espaços destinados à lazer, centros comunitários e associações.

#### **1.5.10 Distrito Sanitário Noroeste**

A Região é composta pelos bairros: Boa Vista, Cristo Redentor, Higienópolis, Jardim Europa, Jardim Floresta, Jardim Itú, Jardim Lindóia, Jardim São Pedro, Passo D´Areia, Santa Maria Goretti, São João, São Sebastião e Vila Ipiranga. Possui uma área de 20,73 Km<sup>2</sup>, o equivalente a 4,35% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 6.310,17 habitantes por Km<sup>2</sup>. Das residências, 99,9% têm abastecimento de água potável, o melhor índice da cidade, e 98,5% têm rede de esgoto adequada. A coleta de lixo tem seu destino adequado em 99,8% dos domicílios, havendo acúmulo de lixo em apenas 2,06% dos logradouros no entorno dos domicílios. O rendimento médio dos responsáveis por domicílios na região é de 6,8 salários mínimos, sendo que 17,09% da população recebe 10 salários mínimos ou mais, um dos maiores do município. O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) da região é de 0,89, sendo que três bairros apresentam IDH > 0,95, estando entre os maiores da cidade (Atlas do Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana

de Porto Alegre, 2010) ([http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_rm/porto-alegre](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_rm/porto-alegre)). A taxa de analfabetismo na população com 15 anos ou mais é de 0,86%.

A população do distrito (IBGE, 2010) é composta por 129.800 habitantes, sendo 45% homens e 55% mulheres. Quanto a raça/cor, 92% se auto declararam brancos e 7% negros. A proporção de idosos (>60 anos) é de 19,9% e a Relação Jovens/Idosos é de 1,44, uma das menores do Município. A expectativa de vida ao nascer é de 79,8 anos.

Com relação aos indicadores materno infantis (Sinasc), em 2019 a cobertura de pré natal foi adequada em 84,77% do total de gestações, sendo superior na raça branca 86,67% em comparação com a raça negra 69,88%. Dos partos, 62,65% foram cesáreos, com uma diferença entre a raça branca, 64,28% comparado à raça negra, 49,4%. Houve redução nessa diferença entre 2015 e 2019. O percentual de gestantes adolescentes (< 20 anos) foi de somente 4,37%. Cabe considerar que levando em conta o ano de 2019, quando observado separadamente por raça branca e negra, o quantitativo de gestantes adolescentes foi de 2,99% e 13,25% respectivamente. Da mesma forma, escolaridade materna menor de 8 anos, foi muito superior na raça negra, 20,48%, em comparação com a raça branca, 3,26% representando 5,08% do total das gestantes.

Com relação à Sífilis congênita, observamos uma redução na taxa de incidência nos anos de 2018 (8,12 casos/1.000 nascidos vivos) e 2019 (4,72 casos/1.000 nascidos vivos), seguida de aumento em 2020 (14,27 casos/1.000 nascidos vivos). A incidência de HIV em gestantes em 2019 foi de 0,7 casos/1.000 nascidos vivos. Em 2019 foram notificados 42 casos de HIV, em maiores de 13 anos, com uma incidência de 31,5 casos/100 mil hab.

No mesmo ano, em 2019, foram notificados 55 casos de Tuberculose pulmonar confirmado, com um percentual de cura de 50,9% dos casos, com um abandono de tratamento de 10,9%. Neste mesmo ano, foram registrados no território 33 casos autóctones de Dengue (Sinan/DVS/PMPA).

Na avaliação da mortalidade (total de óbitos 1219 em 2019; 1283 em 2020), as causas gerais de morte mais frequentes em 2019 foram: neoplasias (26,4%), doenças do aparelho circulatório (22,1%), doenças do sistema nervoso (11,2%), e doenças do aparelho respiratório (8,4%). Com a pandemia da Covid-19, essa passou a ser a principal causa de morte no distrito em 2020 (184 óbitos) e 2021 (279

óbitos até junho/21). O Coeficiente de Mortalidade Infantil (óbito em < 1 ano) no território foi de 5,5 óbitos/1.000 nascidos vivos em 2019 (SIM/CGVS/PMPA).

A Rede de Atenção Primária no distrito é composta por cinco unidades de saúde: US Conceição/GHC, US Jardim Itú/GHC, US Floresta/GHC, Clínica da Família IAPI e US Vila Ipiranga, perfazendo uma cobertura de 59,5%. Em fevereiro de 2020 houve o fechamento da *US Nazaré*, em função da remoção das famílias que ali viviam para ampliação da pista do Aeroporto Internacional Salgado Filho. A avaliação da cobertura do Programa Saúde nas Escolas (PSE) no território no ano de 2019 foi de 61,53%.

A Atenção Especializada no território é composta pelo Centro de Especialidades IAPI e Serviço de Apoio Diagnóstico onde são ofertados ECG, Fisioterapia, Estomaterapia (feridas, estomias e incontinências), Serviço de Assistência Especializada em Tuberculose, HIV, Aids, Hepatites e IST's, Equipe Especializada em Saúde Mental da Criança e Adolescente, Equipe de Saúde Mental Adulto, Centro de Especialidades Odontológicas IAPI e GHC, Bloco Cirúrgico Ambulatorial, Farmácia Distrital IAPI, Emergência Psiquiátrica IAPI (Hospital Vila Nova), Casa de Apoio Viva Maria, três Hospitais do GHC (Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital da Criança Conceição e Hospital Cristo Redentor), Hospital Banco de Olhos e Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar/GHC. Além de serviços especializados mantidos pelo GHC como: 1 Consultório de Rua, 2 NASFs, 1 CAPS i, 1 CAPS AD III e 1 CAPS II.

No ano de 2020 houve reforma estrutural da Farmácia Distrital IAPI com a ampliação da capacidade de atendimento aos usuários. A Clínica da Família IAPI também passou por reforma estrutural e na área da odontologia. O Centro de Especialidade Odontológica (CEO) do IAPI tem projeto de ampliação e reestruturação das salas.

No ano de 2021, o IAPI é um dos principais pontos de vacinação contra Covid-19 na cidade de Porto Alegre. Com a reforma e mudança de área física da Farmácia Distrital, o antigo local foi readequado para implantar uma grande área de vacina para Covid-19. Uma reforma mais ampla e iniciará em breve.

Em 2021 foi inaugurado o Ambulatório de Reabilitação pós-Covid no IAPI. Conta com uma equipe multidisciplinar que já atendeu dezenas de usuários. A área 17 poderá ser reformada para implantação de um novo local de especialidade

médicas e/ou exames complementares.

### **1.5.11 Distrito Sanitário Humaitá-Navegantes**

A Região é composta pelos bairros: Anchieta, Farrapos, Humaitá, Navegantes e São Geraldo. Possui uma área de 15,11 km<sup>2</sup>, o que equivale a 12,45% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 2.891,40 habitantes por Km<sup>2</sup>. O abastecimento de água potável está presente em 99,25% dos domicílios, enquanto o esgoto a céu aberto e o lixo acumulado no logradouro no entorno dos domicílios apresentam uma taxa de 6,15% e 12,72%, respectivamente. O rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 3,21 salários mínimos, porém destes, 70,94% vivem com dois salários mínimos ou menos. O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) da região é de 0,765 (Atlas do Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Porto Alegre, 2010) ([http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_rm/porto-alegre](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_rm/porto-alegre)). A taxa de analfabetismo é de 2,56% na população com quinze anos ou mais.

A população do Distrito (IBGE 2010) é composta por 46.282 habitantes, sendo 46,9% homens e 53,1% mulheres. Quanto à raça/cor, 78% se auto declararam brancos e 21% negros. A proporção de idosos (>60 anos) é de 13% e a relação Jovens/Idosos é de 3,29. A expectativa de vida ao nascer é de 76,22 anos.

Com relação aos indicadores maternos infantis, a cobertura de pré natal foi adequada em 80,2% no ano de 2019, sendo na raça branca de 81,71% e na raça negra de 77,65%. Dos partos, 43,33% foram cesáreos, sendo na raça branca, 49,85%, comparado à raça negra, 38,82%. O percentual de gestantes adolescentes (< 20 anos) foi de - 11,96%, sendo maior na raça negra, 15,29%, e de 8,55% na raça branca. Da mesma forma, a escolaridade da mãe menor de 8 anos foi maior na raça negra, 25,88% do que na raça branca, 15,33%, (Sinasc/DVS/PMPA,2015).

A incidência de Sífilis congênita foi de - 38,05(2019) - casos/1.000 nascidos vivos. A incidência de HIV em gestantes foi de 0,3 casos/1.000 nascidos vivos. Neste mesmo ano, foram notificados 17 casos de HIV em maiores de 13 anos, uma incidência de 37,2 casos/100 mil hab. No mesmo período ainda, foram notificados 41 casos de Tuberculose pulmonar confirmada laboratorialmente um coeficiente de incidência de 128,9 casos/100 mil hab. O percentual de cura foi de 56,1%, com um abandono de tratamento de 26,8% No mesmo período, não foram registrados casos

autóctones de Zika vírus e 1 caso de Dengue (Sinan/DVS/POA).

Na avaliação da mortalidade geral foi de 305(2019) óbitos sendo as causas gerais de morte mais frequentes neoplasias (21%), seguida das doenças do aparelho circulatório (18,7%), doenças do aparelho respiratório (10,5%) e causas externas (10,5%). Com a pandemia da Covid-19, essa passou a ser a principal causa de morte no distrito em 2020 (43 óbitos) e 2021 (86 óbitos até junho/21). O Coeficiente de Mortalidade Infantil (óbito em < 1 ano) no território foi de 3,9(2019) óbitos/1.000 nascidos vivos (SIM/DVS/PMPA).

A Rede de Atenção Primária à Saúde é composta por cinco unidades de saúde da família: US Mário Quintana, US Fradique Vizeu, US Farrapos, US Diretor Pestana e US Navegantes, todas contratualizadas. Dessas, cabe ressaltar o horário de funcionamento estendido até às 22 horas na US Diretor Pestana. A cobertura total de atenção primária no território é de 75,4%. A avaliação da cobertura do Programa Saúde nas Escolas (PSE) no território no ano de 2019 foi de 71,42%. No ano de 2021 será entregue, à comunidade, reforma estrutural da US Navegantes com ampliação de equipes de saúde da família.

Na Atenção Especializada, o distrito conta com CAPS AD III, Farmácia Distrital Navegantes, Equipe de Saúde Mental Adulto e Equipe Especializada de Saúde Mental da Criança e Adolescente Navegantes.

#### **1.5.12 Distrito Sanitário Ilhas**

O Distrito das Ilhas é composto pelo bairro Arquipélago, o qual data do século XVI, conforme indícios arqueológicos. Sua primeira ocupação foi de índios Guarani. Com a evolução urbana do município e pela sua proximidade com o centro da cidade, houve significativo aumento populacional na região, com o surgimento espontâneo de assentamentos populacionais nas Ilhas Grande dos Marinheiros, das Flores, do Pavão, da Pintada e Mauá que concentram aproximadamente 90% da população local. Entretanto, devido à desapropriação de área para construção da nova Ponte do Guaíba, muitas famílias da Ilha dos Marinheiros foram remanejadas para outros territórios e/ ou outras cidades. O Arquipélago tem uma área de 44,2 km<sup>2</sup>, o equivalente a 9,28% da área do município, com densidade demográfica de 188,46 habitantes por km<sup>2</sup>. As Ilhas Grande dos Marinheiros, das Flores e do Pavão apresentam maior precariedade de infraestrutura urbana, ocupadas na sua maioria

por população de baixa renda, em casas de baixo padrão construtivo. Dos domicílios, 23,99% apresentam esgoto a céu aberto e 38,12% têm lixo acumulado no logradouro. Além disso, a região conta com 97,63% dos domicílios com abastecimento de água pela rede geral, indicadores, estes, considerados os piores da cidade (IBGE, 2010). O rendimento médio da população é de 2,03 salários mínimo e o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) da região encontra-se abaixo da média nacional, um dos piores da cidade, com um valor de 0,659 (Atlas do Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Porto Alegre, 2010) ([http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_rm/porto-alegre](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_rm/porto-alegre)). Mesmo com todas as dificuldades enfrentadas, especialmente pelos frequentes alagamentos, seus moradores encontraram atividades econômicas alternativas, com um importante trabalho de reciclagem do lixo e atividades relacionadas à pesca. Os indicadores que refletem as condições sociais e educacionais desta região são os piores da cidade com uma taxa de analfabetismo em pessoas com 15 anos ou mais de 7,71%. A população do Distrito (IBGE, 2010) é composta por 8.420 habitantes, sendo 51,2% homens e 48,8% mulheres. Quanto a raça/cor, 78% se auto declararam brancos e 20% negros. A proporção de idosos (>60 anos) é de somente 9,6% e a relação Jovens/Idosos é de 6,56, uma das maiores do Município. A expectativa de vida ao nascer é de 73,3 anos.

Com relação aos indicadores maternos infantis do ano de 2019, a cobertura de pré-natal foi adequada em 74,2% do total de gestações, superior na raça branca (74%) em comparação com a raça negra (47%). Dos partos, 48,1% foram cesáreos, 50% na raça branca, e 40% na raça negra. O percentual de gestantes adolescentes (< 20 anos) foi de somente 24%, sendo mais frequente na raça negra, 33%, e 21% na raça branca. Da mesma forma, a escolaridade da mãe menor de 8 anos foi bem superior na raça negra, 60%, comparado à raça branca, 24%, representando 42,3% do total de gestantes.

A incidência de Sífilis congênita no ano de 2019 foi de 16,13 casos/1.000 nascidos vivos e a incidência de HIV em gestantes foi de 0,1 (2019) casos/1.000 nascidos vivos. Em 2019, foram notificados, 2 casos de HIV, em maiores de 13 anos, com uma incidência de, 24(2019), casos/100 mil hab. No ano de 2019, foram notificados, 8 casos de Tuberculose pulmonar confirmada laboratorialmente, 114,3%(2019), do previsto, com um coeficiente de incidência de 156,1(2019),

casos/100 mil hab. O percentual de cura foi de 62,5%(2019), dos casos, com um abandono de tratamento de, 25%(2019). No mesmo ano, não foram registrados casos autóctones de Dengue ou de Zika e não há armadilhas instaladas no território para monitoramento da infestação de fêmeas do *Aedes aegypti*. (Sinan/DVS/PMPA).

Na avaliação da mortalidade, as causas gerais de morte mais frequentes em 2019 foram neoplasias (22,6%), doenças do aparelho circulatório (22,6%), doenças infecciosas e parasitárias (9,4%). Assim como nos demais distritos, com a pandemia da Covid-19, essa passou a ser a principal causa de morte em 2020 (7 óbitos) e 2021 (15 óbitos até junho/21) no distrito. O Coeficiente de Mortalidade Infantil (óbito em < 1 ano) no território foi de - 16,1(2019) óbitos/1.000 nascidos vivos. Em 2020 e 2021 não houve registros de óbitos em menores de 1 ano no distrito até então (SIM/DVS/PMPA).

A rede de atenção primária é composta por duas unidades de saúde da família: US Ilha da Pintada e US Ilha dos Marinheiros, que perfazem uma cobertura de 124,2% do território. A Unidade de Atenção Básica US Ilha do Pavão encerrou suas atividades em novembro de 2020, sendo agora a população atendida pela unidade móvel semanalmente. A avaliação da cobertura do Programa Saúde nas Escolas (PSE) no território no ano de 2019 foi de 80%.

### **1.5.13 Distrito Sanitário Lomba do Pinheiro**

O Distrito Sanitário Lomba do Pinheiro é composto pelos bairros Agronomia e Lomba do Pinheiro, sendo limítrofe com o município Viamão. A população total deste distrito é de 62.315 habitantes (IBGE, 2010), sendo 51,32% do sexo feminino e 48,68% do sexo masculino. Com relação à raça/cor, a população apresenta a seguinte distribuição: 67,21% são brancos, 32,69% são negros e pardos, tendo como destaque que 0,34% da população constitui-se de indígenas. Importante destacar que estes dados referem-se ao censo IBGE de 2010 e, mesmo havendo um ajuste de projeção, o controle social do território da Lomba do Pinheiro reforça que dados estão subestimados pois, na última década, frente a chegada de muitos empreendimentos imobiliários e da ocupação de áreas irregulares, houve um aumento considerável na população desta região, a qual não foi estimada. Outro aspecto a ser considerado refere-se ao quesito raça-cor. Por este ser um indicador auto declarado, pode haver um viés importante neste dado, o que poderia acarretar



num percentual de negros/pardos que não reflete a realidade deste território. O quesito raça cor é um indicador importante para a adequação do planejamento das ações de saúde de um território, visto algumas doenças serem mais prevalentes nesta população.

A Lomba do Pinheiro apresenta uma área geográfica de aproximadamente 50,65 km<sup>2</sup>, a qual equivale a 10,64% da área do município de Porto Alegre, a densidade demográfica no distrito Lomba do Pinheiro é de 1.230,31 hab/km<sup>2</sup>. Nos últimos anos, tem-se observado uma constante expansão populacional na região, a qual caracteriza-se principalmente pelo avanço imobiliário dos condomínios residenciais. Essa característica reforça o contraste social existente nesse território que, por um lado, é composto por diversas vilas e áreas de ocupação em contraste com as moradias de classe média alta, contando ainda com moradias de características rurais.

A renda média dos responsáveis por domicílio é de 2,07 salários mínimos, a taxa de analfabetismo é de 4,03 e o índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é de 0,683.

A Pontuação de Vulnerabilidade por Dimensão e Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS) da região da Lomba do Pinheiro foi de 0,7900, expressando o pior índice de Porto Alegre. Certamente, este é um dado muito relevante quando consideramos a caracterização deste território, e sinaliza a necessidade de avanços nas ofertas de serviços e políticas públicas neste território.

A rede de serviços de saúde no Distrito Lomba do Pinheiro é composta por 10 Serviços de Saúde da Atenção Primária, sendo 1 próprio (SMS) e 9 contratualizados com o Hospital Divina Providência, e dentre estes últimos, a Equipe de Saúde Indígena Itinerante, que atende a população indígena aldeada do município de Porto Alegre. Além destes, temos 01 Unidade de Pronto Atendimento. Dessa forma, 89,2% da população está assistida por Equipes de Saúde da Família e 71,3 % tem cobertura em saúde bucal, o que é bastante superior à cobertura populacional do município (SB 46,3 % e ESF 63,1%) - dados de junho/21. No entanto, quando analisamos a extensão territorial e a baixa oferta de serviços de diagnóstico, imagem e atendimento especializado deste distrito, constatamos uma fragilidade neste nível de atendimento, o que pode refletir nos cuidados em saúde desta população. Neste sentido, uma demanda antiga da população da Lomba do Pinheiro refere-se a

necessidade de termos, neste território, uma Farmácia Distrital (FD) a fim de ampliar e facilitar o acesso desta população aos medicamentos controlados e demais itens dispensados, exclusivamente, nas FDs.

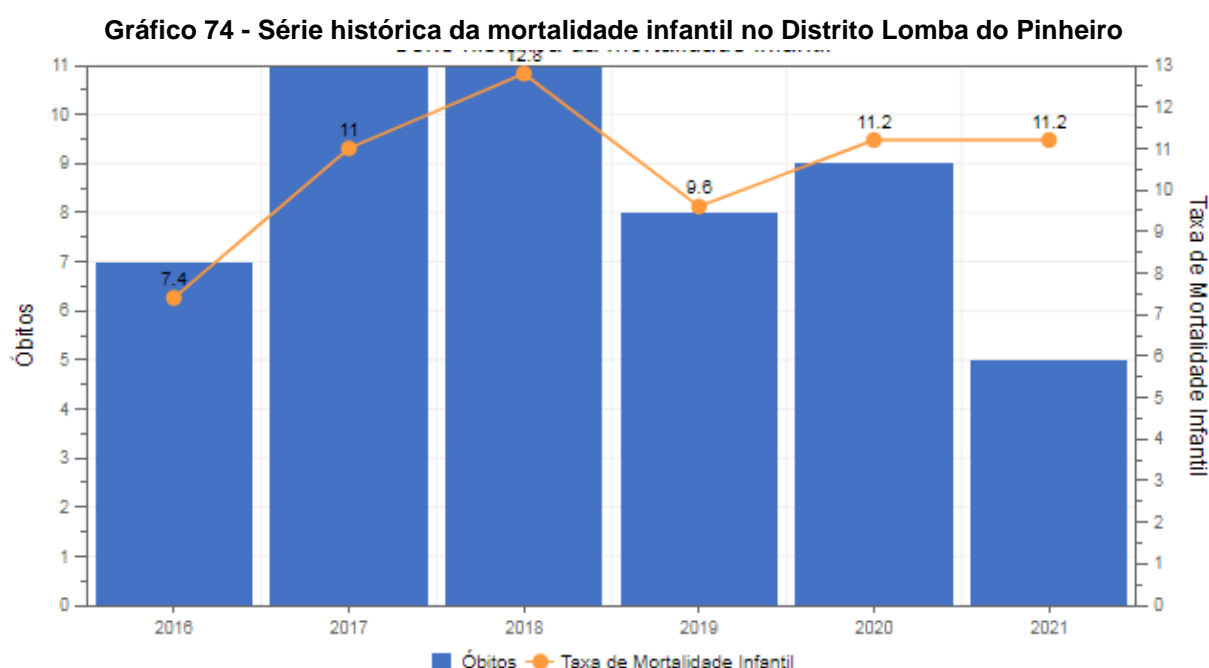
Quanto à estrutura física dos serviços de saúde da APS deste território, elencamos como necessidade de construção as US Esmeralda (com terreno próprio), US Lomba do Pinheiro (com terreno disponível junto ao Pronto Atendimento da Lomba do Pinheiro) e US Quinta do Portal (com terreno próprio). Outros serviços, tais como US Mapa e Equipe de Saúde Indígena (Aldeias Morro do Osso, Polidoro e Lomba do Pinheiro), necessitam de reformas para adequação dos espaços.

No ano de 2020, foi adquirido, via emenda parlamentar, um aparelho de Raio-X odontológico, destinado para Unidade de Saúde Lomba do Pinheiro. Como a US Lomba do Pinheiro não dispõe de equipe de saúde bucal, por falta de espaço físico na atual Unidade, sua referência para atendimentos odontológicos é a US São Pedro. Ainda não foi definido o local para instalação deste equipamento. Estamos discutindo algumas possibilidades com Conselho Distrital de Saúde, uma vez que avaliam que seria importante manter este equipamento no território, a fim de facilitar o acesso da população a este exame. Em agosto de 2021, em consulta ao sistema Gercon, verificamos uma demanda reprimida de 549 usuários aguardando Raio-X odontológico intra bucal (demanda da Gerência Distrital Partenon e Lomba do Pinheiro), se olharmos a demanda reprimida da cidade inteira somam-se um total de 3.811 usuários aguardando este exame, o que justifica a importância de termos este exame disponível em nosso território.

As principais causas de mortalidade geral da Lomba do Pinheiro em 2020 foram: Outras Doenças por Vírus (CID 10 B25-B34), seguido por diabetes mellitus (E10-E14), Neoplasias Malignas dos Órgãos Digestivos (CID 10 C15-C26) e doenças cerebrovasculares (I60-I69), respectivamente. Esse perfil, assim como nas outras regiões do Município, sofreu influência da pandemia de Covid-19, sendo que em 2019 as principais causas de mortalidade geral desta região foram as doenças cerebrovasculares (I60-I69), Neoplasias malignas dos órgãos digestivos (CID 10 C15-C26) e diabetes mellitus (E10-E14). Estes dados epidemiológicos refletem o cenário de Mortalidade Geral do município de Porto Alegre, evidenciando a necessidade de ações na atenção primária de diagnóstico e tratamento (com maior adesão dos pacientes), voltados a essas morbidades.

Na Lomba do Pinheiro, contamos com uma grande potência para o desenvolvimento das práticas integrativas. Temos como exemplo a Horta Comunitária da Lomba do Pinheiro, espaço intersetorial, que fomenta a harmonia com meio ambiente, a Fitoterapia e utilização das plantas medicinais como complementação ao tratamento convencional ou preventivo. Contudo, observamos que usuários e profissionais ainda acessam pouco este espaço, e há uma baixa oferta pelas práticas integrativas e complementares nos serviços de saúde desta região.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) no ano de 2020, foi 11,2, superior ao ano de 2019, que foi de 9,6, e bem superior à taxa de Porto Alegre que, em 2020, foi de 7,9. As principais causas de mortalidade infantil em 2020 foram: Feto e recém-nascido Afetados por Fatores Maternos e por Complicações da Gravidez, do trabalho de parto e do parto; Transtornos Respiratórios e Cardiovasculares Específicos do Período Perinatal e Anomalias Cromossômicas não classificadas em outra parte.



Fonte:BI – SMS.

**Tabela 64 - Mortalidade infantil por Unidade de Saúde do Distrito Lomba do Pinheiro 2020 e 2021**

Unidade de Saúde	2021			2020		
	Óbito	Nasc.	Taxa*	Óbito	Nasc.	Taxa*
Esmeralda	0	53	0	0	88	0
Herdeiros	0	25	0	0	43	0
Lomba do Pinheiro	0	55	0	1	79	12.7
Recreio da Divisa	0	41	0	1	58	17.2

São Pedro	0	38	0	0	52	0
Mapa	1	143	7	1	260	3.8
Panorama	2	75	26.7	3	137	21.9
Viçosa	1	29	34.5	1	42	23.8
Santa Helena	2	13	153.8	2	46	43.5

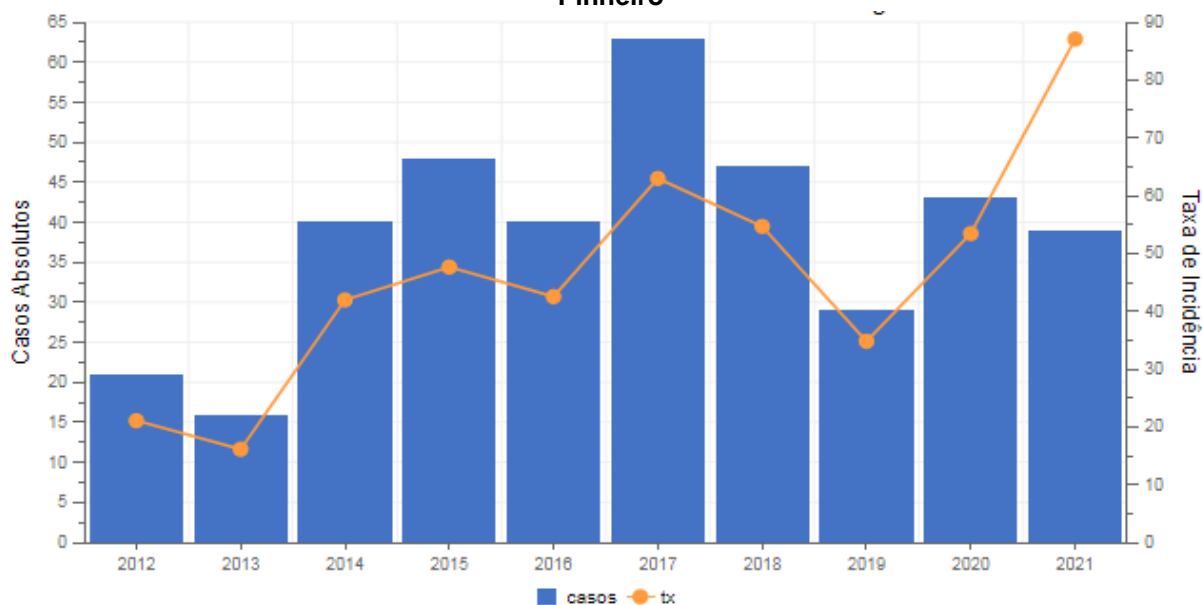
\* Cálculo da taxa = (óbitos / nascidos) \* 1000.

Fonte: BI – SMS.

Importante destacar que no ano de 2020 houve a mudança de referência de Emergência e Atendimento Obstétrico da região, que era o Hospital da PUC/RS, passando a ser o hospital Santa Casa de Misericórdia para todas Unidades de Saúde da Lomba do Pinheiro (com exceção da Saúde Indígena, que passou a ser do HMIPV). Um dos principais desafios desta mudança foi o deslocamento, uma vez que esta referência de maternidade fica na região do Centro, tornando dispendioso e mais longo o tempo de deslocamento, e agravando o problema de acesso para as gestantes.

Quanto à taxa de incidência de Sífilis congênita, houve elevação de 34,77 (29 casos) em 2019 para 53,42 em 2020 (43 casos), sendo que esta taxa no ano de 2020 em Porto Alegre foi de 30,41 (meta era 21). Quanto a este agravo, faz-se necessária a busca de estratégias mais resolutivas, principalmente no que se refere à conclusão do tratamento pelas gestantes e suas parcerias sexuais. Outra preocupação refere-se à taxa de detecção de gestantes HIV e, conseqüentemente, crianças expostas ao HIV. Embora tenha ocorrido um aumento na taxa de detecção de gestantes HIV de 2019 (19 casos) para 2020 (20 casos), não registramos nenhum caso de criança contaminada pelo HIV desde o ano de 2015, no território da Lomba do Pinheiro. Esse fato pode justificar-se pela ampla oferta de testes rápidos realizados nos serviços de saúde deste território, assim como pelo empenho das equipes na oferta do tratamento e acompanhamento destas gestantes.

**Gráfico 75 - Número de casos e taxa de incidência de Sífilis congênita no distrito Lomba do Pinheiro**



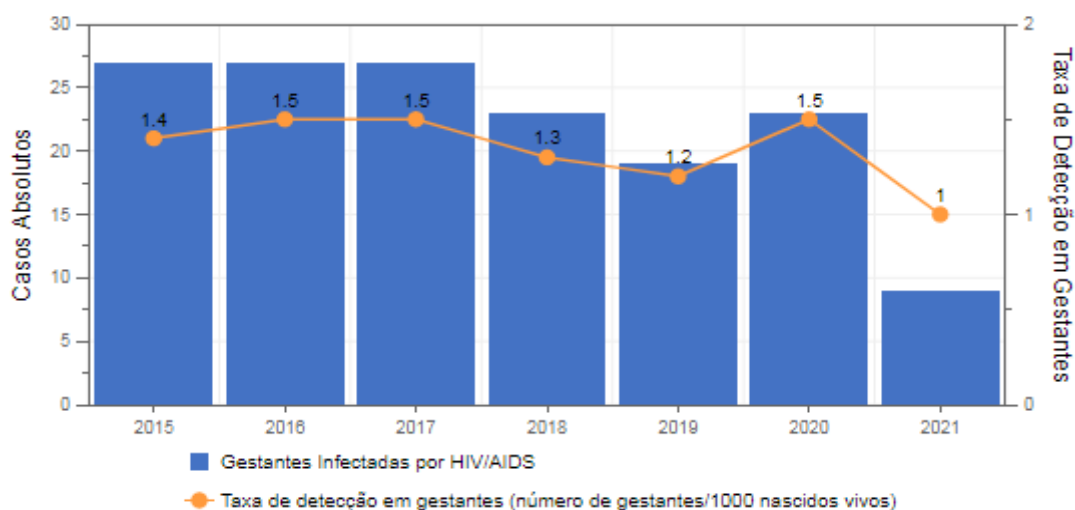
Fonte:BI – SMS.

**Tabela 65 - Taxa de Incidência de Sífilis congênita por Unidade de Saúde do Distrito Lomba do Pinheiro**

Unidade de Saúde	Tx. Inc. (casos) 2021	Tx. Inc. (casos) 2020	Tx. Inc. (casos) 2019
Recreio Da Divisa	48,8(2)	86,2(5)	40,0(2)
São Pedro	52,6(2)	19,2(1)	58,0(4)
Panorama	53,3(4)	65,7(9)	43,0(8)
Esmeralda	75,5(4)	45,5(4)	0,0(0)
Mapa	76,9(11)	61,5(16)	49,8(13)
Viçosa	103,4(3)	47,6(2)	0,0(0)
Lomba Do Pinheiro	109,1(6)	25,3(2)	12,5(1)
Herdeiros	160,0(4)	46,5(2)	0,0(0)
Santa Helena	230,8(3)	43,5(2)	19,6(1)

Fonte: BI – SMS.

**Gráfico 76 - Distribuição da taxa de detecção de gestantes HIV e número de gestantes HIV no Distrito Lomba do Pinheiro**



Fonte:BI – SMS.

**Tabela 66 - Taxa de transmissão vertical do HIV - nº de crianças com HIV/nº de crianças exposta (%) por US do Distrito Lomba do Pinheiro**

Unidade de Saúde	2021	2020	2019	2018
Esmeralda	0 / 0 (0%)	0 / 2 (0%)	0 / 2 (0%)	0 / 3 (0%)
Herdeiros	0 / 1 (0%)	0 / 0 (0%)	0 / 0 (0%)	0 / 3 (0%)
Indígena Aldeia Kaingang Fag Nhin	0 / 0 (0%)	0 / 0 (0%)	0 / 1 (0%)	0 / 0 (0%)
Lomba do Pinheiro	0 / 1 (0%)	0 / 4 (0%)	0 / 0 (0%)	0 / 2 (0%)
Mapa	0 / 4 (0%)	0 / 5 (0%)	0 / 4 (0%)	0 / 6 (0%)
Panorama	0 / 0 (0%)	0 / 3 (0%)	0 / 4 (0%)	0 / 1 (0%)
Recreio da Divisa	0 / 0 (0%)	0 / 0 (0%)	0 / 1 (0%)	0 / 3 (0%)
Santa Helena	0 / 0 (0%)	0 / 0 (0%)	0 / 1 (0%)	0 / 0 (0%)
São Pedro	0 / 1 (0%)	0 / 3 (0%)	0 / 4 (0%)	0 / 4 (0%)
Viçosa	0 / 0 (0%)	0 / 3 (0%)	0 / 0 (0%)	0 / 0 (0%)

Fonte: BI – SMS.

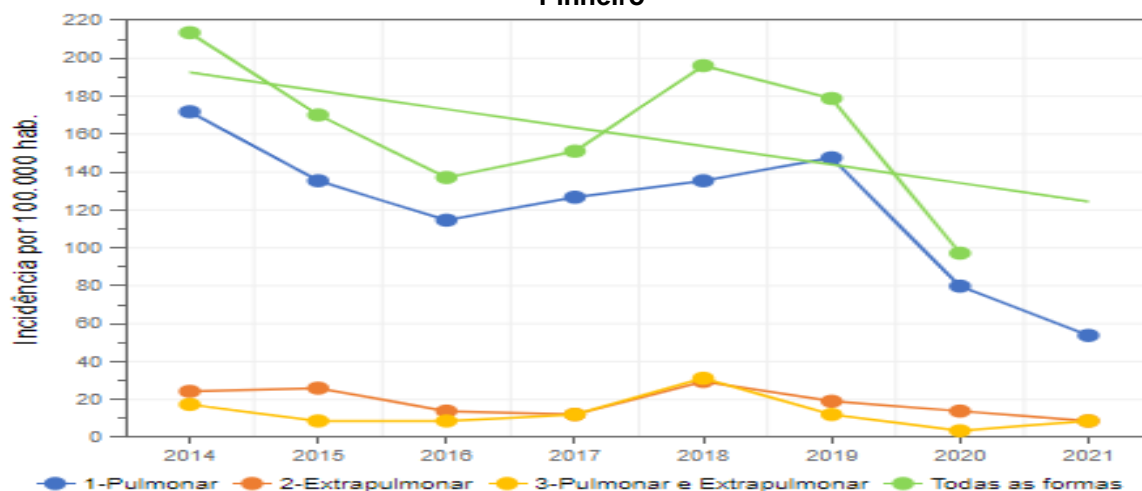
**Tabela 67 - Número de gestantes HIV por mês no Distrito Lomba do Pinheiro 2020-2021**

Ano	Mês												Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
2021	0	1	3	2	0	3	0	0	0	0	0	0	9
2020	2	1	2	5	4	2	1	1	0	1	1	3	23

Fonte: BI – SMS.

Referente à Tuberculose (todas as formas), observamos uma redução na incidência deste agravo na Lomba do Pinheiro, ao longo dos anos, a partir de 2018. Quanto a identificação dos casos de Tuberculose pulmonar, podemos observar que em 2020 foram identificados (diagnosticados) menos de 50% da população estimada, segundo projetos da Organização Mundial da Saúde o que aponta para necessidade de ampliar a busca pelos sintomáticos respiratórios a fim de identificar estes casos. Atualmente, todos os serviços de Saúde da APS estão preparados para realizarem a coleta da 1ª amostra de escarro na Unidade de Saúde, facilitando o acesso dos usuários a este exame e, conseqüentemente, a realização do diagnóstico precoce. Mesmo com esta oferta, ainda identificamos que a grande maioria dos diagnósticos de Tuberculose, são realizados tardiamente nos Pronto Atendimentos e Emergências Hospitalares.

**Gráfico 77 - Distribuição da incidência das formas de Tuberculose no Distrito Lomba do Pinheiro**



Fonte: BI – SMS.

**Tabela 68- Casos novos de Tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial no Distrito Lomba do Pinheiro em 2020**

Unidade de Saúde	Total Casos	Desfecho dos casos		Pop.	Est. SR1	Est. TB2	Casos Diag. % <sup>3</sup>
		Cura N <sup>o</sup>	Abandono N <sup>o</sup>				
Esmeralda	1	1	0	5.146	51.5	4.1	24.3 %
Lomba do Pinheiro	1	1	0	4.977	49.8	4	25.1 %
São Pedro	2	2	0	4.943	49.4	4	50.6 %
Mapa	7	3	2	18.491	184.9	14.8	47.3 %
Panorama	8	3	2	11.634	116.3	9.3	85.9 %
Herdeiros	1	0	0	3.590	35.9	2.9	34.8 %
Viçosa	1	0	1	1.651	16.5	1.3	75.7 %

Fonte: BI – SMS.

Por fim, faz-se importante destacar que em 2020 e 2021 tivemos a ampliação no horário de atendimento da US Mapa (a qual passou a funcionar até as 19:00 h) e US Panorama (voltou a funcionar até as 19:00 h), ampliando o acesso dos usuários aos atendimentos de saúde, já que estas são as duas maiores Unidades de Saúde deste território. A US Mapa passou a contar com farmacêutico no seu quadro de RH, o que possibilitou a esta US dispensar antibióticos (das 13:00 às 19:00). Esta oferta de serviço é de extrema importância, considerando que a Unidade mais próxima para dispensação deste tipo de medicamento é a US São Carlos, que fica no Distrito Partenon.

### 1.5.14 Distrito Sanitário Partenon

O Distrito Sanitário Partenon está localizado na região Leste de Porto Alegre e é composto pelos seguintes bairros: Partenon, Aparício Borges, Santo Antônio, São José e Vila João Pessoa. A população do distrito é de 118.923 habitantes (IBGE 2010), sendo 52% do sexo feminino e 48% do sexo masculino. Com relação à raça/cor a distribuição é a seguinte: 71,04% são brancos e 28,49% são negros.

Com área de aproximadamente 14,57Km<sup>2</sup>, equivalente a 3,06% da área do município de Porto Alegre (POA), a região do Partenon abriga cerca de 10% da população da capital, tendo uma densidade demográfica de 8.162,18 hab/km<sup>2</sup>, o que caracteriza os aglomerados típicos das grandes cidades, e a presença de ocupações em áreas consideradas de risco ambiental, com índices significativos de vulnerabilidade. A renda média de responsáveis por domicílio é de 3,58 salários mínimos, sendo que podemos observar na região a presença de famílias com elevada renda que contrastam com áreas de extrema pobreza, o que reflete no aumento dessa média, mas não corresponde à realidade socioeconômica da maioria da população.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é de 0,764 e a taxa de analfabetismo, 2,9%. A Pontuação de Vulnerabilidade por Dimensão e Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS) por Distrito Sanitário em Porto Alegre é um indicador que leva em consideração 5 Dimensões: condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais (estruturais); condições de vida e de trabalho; redes sociais e comunitárias; estilo de vida dos indivíduos; idade, sexo e fatores hereditários. A pontuação do IVS da região do Partenon foi de 0,5950, sendo a nona maior posição da cidade, juntamente com o Distrito Cristal.

**Tabela 69 - Pontuação de vulnerabilidade por Dimensão e Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS) nos Distritos Sanitários Partenon e Lomba do Pinheiro**

Distrito Sanitário	Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3	Dimensão 4	Dimensão 5	IVS
Lomba do Pinheiro	0,4000	0,2400	0,0750	0,0600	0,0150	0,7900
Partenon	0,3250	0,1200	0,0750	0,0600	0,0150	0,5950

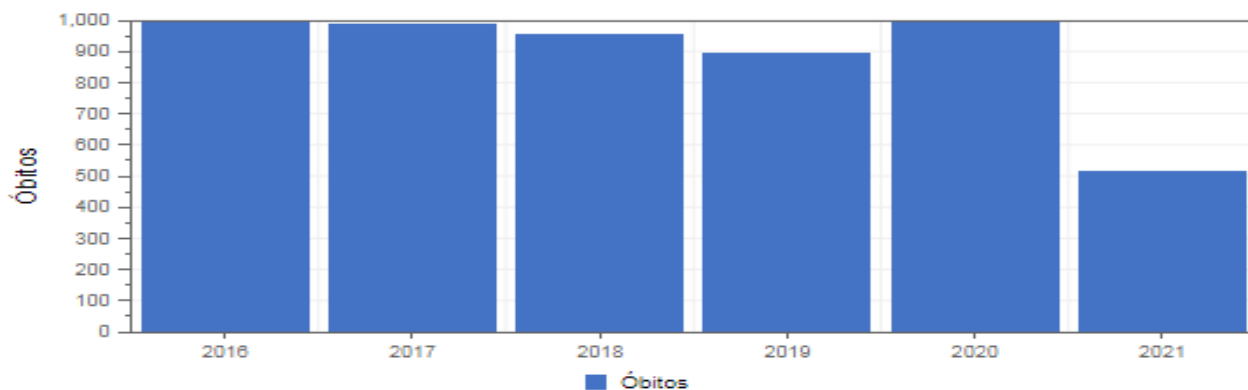
Fonte: Biblioteca Virtual de Atenção Primária à Saúde. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1YeJy9WtaD1Ksc1CemDBVpJ\\_fp0dBt8Od/view](https://drive.google.com/file/d/1YeJy9WtaD1Ksc1CemDBVpJ_fp0dBt8Od/view)

As principais causas de Mortalidade Geral do Partenon em 2020 foram: Outras Doenças por Vírus (CID 10 B25-B34), seguido pelas neoplasias malignas dos órgãos digestivos (CID 10 C15-C26), diabetes mellitus (E10-E14) e Doenças



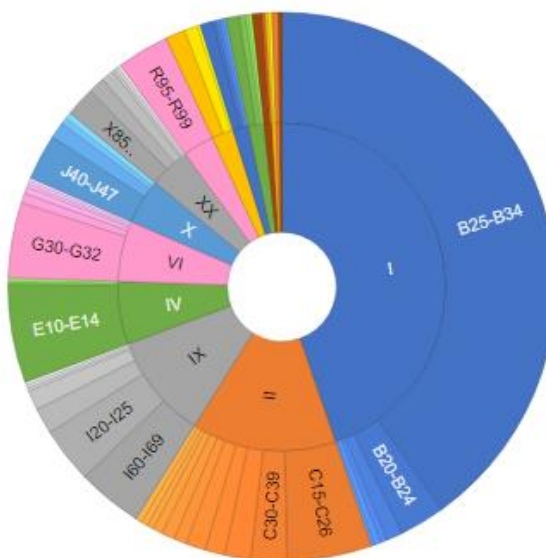
Cerebrovasculares (I60-I69), respectivamente. Esse perfil sofreu influência, assim como as demais regiões de Porto Alegre, da pandemia causada pelo Covid-19, sendo que em 2019 as principais causas de mortalidade geral desta região foram: as neoplasias malignas dos órgãos digestivos (CID 10 C15-C26), as doenças cerebrovasculares (I60-I69) e a diabetes mellitus (E10-E14).

**Gráfico 78 - Série Histórica da Mortalidade Geral Partenon**



Fonte:BI – SMS.

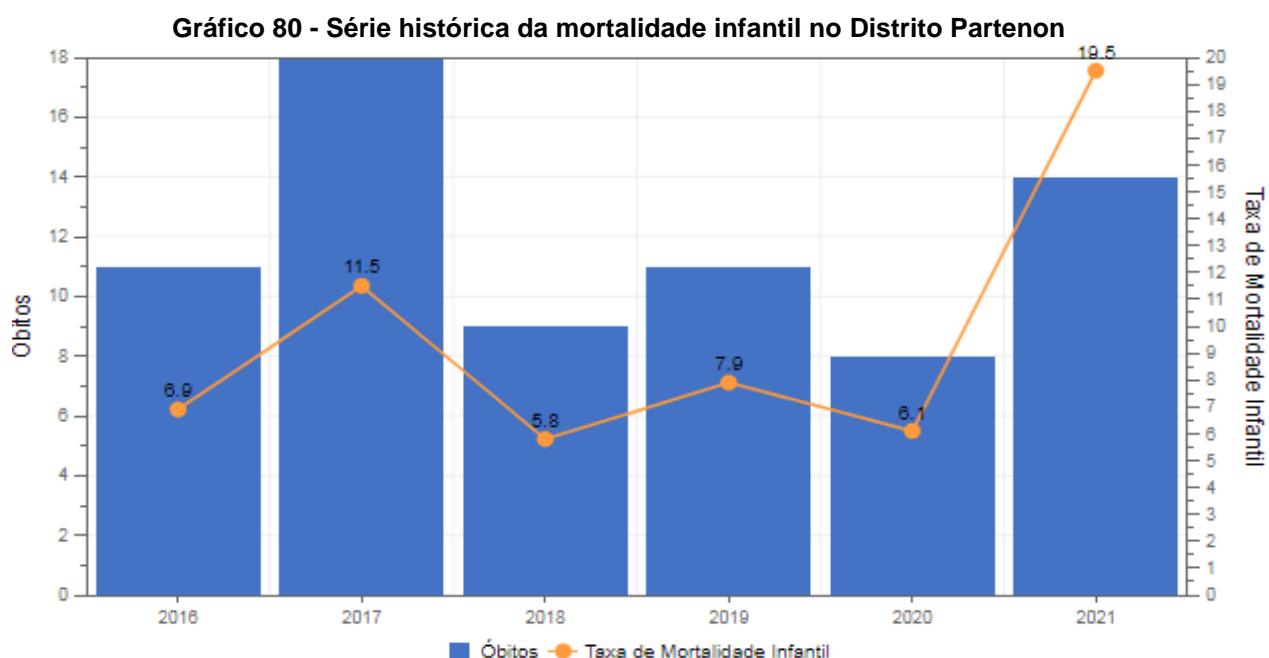
**Gráfico 79 - Causas da Mortalidade Geral Partenon**



Fonte: BI – SMS.

No Distrito Partenon, a taxa de Mortalidade Infantil (MI) no ano de 2020 foi de 5,3 – inferior à taxa de POA deste mesmo ano, que foi 7,9, tendo como primeira causa os transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal. Em 2019 a taxa de MI neste distrito foi de 7,9, ou seja, observamos uma redução importante neste indicador, semelhante ao observado na média de Porto Alegre, de 2015 a 2020. No entanto, ao analisarmos os dados parciais de 2021,

podemos constatar um aumento alarmante no número de casos de MI, sendo que só até julho/21 já registramos 14 casos (comparando com todo ano de 2020 quando tivemos 8 casos neste território. A principal causa de MI, 2021, está relacionada a P05-P08 - transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal, apontando para a necessidade enfatizarmos as ações, nas Unidade de Saúde, buscando qualificar o atendimento pré natal e incidir sobre fatores que possam estar contribuindo para a piora neste indicador. Certamente os fatores que envolvem elevados índices de Mortalidade Infantil, envolvem questões sociais, vulnerabilidade social, idade gestacional dentre outros, contudo, é fundamental a realização da investigação do óbito infantil com intuito de identificarmos a causa para podemos incidir nos fatores que são possíveis de serem modificados.



Fonte: BI – SMS.

**Tabela 70 - Mortalidade infantil por Unidade de Saúde no Distrito Partenon**

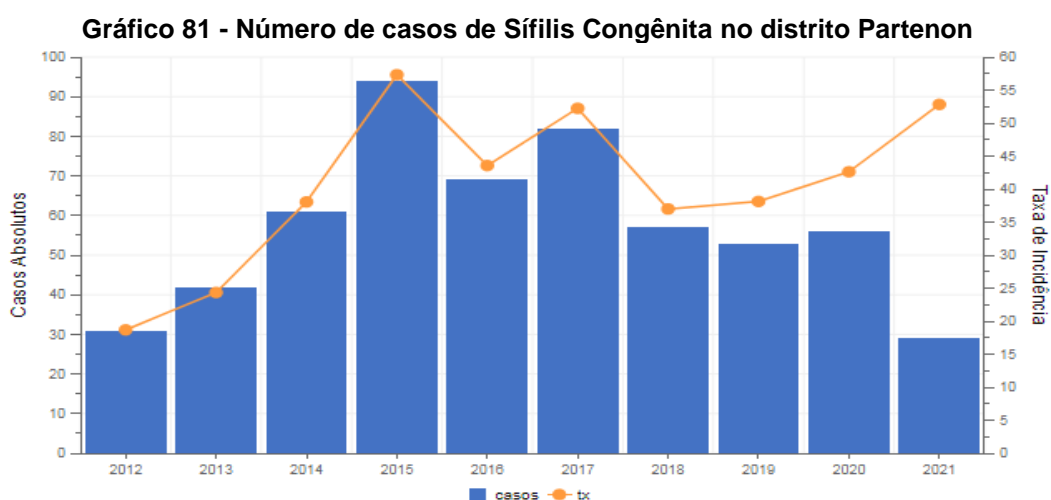
Unidade de Saúde	2021			2020		
	Óbito	Nasc.	Taxa*	Óbito	Nasc.	Taxa*
Campo Da Tuca	0	55	0	1	74	13.5
Morro Da Cruz	0	39	0	1	74	13.5
Pitoresca	0	45	0	0	66	0
São José	0	48	0	1	99	10.1
São Miguel	1	71	14.1	1	96	10.4
Bananeiras	2	126	15.9	1	231	4.3
Ernesto Araújo	1	56	17.9	0	113	0
São Carlos	1	52	19.2	1	110	9.1
Vila Vargas	2	84	23.8	0	131	0
Ceres	1	34	29.4	0	65	0

Santo Alfredo	3	68	44.1	1	123	8.1
Maria da Conceição Marcelo Martins Moreira	3	63	47.6	1	132	7.6

Fonte: BI – SMS.

O Distrito Partenon também abriga altos índices associados às doenças infectocontagiosas, como HIV, Sífilis e Tuberculose o que evidencia a necessidade do fortalecimento da Rede de Atendimento Psicossocial deste território uma vez que as condicionantes de não adesão ao tratamento destas doenças e baixa taxa de cura da Tuberculose são multifatoriais. Atualmente, somos um distrito sem referência no território de Serviço de Atenção Especializada / HIV/ Aids e Hepatites virais (SAE). Os pacientes com critério de atendimento neste tipo de serviço, são encaminhados via sistema, para outras regiões de Porto Alegre o que dificulta a adesão e vinculação dos mesmos, prejudicando o tratamento.

Na Taxa de Sífilis congênita (casos por 1.000 Nascidos Vivos), houve uma elevação de 38,13 (2019) para 42,62 em 2020 (56 casos), sendo que esta taxa no ano de 2020 em Porto Alegre foi de 30,03 (meta era 21).



Fonte: BI – SMS.

**Tabela 71 - Número de Casos de Sífilis Adquirida no distrito Partenon**

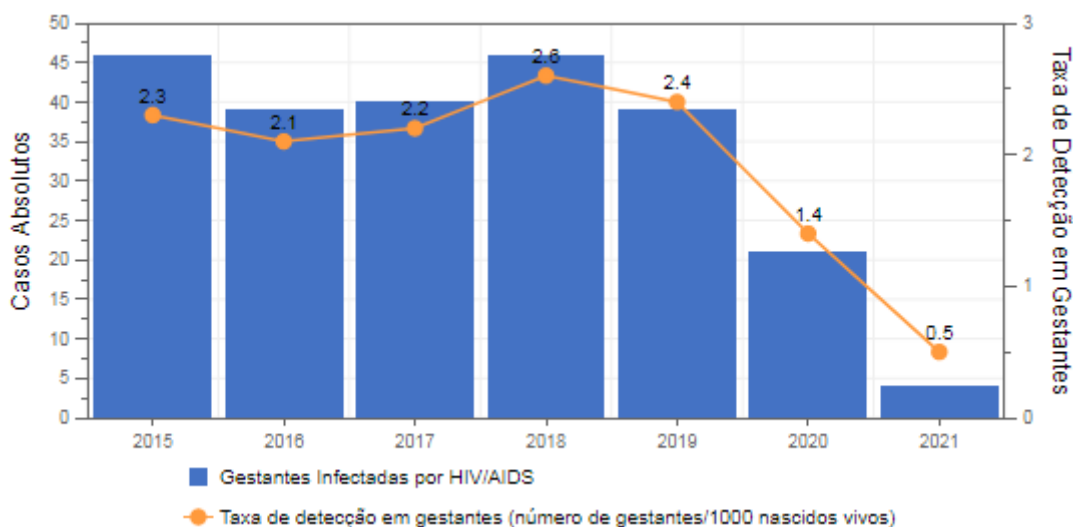
Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2021	18	21	33	16	10	7	2	0	0	0	0	0	107
2020	29	32	40	22	20	22	40	17	47	29	31	34	363

Fonte: BI – SMS.

Outra preocupação refere-se à taxa de detecção de gestantes HIV e, conseqüentemente, crianças expostas ao HIV. Embora tenha ocorrido uma redução na taxa de detecção de gestantes HIV no Partenon de 2018 (69 casos) para 2019 (58 casos) e 2020 (44), conforme mostra figura a seguir evidencia-se a ocorrência da

transmissão vertical do HIV nos anos de 2019 e 2020 (1 criança em cada ano). Em ambos os casos, a transmissão se deu pelo aleitamento materno.

**Gráfico 82 - Distribuição da taxa de detecção de gestantes HIV e números de gestantes HIV no distrito Partenon**



Fonte: BI – SMS.

**Tabela 72 - Taxa de transmissão vertical do HIV - Nº de crianças com HIV/nº de crianças exposta (%) no distrito Partenon**

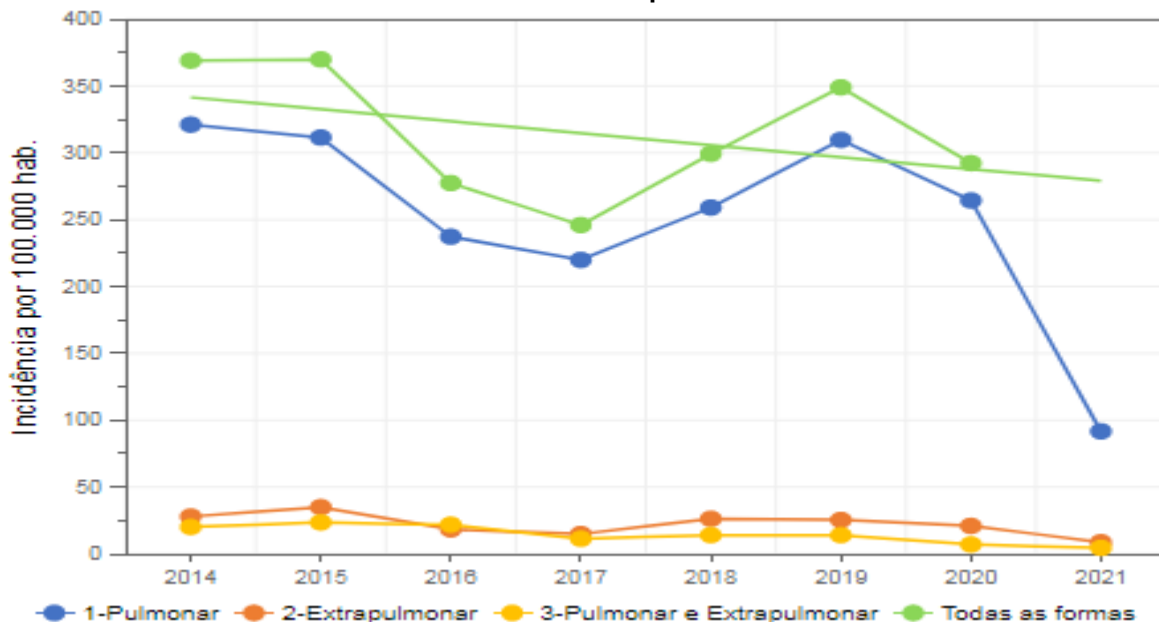
Unidade de Saúde	2021	2020	2019	2018
Maria da Conceição	0 / 0 (0%)	0 / 0 (0%)	0 / 0 (0%)	0 / 0 (0%)
Bananeiras	0 / 0 (0%)	0 / 2 (0%)	0 / 5 (0%)	0 / 7 (0%)
Campo Da Tuca	0 / 0 (0%)	0 / 1 (0%)	0 / 3 (0%)	0 / 4 (0%)
Ceres	0 / 0 (0%)	0 / 0 (0%)	0 / 2 (0%)	0 / 1 (0%)
Ernesto Araújo	0 / 1 (0%)	1 / 2 (50%)	0 / 3 (0%)	0 / 5 (0%)
Maria da Conceição	0 / 0 (0%)	0 / 0 (0%)	0 / 0 (0%)	0 / 3 (0%)
Maria da Conceição Marcelo Martins Moreira	0 / 0 (0%)	0 / 1 (0%)	0 / 5 (0%)	0 / 0 (0%)
Morro da Cruz	0 / 1 (0%)	0 / 2 (0%)	0 / 2 (0%)	0 / 2 (0%)
Pitoresca	0 / 1 (0%)	0 / 0 (0%)	0 / 0 (0%)	0 / 1 (0%)
Santo Alfredo	0 / 0 (0%)	0 / 3 (0%)	0 / 2 (0%)	0 / 6 (0%)
São Carlos	0 / 0 (0%)	0 / 3 (0%)	0 / 4 (0%)	0 / 3 (0%)
São José	0 / 0 (0%)	0 / 2 (0%)	1 / 3 (33.3%)	0 / 1 (0%)
São Miguel	0 / 0 (0%)	0 / 2 (0%)	0 / 3 (0%)	0 / 3 (0%)
Vila Vargas	0 / 1 (0%)	0 / 2 (0%)	0 / 3 (0%)	0 / 6 (0%)

Fonte: BI – SMS.

Referente à Tuberculose (todas as formas), observamos uma redução na incidência deste agravo no Partenon, ao longo dos anos, a partir de 2019. Quanto à identificação dos casos de Tuberculose pulmonar no Partenon, podemos observar que, em 2020 foram identificados 72% da população estimada, segundo a estimativa projeção da Organização Mundial da Saúde (diagnosticados 66 casos dos 92 esperados para o território). Atualmente, todos os serviços de Saúde da APS estão preparados para realizarem a coleta da 1ª amostra de escarro na Unidade de Saúde,

facilitando o acesso dos usuários a este exame e, conseqüentemente, a realização do diagnóstico precoce. Mesmo com esta oferta, ainda identificamos que a grande maioria dos diagnósticos de Tuberculose, são realizados tardiamente nos Pronto Atendimento e Emergências Hospitalares, e não nos serviços da Atenção Primária.

**Gráfico 83 - Incidência de Tuberculose por Forma no distrito Partenon**



Fonte: BI – SMS.

**Tabela 73 - Novos Casos de Tuberculose no distrito Partenon por mês, nos anos de 2020 e 2021**

Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2021	14	6	13	17	13	18	15	0	0	0	0	0	96
2020	16	15	15	20	11	22	10	9	14	10	16	8	166

Fonte: Biblioteca Virtual de Atenção Primária à Saúde. \* dados provisórios.

Somando-se a estes indicadores de doenças transmissíveis e agravando este cenário, temos no território do Partenon, um número importante de usuários vivendo em situação de rua. A situação de rua implica maior vulnerabilidade para o adoecimento por vários motivos, tais como: os riscos de estar na rua; a dificuldade de aderir em tempo oportuno aos tratamentos adequados e de acessá-los, entre outros (Ministério da Saúde, 2019). Segundo dados informados pela Equipe do Ação Rua Partenon (Fasc), esta equipe tem 58 usuários em situação de rua em acompanhamento neste mês de agosto/21, sendo que já foram registrados, no ano de 2021, 209 usuários em situação de rua, neste distrito. Outro dispositivo muito acessado pela população em situação de rua no território, refere-se ao CAPS AD III Partenon. Segundo registros deste serviço, no ano de 2021 já foram atendidos 143 usuários em situação de rua. Atualmente, os usuários em situação de rua, acessam

os serviços da Atenção Primária como porta de entrada e continuidade de atendimento para cuidados em saúde. As Unidades que ficam em vias de maior acesso, tais como US Bananeiras, São Carlos, Santo Alfredo, Clínica da Família Campo da Tuca, são as que registram maior número de atendimento de usuários em situação de rua. Embora busquemos ofertar atendimento interprofissional, humanizado e integral aos usuários em situação de rua, avaliamos que a implantação de uma Equipe de Consultório na Rua, qualificaria muito o atendimento dos usuários em situação de rua, ampliando o acesso aos atendimentos e, conseqüentemente, melhorando os indicadores de saúde deste território.

A região do Partenon possui um histórico expressivo de ações de saúde comunitária devido à presença das estruturas ligadas ao antigo Centro de Saúde Murialdo, que atualmente abriga 01 Centro de Especialidades Médicas e Diagnóstico, 01 Posto de Coleta de Material, a Farmácia Distrital, a EESCA (Equipe Especializada em saúde da Criança e Adolescência) e a Gerência Distrital de Saúde. Além desse, na região estão localizadas diversas instituições, como o Hospital Psiquiátrico São Pedro, o Hospital Sanatório Partenon, o Hemocentro Estadual, o Instituto Psiquiátrico Forense, Instituto Penitenciário Feminino, Semi liberdades, Cadeia Pública de Porto Alegre, a Escola de Saúde Pública e a Pontifícia Universidade Católica do RS (PUC/RS).

Os demais serviços de saúde no Distrito Partenon são: 11 Unidades de Saúde de atenção primária, sendo 9 serviços contratualizados com o Hospital Divina Providência e 2 serviços próprios. Dentre os contratualizados temos 1 Clínica da Família (Campo da Tuca) e 01 Unidade de Saúde – Saúde Noite e Dia (com horário de funcionamento até às 22:00h). Ainda compondo a atenção primária, temos 01 Unidade de Saúde Prisional, contratualizada com Hospital Vila Nova, que atende os presídios Cadeia Pública de Porto Alegre, APAC e PEPA (Penitenciária Porto Alegre), além de 01 Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD III) contratualizado, 01 Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente (EESCA) e 01 Equipe de Saúde Mental Adulto.

Um aspecto importante dos serviços da Atenção Primária do Partenon refere-se à ampliação no horário de atendimento: das 11 Unidades deste distrito, somente 3 (Morro da Cruz, Pitoresca e M<sup>a</sup> da Conceição) funcionam somente até as 17:00, 2 funcionam até às 18:00 (São José e Ceres), 4 funcionam até às 19:00 (Bananeiras,

Ernesto Araújo, Vila Vargas e Clínica do Campo da Tuca), 1 até às 20:00 (Santo Alfredo) e 1 até às 22:00 (São Carlos). Esta ampliação no horário de funcionamento das Unidades visa ampliar o acesso da população aos atendimentos de saúde.

Outro aspecto relevante a ser pontuado refere-se à estrutura física das Unidades deste distrito:

- US Bananeiras - Imóvel próprio reformado em 2020;
- Clínica da Família Campo da Tuca - Imóvel próprio, construção nova inaugurada em março/21;
- US Ernesto Araújo - Imóvel próprio, com estrutura adequada, aguardando pequena reforma para fechamento da área externa para ampliar recepção;
- US Pitoresca- Imóvel próprio, aguardando adequações internas da área limpa e área suja;
- US São José - Imóvel próprio, estrutura adequada;
- US São Carlos - Imóvel próprio que está passando por grande reforma com ampliação da área física neste ano de 2021;
- US Vila Vargas - Imóvel próprio, com limitação de espaço físico para comportar equipe tripla. Possuem terreno na área da Primavera mas que, em 2017 foi analisado pela gestão como carente de estrutura de saneamento básico para construção de uma Unidade de Saúde;
- US Ceres - Funciona em imóvel alugado, reformado em 2020 mas que ainda apresenta limitações tais como acessibilidade, pouca privacidade para escuta dos pacientes e sala de vacinas pequena;
- US Santo Alfredo - Funciona em imóvel alugado, possui terreno para construção de Unidade;
- US Maria da Conceição - Unidade funciona em prédio cedido pela Instituição Pequena Casa da Criança, o qual foi reformado em 2018. Possuem terreno para construção de unidade no território;
- US Morro da Cruz - Unidade funciona em espaço cedido pela Associação de Moradores Morro da Cruz, no entanto, a estrutura física apresenta fragilidades. Comunidade, equipe e gerência buscam alternativas de espaço no território para aluguel ou terreno para construção de Unidade de Saúde.

Serviços com estruturas físicas adequadas, planejados para serem um serviço de saúde, proporcionam melhores condições de trabalho para os profissionais e, conseqüentemente, melhores condições de atendimento aos usuários. Neste sentido, melhorias se fazem necessárias neste distrito.

Quanto à saúde bucal, somente duas Unidades não possuem atendimento odontológico no próprio serviço: US Vila Vargas (referência US São José) e Pitoresca (referência São Carlos). Estas US não dispõem de atendimento odontológico por falta de espaço físico para instalação de cadeira odontológica. Mesmo organizando as unidades de referência, certamente o fato de não termos o atendimento na unidade, reduz o acesso à saúde bucal dos usuários.

A cobertura de atenção primária com Saúde da Família na região é de 63,2% e cobertura de Saúde Bucal é de 54,2% (POA a cobertura de ESF é de 63,1% e Saúde Bucal 46,3%), ainda demonstrando necessidade de ampliação principalmente em decorrência dos indicadores de saúde e sociais apresentados neste texto.

#### **1.5.15 Distrito Sanitário Restinga**

A região é composta pelo bairro Restinga. Tem 38,56 km<sup>2</sup> (8,10% da área do município). O território possui 59.670 habitantes, sendo 52,43% do sexo feminino. Representa 4,23% da população do município, com densidade demográfica de 1.574,92 habitantes por km<sup>2</sup>. No quesito raça/cor, 30,5% se autodeclararam negros, acima da média de Porto Alegre (20,2%). Mais de 90% das moradias são casas, sendo que em 22,13% moram 5 ou mais pessoas. Em 13,65% das residências o tratamento de esgoto é por fossa séptica. Na região vem ocorrendo um número significativo de ocupações irregulares, com expressivo aumento populacional, sem a necessária expansão dos serviços públicos. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da Restinga é de 0,685, inferior ao de Porto Alegre (0,805). A taxa de analfabetismo é de 4,03% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 2,10 salários-mínimos, sendo que 58,6% das famílias recebem menos que um salário-mínimo. A Restinga possui todo território de solo urbano, com poucas oportunidades de emprego, tendo uma distância do centro da cidade de 21 km. A região apresenta alto índice de violência. Dos 419 óbitos ocorridos em 2015, 58 (13,8%) foram por homicídio.



O número de usuários de álcool e drogas na região é crescente, sendo esta uma das principais causas de abandono de tratamento de doenças infectocontagiosas, como Tuberculose e HIV.

O Distrito possui 08 Unidades de Saúde, sendo 2 Clínicas de Família, 1 Unidade de Saúde (EAB/ESF) e 5 USs com ESF. Destas, duas não possuem Equipes de Saúde Bucal. A cobertura da atenção primária é de 56,9% e a de saúde bucal, 43,3%. O território conta com uma Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA), uma Equipe de Saúde Mental Adulto (ESMA) e uma Farmácia Distrital. A referência em Tuberculose (TB) da região foi fechada em 2014, o que gerou dificuldade de acesso ao tratamento. A área possui cobertura de atuação das equipes do Programa Melhor em Casa. Há também o Hospital da Restinga, com capacidade ampliada nos últimos três anos. Além destes serviços, a região conta com CREAS, Conselho Tutelar e Ação Rua. Contamos com um CAPS AD III que atua desde maio de 2019 com em torno de 300 atendimentos/mês.

#### **1.5.16 Distrito Sanitário Extremo Sul**

O Extremo Sul é composto pelos bairros Belém Novo, Chapéu do Sol, Lageado, Lami e Ponta Grossa. É um extenso território de 116,01 km<sup>2</sup> (24,4% da área do município). De todos os domicílios abastecidos por poço ou nascente em Porto Alegre, 41,8% situam-se nesta região. Em 27% das residências o tratamento de esgoto é feito por fossa séptica. O território possui uma população de 33.839 habitantes, sendo 51,2% feminina. Representa 2,4% da população do município, com densidade demográfica de 300,60 habitantes por km<sup>2</sup>. Dos 10.772 domicílios, 93,4% são casas, sendo que em 16,34% moram 5 ou mais pessoas.

O IDH do Extremo Sul é de 0,714, considerado médio, mas abaixo do de Porto Alegre (0,805). A região apresenta características distintas por ter áreas de grande vulnerabilidade socioeconômica, ao lado de áreas com elevado nível socioeconômico. Essas características são atribuídas à grande extensão do território, concentração e diversidade populacional. A taxa de analfabetismo é de 3,29% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 2,92% de salários-mínimos, sendo que 49,6% das famílias recebem menos que um salário-mínimo.

O distrito possui praticamente todo território de solo rural, com poucas oportunidades de emprego. Além da grande distância ao centro da cidade (30 km),

onde está localizada a maioria dos serviços especializados de referência, há a própria distância das moradias às Unidades de Saúde, o que resulta em dificuldades no tratamento. Esta distância também influencia na permanência dos profissionais de saúde, que comumente solicitam remanejo, o que interfere na criação de vínculos com a comunidade.

O distrito possui 05 Unidades de Saúde. Não há serviços de atenção especializada. A cobertura da atenção primária é de 112,3% e a de Saúde Bucal, 48,5%. A região é coberta pela atuação das equipes do Programa Melhor em Casa. Além destes serviços, a região conta com o CRAS.

O modelo de discussão da análise situacional dos distritos foi discutido nos CDS e elencado os maiores problemas nos distritos:

- Tuberculose;
- Mortalidade infantil;
- Saúde indígena;
- População em situação de rua.

A Tuberculose é um grave problema de saúde pública. Porto Alegre é a quarta capital com maior incidência da doença, 81,7 casos para cada 100.000 habitantes. Nossa região, especialmente Extremo Sul, possui uma das piores taxas de cura e abandono comparado a outras regiões da cidade. O tratamento da Tuberculose no nosso município se dá de forma descentralizada pelas Unidades de Saúde, mas ainda temos casos de coinfeção, gestantes, crianças, Tuberculose extrapulmonar e pacientes com Tuberculose a drogas resistentes que são realizados em serviços especializados (SAE). Analisando dados da nossa região Restinga Extremo Sul, de 2018, 2019 e 2020, percebemos baixa porcentagem de cura e o alto abandono do tratamento.

**Tabela 74 - Porcentagem de Cura e Abandono de Tuberculose pulmonar no distritos Restinga e Extremo-Sul, 2018-2020-\***

<b>Ano</b>	<b>Abandono Extremo-Sul</b>	<b>Cura Extremo-Sul</b>	<b>Abandono Restinga</b>	<b>Cura Restinga</b>
2018	36,4%	40,9%	35,7%	39,3%
2019	31,8%	27,3%	11,5%	50%
2022	27,07%	27,07%	26,6%	33,03%

Fonte: BI SMS.

Nossa região possui características peculiares, alta vulnerabilidade e uma localização desfavorável em relação aos centros especializados e de coletas de

exames. Possuímos população indígena, população em situação de rua, diversos abrigos, clínicas geriátricas e clínicas de reabilitação álcool drogas. Estas populações são de extrema vulnerabilidade e a saúde/assistência social tem que ter olhar diferenciado para estas pessoas. Até 2014, nossa região contou com serviço CRTB que estava localizado na Restinga, e apesar da nossa grande vulnerabilidade e difícil acesso, este serviço foi descontinuado e nossos pacientes, conforme critérios do município, referenciados a unidades especializadas no centro da capital. Muitas são as fragilidades, para ter no êxito no atendimento deste usuário, a alta vulnerabilidade da população, o difícil acesso aos centros especializados, difícil acesso locais de coleta de exames (CD4, carga viral) para pacientes coinfectados, difícil acesso a realização raio x, sub-registros e subnotificações, rotatividade de profissionais no território e falta atualização dados nos cadastros dificultando busca destas pessoas

Neste contexto, indicamos serviços ou processos que venha a melhorar estes indicadores:

- Presença SAE no território;
- Local para coleta exames e raio x no território;
- Capacitação profissional e equipes;
- Capacitação aos ACS para alertar equipes quanto locais de maior risco e orientação pacientes sintomáticos respiratórios;
- Desburocratização dos registros e notificações;
- Garantia do vale-transporte gratuito para pacientes com Tuberculose irem a consultas e exames;
- Garantir coleta de primeira amostra para pacientes sintomáticos respiratórios no momento consulta;
- Realização TDO conforme perfil do paciente de maneira presencial ou até por ferramenta digital usada pela unidade;
- Garantir consulta mensal nas equipes de saúde;
- Garantir investigação da família dos pacientes com Tuberculose e uso ILTB quando indicado.

Tendo em vista o quantitativo de gestantes pertencentes ao território, considerando a distância para atendimentos do PNAR (Pré-natal de Alto Risco) atualmente ofertados; evidenciando as condições socioeconômicas e culturais do

território; considerando os altos índices de ISTs; os altos índices de mortalidade infantil, se faz necessário:

- Ambulatório especializado para atendimento de pré-natal de alto risco e consultas de infecto para gestantes;
- Ginecologista como referência no ambulatório, bem como escala de atendimentos com os médicos/enfermeiros do território;
- Proporcionar educação permanente para os profissionais envolvidos;
- Disponibilidade de Implanon, para mulheres em vulnerabilidade não somente com HIV;
- Ampliação dos critérios de avaliação das mulheres com necessidade de colocação de DIU;
- Consultas ambulatoriais assistidas com acadêmicos/residentes das faculdades parceiras;
- Parcerias com as empresas de ônibus para o transporte as gestantes com necessidade de PNAR;
- Resgatar a ultrassonografia obstétricas com laudos on-line;
- Redução do tempo de espera para ecografia obstétrica;
- Reforçar com as maternidades a importância do vínculo com as unidades;
- Evoluções no Gercon dos profissionais dos ambulatórios especializados hospitalares;
- Revisão de protocolo dos atendimentos para a faixa etária;
- Monitoramento das gestantes faltosas;
- Tratamentos medicamentosos atualizados.

No território do Extremo Sul, as aldeias indígenas localizadas na zona rural da capital são de difícil acesso devido às más condições das vias e à distância percorrida para acesso aos serviços públicos. Nas regiões centrais da cidade, fora das aldeias, os indígenas enfrentam também as dificuldades da vida urbana, deparando-se com os entraves no acesso aos direitos fundamentais. As mazelas vividas nas vilas e regiões periféricas da cidade agravam as condições de saúde dos povos indígenas, que acabam sendo classificados como pobres ou populações vulneráveis. Essa classificação ainda é recorrentemente utilizada nas ações para garantia de direitos sociais, mas ela nega o reconhecimento da identidade étnica e dos direitos específicos.

**Quadro 19 - Unidades de Saúde de referências para as comunidades indígenas na Gerência Distrital Restinga Extremo-Sul**

<b>Comunidade Indígena</b>	<b>Etnia</b>	<b>Unidade Referência</b>
Vãn Ka	Kaingang	US Lami/ EMSI Pólo-Base POA
Anhetenguá	Mbyá Guarani	Clínica da Família José Mauro HRES/ Pólo-Base Viamão
Ka'aguy Mirim	Mbyá Guarani	US Lami/I EMSI Pólo-Base Viamão
Pindó Poty	Mbyá Guarani	US Lami/ EMSI Pólo-Base Viamão
Ponta do Arado	Mbyá Guarani	US Belém Novo/ EMSI Pólo-Base Viamão
Komág	Kaingang	US Belém Novo/ EMSI Pólo-Base Porto Alegre

Fonte: GD RES.

Para melhoria de acesso e a qualidade dos serviços prestados a esta comunidade sugerimos:

- Estratégias de Educação permanente para os trabalhadores das equipes de Saúde e da Farmácia Distrital, que atendem indígenas, visando ampliar a escuta qualificada;
- Ampliar atendimentos nas aldeias, na garantia de direitos, segundo PNASPI, que estabelece que a atenção primária à saúde seja prestada, no nível local(aldeia);
- Implantar uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena no território do Extremo sul, garantindo a cobertura de atendimento nas aldeias.

Nos distritos da Restinga e Extremo Sul temos cerca de 150 pessoas em situação de rua, é uma região composta por um território abrangente tanto urbano quanto rural, dando características específicas para essa população. Apesar de haver uma concentração de pessoas nos comércios da Restinga, boa parte dos usuários vivem de forma descentralizada e por vezes distantes um dos outros. Essa característica traz um desafio para as políticas públicas, pois como boa parte não tem uma rede familiar que consiga dar suporte, são os equipamentos públicos que precisam investir para vincular e dar continuidade ao acompanhamento e tratamento dos usuários. Essa população necessita de maior suporte na prevenção em saúde; acompanhamento das necessidades de saúde conforme os ciclos de vida (nas fases da adolescência, vida adulta e idosa) e aos agravos crônicos como diabetes e hipertensão. Além disso, algumas questões são prevalentes ainda são mais prevalentes nesta população específica como a Tuberculose, uso de substâncias psicoativas, outras doenças de saúde mental, tabagismo, HIV. Nesse sentido, necessitamos de um consultório na rua nessa região para que consiga fazer um acompanhamento no espaço na rua para essa população. A ausência destes

serviços de saúde, assim como os serviços da assistência social como albergues e centro populares (Centro Pop), torna ainda mais desafiante o trabalho, visto que traz a necessidade de deslocamento para acesso dos equipamentos, o que ocasiona muito abandono.

#### **1.5.17 Distrito Sanitário Sul**

O Distrito Sul é composto pelos bairros Espírito Santo, Guarujá, Hípica, Aberta dos Morros, Ipanema, Jardim Isabel, Pedra Redonda, Serraria, Tristeza, Vila Assunção e Vila Conceição. Apresenta uma população de 91.908 habitantes, com um percentual de 14,8% de idosos e de 15,7% de crianças (0 a 12 anos). O percentual da população negra em relação ao total da população residente é de 14,36%, menor do que o de POA, de 20,24%. Já o percentual de crianças de 0 a 3 anos de idade é de 4,53% todos são dados do IBGE 2010, que se assemelham aos dados gerais do município. Hoje está sendo utilizado o nº total de pessoas que acessaram as Unidades de Saúde do distrito entre os anos de 2018 e 2020, segundo dados do e-SUS, 97.750 pessoas, sugerem crescimento populacional na região, o que tem se refletido na busca por atendimento nas Unidades de Saúde. A densidade demográfica é de 2.802,29 habitantes por km<sup>2</sup>, semelhante a densidade do município que é 2.837,52 habitantes por km<sup>2</sup>.

No quesito raça/ cor/ etnia, 85,9% da população é auto declarada branca e 13,3% preta ou parda, sendo que destes 5,8% é auto declarada negra, percentual abaixo do índice do município que é 20,2% de negros. A taxa de analfabetismo é 1,99% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 6,69 salários mínimos, sendo que 22,9% das famílias recebem menos de um salário mínimo e a escolaridade média do responsável pelo domicílio é de 9,5 anos de estudo. O IDH do território é de 0,843, acima do índice de Porto Alegre que é 0,805 no ano de 2010.

O IVS do Distrito Sul é de 0,4100, 14º colocado entre os 17 distritos da cidade, o que caracteriza menor vulnerabilidade geral da população, quando comparado aos demais distritos. Não se pode esquecer, no entanto, que algumas regiões específicas dentro do território apresentam piores condições e merecem um olhar mais cuidadoso em relação aos seus cuidados em saúde, como as regiões do Morro dos Sargentos e Beco do Adelar. No Distrito Sul há alguns residenciais para

abrigo de crianças e adolescentes, sendo que uma parcela significativa destes usuários necessita de atendimento das unidades de Saúde e do EESCA. Nesta região também se localizam 48 residenciais geriátricos, dados de 2021, que demandam assistência das unidades de saúde do território. O distrito tem um território ocupado por comunidade indígena que é atendida pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, que é itinerante, tendo como referência no distrito a US Tristeza.

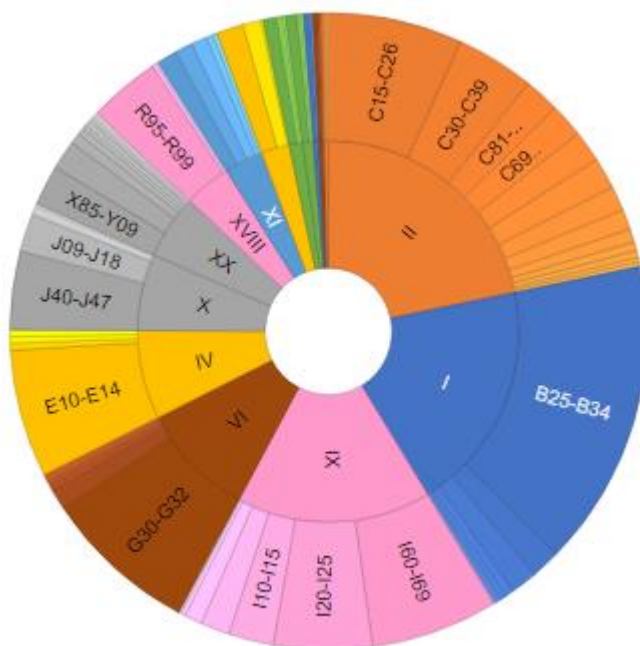
A taxa de Mortalidade Geral do Distrito Sul apresentou aumento no ano de 2020, acompanhando os indicadores da cidade, Dentre as principais causas de óbito neste distrito, a mais prevalente em 2020 foi “Outras Doenças por vírus” (137 casos), seguida por “Outras doenças degenerativas do sistema nervoso” (69 casos) e “Neoplasias malignas dos órgãos digestivos” (60 casos). Observa-se uma mudança no perfil de mortalidade nesse período, comparado aos anos anteriores, devido a pandemia de Covid-19.

**Tabela 75: Número total de óbitos no Distrito Sul por ano 2016 -2020**

Distrito	Ano				
	2016	2017	2018	2019	2020
Distrito Sul	762	719	786	802	879
<b>Porto Alegre</b>	12.557	12.074	12.215	12.253	13.146

Fonte: BI – SMS.

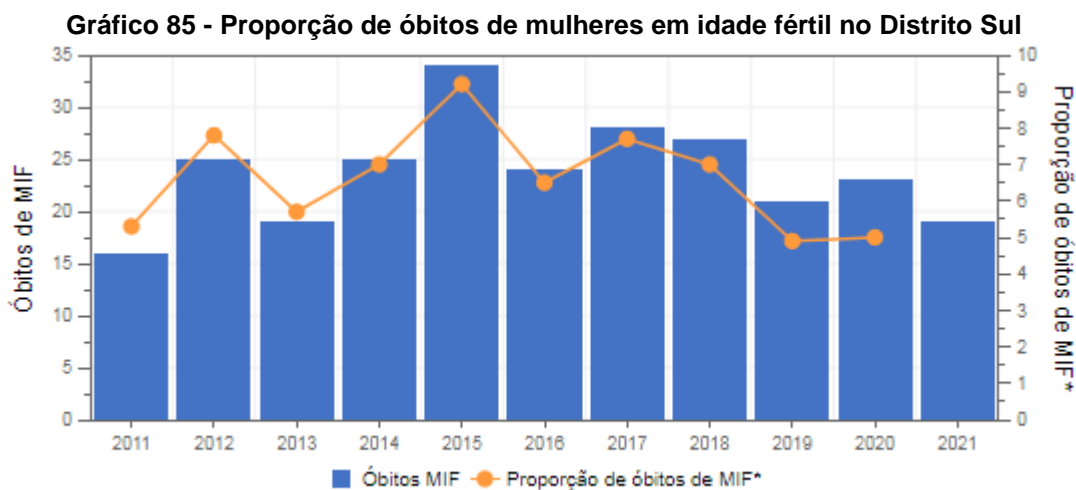
**Gráfico 84 - Causas mortalidade geral por capítulo e grupo em 2020 no Distrito Sul**



Fonte: BI SMS.

Em relação à faixa etária, 90,1% dos óbitos ocorrem acima de 50 anos, e 27,53% acima dos 80 anos (dados de 2020), o que indica taxa de mortalidade prematura semelhante à da cidade.

Quanto à mortalidade de mulheres em idade fértil, o Distrito Sul apresentou proporção de 5,0% em 2020, abaixo da média da cidade que foi 7%.



Fonte: BI SMS.

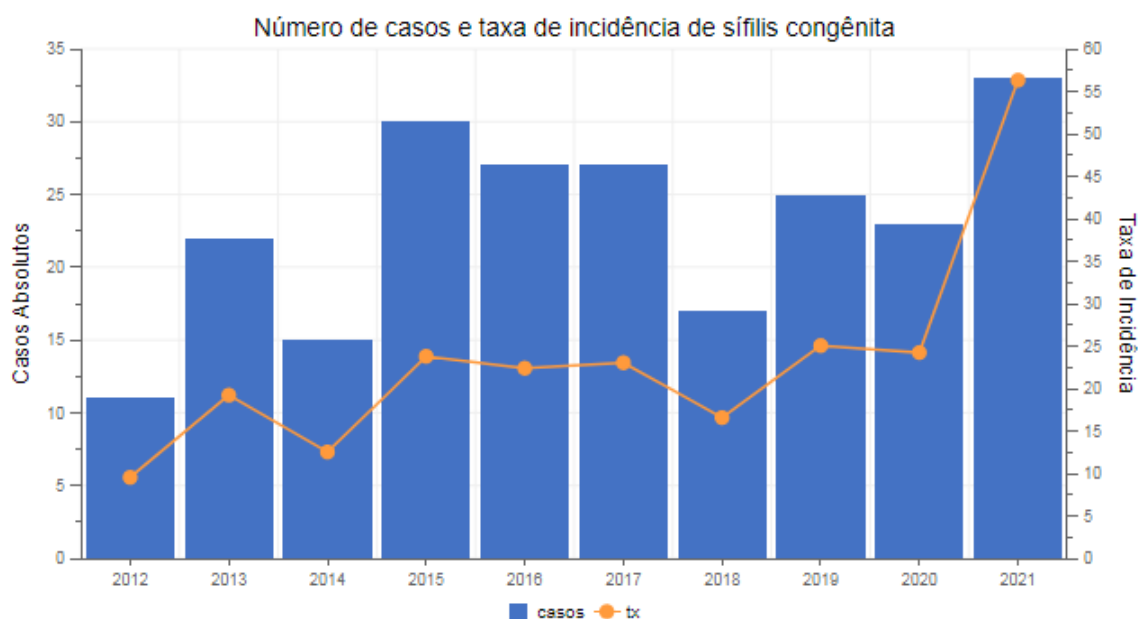
O Coeficiente de Mortalidade Infantil do distrito Sul em 2020 foi de 4,2 por mil nascidos vivos, significativamente inferior à taxa do município que foi de 7,8 por mil nascidos vivos. Importante salientar que foi um ano atípico. No ano de 2019 o coeficiente foi de 6,10 por mil nascidos vivos. Como causas prevalentes dos óbitos infantis, a região mostra como principal causas as Afecções Perinatais, com 75% dos casos.

Quanto à Taxa de Incidência de Sífilis congênita (número de casos sobre 1000 nascidos vivos), chama atenção a elevação no ano de 2021 no Distrito Sul, passando de 24,2 (23 casos) para 56,3 (33 casos até o mês de julho). Apesar de este agravo ter apresentado piora em toda a cidade, a situação neste distrito requer um olhar mais apurado, em especial nas unidades com maior número de casos. Faz-se necessária a busca de novas estratégias de abordagem a estas gestantes com o intuito de aumentar a adesão ao tratamento, principalmente dos parceiros.



**Gráfico 86 - Número de casos e taxa de incidência de Sífilis congênita Distrito Sul**

Fonte: BI – SMS.

**Tabela 76 - Número de Casos taxa de incidência de Sífilis congênita Distrito Sul por unidade de Saúde**

Unidade de Saúde	Tx. Inc. (casos)	Tx. Inc. (casos)
	2020	2019
Vila Nova Ipanema	55,6(1)	87,0(2)
Beco Do Adelar	16,5(4)	25,2(7)
Ipanema	6,7(1)	13,2(2)
Tristeza	17,2(4)	10,5(3)
Morro Dos Sargentos	0,0(0)	0,0(0)
Guarujá	35,1(4)	54,1(6)
Moradas Da Hípica	75,8(5)	44,8(3)
Cohab Cavalhada	59,7(4)	24,7(2)

Fonte: BI – SMS.

Quanto à taxa de transmissão vertical de HIV, o distrito apresenta taxa de 0% desde 2018, demonstrando bons resultados neste aspecto nos últimos anos.

Em relação à Tuberculose, o Distrito Sul apresentou 34 casos novos no ano de 2020, com 10 casos curados e 8 abandonos. Com relação aos diagnóstico, observamos um índice de cerca de 48% de detecção dos casos estimados de Tuberculose, em sua maioria detectados em serviços de urgência ou hospitais. O desafio é aumentar a detecção dos casos nas unidades de saúde, por meio da busca de sintomáticos respiratórios e solicitação de exames.

O Distrito Sul apresenta-se entre as regiões da cidade com menor número de casos por morte violenta, entretanto, alguns locais específicos têm se destacado por apresentar situações de violência com repercussão nas equipes de saúde, como os bairros Serraria e Hípica.

O distrito conta com 7 Unidades Básicas de Saúde em seu território que são: Tristeza, Guarujá, Morro dos Sargentos, Vila Nova Ipanema, Moradas da Hípica, Contratualizadas com a Associação Hospitalar Vila Nova (AHVN); Ipanema e Beco do Adelar que são próprias do município, o que corresponde a uma cobertura populacional de 46,0% de ESF, segunda menor cobertura entre os distritos da cidade, o que dificulta o acesso desta população à rede de atenção. O Distrito Sul conta em 2021 com 3 Unidades de Saúde funcionando em horário estendido: US Tristeza até às 22 horas e unidades Guarujá e Moradas da Hípica até às 19 horas. Não há, até o momento, nenhuma Clínica da Família na região.

Em relação à saúde bucal, esta apresenta uma cobertura de 50,2%, índice superior ao do município que é de 46,3%. O distrito não conta com Serviços Especializados em Saúde Bucal (CEO) no território, sendo este atendimento referenciado aos CEOs Santa Marta e Vila dos Comerciantes.

No Distrito Sul não há Farmácia Distrital, os usuários são encaminhados para a Farmácia Distrital que se localiza na US Camaquã na região Centro-Sul cujo acesso é dificultado por estar em região pouco atendida por transporte público e geograficamente distante.

O Distrito Sul referência aos serviços especializados ambulatoriais localizados na Rua Prof. Dr João Pitta Pinheiro Filho, 176: Equipe de Saúde Mental Adulto (ESMA), Serviço Ambulatorial Distrital Sul Centro-sul (SADSCS), Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA), Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ADIII) e Farmácia Distrital. Demais serviços especializados são referenciados para outras regiões da cidade: CAPS II (GCC), CAPS infantil (Centro), Centro de referência em Tuberculose (CSVC), Centro de reabilitação (CSVC), Serviço de Atenção Especializada DST/AIDS (CSVC), Serviço de Ostomias, incontinência Urinárias e feridas (CSVC), Serviço de Oxigenoterapia (CSVC). Como referência obstétrica o distrito tem os hospitais: Fêmina e Presidente Vargas. Referência de urgências: Hospital Vila Nova (no

território), Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (GCC) e Hospital da Restinga (Restinga).

Pacientes domiciliados que necessitam de atendimento especializado são atendidos pelo Programa Melhor em Casa sediado no Hospital Vila Nova composto por 02 equipes que atendem vários distritos da região.

Como prioridades elencadas para o distrito estão:

- Ampliação da cobertura de Saúde da Família e de saúde bucal;
- Melhorias na estrutura física das unidades, melhorando a ambiência, para que sejam adequadas aos processos de trabalho e que possam receber alunos das universidades, que contribuem para a educação permanente dos profissionais. Cita-se em especial a US Vila Nova Ipanema, que apresenta estrutura precária, sem condições minimamente adequadas de atendimento à população. Ampliação e adequação da estrutura física e do número de equipes da US Moradas da Hípica, para atender a crescente população da região.
- Construção de uma Clínica da Família na região da Aberta dos Morros, em terreno próprio, localizado na rua Francisco de Mattos Terres, nº 600, área de 1.444,59m<sup>2</sup>, para atendimento da população da US Beco do Adelar, com readequação do território;
- Criação de uma Farmácia Distrital no distrito Sul, em um local acessível, considerando a extensão do território e a dificuldade de locomoção por transporte público;
- Criação de um Centro de Especialidades Odontológicas na região (para Distrito Sul e Centro-Sul).
- Construção em terreno próprio localizado na rua Dr João Pitta Pinheiro Filho, 176, de estrutura para abrigar as equipes ESMA e EESCA, permitindo a ampliação dessas equipes;
- Criação de CAPSi e CAPS Adulto no território da região (para Distrito Sul e Centro-Sul);
- Garantia que as equipes estejam completas;
- Reposição de profissionais em período de férias, licença maternidade e afastamentos longos. Repor profissionais municipalizados, estatutários e celetistas que se aposentam;

- Garantia que as necessidades de material, equipamentos e infraestrutura sejam adequadas para o atendimento da população;
- Diminuição das filas de espera por atendimento especializado, principalmente em áreas críticas.
- Qualificação da assistência farmacêutica, reduzindo a falta de medicamentos;
- Priorização dos investimentos de serviços de saúde em locais com boa acessibilidade através de transporte público, facilitando o acesso da população;
- Garantia ao acesso da população a indicadores de gestão e de saúde, garantindo a transparência das informações.
- Aprimoramento dos sistemas de informação, com interligação dos diferentes sistemas, disponibilização para atenção primária e serviços especializados, e regulação das consultas com especialista e exames.
- Implantação da agenda Gercon, com possibilidade de agendamento pelo aplicativo de 20% da oferta de consultas em 100% das Unidades de Saúde do território e agendamento de vacinas;
- Fortalecimento da rede intersetorial e parcerias com equipamentos de saúde da região (ex. ampliação de vagas nos Centros de Convivência para idosos);
- Constituição de novos e a manutenção dos Conselhos Locais nas unidades e a participação dos usuários nas reuniões como ferramenta de melhoria do processo de trabalho e da comunicação qualificada e construtiva entre trabalhadores, usuários e gestão.

#### **1.5.18 Distrito Sanitário Centro-Sul**

O Distrito Centro-Sul é composto pelos bairros Camaquã, Campo Novo, Cavalhada, Nonoai, Teresópolis e Vila Nova. Apresenta 107.523 habitantes, sendo que 57.684 (53,6%) são mulheres, 49.838 (46,35%) são homens e 15.196 (14,13%) são idosos acima de 60 anos. Das mulheres residentes no território, 34.276 (59,4%), encontram-se em idade fértil, semelhante ao percentual do município, de 58,7%. As crianças de 0 a 9 anos são 12.435 (11,56%) e de 0 a 11 anos 14.597 (13,57%). A densidade demográfica é de 3.847,64 habitantes por Km<sup>2</sup>, superior à registrada no

município, que apresenta 2.986,86 habitantes por Km<sup>2</sup>. O território possui 99,4% de abastecimento de água nos domicílios, 81,76% de coleta de esgoto na rede geral e 99,73% de domicílios com coleta de lixo. O índice de carência em saúde desta região é de 51,47%, com um percentual de 7,94% de domicílios em área precária.

No quesito raça/cor/etnia, a região apresenta 78,58% de pessoas autodeclaradas brancas, 20,8% pretas e pardas, o que representa uma porcentagem semelhante ao encontrado no município (20.2%). A taxa de analfabetismo é de 2,08%, a média de anos de estudo do responsável pelo domicílio é de 8,42 anos, o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 4,09 salários-mínimos, sendo que 16.22% dos responsáveis tem renda de até 1 salário-mínimo. O IDH do território é de 0,797, inferior ao do município, o qual apresentou IDH de 0,805 no ano de 2010.

Nesta região também se encontram diversos lares geriátricos, pelos dados de 2021, são 36 instituições, entre elas a SPAAN, que demandam atendimento das unidades desta região, além de 3 Instituições de Longa Permanência de Excepcionais.

O IVS do Distrito Centro-Sul é de 0,4, 15º colocado entre os 17 distritos da cidade, o que caracteriza menor vulnerabilidade geral da população, quando comparado aos demais distritos. Não podemos esquecer, no entanto, que algumas regiões específicas dentro do território apresentam piores condições e merecem um olhar mais cuidadoso em relação aos seus cuidados em saúde, como as regiões do Alto Erechim e Monte Cristo.

A taxa de Mortalidade Geral do Distrito Centro-Sul apresentou aumento nos anos de 2020 e 2021, acompanhando os indicadores da cidade.

**Tabela 77 - Série histórica da mortalidade Distrito Centro-Sul**

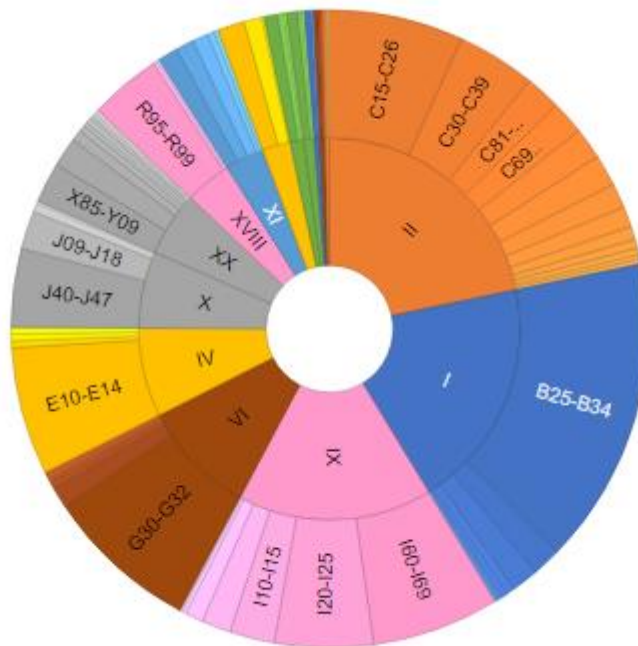
Distrito	Ano				
	2016	2017	2018	2019	2020
Centro-Sul	910	843	871	955	981
Porto Alegre	12.557	12.074	12.215	12.253	13.146

Fonte: BI SMS.

Dentre as principais causas de óbito neste distrito, a mais prevalente em 2020 foi “Outras Doenças por vírus” (145 casos), seguida por "Diabetes Mellitus" (74 casos) e “Outras doenças degenerativas do sistema nervoso” (71 casos). Observa-

se uma mudança no perfil de mortalidade nesse período, comparado aos anos anteriores, devido à pandemia de Coronavírus que ocorre na atualidade.

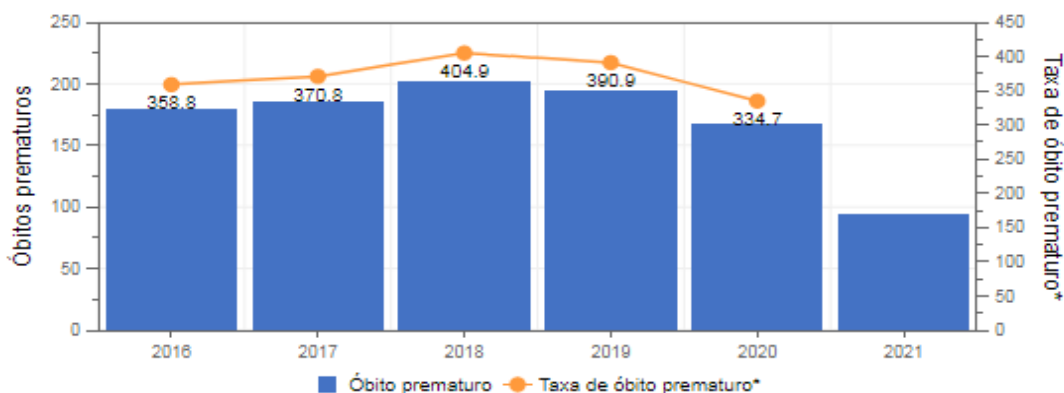
**Gráfico 87 - Causas mortalidade geral por capítulo e grupo em 2020 no Distrito Centro-Sul**



Fonte: BI SMS.

Em relação à faixa etária, 90 % dos óbitos ocorrem acima dos 50 anos, sendo que 63%, acima dos 70 anos (dados de 2020), o que demonstra uma tendência à maior longevidade desta população.

**Gráfico 88 - Série histórica de mortalidade prematura no distrito Centro-Sul**

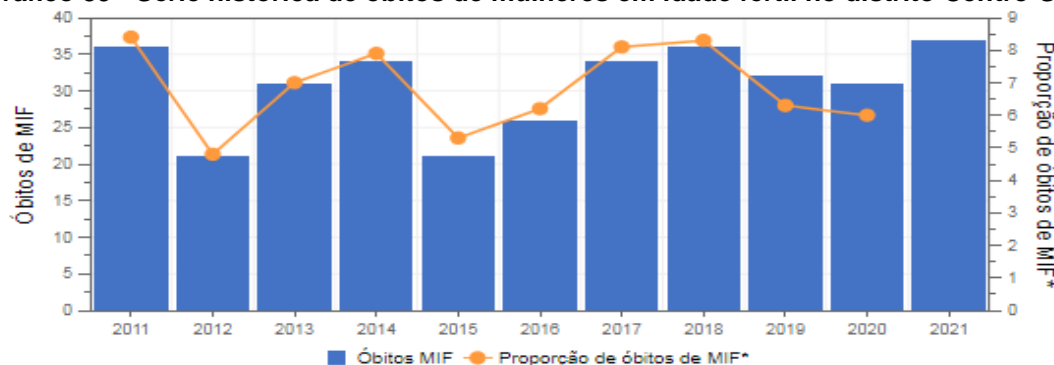


Fonte: BI SMS.

Com relação às mulheres em geral, o número de óbitos foi de 521 casos em 2020. A causa de maior prevalência no distrito é de neoplasias (21,9%), seguida de perto pelas doenças do aparelho circulatório (21.1%) e doenças por vírus (15,1%). Chama a atenção o crescimento da taxa de óbitos de mulheres em idade fértil em

2021, com um número absoluto de 37 óbitos, já superando, até agosto, os casos do ano de 2020. As mortes por causas externas não são prevalentes no Distrito Centro-Sul, porém existem regiões com violência localizada, como Monte Cristo, Campos do Cristal, São Vicente e Alto Erechim, que também demandam atenção das Equipes para estas questões.

**Gráfico 89 - Série histórica de óbitos de mulheres em idade fértil no distrito Centro-Sul**



Fonte: BI SMS.

O coeficiente de mortalidade infantil do distrito Centro-Sul em 2020 foi de 6,3 por mil nascidos vivos, inferior à taxa do município que foi de 7,8 por mil nascidos vivos. As principais causas de óbito infantil na região são as afecções congênitas e as afecções perinatais, com 50% dos casos para cada uma das causas.

Quanto à transmissão vertical de HIV, o distrito apresentou taxa de 7.7% em 2020, taxa que apesar de superior à do município de Porto Alegre (2.8%), significou 1 caso no distrito. No ano de 2020, o índice de Sífilis congênita foi de 28,42 por 1.000 nascidos vivos, o que, apesar de inferior ao do município (30,03), apresentou crescimento significativo nos últimos anos e se mostra alto em relação a meta da cidade.

Em relação à Tuberculose, o distrito Centro-Sul apresentou 43 casos novos no ano de 2020, com 15 casos curados e 8 abandonos. Com relação aos diagnóstico, observamos um índice de 54% de detecção dos casos estimados de Tuberculose, em sua maioria detectados em serviços de urgência ou hospitais. Em relação a este agravo mantém-se o desafio de aumentar a detecção dos casos nas unidades de saúde, através da busca de sintomáticos respiratórios e maior solicitação de exames.

O distrito Centro-Sul conta com 11 unidades de atenção primária em seu território: Alto Erechim, Nonoai, São Vicente Mártir, Camaquã, Jardim das Palmeiras,

Calábria, Campos do Cristal, Campo Novo, Monte Cristo, Paulo Ávila e Cidade de Deus. O distrito possui 18 equipes de Saúde da Família, o que corresponde a uma cobertura populacional de ESF de 58.8%, inferior à do município, que está em 63.1%, o que dificulta o acesso da população à rede de atenção. Em relação à saúde bucal, apresenta uma cobertura de 52.2%, um pouco acima à apresentada pelo município de Porto Alegre que é de 46,3%, e apresentando uma alta taxa de absenteísmo às consultas especializadas, possivelmente explicada por este atendimento ser realizado fora do território, nos CEOs Santa Marta e Vila dos Comerciários.

A região conta ainda com serviços especializados localizados na Rua Prof. Dr. João Pitta Pinheiro Filho, 176, que atende aos distritos Centro-Sul e Sul como citados anteriormente no texto da região Sul. Também na região existe um Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III) em parceria com a Associação Hospitalar São Carlos e o Residencial Terapêutico Sul - Centro- Sul. Quanto a serviços de diagnóstico, as demais demandas são referenciadas a outras regiões, o que dificulta a resolutividade dos serviços. Os serviços de Saúde Mental da região apresentam grande demanda reprimida, em especial infantil. Neste momento, localizam-se na região somente acolhimentos na modalidade casa-lar: são 04 Casas Lares da Instituição João Paulo II, totalizando 39 acolhidos e três Casas Lares da Instituição Calábria, totalizando 26 acolhidos.

Atualmente não há na região, acolhimentos na modalidade abrigo. Estes usuários recebem atendimento nas unidades de saúde da região e demandam atenção no EESCA SCS, especialmente na área de saúde mental, muitas vezes determinados por ação judicial, o que amplia a demanda reprimida já existente. Considera-se, portanto, de extrema importância a ampliação da oferta de atendimentos de saúde mental neste distrito, principalmente infantil. Demais serviços especializados são referenciados para outras regiões da cidade: CAPS II (GCC), CAPS infantil (Centro), Centro de reabilitação (CSVC), Serviço de Atenção Especializada IST/AIDS/TB (CSVC), Serviço de Estomatoterapia (CSVC), Serviço de Oxigenoterapia (CSVC). Como referência obstétrica, a região tem os hospitais: Santa Casa, Fêmeina e Presidente Vargas. Referência de urgências: Hospital Vila Nova (no território), Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (GCC) e Hospital da



Restinga (Restinga). Pacientes domiciliados que necessitam de atendimento especializado são atendidos pelo Programa Melhor em Casa.

Dentre as prioridades elencadas pela região estão:

- Ampliação da cobertura de Saúde da Família e de saúde bucal na região.
- Qualificação da estrutura física das unidades, melhorando a ambiência, para que sejam adequadas aos processos de trabalho e que possam receber alunos das universidades, que contribuem para a educação permanente dos profissionais, em especial as Unidades Monte Cristo, Campos do Cristal e Jardim das Palmeiras. Reavaliação de aluguel da casa que sedia a US Nonoai há cerca de 10 anos, sendo a estrutura do local inadequada para sediar Unidade de Saúde, tanto nos aspectos de biossegurança, quanto de acessibilidade;
- Criação de um Centro de Especialidades Odontológicas na região;
- Criação de CAPSi e CAPS II no território região (para Distrito Sul e Centro-Sul);
- Realização da adequação de prédio em terreno adquirido pela PMPA, localizado na rua Dr João Pitta Pinheiro Filho, 176, para abrigar as equipes ESMA, EESCA e US Camaquã, permitindo a ampliação dessas equipes;
- Transferência da Farmácia Distrital para um local mais acessível ou construção de estrutura anexa a US Camaquã, com ampliação no número de guichês para atendimento, possibilitando redução de filas e qualificação do atendimento;
- Manutenção de equipes de atenção primária completas;
- Reposição de profissionais em período de férias, licença maternidade e afastamentos longos;
- Reposição profissionais municipalizados, estatutários e celetistas que se aposentam;
- Garantia de material, equipamentos e infraestrutura sejam adequadas para o atendimento da população;
- Diminuir as filas de espera por atendimento especializado, principalmente em áreas críticas;

- Aprimoramento dos sistemas de informação, com interligação dos diferentes sistemas, disponibilização para atenção primária e serviços especializados, e regulação das consultas com especialista e exames;
- Implantação da agenda Gercon com possibilidade de agendamento pelo ade 20% da oferta de consultas em 100% das Unidades de saúde do território;
- Realização de ações de educação permanente voltadas à gestão (buscando melhoria no processo de trabalho) e para os trabalhadores, com temas escolhidos com base nas características epidemiológicas da população do território;
- Qualificação da assistência pré-natal para reduzir os índices de Sífilis Congênita e intensificação do exame da eletroforese de hemoglobina, revendo processos de trabalho;
- Qualificação das ações preventivas de Saúde da Mulher, para reduzir indicador de neoplasias e a taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil;
- Implementação da Política Municipal da Saúde da População Negra no território e com a qualificação dos profissionais para atendimento da anemia falciforme;
- Qualificação para a acessibilidade dos serviços, tanto em relação ao transporte público, quanto ao acesso de usuários com necessidades especiais aos serviços;
- Constituição e a manutenção dos Conselhos Locais nas unidades e a participação dos usuários nas reuniões como ferramenta de melhoria do processo de trabalho e da comunicação qualificada e construtiva entre trabalhadores, usuários e gestão.

Os distritos Sul e Centro Sul contam, segundo o “Ação Rua”, com 724 pessoas vivendo em situação de rua nestes territórios, o que gera uma demanda muito grande de atenção a esta população, neste sentido é importante a implantação de um Consultório na Rua no Território para atendimento das demandas da região

## 1.6 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

### 1.6.1 Atenção Primária à Saúde

#### **Rede de serviços**

A Atenção Primária à Saúde (APS) de Porto Alegre apresenta atualmente 132 Unidades de Saúde (US), 6 Unidades Sócio-Educativas, 1 Unidade de Saúde Indígena, 1 Unidade Móvel de Saúde. Destas US, 98 são contratualizadas (Hospital São Lucas/PUC, Hospital Restinga Extremo Sul, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Hospital Divina Providência, Hospital Vila Nova), 13 conveniadas (Grupo Hospitalar Conceição, Hospital de Clínicas de Porto Alegre) e 21 próprias - conforme tabela abaixo.

**Tabela 78 - Cenário Atual das US de APS**

<b>Entidade/Organização Social</b>	<b>Nº de Unidades de Saúde</b>
Prefeitura Municipal de Porto Alegre	21
Grupo Hospitalar Conceição	12
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	1
Hospital São Lucas/PUC	1
Hospital Restinga Extremo Sul	1
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	39
Hospital Divina Providência	33
Hospital Vila Nova	24
<b>Total</b>	<b>132</b>

Fonte: DAPS OUT/2021.

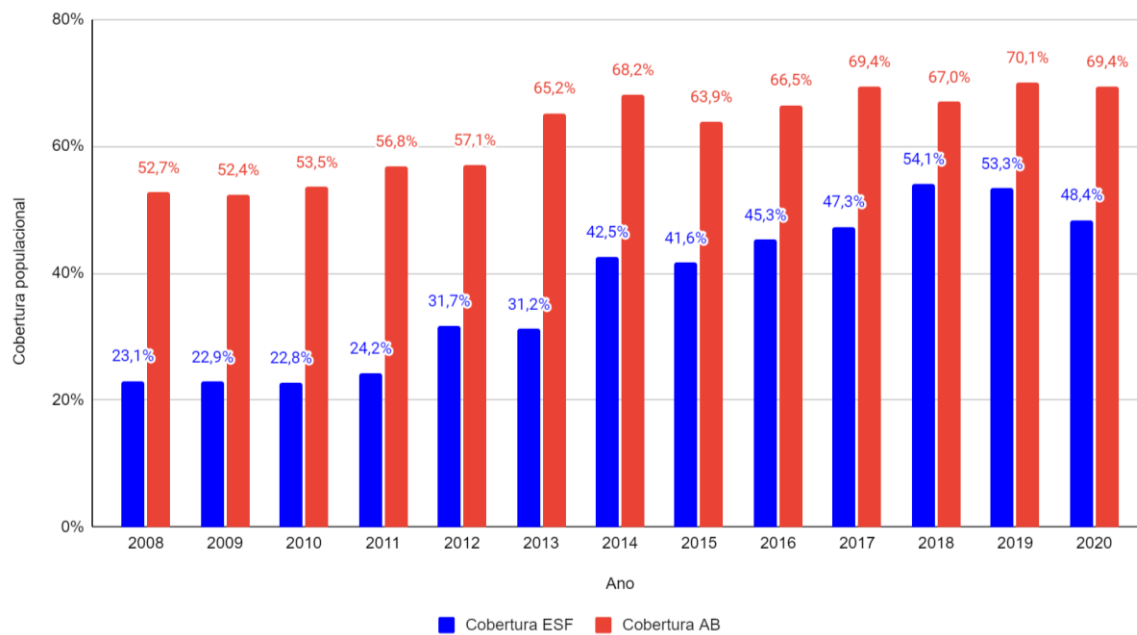
#### **Cobertura e Acesso**

A última cobertura populacional pelas equipes de Saúde da Família de Porto Alegre atingiu 48,41% da população na competência de dezembro de 2020, no site e-Gestor AB. Entretanto, cabe ressaltar que a Nota Metodológica, no Portal do e-Gestor referente a cobertura da Atenção Básica, ainda não foi revisada após a redefinição das tipologias das equipes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Desta forma, estimou-se, no último relatório de gestão (1º quadrimestre de 2021), que utilizou a competência do SCNES de março/2021, a cobertura da Atenção Primária multiplicando-se por 3.450 às 262 ESF. Esse cálculo, levou a uma cobertura populacional de 61% de ESF considerando uma população de 1.483.771 habitantes para Porto Alegre (IBGE/2019). Na mesma competência, apontou-se 124 Equipes de Atenção Primária (EAP), que em sua maioria aguardavam nomeação de

Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para então mudarem no SCNES para equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

**Gráfico 90 – Cobertura populacional por ESF e Atenção Básica (dezembro 2008 a 2020)**



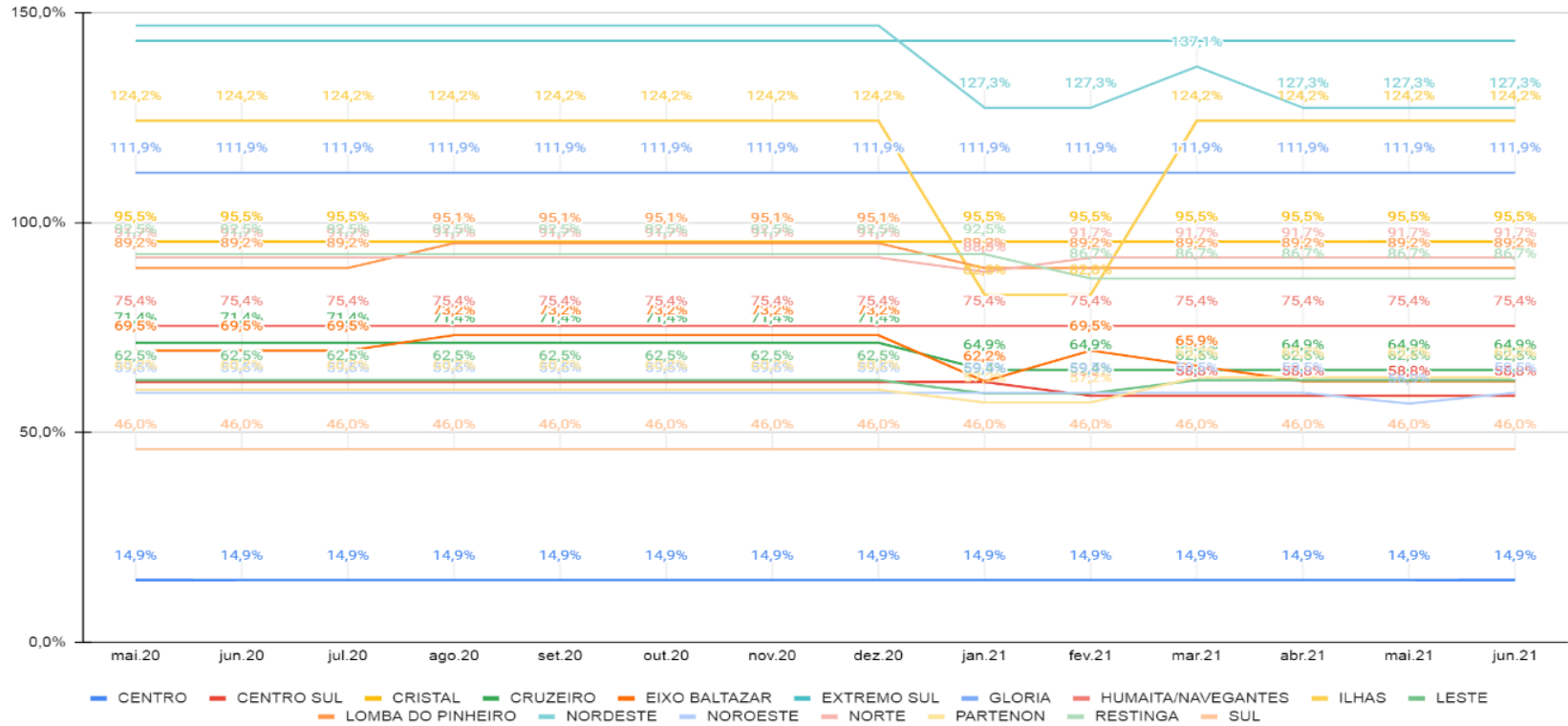
Fonte: eGestor.

**Tabela 79 - Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde da família por Distrito Sanitário de maio de 2020 a junho de 2021**

Distrito Sanitário	2020						2021							
	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Centro	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9
Centro Sul	62,0	62,0	62,0	62,0	62,0	62,0	62,0	62,0	62,0	58,8	58,8	58,8	58,8	58,8
Cristal	95,5	95,5	95,5	95,5	95,5	95,5	95,5	95,5	95,5	95,5	95,5	95,5	95,5	95,5
Cruzeiro	71,4	71,4	71,4	71,4	71,4	71,4	71,4	71,4	64,9	64,9	64,9	64,9	64,9	64,9
Eixo Baltazar	69,5	69,5	69,5	73,2	73,2	73,2	73,2	73,2	62,2	69,5	65,9	62,2	62,2	62,2
Extremo Sul	143,3	143,3	143,3	143,3	143,3	143,3	143,3	143,3	143,3	143,3	143,3	143,3	143,3	143,3
Glória	111,9	111,9	111,9	111,9	111,9	111,9	111,9	111,9	111,9	111,9	111,9	111,9	111,9	111,9
Humaitá/Navegantes	75,4	75,4	75,4	75,4	75,4	75,4	75,4	75,4	75,4	75,4	75,4	75,4	75,4	75,4
Ilhas	124,2	124,2	124,2	124,2	124,2	124,2	124,2	124,2	82,8	82,8	124,2	124,2	124,2	124,2
Leste	62,5	62,5	62,5	62,5	62,5	62,5	62,5	62,5	59,4	59,4	62,5	62,5	62,5	62,5
Lomba do Pinheiro	89,2	89,2	89,2	95,1	95,1	95,1	95,1	95,1	89,2	89,2	89,2	89,2	89,2	89,2
Nordeste	146,9	146,9	146,9	146,9	146,9	146,9	146,9	146,9	127,3	127,3	137,1	127,3	127,3	127,3
Noroeste	59,5	59,5	59,5	59,5	59,5	59,5	59,5	59,5	59,5	59,5	59,5	59,5	56,9	59,5
Norte	91,7	91,7	91,7	91,7	91,7	91,7	91,7	91,7	88,3	91,7	91,7	91,7	91,7	91,7
Partenon	60,2	60,2	60,2	60,2	60,2	60,2	60,2	60,2	57,2	57,2	63,2	63,2	63,2	63,2
Restinga	92,5	92,5	92,5	92,5	92,5	92,5	92,5	92,5	92,5	86,7	86,7	86,7	86,7	86,7
Sul	46,0	46,0	46,0	46,0	46,0	46,0	46,0	46,0	46,0	46,0	46,0	46,0	46,0	46,0
<b>Total</b>	<b>64,6</b>	<b>64,6</b>	<b>64,6</b>	<b>65,1</b>	<b>65,1</b>	<b>65,1</b>	<b>65,1</b>	<b>65,1</b>	<b>62,4</b>	<b>62,6</b>	<b>63,6</b>	<b>63,1</b>	<b>62,9</b>	<b>63,1</b>

Fonte: CNES e IBGE Censo 2010.

**Gráfico 91 - Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde da família por Distrito Sanitário de maio de 2020 a junho de 2021**



Fonte: e-Gestor.

Utilizando a competência do SCNES de junho/2021 são atualmente 243 ESF, o que proporciona uma cobertura populacional de 56,5% e uma cobertura populacional estimada pela Atenção Básica de 65,1%, considerando para ambos indicadores uma população de 1.483.771 habitantes para Porto Alegre (IBGE/2019). A composição de recursos humanos da competência de junho de 2021 está descrita na tabela a seguir.

**Tabela 80 - Composição equipe junho de 2021**

<b>Composição equipe</b>	<b>Número de ESF</b>
Completa	189
Incompleta 75% (Sem ACS ou Técnico de Enfermagem)	15
Incompleta 50%	39
Inválida	36
<b>Total</b>	<b>279</b>

Fonte: E-Gestor AB.

Em relação aos ACS, estão ativos 551 e 28 estão no último processo seletivo, tendo a possibilidade de ampliar a cobertura de ESF. Todavia, fica clara a necessidade de um novo concurso para contratação de ACS. Visto que é uma categoria essencial para a meta de aumento de cobertura de ESF para até 80% nos próximos anos.

**Tabela 81 - Histórico da cobertura de ACS, 2017 - 2020**

<b>Competência</b>	<b>População</b>	<b>Nº ACS Cob.</b>	<b>Estim. Pop. Cob. ACS</b>	<b>Cobertura ACS</b>
Dez/2020	1.483.771	512	294.400	19,84%
Dez/2019	1.479.101	739	424.925	28,73%
Dez/2018	1.484.941	766	440.450	29,66%
Dez/2017	1.481.019	765	439.875	29,70%

Fonte: e-Gestor.

**Tabela 82 - Número de equipes de saúde da família por Distrito Sanitário de maio de 2020 a junho de 2021**

Distrito Sanitário	2020						2021							
	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Centro	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Centro Sul	19	19	19	19	19	19	19	19	19	18	18	18	18	18
Cristal	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Cruzeiro	11	11	11	11	11	11	11	11	10	10	10	10	10	10
Eixo Baltazar	19	19	19	20	20	20	20	20	17	19	18	17	17	17
Extremo Sul	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Glória	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Humaitá/Navegantes	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Ilhas	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3
Leste	20	20	20	20	20	20	20	20	19	19	20	20	20	20
Lomba do Pinheiro	15	15	15	16	16	16	16	16	15	15	15	15	15	15
Nordeste	15	15	15	15	15	15	15	15	13	13	14	13	13	13
Noroeste	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	22	23
Norte	27	27	27	27	27	27	27	27	26	27	27	27	27	27
Partenon	20	20	20	20	20	20	20	20	19	19	21	21	21	21
Restinga	16	16	16	16	16	16	16	16	16	15	15	15	15	15
Sul	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>264</b>	<b>264</b>	<b>266</b>	<b>266</b>	<b>266</b>	<b>266</b>	<b>266</b>	<b>255</b>	<b>256</b>	<b>260</b>	<b>258</b>	<b>257</b>	<b>258</b>

Fonte: DAPS.



A APS conta com 22 US implantadas no Programa Saúde na Hora (aumento do horário de funcionamento de 60 a 75 horas semanais), destas 12 US com funcionamento até as 22 horas. A ampliação de pelo menos, mas 15 US implantadas no Programa Saúde é importante para a ampliação de acesso da APS de Porto Alegre. Além disso, a rede dispõe de 4 Clínicas da Família (IAPI, José Mauro Ceratti Lopes, Álvaro Difini e Campo da Tuca), 279 equipes de Saúde da Família, 46 equipes de Atenção Primária, 184 equipes de Saúde Bucal (em 85 US), 5 equipes de Saúde Prisional, 3 equipes de Consultório na Rua, sendo 1 eCr e 4 equipes de NASF vinculados ao GHC.

É importante ressaltar que as propostas de construção de novas USs estão dispostas no documento Anexo – A a este plano em que são descritas todas as necessidades de ampliação/reforma e construção para a atenção primária e especializada do município.

Está em implantação a Agenda APS-Gercon, que oferece uma maior transparência nos agendamentos de consultas nas US, um monitoramento e uma homogeneidade no acesso entre as diferentes US. Possibilita a marcação de consultas por parte do usuário através de aplicativos em até 72 horas, garante a realização de consultas de demandas espontâneas e abre a possibilidade de agendamento pelo próprio profissional de casos mais complexos. A agenda também prevê a possibilidade de realização de turnos de visita domiciliares. Atualmente a Agenda APS-Gercon está implantada em 45 US, mas possui a previsão de atingir 100% de implantação até o final de 2021.

### ***Indicadores e Produção***

A Carteira de Serviços da APS é uma listagem das atribuições realizadas pela APS. Com a implantação do carteirômetro, que é uma ferramenta potente de gestão de monitoramento dos procedimentos descritos na carteira de serviços para todas as unidades de saúde do município, 47,86% das US realizaram pelo menos 75% das ações e procedimentos do carteirômetro no 1º quadrimestre de 2021. Além disso, 80,49% dos resultados do carteirômetro são de indicadores relacionados, em sua maioria, a atendimentos individuais e 65,32% relacionado à oferta e realização de procedimentos. Outro indicador avaliado pelo carteirômetro é a resolutividade da APS, que atualmente se encontra em 91,3%. Essa alta resolutividade pode ser

explicada em parte por um aumento significativo no atendimento de demandas respiratórias, porém sabe-se que idealmente a resolutividade na APS deve estar acima de 85%. Espera-se com a qualificação da rede, que 100% das Unidades de Saúde realizem pelo menos 75% dos procedimentos previstos no carteirômetro nos próximos anos. Os atendimentos individuais estão descritos na tabela abaixo.

**Tabela 83 - Total de Atendimentos Individuais realizados nos serviços de Atenção Primária à Saúde, por categoria profissional de 2016 a 2021\***

<b>Categoria Profissional</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021*</b>
Cirurgião	18.111	22.458	19.346	18.125	2.913	96.244
Dentista						
Enfermeiro	381.127	458.599	552.502	652.489	772.895	324.996
Médico	927.712	1.011.047	1.078.457	1.099.519	1.100.576	464.979
<b>Total</b>	<b>1.326.950</b>	<b>1.492.104</b>	<b>1.650.305</b>	<b>1.770.133</b>	<b>1.876.384</b>	<b>886.219</b>

Fonte: Relatório de Atendimento Individual BI e-SUS e Relatório de Atendimento Odontológico de 2021. \*Considerando 120 dias no quadrimestre.

Na tabela a seguir observa-se o número de visitas domiciliares realizadas nos últimos anos. Nota-se uma queda significativa na quantidade de visitas domiciliares (ACS e ACE) realizadas nos anos de 2020 e 2021 como reflexo da pandemia da Covid19.

**Tabela 84 - Visitas Domiciliares realizadas nos serviços de Atenção Primária à Saúde, por ACS e ACE 2016 a 2021\***

<b>Categoria</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021*</b>
ACS	493.690	726.009	692.404	702.418	168.171	101.335
ACE	24.707	32.721	32.422	40.177	12.078	5.793
<b>Total</b>	<b>518.397</b>	<b>758.730</b>	<b>724.826</b>	<b>742.595</b>	<b>180.249</b>	<b>107.128</b>

Fonte: Relatório de Visita Domiciliar e Territorial e-SUS, BI e-SUS. \*Considerando 120 dias no quadrimestre.

Durante o ano de 2020, foi elaborada uma orientação, enviada via processo SEI para as Gerências Distritais e Coordenadores de US, sobre a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) frente à pandemia de Covid-19 na Atenção Primária à Saúde do município de Porto Alegre. Salientamos, que essa orientação manteve as atividades no território, respeitando as normas de segurança, e destacando a manutenção dos acompanhamentos de rotina (vacinação, puérperas, pré-natal, paciente com quadro de agudização de doença crônica, entre outros casos definidos pela equipe) e, a atenção para a vacinação contra a influenza e as situações de violência doméstica, em especial contra crianças e mulheres. De toda forma, é notória a necessidade de ampliação das visitas domiciliares por parte das equipes.

A Coordenação de Telessaúde e transição de cuidados vinculada à Direção de Atenção Primária à Saúde tem como objetivo implantar estratégias de atendimento digital com base nas diretrizes da Portaria MS 1768 de 2021, bem como efetivar a vinculação dos usuários com alta hospitalar à Atenção Primária à Saúde (APS), através da transição de cuidados, de acordo com os projetos prioritários da secretaria. É responsável pela elaboração, acompanhamento e compartilhamento das informações da transição do cuidado, por meio de relatórios semanais de monitoramento que visam embasar as ações das políticas de saúde. Neste sentido serão necessários:

- Implantação de atendimento pré-clínico: O serviço prevê a estruturação e o uso de equipe qualificada para atendimento pré-clínico (acolhimento virtual) por chamada telefônica como forma de coordenar o cuidado do usuário na rede de saúde. Será realizado sob forma de *scripts* respondendo às necessidades do usuário através de acolhimento digital. O serviço de teleatendimento será estruturado com uso de ferramentas e plataformas seguras;
- Transição de cuidados: Tem como objetivo realizar a vinculação dos usuários entre diferentes pontos de atenção por meio de estratégias de transição de cuidados, de acordo com os projetos prioritários da Secretaria da Saúde. Em 2021 foi iniciado o projeto do monitoramento das doenças respiratórias e conjuntamente com a Política de Saúde da Criança e do Adolescente, Política de Saúde da Mulher e Núcleo de Gestão Estratégica o projeto de vinculação do binômio (puérpera e recém-nascido) cujo objetivo é realizar a transição do cuidado na alta do binômio da maternidade para a rede da APS, visando a vinculação do cuidado precocemente;
- Instituir plataformas próprias e padronizadas em parceria com a Procempa, para utilização dos profissionais da rede observando a lei de proteção de dados do cidadão.

## ***Modelo de Atenção***

A partir do Guia de Organização das Unidades de Saúde, publicado em 2020, a DAPS tem se debruçado sobre a construção de uma política para a APS, concomitantemente à discussão para elaboração do Plano Municipal de Saúde. É importante prever na avaliação a possibilidade de ampliação dos 16,49%(meta 19,50%) do total executado na saúde. Bem como, o planejamento de ações para a implantação e implementação das políticas de saúde de forma integrada e sistêmica na Rede de Atenção à Saúde que visem à promoção e prevenção, por meio de diretrizes técnicas, protocolos, fluxos e linhas de cuidado.

A execução, consolidação e expansão da APS no país, o modelo de atenção prioritário é o da ESF. Neste sentido, o município também elege a ESF como modelo de atenção primária. Para a ampliação da cobertura da ESF se faz necessária a implantação de novas equipes e manutenção das existentes, conseqüentemente a contratação de trabalhadores e a melhoria das estruturas.

Foram criados os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e Multiprofissional em atenção Primária (REMAPS) da SMS. O PRMFC, iniciado em 2017, formou 20 MFCs, egressos em 2020 e 2021. Atualmente conta com 23 residentes, de primeiro e segundo ano, em seus 6 campos. A REMAPS iniciou suas atividades em 2020, e está em sua segunda turma de residentes, com 24 residentes dos núcleos de enfermagem, farmácia e odontologia em seus 04 campos.

Como parte da qualificação da educação permanente figura a melhor estruturação da Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde, que tem seu uso consolidado entre os profissionais das equipes de saúde, porém segue em um Google Sites, ou seja, atualmente todo material do repositório está hospedado em um Google Drive.

Outra estratégia que está sendo estudada para qualificação e uniformização das condutas das equipes é a utilização do Practical Approach to Care Kit (PACK), o Kit de Cuidados em Atenção Primária, uma ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde para suporte à tomada de decisão, que utiliza algoritmos para avaliar e tratar pacientes com sintomas comuns, caracterizada por um formato padronizado de checklist para o cuidado de doenças crônicas, e com suporte clínico

para a integração do cuidado ao paciente com múltiplos problemas. A ferramenta é disponibilizada gratuitamente.

### **Previne Brasil**

Em 2019, com a portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, estabeleceu-se um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esse novo modelo de financiamento federal é constituído pela captação ponderada, pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas. A captação ponderada considera: a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP; o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O último relatório de cadastro da APS. Atualmente contamos com 847.823 pessoas cadastradas de uma população estimada (IBGE 2020) de 1.488.252 pessoas. Ou seja, percebe-se uma necessidade de ampliação deste cadastramento para até 100% da população estimada pelo IBGE nos próximos anos.

**Tabela 85 - Número de pessoas cadastradas no e-SUS**

UF	Município	2020 Q1	2020 Q2	2020 Q3	2021 Q1
RS	Porto Alegre	686.111	654.104	780.654	847.823

Fonte: e -Gestor AB.

A seguir estão descritos os indicadores que avaliam o repasse por desempenho da APS de Porto Alegre. No primeiro quadrimestre de 2021, atingiu-se 32,60% da meta deste indicador. Este dado demonstra uma necessidade iminente de buscar uma melhoria significativa. Dentro dos indicadores monitorados pelo Previne Brasil destacamos a necessidade de ampliação da cobertura vacinal e da realização do exame citopatológico - ambos com indicadores muito abaixo do esperado. Em Porto Alegre os indicadores atuais do Previne Brasil não monitoram os índices de mamografias (razão de 0,16 para mulheres de 50 a 69 anos) que estão com resultado abaixo do esperado (razão de 0,35).

Tabela 86 - ISF - Indicador Sintético Final (2021 Q1)

Ações Estratégicas	Indicadores	Resultado do indicador	Meta	Pontuação do Indicador	Ponderação	Resultado Ponderado	ISF	Recurso
Pré-Natal	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	27	60	4,5	1	0,45		
	Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV	31	60	5,17	1	0,52		
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	16	60	2,67	2	0,53		
Saúde da mulher	Cobertura de exame citopatológico	12	40	3	1	0,3	3,26	32,60%
Saúde da criança	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	54	95	5,68	2	1,14		
Doenças crônicas	Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre	5	50	1	2	0,2		
	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	6	50	1,2	1	0,12		

Fonte: e-Gestor AB.

## **Contratualização**

Em janeiro de 2020, tiveram ordem de início para atuação as entidades contratualizadas para atuação na APS. Atualmente, são 98 US de APS com termos de colaboração - conforme tabela 1 - que contribuíram para a ampliação das ESF, EAP, Equipe de Consultório na Rua (eCR) e Equipe de Saúde Bucal (ESB). Nos primeiros cinco meses da parceria, foram cerca de 400 mil pessoas beneficiadas e nenhuma equipe incompleta.

Os termos de colaboração assinados contam com uma modalidade de financiamento mista para as instituições. Os Hospitais recebem um valor fixo, que corresponde a 80% do contrato, e um valor variável, que corresponde aos demais 20% do contrato. O valor variável depende do atingimento de metas contratuais de desempenho. O monitoramento das metas é de responsabilidade da gestão municipal e deve ser avaliado de forma bimensal. Os atuais contratos têm vigência até 31 de agosto de 2021. Portanto, é possível a rediscussão das metas contratuais vigentes frente aos resultados e necessidades expostas ao longo deste documento.

Para garantia dos atendimentos às pessoas, reforça-se a necessidade de manutenção dos estabelecimentos de saúde da atenção primária em condições sanitárias adequadas, com profissionais em número suficiente e com capacidade de resolução dos problemas, estando as equipes credenciadas e homologadas para repasse dos recursos financeiros estaduais e federais.

### **1.6.2 Atenção Ambulatorial**

Os serviços especializados ambulatoriais devem prestar atenção complementar à APS, proporcionando ao usuário a continuidade de diagnóstico e/ou assistência, com tecnologia compatível à sua capacidade. Devem estar integrados à rede de atenção e ainda inseridos em linhas de cuidado, podendo utilizar metodologias que apoiem e/ou ampliem a capacidade resolutiva da APS.

Atualmente o município conta com seis Serviços Ambulatoriais Distritais (SADs) próprios: SAD Centro-Santa Marta, SAD GCC-Vila dos Comerciantes, SAD NHNI-IAPI, SAD PLP- Murialdo, SAD Leno-Bom Jesus e SAD SCS-Camaquã. Estes locais se concentram os profissionais que atendem especialidades médicas, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e atendimentos de média complexidade em enfermagem. Além disso, contam com alguns exames

diagnósticos complementares como eletrocardiograma, audiometria adulto e infantil, espirometria, ultrassonografia abdominal e transvaginal e raio-x odontológico. Todos esses atendimentos são realizados em agendas reguladas pelo sistema Gercon. As especialidades médicas disponíveis nesse momento são: cardiologia, proctologia, reumatologia, otorrinolaringologia, pneumologia, urologia, pediatria, ginecologia, oftalmologia pediátrica, dermatologia e fisioterapia. E ainda: atendimento de nutrição adulto e pediátrica e fonoaudiologia adulto. O atendimento de fonoaudiologia pediátrica é integrado à equipe das EESCAS. No momento o município também conta com atendimento de nutricionista adulto e pediátrico, regulado via Gercon, em dois locais fora dos SADs: US Restinga e US Modelo.

Os ambulatórios de enfermagem que estão nos Serviços de Estomaterapia, dentro dos SADs, atendem pacientes com necessidades de curativos especializados e estomias, além de realizarem a distribuição de fraldas. Temos 3 locais de atendimento com o serviço completo: SAD Centro-Santa Marta, SAD NHNI-IAPI e SAD GCC - Vila dos Comerciantes. O SAD PLP-Murialdo conta com um ambulatório de Curativos Especializados.

O atendimento de fisioterapia é realizado nos Centros de Reabilitação: CR NHNI - IAPI e CR GCC - Vila dos Comerciantes. Além de fisioterapia são realizados atendimentos de acupuntura, osteopatia e outras práticas integrativas (PICs). Existem contratos com clínicas de fisioterapia de caráter complementar aos serviços próprios.

O atendimento ambulatorial dos SADs oferece um atendimento amplo e qualificado, mas algumas melhorias ainda precisam ser realizadas. A qualificação desses serviços depende da compra de diversos equipamentos que possam aumentar a resolutividade e reduzir a necessidade de encaminhamentos para os serviços hospitalares. Além disso, é importante ampliar os serviços especializados para mais próximo de todos os territórios, principalmente ao que diz respeito à região Sul, Restinga e Extremo Sul do município, onde os usuários têm maior dificuldade de acesso pela distância entre os pontos da rede. Essa descentralização é importante também no que diz respeito à distribuição de fraldas, o que hoje ocorre em apenas 3 pontos, poderia ser ampliado para pelo menos um local em cada Gerência Distrital ou mesmo nas farmácias distritais.



**Quadro 20 - Serviços Ambulatoriais Distritais (SADs)**

<b>Serviço Ambulatorial Distrital</b>	<b>Atendimentos oferecidos</b>	
<b>Centro - Santa Marta</b>	Ginecologia Otorrinolaringologia Proctologia Reumatologia Cardiologia Oftalmologia Pediátrica	Nutrição Adulto e Pediátrica Fonoaudiologia Adulto Serviços de Estomaterapia Distribuição de fraldas
<b>NHNI - IAPI</b>	Ginecologia Otorrinolaringologia Pediatria Pneumologia Proctologia Urologia Cardiologia Reumatologia	Nutrição Adulto e Pediátrica Fonoaudiologia Adulto Serviços de Estomaterapia Distribuição de fraldas Centro de Reabilitação
<b>GCC - Vila dos Comerciantes</b>	Dermatologia Otorrinolaringologia Fisiatria Reumatologia Cardiologia Urologia	Nutrição Adulto e Pediátrica Serviços de Estomaterapia Distribuição de fraldas Centro de Reabilitação
<b>PLP- Murialdo</b>	Ginecologia Cardiologia Pediatria Proctologia	Nutrição Adulto e Pediátrica Curativos Especializados
<b>Leno - Bom Jesus</b>	Ginecologia Pediatria Nutrição Adulto e Pediátrica	
<b>SCS - Camaquã</b>	Ginecologia (a iniciar) Nutrição Adulto e Pediátrica	

Fonte: DAPS.

Os demais serviços ambulatoriais especializados são ofertados pelos hospitais contratualizados que devem prioritariamente ser regionalizados e complementares às necessidades do município. Estes serviços serão discutidos junto ao capítulo da Regulação neste documento.

### **1.6.3 Atenção Domiciliar**

#### ***Atenção Domiciliar em Porto Alegre***

Atenção Domiciliar (AD) é uma forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, bem como reabilitação, atuando para viabilizar a continuidade do cuidado integrado à Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a necessidade do paciente, esse cuidado em casa pode ser realizado por diferentes equipes. Para o paciente que

precisa ser visitado de maneira mais espaçada, por exemplo, uma vez por mês, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família/Atenção Básica de sua referência (AD1). Já os casos de maior complexidade são acompanhados pelas Equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Apoio (EMAP) dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa. (AD2 e AD3)

A Atenção Domiciliar proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente com a situação familiar disponível, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evita hospitalizações desnecessárias e diminui os riscos de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como contribui para diminuir a superlotação de serviços de urgência e emergência.

### ***Tipos de atendimento domiciliar***

Atenção Primária - Pacientes que possuam problemas de saúde controlados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade básica de saúde. E pessoas que necessitam de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, com menor frequência e necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica.

Melhor em Casa – Pacientes que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade básica de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo. A indicação para o atendimento domiciliar pode vir de diferentes serviços da rede de atenção. A prestação de assistência à saúde é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), sendo o cuidado compartilhado com a família e/ou cuidador responsável.

Os pacientes que precisam de equipamentos e outros recursos de saúde e demandam maior frequência de cuidado, com acompanhamento contínuo, também podem ser assistidos pelo Melhor em Casa.

### **Como receber atendimento domiciliar?**

O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), por meio do Programa Melhor em Casa, é composto por diversos profissionais da saúde, que realizam atendimento no domicílio das pessoas que necessitam de cuidados de saúde mais intensivos.

O acesso ao SAD é geralmente feito no hospital em que o usuário estiver internado ou ainda por solicitação da equipe de Saúde da Família/Atenção Básica ou da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O direcionamento ocorre por preenchimento de um link ([bit.ly/melhoremcasaPOA](http://bit.ly/melhoremcasaPOA)), sendo posteriormente regulado para algum dos SAD do município, referência ao local de moradia do paciente.

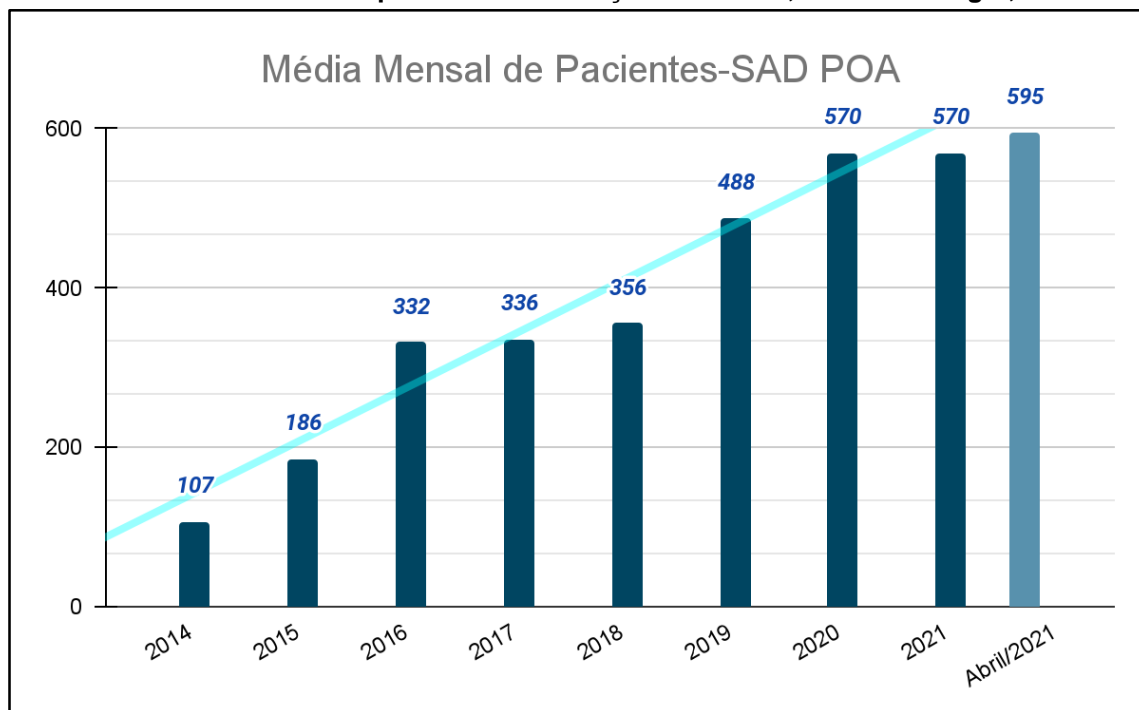
Porto Alegre hoje apresenta 100% de cobertura populacional do Programa Melhor em Casa, sendo realizado pelas equipes habilitadas em 03 (três) diferentes serviços, sendo os seguintes:

- SAD Hospital Santa Ana - 01 equipe EMAD
- SAD Hospital Nossa Senhora Conceição - 05 equipes EMAD e 01 equipe EMAP
- SAD Associação Hospitalar Vila Nova - 09 equipes EMAD e 02 equipes EMAP

A cidade habilitou todas equipes EMAD permitidas pela Portaria Ministerial em vigência (Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017).

### **Situação Atual**

**Gráfico 92 - Média mensal de pacientes em atenção domiciliar, em Porto Alegre, 2014- 2021**

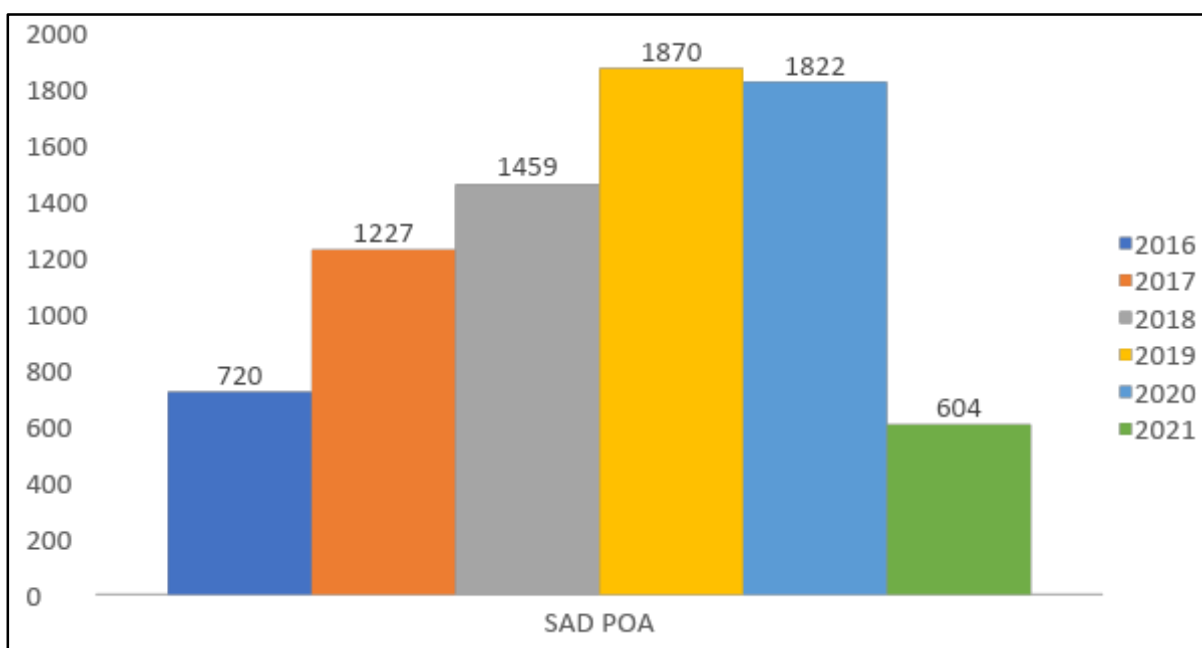


Fonte: SAD Vila Nova, SAD GHC, SAD Santa Ana.

O gráfico acima apresenta a média de pacientes em AD desde a implantação do programa até abril de 2021. Percebe-se uma tendência de aumento no número de pacientes acompanhados, chegando a quase 600 pacientes, uma média de 39,67 pacientes por equipe. Devido ao perfil dos pacientes admitidos no programa ser com múltiplas comorbidades (cuidados paliativos, sequelas de AVCs recentes, lesões por pressão extensas, polineuropatia do paciente crítico, infecções, indicação de medicações endovenosas, etc) tem-se observado um quantitativo ideal de 40 pacientes por equipe/mês. Volumes maiores podem ser atendidos, com uma margem de segurança de aproximadamente 10%. Contudo, acima destes valores existe risco de dificuldades de suporte adequado.

O gráfico abaixo mostra o número total de novas admissões no Programa de Atenção Domiciliar, 2016 até abril de 2021. No ano de 2020, foram incluídos 1822 pacientes e no primeiro quadrimestre de 2021, 604. Sendo objetivos do programa, entre outros, favorecer alta precoce e evitar reinternações desnecessárias, pode-se concluir que boa parte desses pacientes, se não estivessem sendo atendidos, estariam ocupando leitos hospitalares.

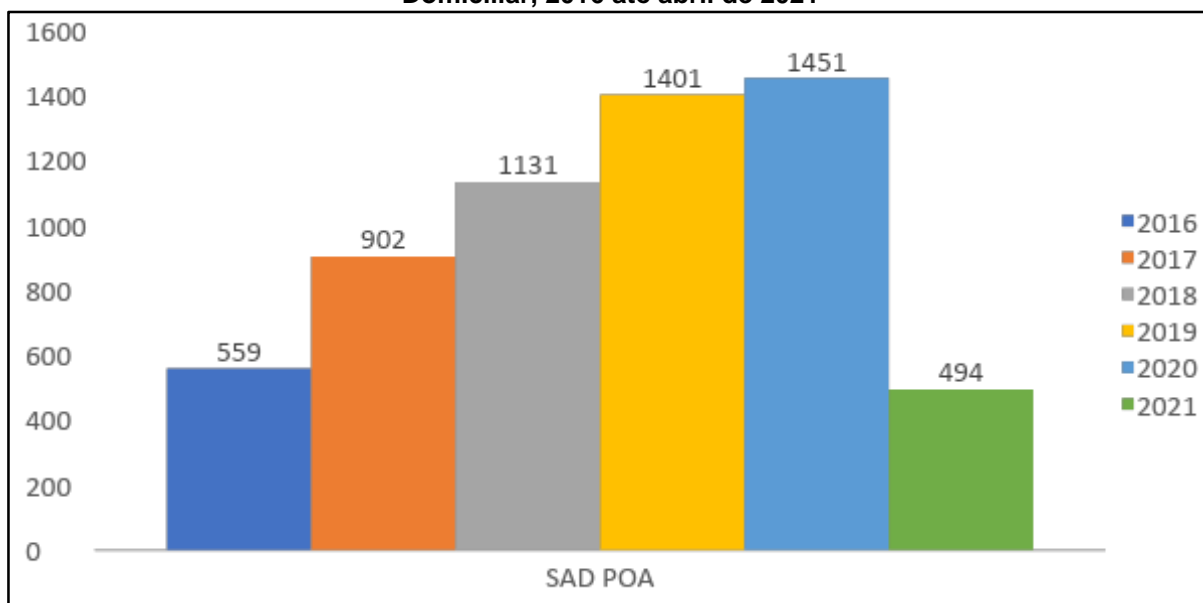
**Gráfico 93 - Número total de novas admissões no Programa de Atenção Domiciliar, 2016 até abril de 2021**



Fonte: SAD Vila Nova, SAD GHC, SAD Santa Ana.

O gráfico abaixo mostra o número de novas admissões de pacientes oriundos de hospital de 2016 até abril de 2021. Esse perfil foi responsável por 82% do total dos encaminhamentos no primeiro quadrimestre de 2021 (área verde do gráfico). Esse percentual está se mantendo dentro da meta estipulada (75 a 85% de pacientes oriundos de hospital). Um dos desafios do programa é atingir maior cobertura entre pacientes de trauma, oncológicos em cuidados paliativos e aqueles com sequelas da Covid-19, através de reuniões e discussões de casos periódicos com as instituições de referência para esse perfil. Por outro lado, esse trabalho de divulgação pode extrapolar a capacidade de trabalho das equipes. Para a manutenção da qualidade assistencial que o programa possui atualmente, seria necessário a inclusão/habilitação de mais equipes. Acredita-se que adicionar 2 equipes EMAD seria razoável para acompanhar a tendência mostrada nos números acima. Contudo, uma vez que a capacidade de financiamento federal já foi atingida (01 equipe/100.000 hab), a adequação do número de equipes precisaria partir de recurso municipal.

**Gráfico 94 - Número total de novas admissões oriundas dos hospitais no Programa de Atenção Domiciliar, 2016 até abril de 2021**



Fonte: SAD Vila Nova, SAD GHC, SAD Santa Ana.

### **Modalidade AD1**

Usuários que se enquadrem na modalidade AD1 devem ser gerenciados pelas equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio.

Nela, a indicação é para os que demandam cuidados com menor frequência, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

As unidades de atenção primária devem reservar dias ou horários fixos na agenda para realização de visitas domiciliares (VDs), preferencialmente ao final de cada turno. As VDs de urgência também são de responsabilidade de unidade de saúde de referência. Há educação permanente e matriciamento por profissionais do Programa Melhor em Casa para as equipes da APS capacitarem-se nesta modalidade.

### ***Modalidades AD2 e AD3***

De acordo com o Caderno de Atenção Domiciliar (MS), são critérios de classificação no nível AD2 os procedimentos de maior complexidade que podem ser realizados no domicílio, tais como:

- Curativos complexos (níveis 3 e 4) e drenagem de abscesso, entre outros;
- Dependência de monitoramento frequente de sinais vitais/ quadros não estáveis;
- Necessidade frequente e sistemática de exames laboratoriais de menor complexidade;
- Adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;
- Adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses;
- Adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias;
- Acompanhamento domiciliar em pós operatório, conforme indicação de equipe cirúrgica;
- Reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento frequente, até apresentarem condições de frequentarem serviços de reabilitação;
- Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;
- Acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;
- Necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;
- Cuidados frequentes em pacientes em cuidados paliativos;
- Necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea;

- Retirada de fecaloma

A mesma portaria classifica como AD3 os pacientes que tenham:

- Existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; e
- Uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade, como os exemplos abaixo:
  - Suporte Ventilatório invasivo e não invasivo:
    - Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP)
    - Ventilador Mecânico de Suporte à Vida (VM)
  - Diálise peritoneal;
  - Paracentese;
  - Uso de nutrição parenteral total (NPT);

São critérios para alta do Programa Melhor em Casa:

- Melhora das condições clínicas e/ou estabilidade clínica, com encaminhamento para outro ponto de atenção à saúde como a atenção básica;
- Agravo do quadro que justifique internação hospitalar;
- Mudança da área de abrangência;
- Piora de condições domiciliares mínimas que comprometa resolutividade e/ou segurança na atenção domiciliar, em casos específicos;
- Inexistência de um cuidador, quando este for fundamental para manter o paciente em cuidados domiciliares;
- Solicitação de desligamento a pedido do paciente e/ou familiar;
- Não cumprimento das combinações construídas no plano de cuidados, após tentativas de negociação/repactuação entre equipe/família/cuidador/usuário com o objetivo de reconstruir vínculo;
- Óbito.

Nos casos de alta médica do paciente, com sua evolução para o nível AD1, deve ocorrer a transição de cuidado com a APS. Usualmente, esse processo ocorre por meio de uma nota de alta entregue para a família e discussão verbal do caso com a US de referência do paciente. O uso do E-SUS da Atenção Domiciliar qualificaria esse processo de transição. Porém, desde sua implantação, ocorreram

momentos de instabilidade da plataforma, impossibilitando o registro de informações referentes ao cuidado dos pacientes em AD2 e AD3.

### ***Programa de Oxigenioterapia Domiciliar***

O Programa de Oxigenioterapia Domiciliar (POD) objetiva viabilizar acesso aos seguintes equipamentos de oxigenação e ventilação:

- Concentrador oxigênio;
- Pressão positiva contínua das vias aéreas (CPAP);
- Pressão positiva por dois níveis das vias aéreas (BIPAP);
- Ventiladores Mecânicos.

A oxigenioterapia e a ventilação domiciliar são modalidades de tratamento de custo elevado, a indicação clínica deve ser precisa e cumprir os critérios estabelecidos pelas sociedades científicas de Pneumologia. Essa diretriz fornece critérios baseados nas evidências científicas atuais, para a indicação e o acompanhamento adequado do fornecimento dessas formas terapêuticas.

A partir de 2018, a coordenação do programa passou a ser parte da Unidade de Atenção Domiciliar, responsável ainda pelo programa Melhor em Casa. O tempo de espera era de 45 a 60 dias por concentradores; além disso, havia falta de equipamentos de BIPAP, o Bi-level (demanda menor que a procura) e ausência no contrato de ventiladores mecânicos. O processo para solicitação de equipamentos era moroso. O pacientes e familiares precisavam deslocar-se diversas vezes até o serviço para entrega de documentação para conseguir o equipamento. Não era viabilizada, de maneira sistemática, revisão assistencial periódica da indicação do equipamento concentrador de oxigênio. Desta forma, muitos pacientes que não tinham mais indicação de equipamentos seguiam com os materiais dispensados.

A assistência atualmente é prestada por meio de contratualização da empresa Vitalaire, subsidiária da Air Liquide. Atualmente estão contratualizados os seguintes quantitativos:

**Quadro 21 - Equipamentos disponíveis ao Programa de Oxigenioterapia Domiciliar**

<b>Equipamento</b>	<b>Quantitativo contratualizados</b>
Concentrador de oxigênio 5l	550
Concentrador de oxigênio 10l	50
Tanques Oxigênio Líquido 44L / bolsas transporte	50
CPAP	200
CPAP Automático	40



Bilevel	140
Ventilador Mecânico	25
Oxigênio medicinal gasoso	1.200m3/mês
Oxigênio medicinal líquido	2.500m3/mês

Fonte: DAHU-CAD.

No primeiro quadrimestre de 2021 foram atendidos, em média, 594 pacientes em uso de equipamentos e 142 em uso de oxigênio gasoso/líquido.

Atualmente a avaliação dos pacientes com necessidade de oxigenioterapia domiciliar é feita pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Desde o início desse fluxo de avaliação através do HNSC, foram recebidas 759 solicitações, destas, 69,04% eram de pacientes internados na rede hospitalar da cidade. Em 2020, a média do tempo de espera para avaliação pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) foi de 5,39 dias acrescidos de 4,45 dias para instalação, totalizando quase 10 dias esperando pelo concentrador de oxigênio. Uma vez que a maior parte dos pacientes com necessidade de oxigenioterapia domiciliar estão internados, acredita-se que a redução desse tempo de espera viabiliza redução do tempo de internação e conseqüentemente, maior rotatividade de leitos hospitalares. A disposição da agenda para avaliação dos pacientes do POD no HNSC em vários dias da semana (não somente na quarta e quinta feira) pode viabilizar redução nesse tempo de espera.

Desde 2019 o Programa de Oxigenioterapia Domiciliar propicia o fornecimento de equipamentos de ventilação (Bilevel e Ventilador Mecânico). A indicação de uso e o acompanhamento assistencial desses pacientes é feito pela equipe de ventilação alocada no SAD Associação Hospitalar Vila Nova (AHVN), vinculada ao Programa Melhor em Casa. No primeiro quadrimestre de 2021 foram acompanhados mensalmente, em média, 79 pacientes usuários de bilevel e 15 de ventilador mecânico. A disponibilidade desses equipamentos associada ao acompanhamento pelo PMC propicia às famílias que possam ter convívio em tempo integral com seus entes que, de outra forma, permaneceriam internados.

Em 2021 está sendo iniciado um novo fluxo assistencial para os pacientes usuários de CPAP, também com parceria com o ambulatório de Reabilitação Pulmonar do HNSC e SAD AHVN. O HNSC realizará a avaliação da indicação do equipamento, enquanto o SAD AHVN fará o acompanhamento periódico do uso do equipamento através da atuação de um fisioterapeuta com experiência na área. Pretende-se, desta forma, facilitar a obtenção do CPAP (que tem uma lista de

espera com 50 pacientes, alguns deles desde 2016) e também qualificar o processo assistencial aos usuários.

#### 1.6.4 Atenção Hospitalar

A Atenção Hospitalar do município dedica-se a implementação da Portaria nº 3.390/2013, Política Nacional de Atenção Hospitalar, Portaria nº 3.410/2013, Diretrizes de Contratualização, Portaria nº 142/2014 e Incentivo de Qualificação de Gestão Hospitalar.

O acesso à Atenção Hospitalar em Porto Alegre ocorre de maneira referenciada (via complexo regulador: Central de Marcação de Consultas e Exames, SAMU, Central de Regulação de Internações Hospitalares) ou espontânea, através de serviços eletivos ou de emergência. Os hospitais de Porto Alegre são referência da rede de atenção a urgências para a primeira e décima oitava Coordenadorias Regionais de Saúde. Na média e alta complexidade, os hospitais são referência estadual para: estudo eletrofisiológico e/ou ablação; marca passo; eletroconvulsoterapia; endovascular; queimados; malformações/cardiopatias congênitas; cirurgias cardiovasculares pediátricas; emergências oftalmológicas; fibrobroncoscopia pediátrica e neonatal; biópsia estereotáxica; mola hidatiforme; genética; colocação de Permcath; retinopatia da prematuridade; hematologia (leucemia) pediátrica e alguns em casos adultos; e procedimentos complexos hepáticos.

**Quadro 22 - Hospitais de Porto Alegre por localização de Gerência Distrital**

Hospital		Localização por Gerência Distrital
Complexo Hospitalar Santa Casa (ISCMPA)	Hospital da Criança Santo Antônio	Centro
	Hospital Dom Vicente Scherer	Centro
	Hospital Pavilhão Pereira Filho	Centro
	Hospital Santa Clara	Centro
	Hospital São Francisco	Centro
	Hospital Pavilhão São José	Centro
	Hospital Santa Rita	Centro
Grupo Hospitalar Conceição (GHC)	Hospitais da Criança Conceição	NHNI
	Hospital Cristo Redentor	NHNI
	Hospital Fêmina	Centro
	Hospital Nossa Senhora da Conceição	NHNI
Hospital de Clínicas de Porto Alegre		Centro
Hospital Álvaro Alvin (HCPA)		Centro

Hospital Divina Providência	GCC
Hospital Independência	Leno
Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre	NHNI
Hospital Beneficência Portuguesa	Centro
Hospital da Brigada Militar de Porto Alegre	SCS
Hospital de Pronto Socorro	Centro
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	Centro
Hospital Ernesto Dornelles	Centro
Hospital Espírita de Porto Alegre	SCS
Hospital Geral do Exército	NHNI
Hospital Mãe de Deus	Centro
Hospital Moinhos de Vento	Centro
Hospital Porto Alegre	Centro
Hospital Psiquiátrico São Pedro	PLP
Hospital Sanatório Partenon	PLP
Hospital São Lucas da PUCRS	PLP
Hospital Vila Nova	SCS
Instituto de Cardiologia	Centro
Hospital Restinga Extremo Sul	RES
Hospital Santa Ana	SCS

Fonte: SMS – PMPA.

NHNI - Noroeste/Humaitá/Navegantes; Leno - Leste/Nordeste; SCS - Sul/Centro Sul; PLP - Partenon/Lomba do Pinheiro; RES - Restinga Extremo Sul

**Quadro 23 - Hospitais de Porto Alegre por Tipo e Natureza Jurídica**

Hospital		Contrato / convênio SUS	TIPO	NATUREZA JURÍDICA
Complexo Hospitalar Santa Casa (ISCOMPA)	Hospital da Criança Santo Antônio	X	HG	ESFL
	Hospital Dom Vicente Scherer	X	HG	ESFL
	Hospital Pavilhão Pereira Filho	X	HG	ESFL
	Hospital Santa Clara	X	HG	ESFL
	Hospital São Francisco	X	HG	ESFL
	Hospital Pavilhão São José	X	HG	ESFL
	Hospital Santa Rita	X	HG	ESFL
Grupo Hospitalar Conceição (GHC)	Hospitais da Criança Conceição	X	HE	EE
	Hospital Cristo Redentor	X	HE	EE
	Hospital Fêmeina	X	HE	EE
	Hospital Nossa Senhora da Conceição	X	HG	EE
Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA		X	HG	EE
Hospital Álvaro Alvin (HCPA)		X	HG	EE
Hospital Divina Providência		-	HG	ESFL
Hospital Independência		X	HG	ESFL
Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre		X	HG	ESFL
Hospital Beneficência Portuguesa		-	HG	ESFL
Hospital da Brigada Militar de Porto Alegre		-	HG	AP
Hospital de Pronto Socorro - HPS		X	PSE	AP
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - HMIPV		-	HG	AP
Hospital Ernesto Dornelles		--	HG	ESFL

Hospital Espírita de Porto Alegre	X	HE	ESFL
Hospital Geral do Exército	-	HG	AP
Hospital Mãe de Deus	-	HG	ESFL
Hospital Moinhos de Vento	-	HG	ESFL
Hospital Porto Alegre	-	HG	ESFL
Hospital Psiquiátrico São Pedro	X	HE	AP
Hospital Sanatório Partenon	X	HE	AP
Hospital São Lucas da PUCRS	X	HG	ESFL
Hospital Vila Nova	X	HG	ESFL
Instituto de Cardiologia	X	HE	ESFL
Hospital Restinga Extremo Sul	X	HG	ESFL
Hospital Santa Ana	X	HG	ESFL

Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>.

HE - Hospital Especializado; HG - Hospital Geral; PSE - Pronto Socorro Especializado.

AP - Administração Pública; EE - Entidades Empresariais; ESFL - Entidades Sem Fins Lucrativos.

A rede hospitalar de Porto Alegre tem como principal característica serviços de alta complexidade. Com três hospitais de grande porte vinculados diretamente a duas universidades federais e uma universidade privada, alguns dos demais servem ainda de campos de estágio de instituições de ensino superior do interior. No comparativo com outras capitais, ocupa a quarta posição em leitos hospitalares de terapia intensiva em relação à população e segunda colocação para a mesma tipologia SUS (fonte: <https://portal.cfm.org.br/wp-content/uploads/2020/08/leitosedutijunho2020-capitais-1.pdf>), consultado em 12 de agosto de 2021). Em tipologia de gestão, o Município detém hospitais próprios municipais de gestão direta, de gestão por parceiros, filantrópicos contratualizados, hospitais de gestão estadual e federal, hospitais privados. Esse papel vocacionado de complexidade e referência estadual é espelhado na rede privada.

Essa estrutura foi utilizada em larga escala durante a pandemia de 2020 - 2021, com expansão da capacidade hospitalar por realocação de recursos de área hospitalar, profissionais de saúde e equipamentos.

Para além da capacidade instalada, há no sistema público medidas sistêmicas para melhor aproveitamento e acesso. A cobertura de todo o território do município com 15 equipes de Programa Melhor em Casa de Assistência Domiciliar, com a maior parte dos pacientes sendo egressos de internações hospitalares, propicia além do atendimento humanizado no domicílio, encurtamento da internação hospitalar e consequente aumento da rotatividade de leitos. O papel que o mesmo programa desempenha na alocação e acompanhamento dos pacientes com

necessidade de oxigenioterapia domiciliar converge nessa missão de minimizar a permanência hospitalar e portanto maior acesso aos pacientes que desta dependam.

Outro dispositivo, acrescido à rede, com a mesma finalidade foi o advento do Hospital Santa Ana. Como componente mais recente da rede SUS, dispendo de 203 leitos e sem outro acesso que não o regulado. O hospital constitui componente de transferência do cuidado dos integrantes hospitalares de alta complexidade quando, concluídos procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos, os pacientes ainda dependam de internação hospitalar para complemento da terapêutica.

Existem ampliações em curso de dois hospitais federais, a saber: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (hospital escola da Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e Hospital Conceição, integrante da *holding* federal Grupo Hospitalar Conceição.

No papel de pólo estadual em saúde e alta complexidade, a missão do município pode ser vista na ampliação dessa complexidade nas direções assistenciais requeridas pela rede, estando estas necessidades devidamente evidenciadas por uma estrutura regulatória abrangente, equitativa e responsável ante às necessidades do próprio município e dos a ele referenciados. No mesmo sentido, a concentração de serviços e especialidades com tecnologia de ponta gerando ganho de escala atende ao princípio da economicidade da gestão pública ao mesmo tempo que facilita a gestão clínica dos hospitais ao clarificar o papel de cada um na rede. Assim, procedimentos realizados em grande escala em centros especializados geram incremento na segurança do usuário.

Ante a transição demográfica e envelhecimento populacional, é natural imaginar que os desafios crescentes da rede serão doenças neoplásicas e degenerativas, nos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. Propiciar aos pacientes acesso em prazo razoável a serviços com qualidade assistencial e com gestão eficiente deve ser o desafio a ser atendido. Ou seja, navegar o paciente nos diferentes níveis com transição de cuidado responsável e constante, evitando atrasos, suprindo gargalos de fluxo sem fomentar ociosidade.

As normativas de financiamento e custeio dos hospitais do município vêm passando por mudanças que terão impacto direto na assistência. A maneira de contratualizar os hospitais, inclusive os hospitais próprios (Hospital Materno-Infantil

Presidente Vargas e Hospital de Pronto Socorro), terão que se adequar ao novo financiamento estadual através do Projeto ASSISTIR.

**Tabela 87 - Total de leitos hospitalares por tipo, Porto Alegre-RS, 2018 - 2021\***

Tipo de Leito	2018			2021 (junho)		
	Existente	SUS	Não SUS	Existente	SUS	Não SUS
Cirúrgicos	2.164	1.184	980	2.087	1.080	1.007
Clínicos	2.706	1.705	1.001	2.508	1.719	789
Obstétricos	394	253	141	352	228	124
Pediátricos	494	376	118	430	327	103
Outras Especialidades	1.008	551	457	1.187	671	516
Hospital Dia	173	138	35	146	123	23
Complementares	1.151	693	458	1.735	1.203	532
<b>Total</b>	<b>8.090</b>	<b>4.900</b>	<b>3.190</b>	<b>8.445</b>	<b>5.351</b>	<b>3.094</b>

Fonte: <http://cnes2.datasus.gov.br> \*junho 2021.

**Tabela 88 - Total de leitos hospitalares por tipo, Porto Alegre-RS, 2018 - 2021\***

Tipo de Leito	2018			2021 (junho)			Variações (%)		
	Existente	SUS	Não SUS	Existente	SUS	Não SUS	Existente	SUS	Não SUS
Cirúrgicos	2.164	1.184	980	2.087	1.080	1.007	-3,56%	-8,78%	2,76%
Clínicos	2.706	1.705	1.001	2.508	1.719	789	-7,32%	0,82%	-21,18%
Obstétricos	394	253	141	352	228	124	-10,66%	-9,88%	-12,06%
Pediátricos	494	376	118	430	327	103	-12,96%	-13,03%	-12,71%
Outras Especialidades	1.008	551	457	1.187	671	516	17,76%	21,78%	12,91%
Hospital Dia	173	138	35	146	123	23	-15,61%	-10,87%	-34,29%
Complementares	1.151	693	458	1.735	1.203	532	50,74%	73,59%	16,16%
<b>Total</b>	<b>8.090</b>	<b>4.900</b>	<b>3.190</b>	<b>8.445</b>	<b>5.351</b>	<b>3.094</b>	<b>4,39%</b>	<b>9,20%</b>	<b>-3,01%</b>

Fonte: <http://cnes2.datasus.gov.br> \* junho 2021

**Tabela 89 - Tempo Médio de Permanência - HPS e HMIPV - 2018 - 2021\***

Hospital	2018	2019	2020	2021 (junho)
Hospital de Pronto Socorro - HPS	6,81	5,96	5,03	5,15
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - HMIPV	5,65	5,87	5,63	5,48
<b>TMP Hospitais - Porto Alegre - RS</b>	<b>7,82</b>	<b>7,58</b>	<b>7,81</b>	<b>8,15</b>

Fonte: SIH - Tabwin- \* junho 2021

Os indicadores qualitativos dos hospitais são acompanhados mensalmente e disponibilizados no endereço

[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=1027](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=1027), são eles:

- Taxa de Mortalidade Institucional (%)
- Taxa de Ocupação Geral de Leitos (%)
- Taxa de Ocupação dos Leitos Clínicos (%)
- Tempo Médio de Permanência (em dias) em Leitos Clínicos
- Taxa de Ocupação dos Leitos Cirúrgicos (%)
- Tempo Médio de Permanência (em dias) em Leitos Cirúrgicos
- Tempo Médio de Permanência (em dias) em Leitos de Saúde Mental

- Taxa de Ocupação dos Leitos de CTI/UTI Adulto (%)
- Tempo Médio de Permanência (em dias) em Leitos de CTI/UTI Adulto
- Densidade de Incidência de Infecção por Cateter Venoso Central (CVC)

#### **1.6.4.1 Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas - HMIPV**

Fundado em 24 de janeiro de 1953, o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) é um hospital de médio porte, localizado no bairro Independência, área nobre de Porto Alegre, próximo a outros hospitais de médio e grande porte. O Hospital possui área total de aproximadamente 38.000 m<sup>2</sup>, divididos em diferentes blocos:

- Bloco A - 7.837,86 m<sup>2</sup>, área hospitalar;
- Bloco B - 1.094,76 m<sup>2</sup>, área de apoio e manutenção;
- Bloco C - 7.219,45 m<sup>2</sup> área ambulatorial e administrativa;
- Casas Anexas - 568,11 m<sup>2</sup>
- Área total construída - 16.720,18 m<sup>2</sup>

Estacionamentos:

- Av. Independência - 314,41 m<sup>2</sup>
- Av. Garibaldi - 261,37 m<sup>2</sup>
- Área total dos terrenos - 4.099,15 m<sup>2</sup>

Tem como Missão “*Prestar assistência hospitalar e ambulatorial na área materno infantil e saúde mental, com ênfase na atenção à violência e vulnerabilidade social, integrando a residência médica e multiprofissional como hospital de ensino, de uma forma qualificada e humanizada*”. Trata-se de uma Instituição vinculada ao SUS na sua integralidade assistencial.

O HMIPV é referência para a cidade de Porto Alegre de média e alta complexidade em atenção materno-infantil. É um Hospital de ensino reconhecido com residências médicas nas áreas de pediatria, ginecologia, obstetrícia, medicina fetal, psiquiatria e psiquiatria da infância e adolescência, com residência multidisciplinar e residência em cirurgia pediátrica em fase de implantação. O hospital é campo de estágio nas residências de: pediatria intensiva, neonatologia e medicina de saúde da família. Oferece assistência qualificada e humanizada, com ênfase na atenção à violência e vulnerabilidade materno-infantil, buscando parcerias estratégicas com outras instituições, tais como: Ministério Público, Instituto Geral de

Perícias, Pontifícia Universidade Católica e Universidade Federal de Ciências da Saúde, produzindo conhecimento científico e multidisciplinar. Também contempla a área de produção de conhecimento, com várias linhas de pesquisa, tendo em seu quadro de técnicos servidores com especialização, mestrado e doutorado. O HMIPV está em vias de obter o reconhecimento do MEC como Hospital de Ensino e as creditações de AGAR e GAR.

Oferece assistência às patologias neonatais, partos e gestações de alto risco, assim como para afecções respiratórias pediátricas e atendimentos em psiquiatria e psiquiatria da infância e adolescência, tanto no âmbito de internação quanto ambulatorial. O hospital possui atendimentos de urgência em Pediatria e Obstetrícia, além de prestar atendimento em UTI Neonatal e Pediátrica.

O HMIPV contribui com importantes serviços à saúde da cidade como: Programa de Medicina Fetal; Serviço de Referência em Triagem Neonatal-SRTN; Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente-PAIGA; Programa de Acompanhamento dos Distúrbios da Deglutição; Centro Municipal Integrado de Planejamento Familiar; Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais-CRIE; Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) e Odontologia, sendo referência para pacientes especiais e pacientes internados. Realiza atendimento Ambulatorial em várias especialidades cirúrgicas e clínicas; bem como alguns procedimentos de alta complexidade em cirurgia pediátrica e neurocirurgia, faz atendimento em UTI Neonatal e Pediátrica; atendimento psiquiátrico especializado (adolescentes e gestantes dependentes químicas); atendimento de anticoncepção em situações de vulnerabilidades com disposição de todos os métodos existentes; atendimentos cirúrgicos em pelo menos 8 especialidades; procedimentos endoscópicos; exames laboratoriais e exames de imagem. O Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) realiza todos os exames de Teste do Pezinho dos recém-nascidos do Estado do Rio Grande do Sul.

O Hospital é referência estadual para o atendimento de situações de violência sexual contra crianças e adolescentes, por meio do Centro de Referência em Assistência Infante Juvenil-CRAI. Está inserido entre os hospitais de referência nas situações de violência sexual contra a mulher e para a interrupção da gestação em situações permitidas por Lei. Assim como é a maternidade de referência para as mulheres privadas de liberdade da penitenciária Madre Pelletier.



A UTI/Adulto está em fase final de implantação, com ampliação para cinco leitos complementando a SR (sala de recuperação) com nove leitos, bem como a reforma do CO (Centro Obstétrico), fruto de verbas oriundas de Emendas Parlamentares, dos deputados simpáticos à causa Materno-Infantil. Para o melhor atendimento se faz necessário novas reformas e ampliações seguindo as definições do Plano Diretor previsto ao hospital.

### **Capacidade Hospitalar no HMIPV**

**Tabela 90 - Capacidade hospitalar instalada e capacidade operacional do HMIPV, 2021**

Enfermaria	Ano	
	2021	
	Capacidade instalada (CNES)	Capacidade Operacional
	N	N
Alojamento Conjunto – 8º andar	26	26
Patologia da Gestação – 7º andar	9	9
Internação Ginecológica – 7º andar	10	9+1 isolamento
Internação Pediátrica – 2º e 4º andar*	50	28+2 isolamento
Psiquiatria – 5º andar	24	24
Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal – 9º andar	20	20
Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) neonatal	20	15
UCI Canguru	5	5
UTI Pediátrica – 3º andar*	16	10
<b>Total de leitos de internação</b>	<b>180</b>	<b>149</b>
<b>Leitos auxiliares (não contabilizado no total de leitos/CNES):</b>		
Leito de pré-parto – 10º andar	8	8
Leito de Observação Pediátrica* - Térreo	7+1	7+1 isolamento
Leito de Recuperação pós-cirúrgica e pós-anestésica – 11º andar	8+1 isolamento	8+1 isolamento
<b>Total de leitos auxiliares</b>	<b>25</b>	<b>25</b>
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>174</b>

Fonte: NIR/HMIPV. \* Aumento de leitos auxiliares apenas na operação inverno.

A proporção de pacientes do interior, em relação aos pacientes da capital, é em torno de 26%, na Emergência Pediátrica e em torno de 21%, na Emergência Obstétrica. O HMIPV é o único serviço da PMPA que realiza histerossalpingografia e estudo de deglutição. Além do estudo de deglutição para a atenção primária via Gercon, o hospital está verificando junto à CMCE, a possibilidade de ofertar outros exames contrastados. O ambulatório de disfagia é um ambulatório específico para

tratamento de dificuldades alimentares, sendo que é o HMIPV é único serviço no Brasil a oferecer pelo SUS tratamento com profissional certificado na metodologia SOS Approach to Feeding, certificação da fonoaudióloga responsável por este ambulatório. O HMIPV oferta exames de videofluoroscopia para a atenção primária via Gercon, possibilitando que inúmeros pacientes adultos e crianças com disfagia orofaríngea possam ter acesso a este exame, que além de diagnóstico é intervencionista, contribuindo para evitar desfechos graves como desnutrição e complicações respiratórias por broncoaspiração, decorrentes da disfagia orofaríngea.

Em relação ao trabalho realizado pelo CRIE seguem vacinas disponibilizadas pelo serviço:

**Quadro 24 - Relação de vacinas no Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais**

CRIE
Vacina BCG
Vacina Pentavalente
Vacina Dupla Adulto
Vacina Febre Amarela
Vacina HPV
Vacina HIB
Vacina Hepatite A
Vacina Hepatite A Pediátrica
Vacina Hepatite B
Vacina Meningocócica C
Vacina Meningocócica ACWY
Vacina Pneumocócica 10
Vacina Pneumocócica 13
Vacina Pneumocócica 23
Vacina Poliomielite Inativada
Vacina Poliomielite Oral
Vacina Raiva
Vacina Tetra Viral
Vacina Tríplice Viral
Vacina Tríplice Bacteriana
Vacina Tríplice Bacteriana Acelular Infantil
Vacina Tríplice Bacteriana Acelular Adulto
Vacina Rotavírus
Vacina Varicela
Vacina Gripe
Imunoglobulina Anti Hepatite B
Imunoglobulina Anti Rábica
Imunoglobulina Antitetânica
Imunoglobulina Antivaricela
Soro Anti Rábico
Palivizumabe*
Palivizumabe fornecido aos hospitais

## Total de vacinas

Fonte: CRIE – HMIPV.

Neste últimos anos 2020-2021 houve um aumento significativo no número de partos, desde o fechamento da maternidade do Hospital São Lucas. A análise do indicador “cesárea em primíparas da classificação 1 de Robson” mostra que houve acentuada diminuição do número de cesáreas, e havia sido superior a 20% em 2020. A taxa de episiotomia tem se mantido um pouco elevada, em torno de 25%. Os indicadores de aleitamento materno na 1ª hora de vida e de pele a pele - especialmente em partos cesáreos, continuam muito baixos e precisam ser reavaliados junto às equipes. Parte desse insucesso é devido ao grande número de gestantes e recém-nascidos com dificuldade ou impossibilidade para a liberação desse contato, mas há muito ainda por ser feito nessa questão.

Os dados relativos à violência sexual e à interrupção da gestação prevista em lei mostram que há aumento da procura pelo serviço, possivelmente refletindo o aumento da incidência dessa grave questão de saúde pública na cidade e no estado, bem como da maior procura por atendimento por parte das mulheres submetidas a esse tipo de violência.

### 1.6.4.2 Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre

O Hospital de Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre (HPS) completou, em abril deste ano, 77 anos de assistência pública, com atendimento 100% SUS e integrado à rede de saúde de Porto Alegre. Apesar de ser um hospital municipal, mais de 20% de seus pacientes provêm de outros municípios. O hospital tem como desafio a manutenção dos recursos humanos, financeiros e patrimoniais.

Atualmente algumas reformas estão em andamento e visam oferecer mais segurança e a ambiência necessária ao atendimento dos pacientes nas unidades de terapia intensiva e unidades de internação. No mês de agosto está prevista a construção da enfermaria pediátrica que irá receber crianças vítimas de trauma. Nesta enfermaria as crianças que têm alta da UTI poderão ser internadas para conclusão do tratamento. A partir de setembro de 2021, há previsão de reforma da UTI do 4º andar com capacidade para 10 leitos, com modernização da área existente, retirando mobiliário obsoleto e inadequado para áreas hospitalares. Após esta reforma inicia-se, no mesmo andar, a reestruturação da enfermaria que contará com leitos individualizados, garantindo maior privacidade para os pacientes. Nesta

etapa do projeto a meta é possibilitar mais conforto e segurança para usuários e profissionais.

A capacidade de atendimento do HPS precisa ser expandida para atender a demanda existente na cidade e no estado. Em função de ser referência em atendimento aos pacientes grandes queimados, aumentou-se o número de leitos de UTI de queimados de quatro para dez. Esse novo desenho, resultado de uma reforma na rede de gases medicinais, possibilita instalar respiradores nestes leitos.

Para prestar assistência aos pacientes que entram pela emergência ou ainda que estão internados, mas necessitam de intervenções hemodinâmicas, o hospital está concluindo as adequações de área física para o funcionamento da sala híbrida para atendimento de patologias que demandam imagem radiológica no mesmo tempo cirúrgico.

A unidade de internação do 3º andar e a UTI do 3º andar serão incluídas no escopo de reformas a serem realizadas, para tanto é necessária a confirmação de emendas parlamentares que visem prover o custeio das obras.

A reestruturação do telhado depende da finalização do projeto básico para a licitação. Esta remodelação terá impacto em toda a estrutura existente nos cinco andares do prédio histórico, sendo considerada prioritária para a modernização das demais áreas, principalmente a UTI dos queimados.

A incorporação de serviço de ressonância magnética (RNM) é considerada fundamental e tem impacto direto na redução do tempo de internação dos pacientes. As indicações de RNM são cada vez mais frequentes e é um exame considerado padrão ouro para diagnósticos mais precisos.

Além da estrutura física, há a necessidade de reestruturar o quadro de recursos humanos existente, para garantir o atendimento qualificado nos serviços prestados à população.

O sistema de registro do hospital precisa ser reformulado para atender às necessidades da instituição, buscando maior eficiência na obtenção de melhores resultados assistenciais, gerenciais e financeiros. O sistema atual lentifica a tomada de decisão dos gestores, além de não integrar com outros sistemas que são vitais para a governança da instituição.

A expansão do prédio histórico para as áreas adjacentes está em estudo e as casas da Rua José Bonifácio que foram desapropriadas para este fim são uma

alternativa. Entretanto, a incorporação de área em outra região da cidade, que possibilite a construção de um prédio mais moderno, horizontal, com heliponto e demais estruturas que compõem um centro avançado de trauma, pode ser mais promissora considerando o futuro do hospital. Este novo hospital, com atendimentos mais completos e uma linha de cuidado que contemple serviços de reabilitação e ambulatorios, traria o suporte necessário ao atendimento em traumatologia. A estrutura existente, neste cenário, seria mantida e atenderia outras demandas de menor complexidade.

O hospital se firmou como campo de aprendizagem e prática para acadêmicos da área da saúde. A qualificação como hospital de ensino segue como uma diretriz importante para que o hospital forme profissionais proficientes. Haverá impacto financeiro quando tivermos essa habilitação proporcionando melhorias na área de ensino. No futuro pretendemos proporcionar a qualificação de profissionais de nível superior, com a expertise do atendimento do hospital.

Atualmente o HPS É campo para estágio de quase todas as universidades e cursos técnicos profissionalizantes. Destacam-se: residência multiprofissional (enfermagem, fisioterapia e nutrição), e residência médica (cirurgia geral e do trauma, medicina de emergência, cirurgia bucomaxilofacial).

Foi formalizado junto ao Ministério da Saúde o pedido de habilitação em hospital de ensino e o credenciamento para oferecer residência em terapia intensiva.

#### **1.6.5 Assistência Farmacêutica**

Dados da Organização Mundial da Saúde apontam que a compra de medicamentos representa um dos principais investimentos para o sistema público de saúde. Neste sentido, a Política Municipal de Assistência Farmacêutica precisa estar estruturada, organizada e qualificada com identificação dos seus principais problemas e potencialidades de forma a garantir o acesso e o uso racional dos medicamentos como insumo essencial à proteção, à promoção e à recuperação da saúde.

Com o envelhecimento da população brasileira, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população acima dos 60 anos de idade deve passar de 14,9 milhões (7,4% do total), em 2013, para 58,4 milhões (26,7% do total) até 2060, devido ao contínuo aumento da expectativa de vida. Maior

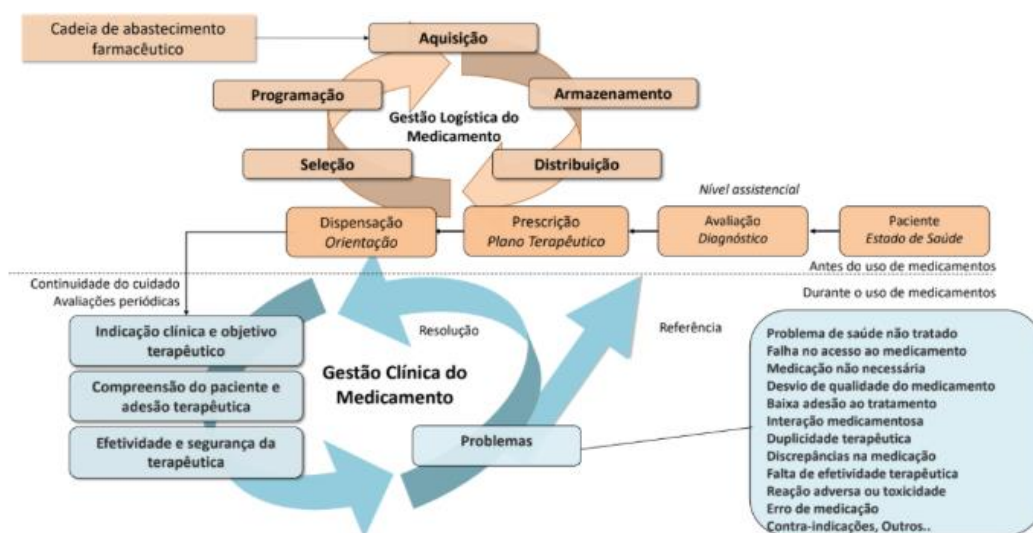
número de idosos significa crescimento no consumo de medicamentos, já que doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, tendem a surgir com o avançar da idade. As farmácias são o principal canal de dispensação de medicamentos, impulsionado por uma demanda natural.

A Política de Assistência Farmacêutica se balize pelas seguintes princípios:

- I. A Política Municipal de Assistência Farmacêutica é parte integrante da Política Nacional de Saúde e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade;
- II. A Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para as ações de saúde que envolvam medicamento e cuidado, incluindo a formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- III. A Assistência Farmacêutica é o conjunto de ações e de serviços que visem assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando seu acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, sua programação, sua aquisição, sua distribuição, sua dispensação, a garantia da qualidade dos produtos e dos serviços e o acompanhamento e a avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população;
- IV. As ações de Assistência Farmacêutica envolvem aquelas referentes ao Cuidado Farmacêutico, modelo de prática que orienta a provisão de serviços farmacêuticos voltados à pessoa, à família e à comunidade, incluindo a assistência à saúde e a orientação individual e coletiva, visando à prevenção e à resolução de problemas da farmacoterapia, o uso racional dos medicamentos, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, bem como, a prevenção de doenças e de outros problemas de saúde, desenvolvido no contexto da Assistência Farmacêutica e

compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades, de forma integrada à equipe de saúde. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.

**Figura 12 - Ciclo da Assistência Farmacêutica**



(Correr, Otuki, 2013)

Fonte: Correr, Cassiano Januário, Otuki, Michel Fleith, & Soler, Orenzio. (2011). Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Revista Pan-Amazônica de Saúde, 2(3), 41-49.

Para o trabalho de análise da situação foi utilizada a metodologia de identificação de problemas, a partir da análise do Ciclo da Assistência Farmacêutica e de suas etapas como parâmetro (ou situação-objetivo) e do conceito de Assistência Farmacêutica que se deseja adotar. A partir dos problemas identificados foi feita uma seleção de prioridades e foram estabelecidas estratégias de enfrentamento para cada uma delas.

Em Porto Alegre, a Política de Assistência Farmacêutica vinculada ao Sistema Único de Saúde está estruturada em:

- 10 (dez) Farmácias Distritais;
- 131 locais de entrega de medicamentos nas Unidades de Saúde;
- 01 Núcleo de Distribuição de Medicamentos;
- 04 Farmácias em Pronto Atendimentos;
- 02 Equipes de Farmácias em Hospitais próprios;
- 03 Unidades Dispensadoras de medicamentos nos SAEs.

Atualmente, o município conta com 10 Farmácias Distritais com atendimento de segunda a sexta-feira, com horário de funcionamento das 8h às 17h e 01

Farmácia Distrital, a FD Modelo, com horário de funcionamento das 8h às 22h. Todas contam com assistência farmacêutica em horário integral. Além destes locais, 10 Unidades de Saúde contratualizadas possuem farmacêutico em turno estendido (após às 17h), disponibilizando à população, além dos medicamentos básicos, medicamentos antimicrobianos, a saber:

- Clínica da Família José Mauro Ceratti Lopes;
- Unidade de Saúde Diretor Pestana;
- Unidade de Saúde Assis Brasil;
- Unidade de Saúde Morro Santana;
- Unidade de Saúde Ramos;
- Unidade de Saúde Tristeza;
- Unidade de Saúde Primeiro de Maio;
- Unidade de Saúde São Carlos;
- Unidade de Saúde Campo da Tuca;
- Unidade de Saúde Mapa;
- Unidade de Saúde Lami.

A rede de saúde municipal conta, ainda, com 3 Pronto Atendimentos e 01 UPA, os quais efetuam a entrega de medicamentos, inclusive antimicrobianos, aos pacientes atendidos nestes locais aos finais de semana e feriados, permitindo a esses o acesso aos medicamentos prescritos conforme a necessidade definida pelo médico no momento do atendimento.

#### **1.6.5.1 Atenção Primária à Saúde**

Durante o ano de 2020 o monitoramento da gestão logística ocorreu em todas as suas etapas. Referente à etapa de seleção, a CFT revisou 100% dos itens da lista municipal de medicamentos, possibilitando a publicação da nova Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), cabe destacar o avanço na realização das atividades da CFT tendo em vista que a última atualização da REMUME datava de 2012, tal situação também gerou impactos nas demais etapas do ciclo como a redução dos pareceres judiciais relacionados a medicamentos do componente básico e a redução das solicitações de adequação das prescrições no momento da dispensação.



Quanto ao armazenamento, a análise dos indicadores do ano de 2020 permite verificar que as perdas relacionadas ao vencimento de medicamentos atingiram padrões superiores aos preconizados na literatura, onde são aceitas perdas de até 0,2% do recurso financeiro total. A maioria das perdas estão relacionadas a itens pertencentes a programas estratégicos, cuja distribuição é de responsabilidade do estado e da União, os quais foram disponibilizados com prazos de validade inferiores a 6 meses. A taxa de alocação de medicamentos em outros pontos a fim de evitar o vencimento, relacionados ao trabalho das Farmacêuticas apoiadoras, foi de 1,96% do recurso aplicado, valor 1,96 vezes maior que a taxa de vencimento, demonstrando controle sobre a logística dos medicamentos e alocação de recursos, com resultado financeiro de R\$ 521.888,96 economizados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com a realocação dos medicamentos em locais de maior fluxo de atendimento.

A distribuição de medicamentos da REMUME foi de 212.717.581 unidades distribuídas no ano de 2020, aumento de aproximadamente 1% no comparativo anual, (207.235.592 unidades distribuídas em 2019). Houve a redução no número de Unidades e Farmácias Distritais cujo intervalo de ressuprimento foi menor ou igual a 40 dias (94,29% ao final do ano). No processo de separação, o índice de não conformidade dos pedidos teve uma diminuição em relação ao comparativo anual com 2019 (1,96% em 2020 para 12,83% em 2019). O desempenho e a capacidade de distribuição necessitam de acompanhamento e capacitação contínua dos auxiliares de almoxarifado.

Os indicadores da Farmácia Homeopática no comparativo 2019 e 2020 demonstram que a falta de insumos para a manipulação desses medicamentos acabou gerando redução nas receitas atendidas, as tentativas de aquisição efetuadas até o momento se demonstram sem efetividade. A CFT finalizou em 2020 a elaboração e aprovação da Relação Municipal de Medicamentos Homeopáticos (REMMHO) com objetivo de contemplar os insumos a serem disponibilizados na Farmácia Homeopática, visando nortear o processo de prescrição homeopática e racionalizar o processo de aquisição desses insumos.

As Farmácias Distritais respondem a legislações sanitárias específicas, definidas principalmente nos seguintes instrumentos: Lei nº 5.591/1973 que dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos

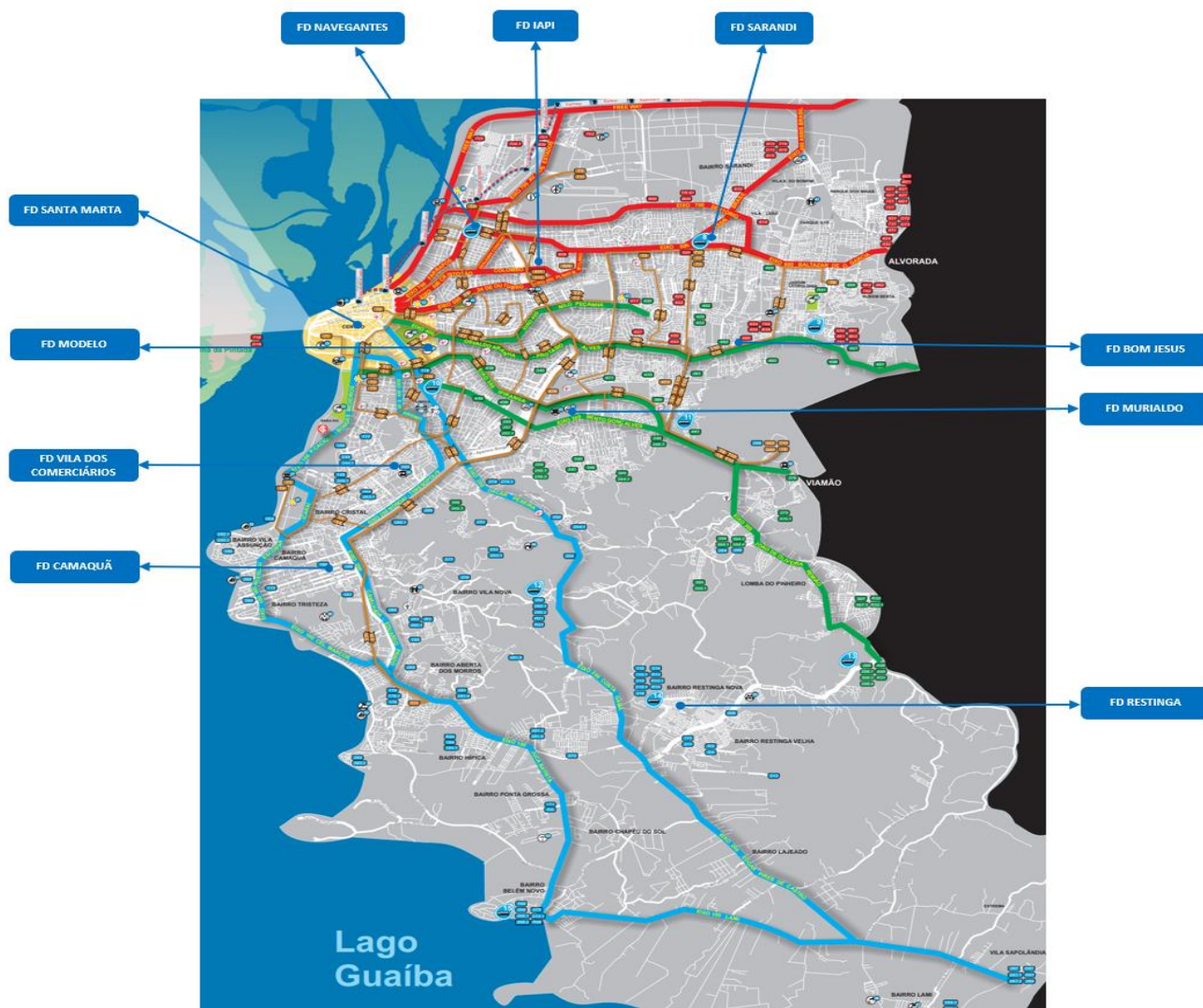
Farmacêuticos e Correlatos; Lei nº 13.021/2014 que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas as quais determinam que as farmácias devam ter a presença do responsável técnico farmacêutico em todo seu horário de funcionamento; Portaria nº 344/98 que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial e RDC N° 471/2021 da Anvisa, que dispõe sobre os critérios para prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos de uso sob prescrição, isolados ou em associação, listadas em instrução normativa específica.

Por ano, são realizados aproximadamente 1.900.000 (um milhão e novecentos mil) atendimentos para acesso a medicamentos nos serviços de saúde do município, desses, 42,58% (798.371 pessoas) são efetuados nas Farmácias Distritais. Desde 2017, vem sendo realizada a ampliação do número de guichês de atendimentos e reformas de ampliação de diversos espaços das Farmácias Distritais do município para melhor atender ao público. No entanto, os espaços atualmente existentes se encontram esgotados quanto à capacidade de ampliação estrutural, sendo necessário o planejamento de novos locais.

Ao se analisar a origem da prescrição das receitas atendidas na Farmácia Distrital Modelo, por exemplo, verificamos que as Unidades de Saúde das regiões Belém Novo, Glória e Lomba do Pinheiro são responsáveis por aproximadamente 25% das prescrições atendidas nesse serviço, uma vez que as Farmácias Distritais dos territórios a que estas pertencem, do ponto de vista da acessibilidade, não atendem plenamente às necessidades da sua população. O deslocamento das pessoas às Farmácias Distritais têm papel central no acesso aos medicamentos e sua alocação ao longo do território de Porto Alegre e a maior acessibilidade são questões fundamentais para que a população garanta o cuidado em saúde.

Assim, a expansão da rede de Farmácias Distritais de 10 para 13, conforme PROMETA 2021-2024, será meta importante nos próximos anos, de forma que se obtenha 01 (uma) Farmácia Distrital para cada 115 mil habitantes, aproximadamente, tendo-se como prioridade as regiões Belém Novo, Glória e Lomba do Pinheiro.

Figura 13 - Localização atual das Farmácias Distritais e principais rotas de ônibus no município



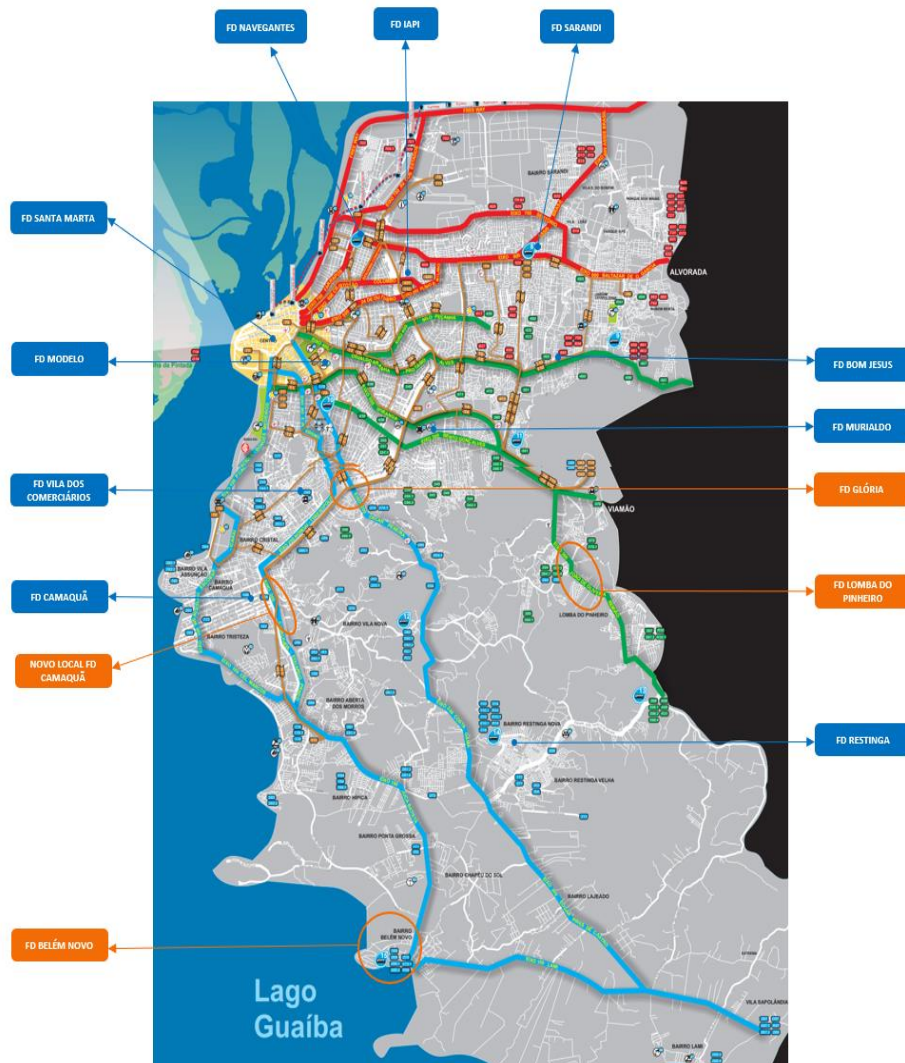
Fonte: adaptado EPTC.

Além disso, é necessária a ampliação da Farmácia Distrital Camaquã, pois atualmente essa FD conta com apenas 4 guichês de atendimento, área física insuficiente para armazenamento dos medicamentos e atendimento inadequado das consultas farmacêuticas. A estrutura mínima para atender a demanda da região seria: 02 (dois) Consultórios Farmacêuticos e 08 (oito) guichês para dispensação de medicamentos e orientação ao usuário. O cálculo da repercussão financeira para nova área da Farmácia Distrital Camaquã já se encontra em processo administrativo (SEI [19.0.000128429-3](#)).

Há apontamentos do Ministério Público que recomendam melhorias nas Farmácias Distritais quanto à acessibilidade, com a recomendação para a utilização de imóveis em andar térreo e que não possuam escadarias que

permitam acesso aos pacientes cadeirantes e demais pessoas com deficiência e mobilidade reduzida.

**Figura 14 - Nova Localização das Farmácias Distritais observando as principais rotas de linhas de ônibus de Porto Alegre**



Fonte: adaptado EPTC

Outro serviço fundamental da Assistência Farmacêutica é o serviço de Farmácia Clínica voltado à população, realizado nas Farmácias Distritais. O Serviço de Farmácia Clínica visa qualificar o cuidado, garantindo a informação e o acompanhamento farmacêutico para uso correto, prevenção de problemas relacionados aos medicamentos e melhoria da adesão ao tratamento. Conforme plano de ação, foram definidas as seguintes linhas de cuidado prioritárias conforme documento SEI 7520297, aprovado pelo Grupo de Trabalho para o Cuidado Farmacêutico, com composição de diferentes profissionais que atuavam na Rede de atenção à saúde do município.

**Quadro 25 - Linhas de Cuidado Prioritárias do Cuidado Farmacêutico**

<b>Diabetes</b>	
Pacientes Elegíveis	Pacientes com diabetes mellitus, em uso de Insulina, e diabetes gestacional.
Evidência Impacto Econômico	Em função das complicações, pacientes diabéticos estão em maior risco de desenvolver outras doenças em comparação a não diabéticos. Cerca de 26% dos pacientes que ingressam em programas de diálise são diabéticos. Os custos de hospitalizações associados ao diabetes e suas complicações são relatadas como a porção mais significativa de custos médicos diretos.
Evidência Impacto do Farmacêutico	<p>Estudo observacional conduzido nos Estados Unidos, com 573 pacientes com diabetes mellitus, revelou que consultas com farmacêuticos comunitários, visando orientação a pacientes sobre o uso de medicamentos e promoção do autocuidado, reduziram em 7,2% os gastos com cuidados de saúde (<b>US\$1.079/paciente/ano</b>) (Fera T, Bluml BM, Ellis WM, 2009). Ainda em relação à diabetes, uma revisão sobre serviços clínicos farmacêuticos estimou que as intervenções farmacêuticas resultaram em economia de <b>US\$7-65.000/paciente/ano</b>, promovendo também uma melhor qualidade de vida aos pacientes.</p> <p>Em outro estudo controlado randomizado realizado por Rothman RL <i>et al.</i> (2005), aonde os pacientes foram acompanhados pelo farmacêutico durante 12 meses, o grupo intervenção teve uma diminuição da pressão arterial (-9 mmHg; 95% IC: -16 mmHg a -3 mmHg), bem como diminuição dos valores de HbAc1 (-0,8%; 95 IC: -1,7% a 0%).</p> <p>No estudo de Michiels Y <i>et al</i> (2019), num acompanhamento dos farmacêuticos com os pacientes durante 12 meses, já nos 6 primeiros meses houve redução significativa dos valores de HbAc1 (6 meses: -0,5% vs 0,2%, <math>p = 0,0047</math> e 12 meses: -0,6% vs -0,2%, <math>p = 0,0057</math>) o auto-cuidado.</p>
<b>Asma</b>	
Pacientes Elegíveis	<p>Pacientes com ASMA, em uso de inaladores orais, que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>São classificados como Asma Não Controlada ou Parcialmente Controlada, conforme instrumentos de avaliação;</li> <li>Apresentam dificuldade na utilização dos dispositivos inalatórios;</li> <li>Solicitam quantidade maior que 2 frascos de salbutamol spray no momento da dispensação;</li> <li>Utilizam pela primeira vez os inaladores e/ou espaçadores.</li> </ul>
Evidência Impacto Econômico	A asma é uma doença crônica tratável, das vias aéreas, que afeta todas as faixas etárias e apresenta alta prevalência, morbidade e mortalidade em todo mundo. A prevalência da asma é alta em vários países, com impacto relevante na saúde pública global. Em 2013, 2.047 pessoas morreram de asma no Brasil, isto é, aproximadamente 5 óbitos/dia e mais de 120.000 hospitalizações por ano. As internações hospitalares em virtude de doenças respiratórias são um desfecho negativo na qualidade de vida dos pacientes e no sistema público de saúde. O DATASUS mostrou que o Brasil tem mais de 350.000 hospitalizações por asma por ano. A asma é a terceira ou quarta causa de hospitalizações pelo SUS (2,3% do total). A assistência hospitalar é o maior componente individual de custos diretos da asma na saúde pública (Cardoso TA, <i>et al</i> 2017).

Evidência Impacto do Farmacêutico	Bunting e colaboradores também avaliaram os resultados clínicos, humanísticos e econômicos de um programa de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes com asma, conduzido por farmacêuticos comunitários. A economia gerada pelos serviços farmacêuticos foi de <b>US\$725 por paciente ao ano</b> (Bunting BA, Cranor CW, 2006). Na atenção primária, Lee e colaboradores demonstraram os benefícios clínicos e econômicos da intervenção clínica de farmacêuticos. Houve uma <b>economia</b> média de <b>US\$700 por intervenção</b> (Lee AJ, et al 2002).
<b>Pacientes em Uso de Anticoagulantes Orais</b>	
Pacientes Elegíveis	Pacientes em uso de Varfarina, que: São classificados como Não Aderentes, conforme instrumentos de avaliação; Façam uso de 10 (dez) medicamentos ou mais; Iniciam terapia com anticoagulantes orais em acompanhamento ambulatorial; São identificados com alto risco de sangramento devido sensibilidade aos inibidores da vitamina K.
Evidência Impacto Econômico	Na atenção primária, os anticoagulantes são uma das classes de medicamentos mais comumente associados com erros de medicação fatais (MAKEHAM MA, 2008). Já na atenção secundária, a varfarina está entre os dez medicamentos mais relacionados à ocorrência de erros de dispensação. Nos Estados Unidos e na Austrália, os anticoagulantes encontram-se entre as cinco classes mais relacionadas aos incidentes com medicamentos (ISMP, 2012; MAKEHAM MA, 2008). Entre 2003 e 2004, os registros de óbitos dos Estados Unidos registraram que os anticoagulantes estavam em primeiro lugar nas mortes relacionadas a medicamentos (WYSOWSKI DK, 2007).
Evidência Impacto do Farmacêutico	Estima-se que os riscos anuais associados ao uso de anticoagulantes orais (ACO), estejam entre 2% a 8% para sangramentos e 1% a 3% as falhas no tratamento. Os pacientes em uso destes medicamentos necessitam de controle criterioso em razão das complicações hemorrágicas decorrentes do uso inadequado por falha de adesão ou dose superior para determinados usuários, portanto, torna-se imprescindível o acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso por meio da avaliação dos profissionais envolvidos no caso de cada paciente (SIMONETTI, FARO E MANCUSSI e BIANCHI, 2008). Estudos mostram que uma grande porcentagem de usuários aos ACO são não-aderentes à terapêutica, principalmente devido ao conhecimento insatisfatório quanto à terapêutica empregada e ao autocuidado (SIMONETTI, FARO E MANCUSSI e BIANCHI, 2008; COLS., 2009). A incidência anual de hemorragia intracraniana está entre 0,5 e 4,2% nos ensaios clínicos. Episódios menores de sangramento ocorrem com uma incidência anual de 2 a 24 episódios a cada 100 pacientes. O risco de hemorragia está diretamente relacionado com a intensidade da anticoagulação e pelo aumento abrupto do RNI acima de 5,0, que podem ser maior durante o primeiro mês, pois é maior a flutuação do TP nesse período; após, o risco associado diminui gradualmente (ACCP, 2012). Outros preditores de hemorragia incluem: pouco controle laboratorial, doença vascular periférica e doença cerebrovascular (GUIMARÃES J, 2007). Uma preocupação frequente é o risco aumentado para o sangramento potencialmente fatal a que estes pacientes possam estar sujeitos, pois valores altos de RNI podem resultar em hemorragias e valores baixos em facilidade de formação de coágulos (EINSTEIN, 2009).

	<p>Em um ambulatório multiprofissional, com farmacêutico, para indivíduos em tratamento com varfarina identificou-se um aumento do percentual de pacientes com INR na faixa terapêutica com o prolongamento do tempo de acompanhamento no ambulatório, dados que também foram verificados por Dantas et al. (2013).</p> <p>Estudos comprovam que um programa de autogestão da varfarina conduzido por farmacêuticos está associado à melhoria na qualidade de vida dos pacientes, bem como uma redução no tempo necessário para alcançar a faixa terapêutica, mantendo o nível de controle de anticoagulação semelhante a uma clínica especializada de anticoagulação (VERRET et al., 2012).</p> <p>O acompanhamento por farmacêutico pode resultar em menores custos de cuidados e de eventos adversos relacionados com a anticoagulação (14 vs 41, p &lt;0,0001), admissões hospitalares (3 vs 14, p &lt;0,00001) e busca por serviços de emergência (58 vs 134, p &lt;0,00001) (HALL et al., 2011).</p>
<b>Tabagismo</b>	
Pacientes Elegíveis	<p>Pacientes em tratamento para parar de fumar, que: São classificados como Não Aderentes, conforme instrumentos de avaliação; Estão em início de tratamento.</p>
Evidência Impacto Econômico	<p>A alta prevalência do tabagismo, associada a seus riscos, traz como consequência a morte de cerca de cinco milhões de pessoas por ano no mundo, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos), o que resulta em prejuízo à economia mundial em torno de US\$200 bilhões. No Brasil, onde um terço da população adulta é fumante, estima-se que ocorram 200 mil óbitos anuais por doenças relacionadas ao fumo, R\$125.148 bilhões são os custos dos danos produzidos pelo cigarro no sistema de saúde e na economia e 161.853 mortes anuais poderiam ser evitadas com a cessação do tabagismo.</p>
Evidência Impacto do Farmacêutico	<p>O tabagismo é a maior causa de morte evitável em todo o mundo. Segundo o Instituto Nacional de Câncer, o tabaco fumado causa até 90% de todos os cânceres de pulmão e é um fator de risco significativo para o acidente vascular cerebral e o infarto.</p> <p>Dados da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia revelam que de 30% a 50% das pessoas que começam a fumar se tornam dependentes; 80% dos fumantes desejam parar, mas apenas 3% conseguem fazê-lo sem assistência específica.</p> <p>O tratamento do tabagismo consiste em estratégia cognitivo-comportamental, que está indicada em todos os casos de tentativa de cessação do tabagismo, e uso de fármacos. A consulta farmacêutica é útil na abordagem cognitivo comportamental a todos os pacientes que irão iniciar ou já estejam em tratamento, independentemente de terem indicação para uso de medicamentos. Estudo sobre programas de cessação tabágica realizado por farmacêuticos em farmácias demonstrou que, em média, houve uma economia para o sistema de saúde de US\$500 a US\$614, por paciente (Ekpu VU, Brown AK. 2015).</p>

Como primeira ação desse Plano, em 2019, a Coordenação de Assistência Farmacêutica inseriu o profissional farmacêutico no sistema Gercon. Pelo Programa Municipal de Distribuição de Insumos Para o Diabetes (PMDID) recebem aparelho para leitura e medição de açúcar no sangue, seringas para aplicação de insulina,

tiras reagentes e lancetas, portadores de diabetes mellitus tipos 1 e 2 em uso de insulina e portadoras de diabetes mellitus pré-gestacional e gestacional. Em 2020 houve um total de 6.498 solicitações de inclusão no PMDID, 4.684 consultas farmacêuticas e uma taxa de absenteísmo de 12,42% (582 faltantes). O fluxo de inclusão no Programa Municipal de Distribuição de Insumos Para o Diabetes (PMDID), aliado aos novos critérios de inclusão e concessão de insumos, permitiram ampliação do acesso e maior controle dos pacientes vinculados a este programa. Estes fatores, associados à informatização de todos os dispensários das unidades de saúde, possibilitaram a ampliação do número de pacientes cadastrados no PMDID (6.000 pacientes no ano de 2020 em comparação a 5.515 em 2019) com a distribuição de quantitativos equivalentes ao ano de 2019, devido ao maior controle do quantitativo distribuído por paciente. Além disso as capacitações ofertadas aos profissionais farmacêuticos em relação ao cuidado em saúde para o diabetes e ao uso correto das canetas de insulina resultaram, na Atenção Primária à Saúde, em 3.670 atendimentos farmacêuticos para orientação quanto ao uso dos medicamentos, em especial para quanto ao uso da caneta aplicadora de insulina, que passou a ser disponibilizada pelo Ministério da Saúde no 2º quadrimestre de 2020, conforme critérios estabelecidos em nota técnica específica.

Além disso, a criação da Comissão para Uso Racional de Medicamentos (Curame), visa a elaboração de documentos técnicos que subsidiem a implementação dessas linhas de cuidado, além de planejar a realização de capacitações quanto ao uso racional de medicamentos e a revisão da REMUME.

A análise dos indicadores atuais da Assistência Farmacêutica permite verificar que o monitoramento sistematizado do ciclo logístico do medicamento têm sido ferramenta fundamental para a avaliação diagnóstica contínua dos principais problemas que geram o desabastecimento ou a falta de medicamentos à população, a estrutura de indicadores abaixo permite a visualização contínua da disponibilidade dos medicamentos e por consequência possibilita sanar os problemas de adesão primária do uso de medicamentos bem como a visualização adequada do processo de uso desses.



**Quadro 26 - Indicadores por etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica**

<b>Etapa</b>	<b>Tipo de indicador</b>	<b>Indicador</b>	<b>Método de cálculo</b>	<b>Responsável</b>
Aquisição	Processo	Nº de solicitações de troca de marca	Nº de solicitações de troca de marca	Comel
Aquisição	Processo	% de itens que tiveram troca de marca atendidas	(Itens que tiveram troca de marca / total de itens que tiveram solicitação de troca de marca) x 100	Comel
Aquisição	Processo	Nº de solicitações de pedido de cancelamento de contrato	Nº de solicitações de pedidos de cancelamento de contrato	Comel
Aquisição	Processo	% pedido de cancelamento de contrato atendidos	(Nº de pedidos de cancelamento de contrato atendidos / total de cancelamentos solicitados) x 100	Comel
Aquisição	Resultado	% de medicamentos básicos sem registro de preço	(Nº de medicamentos básicos sem registro de preço ativo / total de itens da lista básica) x 100	Comel
Aquisição	Resultado	% de medicamentos da média e alta complexidade sem registro de preço	(Nº de medicamentos da MAC sem registro de preço ativo / total de itens da lista da MAC) x 100	Comel
Programação	Processo	% de itens da REMUME com solicitação de compra única	(Nº de itens adquiridos por compra única no período / total de itens da REMUME) x 100	CAF-SMS
Programação	Estrutura	% serviços em que há funcionário responsável pelo dispensário que atua exclusivamente na gestão de estoque e dispensação de medicamentos	(Nº de serviços em que há funcionário responsável pelo dispensário que atua exclusivamente na gestão de estoque e dispensação de medicamentos / Nº total de serviços) x 100	Apoio Farmacêutico
Programação	Estrutura	% de US com auxiliar de farmácia	(Nº de US em que há auxiliar de farmácia / total de US) x 100	Apoio Farmacêutico
Programação	Estrutura	% de US com farmacêutico	(Nº de US em que há farmacêutico / total de US) x 100	Apoio Farmacêutico
Programação	Processo	% de visitas às US	(Total de visitas efetuadas / total de US) x 100	Apoio Farmacêutico
Programação	Processo	% de US inventário geral	(Total de inventários gerais efetuados / total de US) x 100	Apoio Farmacêutico
Programação	Processo	% de US inventário pontual	(Total de inventários pontuais efetuados / total de US) x 100	Apoio Farmacêutico
Programação	Resultado	Média mensal de medicamentos	(Total de E22 atendidas / total de meses no	Apoio Farmacêutico

		atendidos por E22 via CAF	período) x 100	
Programação	Resultado	De US atendidas com E22 via CAF	(Total de US atendidas com E22 / total de US) x 100	Apoio Farmacêutico
Programação	Resultado	Valor financeiro dos itens perdidos por vencimento	Total de produtos perdidos por vencimento X preço unitário	Apoio Farmacêutico
Programação	Resultado	Taxa do recurso aplicado no período referente a itens perdidos por vencimento	((Total de produtos perdidos por vencimento X preço unitário) / gasto no período) x 100	Apoio Farmacêutico
Armazenamento	Resultado	Valor financeiro dos itens remanejados para evitar o vencimento	Total de produtos remanejados X preço unitário	Apoio Farmacêutico
Armazenamento	Resultado	Taxa do recurso financeiro no período referente aos itens remanejados.	(Total de produtos remanejados X preço unitário) / gasto no período) x 100	Apoio Farmacêutico
Armazenamento	Resultado	Valor financeiro dos produtos perdidos por divergências de estoque	Total de produtos perdidos por divergência de estoque X preço unitário	Apoio Farmacêutico
Armazenamento	Resultado	Taxa do recurso aplicado no período referente a perdas por desvio de estoque	(Total de produtos perdidos por divergências de estoque X preço unitário) / gasto no período) x 100	Apoio Farmacêutico
Cuidado Farmacêutico	Resultado	Prevalência de consultas farmacêuticas por demanda espontânea a cada 1.000 pacientes com dispensação de medicamento nas Farmácias Distritais	Nº de atendimentos farmacêuticos registrados no e-sus / 1.000 pacientes com dispensação de medicamento nas Farmácias Distritais	Farmacêutico FD
Cuidado Farmacêutico	Resultado	Nº consultas farmacêuticas para as linhas de cuidado prioritárias da assistência farmacêutica	Nº Atendimentos farmacêuticos registrados nos sistemas do município	Farmacêutico FD
Dispensação	Processo	Prevalência das Intervenções Farmacêuticas por aspectos técnicos a cada 1.000 pacientes com dispensação de medicamento nas Farmácias Distritais	Intervenções Farmacêuticas por aspectos técnicos / 1.000 pacientes com dispensação de medicamento nas Farmácias Distritais	Farmacêutico FD
Dispensação	Estrutura	Pacientes não atendidos no período	Quantidade de horas em que houve a necessidade de encerramento da distribuição de fichas antes do horário regular	Farmacêutico FD

			X média de pacientes atendidos por hora	
Dispensação/Seleção	Resultado	Solicitação de Adequação de Medicamentos à REMUME / 1.000 pacientes com dispensação de medicamento nas Farmácias Distritais	Solicitação de Adequação de Medicamentos à REMUME mensais / 1.000 pacientes com dispensação de medicamento nas Farmácias Distritais	Farmacêutico FD
Dispensação	Processo	% Adesão à solicitação pactuada em Ficha de Retorno	(Nº de fichas de retorno aceitas / Nº de fichas de retornos feitas) x 100	Farmacêutico FD
Distribuição	Resultados	% de pedidos entregues com taxa de ressuprimento que garanta a disponibilidade dos medicamentos	(Nº de pedidos entregues com tempo de ressuprimento menor ou igual a 40 dias / Nº total de pedidos entregues) x 100	NDM/CAF
Distribuição	Resultados	% de pedidos entregues às US e às FDs com número divergente de volumes	(Nº pedidos entregues com número divergente de volumes / Nº total de pedidos entregues) x 100	NDM/CAF
Distribuição	Resultados	% de pedidos entregues com número divergente de lote	(Nº de pedidos entregues com divergência nos lotes entregues / Nº total de pedidos entregues) x 100	NDM/CAF
Distribuição	Resultados	% de pedidos entregues às US e às FDs com quantidades divergentes	(Nº pedidos entregues com quantidades divergentes / Nº total de pedidos entregues) x 100	NDM/CAF
Distribuição	Resultados	% de pedidos entregues às US e FDs com avarias no destino	(Nº pedidos entregues com avarias no destino / Nº total de pedidos entregues) x 100	NDM/CAF
Seleção	Resultados	% dos medicamentos da REMUME revisados pela CFT	(Quantidade de medicamentos da REMUME revisados desde a última publicação / total de medicamentos da REMUME) x 100	CFT
Seleção	Resultados	Nº de Reuniões da CFT	Nº de reuniões da CFT no período	CFT
Seleção	Processo	% resposta à sugestões de inclusão e exclusão da REMUME	Nº de solicitações avaliadas / total de solicitações) x 100	CFT

Judicialização	Processo	% de processos administrativos judiciais para obtenção de medicamentos do componente básico não pertencentes à REMUME de Porto Alegre	(Nº de pareceres judiciais abertos para obtenção de medicamentos pertencentes ao Componente Básico / total de pareceres) x 100	CAF
Judicialização	Processo	% de processos administrativos judiciais para obtenção de medicamentos pertencentes à lista especial	(Nº de pareceres judiciais abertos para obtenção de medicamentos pertencentes à lista especial / total de pareceres) x 100	CAF
Judicialização	Resultado	% de processos administrativos judiciais para obtenção de medicamentos do componente especializado	(Nº de pareceres judiciais abertos para obtenção de medicamentos pertencentes ao componente especializado / total de pareceres) x 100	CAF
Judicialização	Resultado	% de processos administrativos judiciais para obtenção de medicamentos oncológicos	(Nº de pareceres judiciais abertos para obtenção de medicamentos oncológicos / total de pareceres) x 100	CAF
Judicialização	Resultado	% de processos administrativos judiciais para obtenção de medicamentos fora das listas de medicamentos do SUS	(Nº de pareceres judiciais abertos para obtenção de medicamentos fora das listas de medicamentos do SUS. / total de pareceres) x 100	CAF
Judicialização	Resultado	% de processos administrativos judiciais para obtenção de marcas específicas de medicamentos	(Nº de pareceres judiciais abertos para obtenção de marcas específicas de medicamentos / total de pareceres) x 100	CAF
Ouvidoria	Resultado	% de solicitação de negativas de medicamentos emitidas	(Nº de negativas de medicamentos emitidas / total de negativas solicitadas) x 100	CAF
Ouvidoria	Resultado	Nº de negativas de medicamentos emitidas	Total de negativas de medicamentos emitidas no período	CAF
Ouvidoria	Resultado	% de solicitação de negativas de medicamentos com possibilidade de readequação à REMUME	(Nº solicitação de negativas de medicamentos com possibilidade de readequação à REMUME / total de negativas solicitadas) x 100	CAF

Fonte: Relatório Anual de Gestão SMS Porto Alegre, 2020.

Entretanto, para além desses indicadores, relacionados à manutenção da cadeia logística de medicamentos, é fundamental a implementação de indicadores que possam refletir não somente a trajetória desses ao longo da Rede de Atenção à

Saúde (RAS) mas também o processo de uso dos mesmos pela população, possibilitando-se, assim, um acesso racional e seguro aos medicamentos.

### ***Prescrição Eletrônica***

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) se manifestou favorável à utilização de assinatura digital em receituários de medicamentos que contenham substâncias da Lista C1 e C5 e dos adendos das Listas A1, A2 e B1 da Portaria SVS/MS nº 344/98, bem como para a prescrição de medicamentos antimicrobianos. A aceitação das receitas eletrônicas, inclusive de alguns medicamentos controlados pelas farmácias brasileiras, é um marco para todo o setor. No dia 20 de fevereiro de 2020, a Anvisa encaminhou ao CFF o Ofício nº 7/2020 que responde a consulta realizada pela instituição informando sobre a possibilidade de utilização de assinatura digital em receituários de medicamentos sujeitos a controle especial. A Anvisa destaca não haver restrição à utilização de receitas assinadas digitalmente para os medicamentos antimicrobianos e para substâncias da Lista C1 e C5 e dos adendos das Listas A1, A2 e B1 da Portaria SVS/MS nº 344/98. Todas as receitas digitais, para serem válidas, deverão estar assinadas digitalmente usando a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileiras (ICP-Brasil).

Em 10/05/2020 foi implantada iniciativa que permitiu a distribuição dos medicamentos nas Farmácias Distritais de Porto Alegre mediante a apresentação da receita digital, com o objetivo de diminuir o risco de disseminação da Covid-19 na Capital, em especial entre os pacientes crônicos, grupo com o maior risco de contrair o vírus. Tal solução foi possível devido ao sistema de dispensação implementado que permite o arquivamento das receitas no sistema, junto ao histórico do paciente que, além de garantir acesso, possibilita ao profissional registrar a dispensação de forma adequada nas diferentes plataformas. Assim, garantindo o uso racional dos medicamentos.

No âmbito federal há projeto sob Prescrição Eletrônica, fruto de ações conjuntas do CFM com o CFF - Conselho Federal de Farmácia e ITI - Instituto Nacional de Tecnologia da Informação que viabilizam o trâmite de documentos digitais seguros, tais como prescrições e atestados médicos. Além disso, a Consulta Pública ANVISA 1.018/2021, trata da proposta de regulamentação dos requisitos para a emissão, prescrição, arquivamento, dispensação e guarda das receitas de

controle especial e das receitas de medicamentos antimicrobianos emitidas em meio eletrônico. Apesar da carência de marco regulatório sanitário sob o tema, a Nota Técnica 05/2020 regulamentou e definiu os critérios para a dispensação/entrega nos Serviços de Saúde do município de Porto Alegre de receitas emitidas e declaração de indicação de uso por via digital durante o período de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da Covid-19 responsável pela pandemia.

Apesar desses esforços, ainda não ha integração plena entre a prescrição e a dispensação de medicamentos, sendo lacuna assistencial que permitiria a aferição adequada do número de pacientes que, mesmo sob posse de uma prescrição, não retiram seus medicamentos gratuitamente. As prescrições que não se adequam à Relação Municipal de Medicamentos Essenciais e aos medicamentos disponíveis no SUS, podem gerar a judicialização de medicamentos nos municípios. Em média, mais da metade das solicitações judiciais são de medicamentos *que não constam* das listas disponíveis no SUS. Tal situações amplia o gasto em saúde pública com medicamentos.

Além disso, faz-se fundamental a integração do sistema próprio para a dispensação de medicamentos com o sistema do programa federal “AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR”, tal medida visa evitar a duplicidade de acesso entre a via municipal e federal a esses medicamentos, evitando o desperdício do recurso público, o uso irracional de medicamentos, as sobras que resultam em descarte inadequado de medicamentos.

Quanto ao descarte adequado de medicamentos disposto na publicação do Decreto Nº 10.388, de 5 de junho de 2020, essa coordenação questionou quanto à publicação de decreto municipal que regula o cumprimento do disposto na legislação nacional, em especial o Capítulo IV... *das obrigações, das responsabilidades e das penalidades*, disponível o qual citamos em especial os seguintes artigos: Artigos 14 e 15 do decreto colocam como responsabilidade dos distribuidores e fabricantes a destinação final. No projeto de lei municipal, a responsabilidade passa aos pontos de dispensação, o que gerará custo ao erário municipal. São valores diferentes, decorrentes de disponibilizar um coletor no local de dispensação que inclui sob responsabilidade da farmácia a destinação final "descarte em local adequado".

*Art. 10. As drogarias e farmácias estabelecidas como pontos fixos de recebimento ficam obrigadas, às suas expensas, a adquirir, disponibilizar*

e manter, em seus estabelecimentos, dispensadores contentores, na proporção de, no mínimo, um ponto fixo de recebimento para cada dez mil habitantes, nos Municípios com população superior a cem mil habitantes.

§ 1º Os pontos fixos de recebimento de que trata a alínea "c" do inciso II do caput do art. 7º serão disponibilizados gradual e progressivamente, de acordo com o seguinte cronograma:

I - no primeiro e no segundo ano da fase 2 - nas capitais dos Estados e nos Municípios com população superior a quinhentos mil habitantes; e

II - do terceiro ao quinto ano da fase 2 - nos Municípios com população superior a cem mil habitantes.

§ 2º O cronograma a que se refere o § 1º contemplará os Municípios em que as atividades de recebimento, coleta, armazenamento e transporte de medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso após o descarte pelos consumidores prescindam de licença ou autorização dos órgãos ambientais competentes, nos termos da legislação estadual, distrital ou municipal aplicável.

§ 3º As atividades de recebimento, de coleta, de armazenamento e de transporte de medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso descartados pelos consumidores prescindem de autorização ou de licenciamento ambiental pelos órgãos federais do Sisnama.

§ 4º Os procedimentos referentes ao acondicionamento, à operacionalização dos lacres e à rastreabilidade dos resíduos descartados serão detalhados em ato editado pelo Ministro de Estado do Meio Ambiente.

(...)

Art. 12. As drogarias e farmácias estabelecidas como pontos fixos de recebimento ficam obrigadas a disponibilizar, se necessário, local para armazenamento primário no estabelecimento comercial.

§ 1º O local de armazenamento de que trata o caput será destinado à guarda temporária dos recipientes com os medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso descartados pelos consumidores até o transporte destes a um ponto de armazenamento secundário.

§ 2º As drogarias e farmácias deverão registrar e informar no manifesto de transporte de resíduos a massa, em quilogramas, dos medicamentos vencidos ou em desuso descartados recebidos.

§ 3º O registro de que trata o § 2º será efetuado antes da transferência dos recipientes com os medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso descartados do ponto de armazenamento primário até o ponto de armazenamento secundário ou a unidade de tratamento e destinação final ambientalmente adequada.

(...)

Art. 14. Os distribuidores ficam obrigados, às suas expensas, a coletar os sacos, as caixas ou os recipientes com os medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso descartados pelos consumidores e transferi-los do ponto de armazenamento primário até o ponto de armazenamento secundário.

§ 1º A transferência de que trata o caput poderá ser realizada pelos mesmos modais de transporte utilizados na entrega dos medicamentos aos comerciantes.

§ 2º Os distribuidores de medicamentos deverão registrar e informar no manifesto de transporte de resíduos a massa, em quilogramas, dos medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso descartados pelos consumidores no ponto de recebimento secundário.

§ 3º O registro de que trata o § 2º será efetuado antes da transferência dos recipientes com os medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso descartados do ponto de armazenamento secundário até a unidade de tratamento e destinação final ambientalmente adequada, observado o disposto nos § 2º e § 3º do art. 12.

Art. 15. Os fabricantes e importadores de medicamentos domiciliares ficam obrigados a efetuar, às suas expensas ou por meio de

*terceiros contratados para esse fim, o transporte dos medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso descartados pelos consumidores nos pontos de armazenamento secundário até a unidade de tratamento e destinação final ambientalmente adequada.*

*Parágrafo único. O transporte a que se refere o caput será custeado de forma compartilhada pelos fabricantes, importadores e operadores logísticos de medicamentos domiciliares.*

*(...)*

*Art. 18. Os fabricantes e importadores de medicamentos domiciliares ficam obrigados a custear a destinação ambientalmente adequada dos medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso descartados pelos consumidores de acordo com as normas ambientais estabelecidas pelos órgãos integrantes do Sisnama.*

*Parágrafo único. Os fabricantes e importadores de medicamentos deverão registrar e informar, no manifesto de transporte de resíduos, a massa, em quilogramas, dos medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso recebidos no ponto de armazenamento secundário e encaminhados para a unidade de tratamento e destinação final ambientalmente adequada, obedecida a prioridade estabelecida no § 3º do art. 7º.*

Foram incluídos na proposta elaborada pela SMS para o Plano Plurianual (PPA 2022-2025) os custos referentes à aquisição de dispensadores contentores, a fim de atender ao disposto no Artigo 10 do Decreto Nº 10.388, de 05 de junho de 2020.

#### **1.6.5.2 Média e Alta Complexidade**

Durante o Plano Plurianual (PPA) 2017-2021 foi efetuada a implantação do sistema GMAT nas 03 farmácias dos Pronto Atendimentos Lomba do Pinheiro, Bom Jesus e Cruzeiro do Sul bem como nas 02 farmácias dos hospitais próprios (HPS e HMIPV), o que permitiu o início do controle de estoques de medicamentos por lote nesses locais. Além disso, foram normatizadas as realizações de inventários anuais para esses serviços e em outubro de 2020 foi implantado o Módulo de Inventário GMAT.

Diante do agravamento da pandemia e a necessidade de manter o acesso aos leitos de UTI e emergências foram realizados os monitoramentos de estoques dos medicamentos do Kit Intubação dos serviços hospitalares e a distribuição pela SMS de mais de 170 mil ampolas de medicamentos do Kit Intubação no ano de 2021.

A implantação do atendimento farmacêutico a pessoas internadas por asma nos pronto atendimentos durante as Operações Inverno 2018 e 2019 demonstrou o impacto destes atendimentos na transição de níveis de cuidado. Análise retrospectiva pareada verificou redução da intervenção e do tempo médio destas



após a intervenção do farmacêutico nesses serviços, 30% dos pacientes atendidos foram encaminhados para a APS para revisão de sua farmacoterapia.

No âmbito da aquisição de medicamentos, a utilização do consórcio Granpal foi autorizada em 2020, entretanto ainda estão pendentes processos de atualização dos sistemas LIC e GMAT para a utilização plena no modelo de compras a menor preço no comparativo PMPA e Granpal. A implementação plena deste processo ampliará a gama de fornecedores possíveis para o mesmo item, além de gerar maior economicidade ao município. Além disso, a interlocução junto à DLC-SMAP quanto à aquisição de medicamentos é fundamental para encontrar-se alternativas de aquisição e evitar-se o desabastecimento nos serviços, com principal destaque à nutrição parenteral, aos medicamentos manipulados e aos medicamentos de alta complexidade.

Como perspectivas, para a vigência do PPA 2022-2025, planeja-se: a implementação de ferramentas de suporte à decisão clínica na validação das prescrições, a integração entre os sistemas SIHO e GMAT, o monitoramento dos medicamentos estratégicos nos hospitais e pronto atendimentos, a implantação de linha de cuidado que contemple atendimento farmacêutico estruturado para a transição entre os níveis de cuidado (contrarreferência), principalmente no atendimento a pessoas em uso de anticoagulantes orais, asma e diabetes, além disso, a inclusão do núcleo de farmácia no Programa Multiprofissional em Urgência e Emergência do HPS (PRIMURGE).

Além das metas previstas sugere-se, também, as seguintes ações:

- Monitorar, em conjunto com a CAIST, os medicamentos Estratégicos nos Hospitais e Pronto Atendimentos;
- Publicar a lista de Medicamentos Potencialmente Perigosos para Idosos;
- Realizar capacitações, orientações técnicas e recomendações quanto ao uso racional de medicamentos;
- Auxiliar, em conjunto com o Núcleo das Políticas Integrativas e Complementares, o monitoramento da implantação da Política Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos de Porto Alegre no âmbito do SUS, no contexto dos hortos comunitários e farmácias vivas no município.

### 1.6.6 Assistência Laboratorial

A Coordenação da Assistência Laboratorial (CAL) foi formalizada na estrutura da Secretaria de Saúde de Porto Alegre (SMS) através do Decreto nº 20.422, de 06/12/2019 e tem como principal objetivo elaborar estratégias para garantir o acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde aos exames laboratoriais e de patologia de forma segura, eficiente e qualificada.

A CAL trabalha diretamente com os laboratórios clínicos municipais, no âmbito estratégico, buscando qualificação dos serviços. A rede municipal de laboratórios municipais é composta pelos Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), Hospital de Pronto Socorro (HPS) e Laboratório Central de Saúde Pública de Porto Alegre (LabCen).

- HMIPV: possui laboratório clínico e posto de coleta ambulatorial para atender a demanda hospitalar, da Atenção Primária em Saúde (APS) e serviços especializados. Além disso, possui o Laboratório de Triagem Neonatal (SRTN) que é o laboratório de referência para todo o Estado do Rio Grande do Sul para a realização do teste do pezinho.

Sobre o SRTN, em 2020 foi aprovado o projeto piloto - Triagem Neonatal Expandida por Espectrometria de Massas em Tandem no Município de Porto Alegre: Um Estudo-piloto - junto com o serviço de Genética Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e UFRGS para a realização do teste do pezinho ampliado para os porto-alegrenses. Esse projeto iniciou em junho de 2021, terá duração de 12 meses e possibilitará a realização de 22 exames além dos 6 já ofertados no programa atual. São eles:

#### Metabolismo de ácidos graxos e corpos cetônicos:

- 1 - Deficiência de Acil-CoA desidrogenase de cadeia muito longa (VLCAD)
- 2 - Deficiência de Acil-CoA desidrogenase de cadeia longa (LCHAD)
- 3 - Deficiência de proteína trifuncional mitocondrial (TFP)
- 4 - Deficiência de carnitina palmitoiltransferase I (CPT I)
- 5 - Deficiência de carnitina palmitoiltransferase II (CPT II)
- 6 - Deficiência de carnitina-acilcarnitina translocase (CACT)
- 7 - Deficiência de Acil-CoA desidrogenase de cadeia media (MCAD)
- 8- Deficiência primária de carnitina (CUD) Acidúrias Orgânicas:
- 9 - Acidúria glutárica tipo I (GAI)

- 10 - Acidúria metilmalônica (MMA)
- 11 - Acidúria isovalérica (IA)
- 12 - Acidúria propiônica (PA)
- 13- Acidúria hidroximetilglutárica (HMG-CoA)
- 14-Deficiência de 3-metilcrotonil-CoA carboxilase (3-MCC)
- 15-Deficiência múltipla de carboxilases (MCD)
- 16-Deficiência de cobalamina A e B (CbIA, B)
- 17-Deficiência de beta-cetotiolase (BKT)

Aminoacidopatias: 18-Homocistinúria Clássica (HCU)

- 19-Doença da Urina do Xarope do Bordo (MSUD)
- 20-Tirosinemia tipo I (TYR I)

Distúrbios do Ciclo da Uréia:

- 21-Citrulinemia tipo 1 (CIT 1)
- 22-Acidúria argininosuccínica (ASA)

- HPS: possui laboratório clínico para atender a demanda do hospital
- LabCen: O Laboratório Central de Saúde Pública de Porto Alegre faz parte da rede de laboratórios de saúde pública do Ministério da Saúde. Tem como principal objetivo realizar exames que não são ofertados nos laboratórios convencionais e que possuem grande importância nas políticas públicas. Exemplificando, são realizados exames como carga viral do HIV e Hepatites, exames para Tuberculose, tais como baciloscopia, teste rápido molecular e culturas, CD4 e CD8, exames para detecção da Dengue e busca, gradativamente, acrescentar exames que possam auxiliar nas estratégias da vigilância em saúde. O LabCen trabalha em conjunto com o Lacen-RS.

**Tabela 91 - Número de exames realizados pelos Laboratórios próprios, 2017 - 2020**

Exames	2020			2019			2018			2017		
	Lab. Central	HPS	HMIPV	Lab. Central	HPS	HMIPV	Lab. Central	HPS	HMIPV	Lab. Central	HPS	HMIPV
Genotipagem/Carga Viral HCV	1.911			2.124			2.680			2.680		
Bioquímica		155.307	319.040	168.551	167.934	279.857	123.405	161.729	218.774	93.767	150.213	199.762
Imunologia / hormônio	10.143	580	63.132	102.840		12.152	69.571			56.682		
Hematologia e Coagulação		54.728	90.462	44.713	61.092	92.291	32.977	52.565	80.456	26.565	51.949	69.078
Carga viral HIV	9.904			11.540			10.833			10.944		
CD4/CD8	4.980			7.489			7.611			9.001		
HIV ELISA/ECLIA	1.916		8.185	10.649			9.446			7.881		
Microbiologia		7.118	18.100	2.724	9.016	22.428	833	16.188	18.737		10.030	17.906
Parasitologia		69	1.866		63	4.064		101	1.589		67	1.079
Teste de Esterilização	380			2.321			2.976			3.835		
Tuberculose	8.375			13.158			14.782			11.515		
TR Dengue NS1	90			676								
Urinalise		5.641	25.187	15.230	7.773	15.758	9.843	8.033	17.402	6.968	7.991	16.404
<b>Total</b>	<b>37.699</b>	<b>223.443</b>	<b>525.972</b>	<b>382.015</b>	<b>245.878</b>	<b>426.550</b>	<b>284.957</b>	<b>238.616</b>	<b>336.958</b>	<b>229.838</b>	<b>220.250</b>	<b>304.229</b>

Fonte: Sistema Laboratorial.

Saindo do âmbito dos exames hospitalares e de saúde pública, a Assistência Laboratorial trabalha com estratégias que garantam a oferta de exames laboratoriais demandados pela APS. Para isso, em conjunto com a Direção de Contratos e Núcleo de Relacionamento com Prestador Ambulatorial trabalha com laboratórios conveniados a SMS por meio de gestão e fiscalização de contratos e serviços. Atualmente, pelo edital de chamamento público 03/2019, Porto Alegre possui 13 laboratórios parceiros com mais de 30 pontos de coleta espalhados em todas as regiões da cidade. Somado a isso, através do contrato com o Hospital da Restinga (HRes) garantiu-se serviço de coletas volantes em cinco unidades de saúde da região.

O edital 03/2019 teve como objetivo ampliar a capilaridade de pontos de coleta no município e possibilitar o livre acesso do cidadão, escolhendo em qual serviço realizar o atendimento. Além disso, todos os exames laboratoriais passaram a ser solicitados no sistema Gercon e todos os laboratórios precisam dar *check-in* de atendimento quando recebem o paciente. Esse processo garante rastreabilidade de todos os atendimentos.

Em 2021 dois novos pontos de coleta já foram habilitados, totalizando 32 pontos de coleta derivados do chamamento público.

Tabela 92 - Número de exames realizados pelos Laboratórios contratualizados, 2017 - 2020

Laboratórios	2020		2019		2018		2017	
	Produção Física	Produção Financeira (R\$)	Produção Física	Produção Financeira (R\$)	Produção Física	Produção Financeira (R\$)	Produção Física	Produção Financeira (R\$)
Analysis	214.694	1.186.110,98	43.177	235.554,67	-	-	-	-
Andradas	139.246	762.534,70	195.548	1.067.695,27	191.979	1.013.458,92	177.502	928.132,12
Bioanálises	226.020	1.382.930,18	231.366	1.428.578,23	188.847	1.183.595,36	178.596	1.144.690,27
Endocrimeta	314.697	1.755.806,64	337.112	1.839.392,13	357.954	1.884.033,69	334.194	1.738.973,26
Faculdade de Farmácia	92.119	638.939,48	185.914	1.172.873,27	177.376	1.129.312,59	157.720	994.303,83
Felippe	58.075	320.562,22	123.686	644.163,41	141.453	718.801,33	130.706	667.912,71
Geyer	134.486	728.879,05	204.799	1.105.778,11	249.805	1.330.436,06	241.052	1.230.065,27
Jeffman	334.145	1.764.272,43	212.783	1.081.988,47	229.735	1.152.193,87	218.793	1.096.783,00
Lafont	-	-	-	-	-	-	86.229	439.283,56
Lutz	182.275	979.274,66	262.079	1.332.394,00	263.441	1.326.369,56	253.497	1.265.177,51
Marques Pereira	125.072	676.681,94	219.157	1.173.741,04	235.814	1.219.179,04	212.136	1.082.393,97
Mont Serrat	34.602	186.378,25	-	-	-	-	-	-
Moogen	37.944	204.216,49	206.455	1.071.176,75	232.006	1.181.962,95	222.987	1.121.082,47
Nobel	296.538	1.610.612,86	54.266	283.196,21	-	-	-	-
Santa Helena	133.399	738.376,23	228.110	1.208.972,91	226.696	1.181.466,65	190.451	986.364,64
Senhor dos Passos	-	-	-	-	207.976	1.108.117,51	280.396	1.474.968,32
<b>Total</b>	<b>2.323.312</b>	<b>12.935.576,11</b>	<b>2.504.452</b>	<b>13.645.504,47</b>	<b>2.703.082</b>	<b>14.428.927,53</b>	<b>2.684.259</b>	<b>14.170.130,93</b>
<b>Média mensal</b>	<b>193.609,33</b>	<b>1.077.964,68</b>	<b>208.704,33</b>	<b>1.137.125,37</b>	<b>225.256,83</b>	<b>1.202.410,63</b>	<b>223.688,25</b>	<b>1.180.844,24</b>

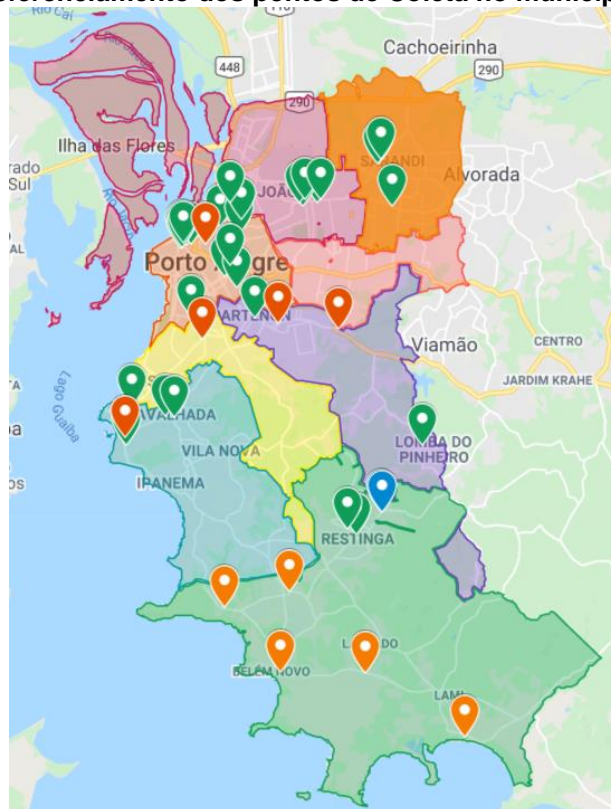
Fonte:

SIA

-

Tabwi

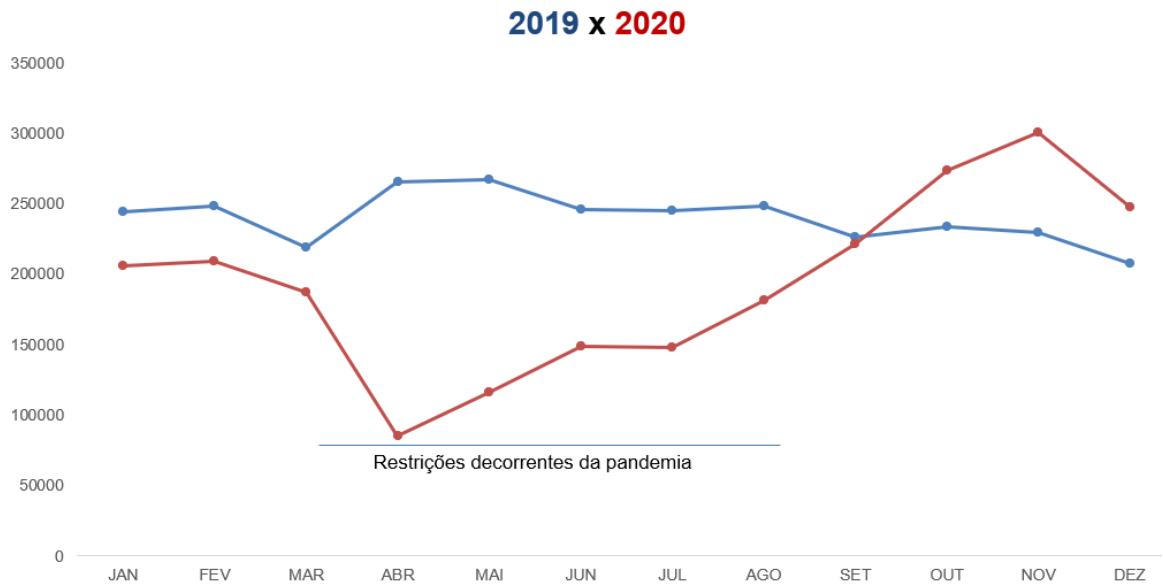
**Figura 15 - Georreferenciamento dos pontos de Coleta no município em 2021**



Verde: chamamento público; vermelho: próprios; laranja: HRes - coletas volantes

Fonte: My maps – Google.

**Gráfico 95 - Comparativo de exames laboratoriais da rede conveniada 2019- 2020**



ano	produção física	produção financeira
2019	2504452 R\$	13.645.504,47
2020	2323257 R\$	12.934.091,11

Fonte: Tabwin.

## ***Exames citopatológicos***

A Assistência Laboratorial atua em conjunto com demais áreas da SMS para garantir acesso aos exames citopatológicos com qualidade, agilidade e rastreabilidade. Atualmente são três laboratórios conveniados ao município que realizam uma média de 5.400 exames citopatológicos mensais oriundos das consultas da APS. Um dos desafios em anos anteriores era obter os registros desses exames, pois os mesmos eram solicitados e liberados em sistemas distintos. Em parceria com a Área Técnica da Saúde da Mulher e APS foi possível unificar o registro desses exames no SISCAN - Sistema de Informação do Câncer. Dessa forma, todos os exames da APS são solicitados e liberados em apenas uma plataforma web.

Outra necessidade para garantir a qualidade dos citopatológicos estava na implementação do Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ). Em parceria com o Hospital Sanatório Partenon foi acordado e contratado esse serviço, onde um percentual dos exames liberados no SISCAN são escolhidos de forma randômica e analisados pelo laboratório do Partenon. Com a pandemia do novo Coronavírus o MEQ foi pausado, mas com previsão de retomar em setembro de 2021.

## ***Anatomia Patológica***

Assim como todos exames que possuem estrutura laboratorial, os exames de anatomia patológica também são de responsabilidade da CAL. Atualmente os exames ambulatoriais são realizados pelo laboratório Edelweiss e pelo laboratório do Sanatório Partenon.

Em 2018 a cidade de Porto Alegre foi selecionada como Cidade-Desafio do City Cancer Challenge (C/Can). Esse programa visa mapear casos oncológicos da cidade, desde o acesso ao diagnóstico, a qualidade dos serviços, a navegação dos pacientes na rede, o tratamento e desfecho. No mapeamento da cidade, os grupos de trabalho (comitês técnicos e executivos) encontraram 13 desafios que seriam transformados em projetos. Um desses desafios estava diretamente relacionado à qualidade e rastreabilidade dos exames de anatomia patológica nos laboratórios de patologia da cidade. O grupo técnico responsável por esse projeto inclui diversos patologistas da cidade, a vigilância em saúde de Porto Alegre, um membro do C/Can global e é coordenado pela Assistência Laboratorial.



O problema principal encontrado foi a ausência de um norteador para que os laboratórios pudessem seguir padrões de qualidade, desde a coleta, identificação, recebimento, cadastramento, processamento e liberação dos resultados. Problema esse refletido, inclusive, nas Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA. Para sanar essa questão, foi elaborado um Manual da Qualidade (Manual da Qualidade: Patologia em Foco) que estará disponível como orientador para todos os serviços. Além disso, através dele, o serviço de fiscalização da vigilância em saúde terá indicadores baseados na particularidade do serviço como guia de fiscalização. Esse manual está em processo de diagramação.

Outro ponto mapeado foi semelhante ao encontrado para os exames citopatológicos. A ausência de um sistema único para registro dos exames de patologia, dificulta a navegação do paciente na rede e a obtenção de dados robustos para a tomada de decisão na gestão de saúde pública. Este desafio deverá ser avaliado neste Plano.

### ***Pandemia Covid-19***

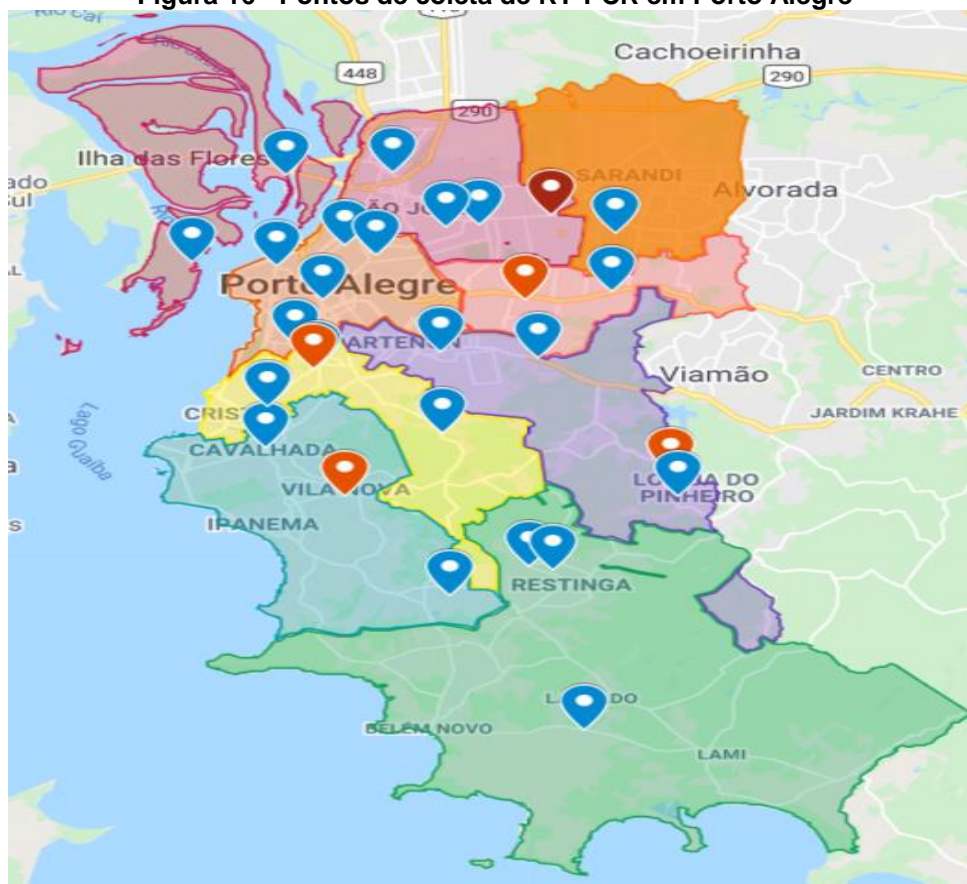
A Assistência Laboratorial por ser um serviço de apoio às demais áreas, atuou e atua na pandemia auxiliando nos protocolos de testagem e análise de dados dos exames. Participando das seguintes ações:

- Apoio nas estratégias de testagem na APS, Saúde Mental, Escolas, Instituições de Longa Permanência, serviços de urgência e ações de rastreamento junto a Vigilância em Saúde
- Participação na elaboração do Gercon Notificações Covid-19
- Contratação, gestão e fiscalização de laboratórios moleculares e clínicos
- Aquisição e distribuição de testes rápidos de anticorpos e antígenos
- Análises dos dados de testagem por meio de indicadores

Desde o início da pandemia, Porto Alegre se preocupou em utilizar e disponibilizar o teste molecular RT-PCR para toda a população, de forma a obter autonomia nas estratégias de testagem. Para isso, foram contratados diferentes laboratórios moleculares com o intuito de garantir maior capacidade de processamento, diminuir o risco de falta de exames por problema técnico ou sobrecarga caso o serviço fosse centralizado, garantir o menor tempo resposta

possível entre a coleta do exame e a liberação do resultado e garantir capilaridade de pontos de coleta no município.

**Figura 16 - Pontos de coleta de RT-PCR em Porto Alegre**



Legenda: azul: laboratórios conveniados laranja: Pronto Atendimento e HVN vermelho: UPA Moacyr Scliar  
Fonte: my maps – Google.

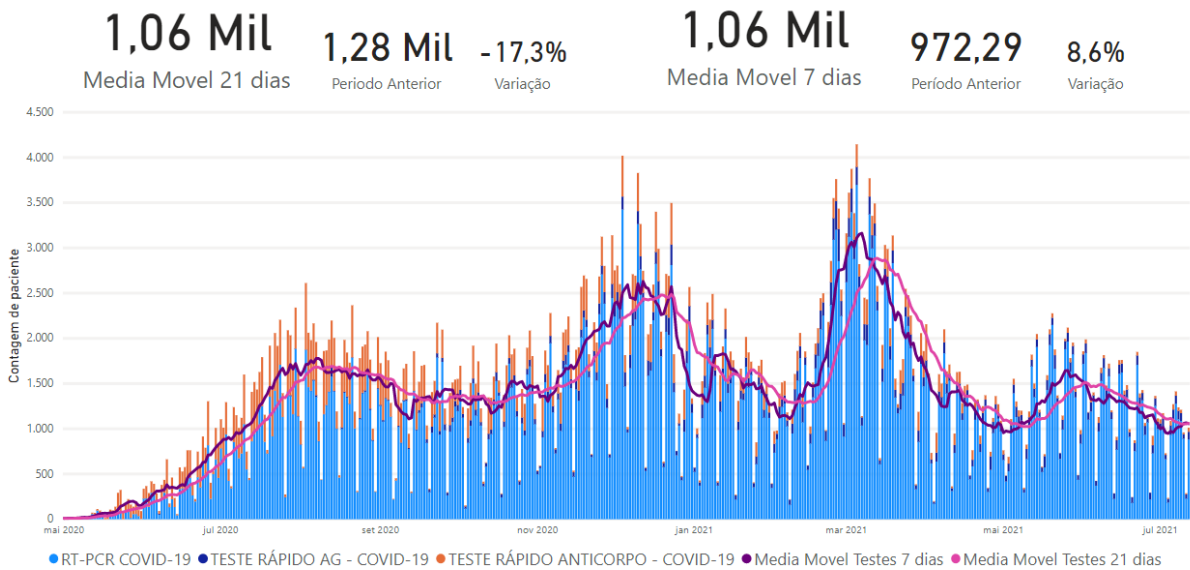
A seguir apresentamos alguns exemplos de indicadores monitorados.



SECRETARIA DE SAÚDE

### Gráfico 96 - Quantidade de testes: SUS e laboratórios privados

TESTES REALIZADOS PARA RESIDENTES EM PORTO ALEGRE, POR DIA E TIPO DE TESTE + MÉDIA MÓVEL 7 E 21 DIAS



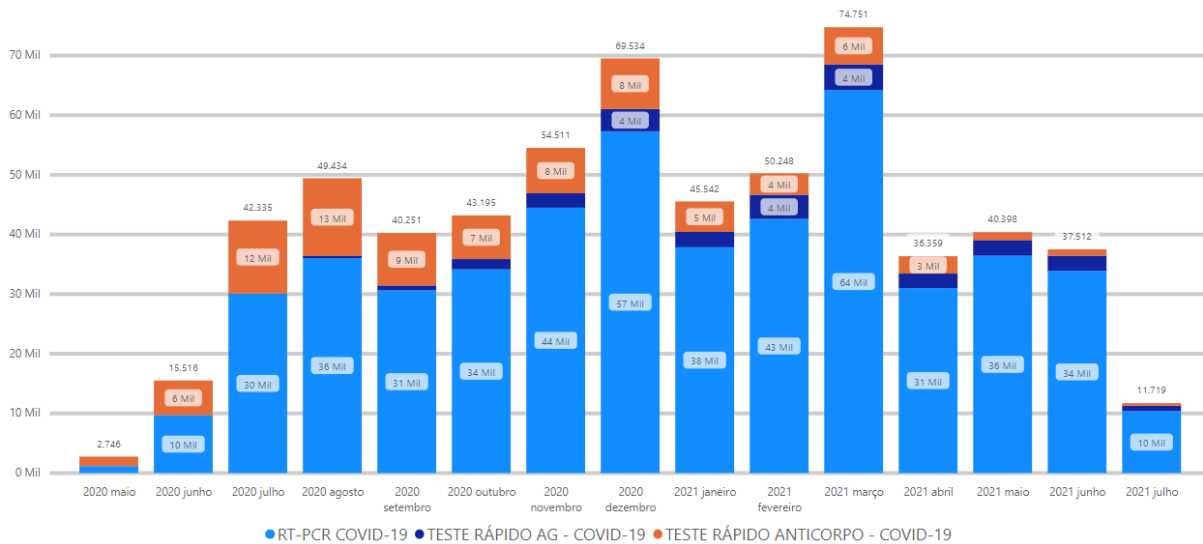
Fonte: Procempa Big Data - Power BI.

### Gráfico 97 - Quantidade de testes mensais e semanais realizados



SECRETARIA DE SAÚDE

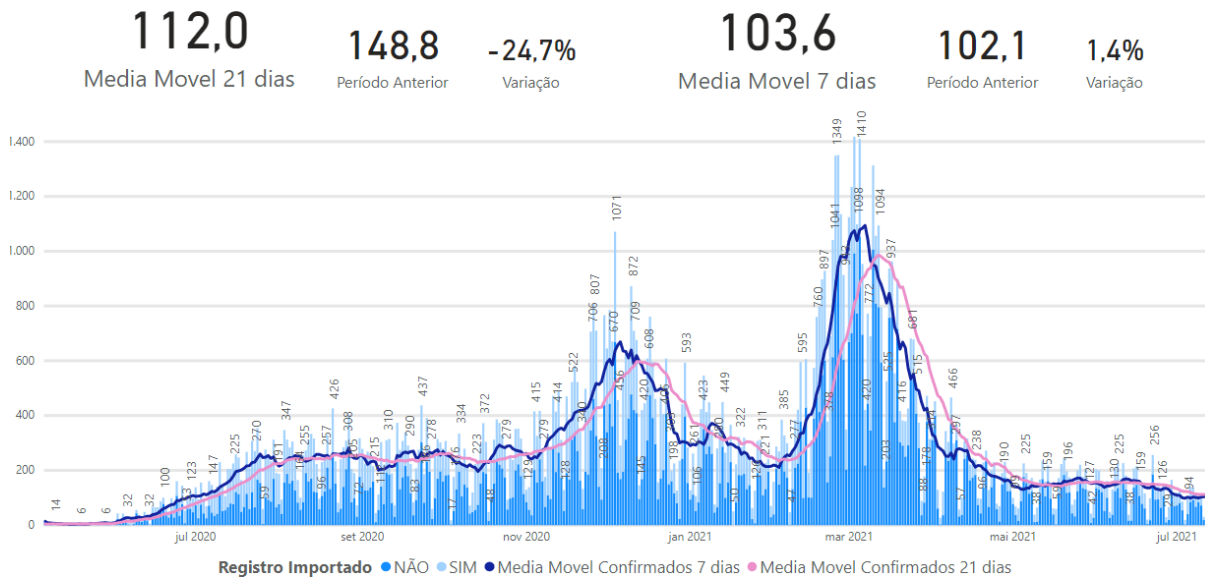
TESTES REALIZADOS PARA RESIDENTES EM PORTO ALEGRE, POR SEMANA E TIPO DE TESTE



Fonte: Procempa Big Data - Power BI.

### Gráfico 98 - Quantidade de casos confirmados e percentuais de variação

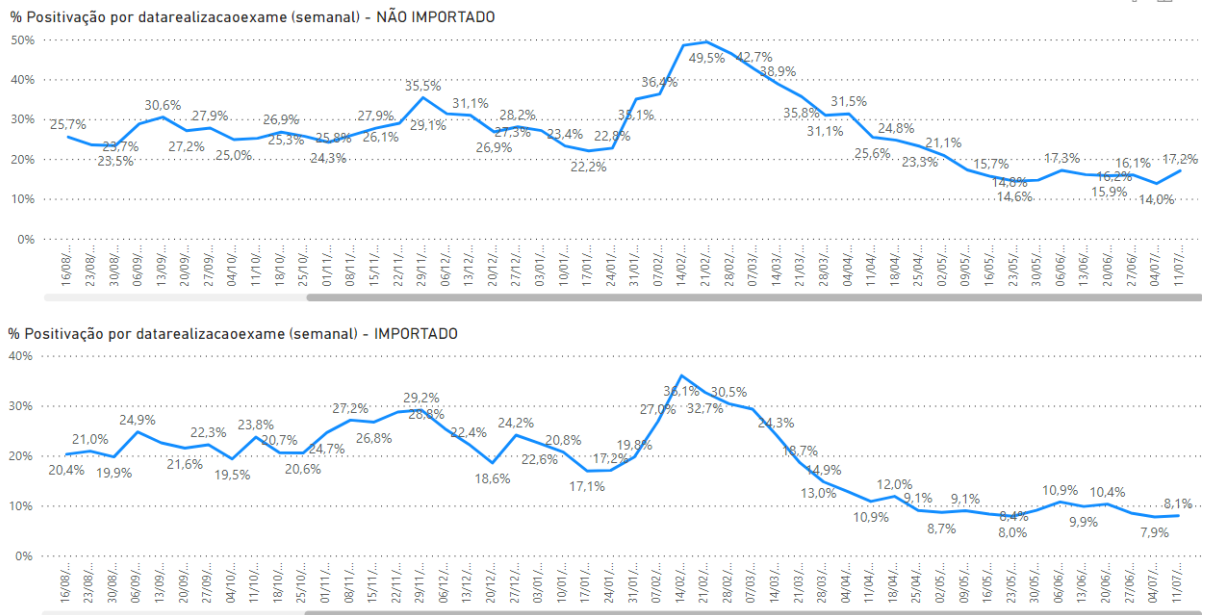
#### CASOS CONFIRMADOS PARA RESIDENTES EM PORTO ALEGRE, POR DIA E TIPO DE TESTE + MÉDIA MÓVEL 7 E 21 DIAS



Fonte: Procempa Big Data - Power BI.

### Gráfico 99- Taxa de positividade semanal dos exames positivados importados e não importados de RT PCR

#### TAXA DE POSITIVIDADE SEMANAL SINTOMATICOS - RT PCR



Fonte: Procempa Big Data - Power BI

Estes painéis foram possíveis, pois em 2020 foram publicados os decretos municipais 20.629 (de 25 de junho de 2020) e 20.632 (de 29 de junho de 2020) com a obrigatoriedade de envio de todos os exames ambulatoriais Covid-19 para a SMS. Além disso, todos os exames para a Covid-19 do SUS de Porto Alegre são notificados no sistema Gercon-Notificações e alimentados pela importação dos

exames por cada prestador de serviço, bem como, todos os exames da iniciativa privada. Esta ação permite a compilação de informações em um único banco de dados.

Considerando a análise realizada, a Coordenação da Assistência Laboratorial tem como objetivo para os próximos anos qualificar a Assistência Laboratorial por meio da ampliação do acesso, da oferta de exames e da capacidade de obtenção de dados é proposto o Plano de Qualificação da Assistência Laboratorial o qual se encontra como Anexo – C deste documento.

### ***Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) – Teste do Pezinho***

Em 2001 ocorreu a implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) pelo Ministério da Saúde. Desde então o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas passou a sediar o Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) e integra a Política Estadual de Triagem Neonatal no Estado do RS. O SRTN tem como missões:

- A detecção precoce das doenças triadas;
- A ampliação da cobertura populacional, tendo como meta 100% dos nascidos vivos;
- A busca ativa de pacientes suspeitos de serem portadores das patologias;
- A confirmação diagnóstica, o tratamento e o acompanhamento multidisciplinar especializado dos pacientes identificados.

Atualmente 6 patologias são diagnosticadas e tratadas pelo SRTN: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase. O processo de diagnóstico inicia pelo popularmente conhecido “Teste do Pezinho”. As orientações sobre a coleta devem ser iniciadas para as gestantes durante o pré-natal. O teste é gratuito e consiste na coleta de gotas de sangue do calcanhar do bebê em um cartão de coleta, específico para este fim. O período ideal para a coleta é do 3º ao 5º dia de vida. O “Teste do Pezinho” permite o diagnóstico precoce e a prevenção de doenças que podem trazer sequelas irreversíveis, contudo evitáveis a partir do diagnóstico no período adequado. As coletas são realizadas, na sua grande maioria, nas Unidades de Saúde (US) de referência do Recém-Nascido (RN), bem como a retirada do resultado do exame. Em casos específicos, onde há necessidade da permanência do RN no serviço hospitalar, a coleta é realizada pelo hospital e enviada para o

SRTN. O resultado igualmente pode ser retirado na Unidade de Saúde, uma vez que o sistema é integrado. Os dados apresentados nas tabelas abaixo, mostram os resultados do Rio Grande do Sul e de Porto Alegre no período de 2016 a 2020.

**Tabela 93 - Número de recém-nascidos triados para o teste do pezinho, no período ideal da coleta e emissão dos resultados, 2016-2020**

	2020		2019		2018		2017		2016	
	RS	POA	RS	POA	RS	POA	RS	POA	RS	POA
Triados	100.978	13.993	102.313	13.284	106.547	13.872	106.094	14.253	107.147	14.440
Coleta 0-2 dias de vida	12.261	4.070	777	130	733	128	632	125	419	66
% coleta 0-2 dias de vida	12,1	29,1	0,8	1,0	0,007	0,009	0,006	0,009	0,004	0,005
Coleta 3-5 dias de vida	63.897	8.294	72.827	10.927	72.714	10.976	70.341	10.862	81.558	12.333
% coleta 3-5 dias de vida	63,3	59,3	71,1	82,2	68,2	79,1	66,3	76,2	76,1	85,4
Tempo (dias) da coleta até emissão de resultados	8,6	8,3	7,4	8,7	7,5	8,5	6,9	8,2	7,1	7,3

Fonte: SRTN /HMIPV/SMS.

No comparativo entre os anos de 2016 e 2020 verifica-se uma redução do número de testes de triagem neonatal no estado do RS. Segundo o NIS/DGTI/SES/RS o estado tem apresentado uma diminuição do número de nascimentos. Em 2016 nasceram 141.411 crianças, fechando uma cobertura de 75,8% de crianças que realizaram o teste na rede pública e em 2020 nasceram 130.402 crianças, fechando uma cobertura de 77,4%. Apesar da diminuição dos nascimentos e dos exames realizados, a proporção de cobertura da triagem neonatal se mantém constante no estado. Porto Alegre seguiu o mesmo padrão, houve diminuição dos nascidos-vivos (em 2016 nasceram 16.526 e em 2020 15.665 crianças, mas apresentou um aumento no percentual de cobertura (77,6% para 89,3%) na rede pública. No ano de 2020, em decorrência da pandemia, verificou-se um aumento considerável de coletas realizadas até o 2º dia de vida. Isso se deu pela orientação de que as grandes maternidades da capital realizassem a coleta do teste antes da alta hospitalar a fim de garantir sua realização, dado a orientação de restrição à mobilidade social. Como um número considerável de crianças recebem alta nas primeiras 48 horas, a realização do teste neste período elevou os números no comparativo com anos anteriores. Conseqüentemente, os percentuais de realização do teste no período considerado ideal mostrou redução no ano de 2020 em relação aos anos anteriores. Neste sentido é fundamental realizar novo ciclo de capacitações para qualificar os profissionais da atenção primária de Porto Alegre,

considerando a inserção de novos profissionais na rede. Estas capacitações além de fomentar o reconhecimento da realização do Teste do Pezinho no período adequado, também objetivam qualificar a coleta do teste que muitas vezes são enviados com problemas e necessitam ser recoletados, assim como garantir a celeridade no envio do teste ao laboratório.

O tempo entre a coleta do teste e o envio ao Laboratório também é um fator muito importante na triagem neonatal, uma vez que o principal objetivo é o diagnóstico e início do tratamento o mais precoce possível, principalmente na fase assintomática das doenças. Nos últimos 5 anos (2016 a 2020), Porto Alegre apresentou variações nos tempos de transporte e buscou fazer melhorias nos fluxos, objetivando reduzir os tempos e melhorar neste indicador. Neste sentido, identifica-se necessidade premente de sensibilizar as equipes para a necessidade de envio do teste o mais breve possível ao laboratório, a melhora nos tempos de transporte e na emissão dos resultados, assim como a busca ativa de reconvocados: todos estes impactam fatores diretamente no início do tratamento.

Analisando os dados do teste do pezinho, nos primeiros meses de 2021, os números têm demonstrado a retomada da normalidade quanto às coletas nas unidades de saúde, principalmente com a redução considerável das coletas precoces (0-2 dias) nas maternidades.

**Tabela 94 - Número e o percentual de crianças que realizaram o Teste do Pezinho, entre o 3º ao 5º dia de vida, por Gerência Distrital em Porto Alegre, de 2016 a 2020**

Gerências	2020	2019	2018	2017	2016
Distritais	3- 5 dias (%)	3- 5 dias (%)	3- 5 dias (%)	3- 5 dias (%)	3- 5 dias (%)
Centro	240 (73,8)	460 (78,8)	414 (71,6)	388 (71,9)	399 (80,3)
GCC	445 (73,3)	815 (77,7)	891 (75,8)	874 (70,8)	1.048 (83,4)
Leno	486 (72,5)	1.002 (79,5)	1.017 (74,3)	1.054 (70,9)	1.206 (79,6)
NHNI	292 (74,3)	683 (82,9)	632 (74,3)	566 (69,7)	667 (82,9)
PLP	616 (74,4)	1.257 (79,2)	1.300 (77,4)	1.366 (73,8)	1.443 (82,2)
RES	436 (66,6)	796 (73,4)	811 (69,6)	831 (65,8)	982 (79,3)
SCS	498 (77,0)	799 (74,6)	792 (73,8)	820 (71,7)	972 (80,4)
NEB	500 (75,0)	1.123 (80,0)	1.059 (72,9)	1.017 (67,0)	1.317 (81,4)
Hospitais	4.810 (52,3)	3.991 (90,4)	4.060 (89,7)	3.946 (89,6)	4.298 (94,5)
<b>Total</b>	<b>8.323 (71,0)</b>	<b>10.926 (79,6)</b>	<b>10.976 (75,5)</b>	<b>10.862 (72,4)</b>	<b>12.332 (82,7)</b>

Fonte: SRTN /HMIPV/SMS.

Em todas as gerências do município de Porto Alegre, observamos uma flutuação no número de coletas no período ideal (3-5 dias de vida) entre 2016-2020. As diferenças podem estar refletindo dificuldades pontuais de cada território que

precisam ser revisadas. Também, podem sofrer impacto pela troca das equipes e necessidade de novas capacitações. Em 2018 foram capacitadas todas as equipes de saúde de Porto Alegre, porém muitos destes profissionais já não compõem as equipes. Identifica-se a necessidade de nova rodada de capacitações para o próximo período.

As maternidades de Porto Alegre assumiram a grande totalidade das coletas nos primeiros meses da pandemia (de março a outubro de 2020), provocando um aumento significativo das coletas de 0-2 dias de vida do RN e a diminuição das coletas de 3-5 dias. Este movimento impactou, principalmente, nas coletas que normalmente aconteceriam nas unidades de saúde, ocorrendo uma redução importante do número de primeiras coletas nos territórios. Analisando o percentual de coletas nos hospitais de 0-5 dias, estes atingiram 95% durante o ano de 2020.

**Tabela 95 - Número de primeiras consultas realizadas no HMIPV, para as doenças triadas por meio do Teste do Pezinho e a mediana da idade (dias) do recém-nascido no momento da realização da consulta, em 2019 e 2020**

Doenças Triadas	Nº de 1ª consulta/ idade (dias)	
	2019	2020
Hipotireoidismo Congênito	104 (22)	133 (16)
Hiperplasia Adrenal Congênita	93 (20)	83 (17)
Fenilcetonúria	16 (35)	14 (28)
Doença Falciforme/Hemoglobinopatias	85 (58)	47 (27)
Fibrose Cística	66 (35)	77 (40)
Deficiência de Biotinidase	35 (48)	40 (40)
Total consultas faltantes	433	267

Fonte: SRTN /HMIPV/SMS.

O SRTN é referência para os 497 municípios do estado do Rio Grande do Sul. Recebe amostras de aproximadamente 2.000 Unidades de Saúde. Atualmente, conta com laboratório especializado próprio e com laboratório de apoio para análises de biologia molecular. Nos casos em que há suspeita de doença, é realizado contato telefônico com a família ou unidade de saúde de referência dos RNs e consulta com equipe multiprofissional especializada no ambulatório do HMIPV. A equipe do HMIPV é composta de pediatras, endocrinologistas, pneumologistas, geneticistas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, responsáveis pelo acolhimento do paciente e família, confirmação diagnóstica, exames confirmatórios e tratamento durante a vida do indivíduo.

As consultas e acompanhamento são realizadas no ambulatório do SRTN, localizado no 5º andar, bloco C do HMIPV. O SRTN é responsável pela busca ativa



dos RN, e por todos os exames necessários para a confirmação diagnóstica. É de responsabilidade das unidades e dos municípios a localização e comunicação com as famílias e o transporte até Porto Alegre para as consultas. Uma vez confirmada a doença, somente a fibrose cística e as hemoglobinopatias são referenciadas para serviços especializados logo após o fechamento do diagnóstico. Os portadores das demais doenças permanecem vinculados ao ambulatório do SRTN no HMIPV, atualmente responsável pelo acompanhamento de cerca de 1.797 crianças.

O aprimoramento da telemedicina dentro do SRTN impactou significativamente na idade mediana da primeira consulta. Sabemos que a principal missão de um Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) é o diagnóstico e o tratamento precoces antes do aparecimento dos sintomas. A chegada do RN para a confirmação diagnóstica e o início do tratamento são metas constantemente almeçadas pelo serviço. Apesar de todas as dificuldades enfrentadas pelo SRTN em função da pandemia, este indicador representa um grande avanço para o ambulatório. A necessidade de integração entre o SRTN e a saúde da criança nos diversos municípios do estado, com o objetivo de agilizar os processos de diagnóstico e tratamento proporcionaram muitos avanços nas diferentes regionais de saúde. A integração entre as equipes locais e o SRTN, matriciamento das equipes pela referência, apoio institucional e fortalecimento dos fluxos de trabalho são alguns aspectos que podemos exemplificar de avanços neste processo.

No ano de 2020, ocorreu a publicação da Lei Estadual Nº 15.470, de março de 2020, ampliando a triagem neonatal para todas as crianças nascidas em território gaúcho. Contudo, não houve avanços para viabilizar estas ações. Em 2021 foi sancionada a Lei Federal Nº 14.154, de maio de 2021 que amplia o Programa Nacional de Triagem Neonatal em todos os estados federativos. O Estado do Rio Grande do Sul aguarda a publicação das fontes financiadoras para a implantação das referidas leis. O HMIPV manifestou o interesse em assumir a ampliação da triagem neonatal, contemplando todas as etapas preconizadas pelo Programa Nacional. Para isso, é necessária uma ampla discussão com o estado para estabelecer os recursos financeiros necessários para a triagem das doenças, sua confirmação diagnóstica, tratamento e definição das linhas de cuidado para cada doença triada.

***Ações a serem realizadas para obtenção da Meta de Redução da Mortalidade Infantil:***

- Realizar a coleta do teste do pezinho entre o 3º e 5º dia de vida do RN em 85,0% das crianças que realizam o teste na rede pública de Porto Alegre;
- Encaminhar o teste do pezinho para o SRTN até o 5º dia após a coleta do mesmo nas Unidades de Saúde;
- Realizar duas capacitações (2022 e 2024) para toda a rede assistencial de coleta, nos diferentes níveis de atenção, do município de Porto Alegre, visando a qualificação das equipes sobre importância e fluxos da triagem neonatal.

***Ações a serem realizadas para obtenção da Meta de qualificação do serviço prestado:***

- Diminuir a idade mediana do RN nas primeiras consultas de hiperplasia adrenal congênita e hipotireoidismos congênitos para 15 dias de vida do RN.
- Diminuir a idade mediana do RN nas primeiras consultas de fenilcetonúria, hemoglobinopatias, deficiência de biotinidase e fibrose cística para 20 dias de vida do RN.
- Promover a criação e manutenção de um banco de dados de pacientes do município de Porto Alegre em acompanhamento no SRTN. Elaborar um banco de dados com interface entre o SRTN e a rede assistencial do município.
- Acionar o município (Unidades Básicas de Saúde, Assistência Social e/ou Conselho Tutelar), quando houver necessidade de auxílio para resolução de problemas dos pacientes no seu território de origem.

## **1.7 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – Portaria nº 4.279, de 30/12/2010), com suas diretrizes consolidadas pela Portaria 03/2017 - MS. Os desafios para a constituição destas redes passam pelo fortalecimento dos mecanismos de governança (colegiados, conselhos de saúde e participação da sociedade), pelo financiamento suficiente para a dimensão das necessidades do sistema e pelo fortalecimento da gestão para execução e monitoramento de todos os processos.

### **1.7.1 Rede Cegonha**

A rede de cuidado materno-infantil em Porto Alegre baseia-se fundamentalmente na Portaria nº 1.459 de 2011 que institui, no âmbito do SUS, o Programa Rede Cegonha. Os princípios fundamentais das ações a serem executadas consideram a necessidade de oportunizar o acesso, a cobertura e a qualidade do pré-natal, a melhoria da assistência ao parto, puerpério e cuidados à criança, assim como a qualificação da rede de cuidados à mulher, com a ampliação dos direitos reprodutivos, atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, o direito da criança ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável.

Para tanto deverá nortear-se essencialmente no respeito e proteção dos direitos humanos, à diversidade cultural, étnica e racial, a promoção da equidade, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

Os objetivos principais da Rede Cegonha estão embasados na organização e qualificação da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade, refletindo na redução da mortalidade materna e infantil (essencialmente no componente neonatal).

Um pilar importante no cuidado materno-infantil preconizado pelo Programa Rede Cegonha é a Regionalização da Assistência ao parto e nascimento. Atualmente a Rede Municipal de Saúde conta com cinco maternidades que atendem a população SUS, são elas: as maternidades do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Fêmeina, Irmandade Santa Casa de Misericórdia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV). Em

2020, com o fechamento da maternidade do Hospital São Lucas-PUC (HSL-PUC), houve um redimensionamento das unidades de saúde para cada. O Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) recebeu um aporte de equipamentos e recursos humanos advindos do HSL-PUC para acolher um maior número de gestantes. As unidades de saúde que referenciavam suas gestantes para o HSL-PUC foram realocadas para os demais hospitais. Todas as Unidades de Saúde têm sua maternidade de referência e devem informar já na primeira consulta de pré-natal para a gestante para qual maternidade ela deve se deslocar no momento do parto ou em caso de emergência ao longo do pré-natal.

Nesta perspectiva, desde 2015, têm sido monitorados mensalmente os indicadores de cuidado materno infantil das maternidades com o objetivo de conhecer como têm sido abordados os grandes eixos da Rede Cegonha para uma melhor assistência obstétrica e neonatal, e quais as ações os serviços têm mostrado maior dificuldade. No momento estão sendo monitorados 28 indicadores assistenciais, como percentual de cesárea e de episiotomias, percentual de pele a pele e de aleitamento na primeira hora de vida, assim como número de neonatos que receberam a vacina da BCG e que fizeram a triagem auditiva neonatal. Os dados geram relatórios que são abordados nas reuniões semestrais de regionalização da Rede Cegonha entre as Unidades de Saúde de referência para o parto e os serviços hospitalares. Estes espaços têm sido muito produtivos, no intuito de aproximação dos diferentes níveis de atenção.

### **1.7.2 Rede de Atenção Psicossocial**

A Política de Atenção Psicossocial tem como fundamento legal a Lei Federal nº 10.216/2001 a Lei Estadual nº 9.716/1992 e as Portarias MS/GM nº 3.088/2011/13 e nº 3.588/2017, que dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, instituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS.

A RAPS em Porto Alegre oferece múltiplos serviços com o objetivo de oferecer cuidado integrado às pessoas em sofrimento psíquico e/ou portadoras de transtornos mentais, incluindo o papel fundamental da APS no cuidado das pessoas com sofrimento psíquico. A RAPS tem como premissas o cuidado integral, a ênfase

no cuidado com base territorial, a desinstitucionalização, a reabilitação, a atenção às urgências e a indicação de hospitalização apenas quando estritamente necessária.

Elementos estruturantes para a Política de Saúde Mental no Município:

- Garantia de manutenção do SUS, universal, público e de qualidade, com abrangência da Rede de Atenção Psicossocial em todos os territórios do Município de Porto Alegre;
- Garantia da atuação interdisciplinar como prática prioritária na Atenção em Saúde Mental;
- Identificação e monitoramento dos determinantes e condicionantes sociais, econômicos e culturais nos processos de planejamento saúde/doença mental;
- Identificação dos territórios com maior vulnerabilidade psicossocial e planejamento para efetivar a equidade nas ações em Saúde Mental;
- Aplicar 5 a 10% do total de investimentos de saúde em Saúde Mental, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde;
- Ampliação dos investimentos financeiros em todos os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial do Município;
- Fomentar o protagonismo dos usuários no desenvolvimento dos projetos terapêuticos singulares e da participação direta através dos conselhos locais na organização dos serviços; e
- Priorizar o cuidado em liberdade, de base comunitária e participativo nas diversas formas de cuidado, fomentando a articulação entre todos os pontos da rede (RAPS).

A Rede de Atenção Psicossocial de Porto Alegre passou por importantes alterações nos últimos quatro (4) anos, tanto na sua composição como na orientação do processo de trabalho. A Rede teve a implantação de sete (7) novos pontos de atenção: um CAPS AD IV, dois (2) CAPS AD III, quatro (4) Serviços Residenciais Terapêuticos, além da qualificação de um (1) CAPS AD II para CAPS AD III. Ainda deverão ser implantados seis (6) novos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Tal investimento na ampliação da rede apoia-se na demanda relacionada ao uso problemático de substâncias psicoativas (aproximadamente 60% das internações hospitalares em saúde mental eram relacionadas ao uso de álcool e outras drogas), bem como na crescente demanda por acesso à SRT, resultando na intensificação da

judicialização desta demanda. Além dos serviços citados, foram publicados chamamentos públicos visando a abertura de seis (6) novos CAPSi e dois (2) novos CAPS III, tendo resultado desertos.

A RAPS de Porto Alegre atualmente é composta por:

- Quinze (15) CAPS, sendo seis (6) CAPS AD III, um (1) CAPS AD IV, um (1) CAPS AD II, três (3) CAPS I II e quatro (4) CAPS II, que atendem situações de crise, casos graves e persistentes, e que são os componentes estratégicos da rede, com o papel de coordenar o cuidado e dar apoio matricial à APS;
- Nove (9) Equipes Especializadas em Saúde da Criança e do Adolescente e nove (9) Equipes de Saúde Mental Adulto (uma em cada Gerência Distrital, sendo que a GD NHNI possui duas equipes de cada tipo), que atendem ambulatorialmente casos de média complexidade e dividem, com os CAPS, a função de apoio matricial à APS. Temos nove (9) dessas equipes habilitadas segundo a portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017. Outras nove (9) necessitam de complementação de RH para que a equipe mínima esteja completa e passível de habilitação e financiamento;
- Cinco (5) Serviços Residenciais Terapêuticos, que recebem pessoas com transtorno mental e perda de autonomia, sem rede afetiva e de cuidado;
- Três (3) Comunidades Terapêuticas: uma (1) destinada ao acolhimento adulto masculino, uma (1) ao público adulto feminino e a terceira ao público adolescente masculino. O acesso às Comunidades Terapêuticas é regulado pelos CAPS AD, quando o ingresso em tais serviços se mostra adequado ao plano terapêutico singular do usuário; e
- Uma (1) Oficina de Geração de Trabalho e Renda, que atua na reabilitação através do acesso ao trabalho e à renda;
- Ambulatórios especializados para atendimento em psiquiatria adulto e infantil em três (3) hospitais gerais de Porto Alegre - Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Hospital Nossa Senhora da Conceição; e
- Dois (2) plantões de emergência em Saúde Mental - PESM Cruzeiro do Sul e PESM IAPI.

**Tabela 96 - Serviços da Rede de Atenção Psicossocial, Cnes, tipo de serviço, abrangência e vínculo**

<b>CNES</b>	<b>Tipo</b>	<b>Nome</b>	<b>Oferta Rasm</b>	<b>Abrangência</b>	<b>Vínculo Sms</b>
6883338	EESCA	EESCA/GD NHNI (Noroeste - "IAPI")	Ambulatório	Distrital	Próprio
9130217	EESCA	EESCA/GD NHNI (Navegantes)	Ambulatório	Distrital	Próprio
6882935	EESCA	EESCA/GD NEB	Ambulatório	Distrital	Próprio
6883273	EESCA	EESCA/GD Leno	Ambulatório	Distrital	Próprio
6883427	EESCA	EESCA/GD Centro	Ambulatório	Distrital	Próprio
6883214	EESCA	EESCA/GD GCC ("Posto da Cruzeiro")	Ambulatório	Distrital	Próprio
6883478	EESCA	EESCA/GD PLP	Ambulatório	Distrital	Próprio
6883095	EESCA	EESCA/GD SCS	Ambulatório	Distrital	Próprio
6883141	EESCA	EESCA/GD Restinga	Ambulatório	Distrital	Próprio
2264242	ESMA	ESMA/GD NHNI (Noroeste - "IAPI")	Ambulatório	Distrital	Próprio
7307446	ESMA	ESMA/GD NHNI (Navegantes)	Ambulatório	Distrital	Próprio
6882927	ESMA	ESMA/GD NEB	Ambulatório	Distrital	Próprio
6883265	ESMA	ESMA/GD Leno	Ambulatório	Distrital	Próprio
6883397	ESMA	ESMA/GD Centro	Ambulatório	Distrital	Próprio
6883222	ESMA	ESMA/GD GCC	Ambulatório	Distrital	Próprio
6883443	ESMA	ESMA/GD PLP	Ambulatório	Distrital	Próprio
6883109	ESMA	ESMA/GD SCS	Ambulatório	Distrital	Próprio
6883133	ESMA	ESMA/GD Restinga	Ambulatório	Distrital	Próprio
6487734	CAPS II	CAPS II/GD NEB (Bem Viver - GHC)	CAPS	Municipal	Parceiro Público
2264323	CAPS II	CAPS II/Centro (Cais Mental)	CAPS	Municipal	Próprio
7364881	CAPS II	CAPS II/Centro (HCPA)	CAPS	Municipal	Parceiro Público
2237717	CAPS II	CAPS II/GD GCC	CAPS	Municipal	Próprio
6638988	CAPSI	CAPSI/GD NEB (Pandorga - GHC)	CAPS	Regional	Parceiro Público
2264293	CAPSI	CAPSI/GD Centro (Casa Harmonia)	CAPS	Regional	Próprio
7364865	CAPSI	CAPSI/GD Centro (HCPA - "Supimpa")	CAPS	Regional	Parceiro Público
6754090	CAPS AD II	CAPS AD II/GD GCC	CAPS	Municipal	Próprio
6290124	CAPS AD III	CAPS AD III/GD NHNI (Pernambuco - AESC)	CAPS	Municipal	Parceiro Privado
7535449	CAPS AD III	CAPS AD III/GD NEB (Passo a Passo - GHC)	CAPS	Municipal	Parceiro Público
9752692	CAPS AD III	CAPS AD III/GD Leno (Caminho s do Sol - IBSAÚDE)	CAPS	Municipal	Parceiro Privado
7313810	CAPS AD III	CAPS AD III/GD PLP (AESC)	CAPS	Municipal	Parceiro Privado
6255434	CAPS AD III	CAPS AD III/GD SCS (AESC)	CAPS	Municipal	Parceiro Privado
9752706	CAPS AD III	CAPS AD III/GD Restinga (Girassol - IBSAÚDE)	CAPS	Municipal	Parceiro Privado
9686576	CAPS AD IV	CAPS AD IV/GD Centro (Céu Aberto - AESC)	CAPS	Municipal	Parceiro Privado
9736271	SRT	SRT/GD Leno (Renascer)	Reabilitação	Regional	Parceiro Privado
6883389	SRT	SRT/GD Centro (Nova Vida)	Reabilitação	Regional	Próprio
9869026	SRT	SRT/GD Centro (Renascer)	Reabilitação	Regional	Parceiro Privado

0035378 SRT	SRT/GD SCS (Renascer)	Reabilitação Regional	Parceiro Privado
5180015 SRT	SRT/GD PLP (Cristiano Fischer)	Reabilitação Regional	Parceiro Privado
9827153 SRT	SRT/GD PLP (Nise da Silveira - Renascer)	Reabilitação Regional	Parceiro Privado
9686320 CT	CT PACTO (Homens adultos)	Reabilitação Municipal	Parceiro Privado
672440 CT	CT PACTO (Adolescentes)	Reabilitação Municipal	Parceiro Privado
7632649 CT	CT Marta e Maria (Mulheres adultas)	Reabilitação Municipal	Parceiro Privado
3392228 Ambulatório	Oficina de Geração de Renda (GeraPOA)	Reabilitação Municipal	Próprio

Fonte: CASM/DAPS.

Além desses serviços, há aproximadamente quatrocentos (400) leitos hospitalares em hospitais gerais e psiquiátricos, unidades de saúde e toda a rede intersetorial, que têm papel importante na execução da política de atenção psicossocial do município.

O agendamento das primeiras consultas na rede especializada em saúde mental em Porto Alegre, com exceção dos CAPS AD, que possuem acolhimento “portas abertas”, é realizado através da regulação pelo sistema Gercon, baseado na Matriz de Agravos versus Níveis de Atenção (<https://sites.google.com/view/bvsapspoa>), que determina a qual componente da RAPS cada usuário deve ser encaminhado. A oferta de primeiras consultas difere entre os serviços. Tal situação é consequência de uma maior procura em determinadas regiões e das diferentes composições das equipes (tanto quantitativamente quanto em relação aos campos profissionais), fazendo com que alguns serviços tenham uma fila de espera para início de tratamento maior do que os demais.

De acordo com o relatório “Alerta para o déficit de vagas de primeiro acesso a Serviços de Saúde Mental da Infância e Adolescência de média complexidade em Porto Alegre”, de 05 de julho de 2021, elaborado pela equipe do Programa Regula + Brasil, que realiza a gestão das vagas no sistema Gercon, há preocupação quanto à dificuldade de acesso às primeiras consultas nos serviços de média complexidade destinados à infância e adolescência do município, devido ao restrito número de vagas ofertadas, de forma geral.

Abaixo está listada a necessidade de cada EESCA, conforme sua Gerência Distrital de saúde:



**Tabela 97 - Demanda reprimida de consultas para crianças e adolescentes por Gerência Distrital, junho de 2021**

<b>EESCA</b>	<b>Crianças/ adolescentes aguardando agendamento em junho/2021</b>	<b>Tempo de espera da última C/A da fila</b>	<b>Primeiras consultas realizadas em um (1) ano</b>	<b>Primeiras consultas ofertadas por mês</b>	<b>Necessidade de primeiras consultas por mês</b>
Leno	55	24 meses	43	4	12 (ideal seriam 16)
GCC	83	25 meses	42	8	12 (ideal seriam 16)
SCS	88	23 meses	59	8	12 (ideal seriam 16)
RES	47	20 meses	46	8	12
NEB	42	20 meses	46	8	12
PLP	40	13 meses	86	12	14
NAV	19	10 meses	58	16	16
IAPI	4	1 mês	59	8	8 ou menos
Centro	1	0	56	11	8 ou menos

Fonte: CASM – DAPS.

De acordo com o relatório, uma fila de espera razoável é aquela em que o número de pessoas autorizadas não é superior a três (3) vezes o número médio de vagas por mês; em que não há pessoas aguardando em fila de espera por mais de seis (6) meses a partir da data da solicitação, ou estes casos são a exceção. De acordo com a tabela, as equipes que apresentam tempo de espera inferior a seis (6) meses são apenas duas. Estas duas equipes e mais uma terceira apresentam fila de espera menor que três vezes o número de primeiras consultas ofertadas por mês. Desta forma, pode-se concluir que apenas três EESCAs apresentam fila de espera razoável.

Outro ponto a ser ressaltado é a baixa cobertura de CAPS II e III para atender adultos com transtorno mental, que resulta em uma importante defasagem no atendimento às demandas desse público, tanto pela baixa capacidade de atendimento, quanto pela dificuldade em se realizar o apoio matricial à APS. Os quatro CAPS II da cidade atendem às 8 GDs, dividindo-se duas GD por CAPS, o que dificulta o acesso das pessoas ao serviço, em razão das distâncias e da locomoção na cidade. Como resultado temos longas filas de espera, apresentando-se como um dos principais entraves para o desenvolvimento de uma atenção psicossocial, levando a maior necessidade de internações hospitalares e,

consequentemente, maior demanda por SRT. Também é efeito dessa cobertura insuficiente o acesso de pessoas às moradias protegidas privadas, constituindo-se um desafio para a política de atenção psicossocial a regulamentação e fiscalização desses serviços.

Da mesma forma, há baixa cobertura de CAPS, que compromete o adequado atendimento à população infanto-juvenil que apresenta transtornos graves e persistentes. A ampliação do número de CAPS III, a implantação de CAPS III adulto são ações fundamentais para a qualificação da atenção psicossocial em Porto Alegre.

Visando a sustentabilidade da RAPS, a habilitação dos novos serviços junto ao Ministério da Saúde é de crucial importância e está em andamento, após um período em que o Ministério da Saúde não estava possibilitando o acesso às referidas habilitações. Conforme levantamento realizado conjuntamente pela CASM e o FMS, a situação das habilitações dos serviços de saúde mental se encontra descrita abaixo:

**Quadro 27 - Situação das Habilitações de serviços da RAPS, em agosto de 2021**

<b>Serviço</b>	<b>CNES</b>	<b>Portaria da habilitação</b>	<b>Portaria do repasse</b>	<b>Valor mensal portaria do repasse</b>	<b>Valor mensal do repasse preconizado na Portaria de Consolidação nº 6/2017</b>
CAPS I HCPA	7364865	Portaria SAS 1.353 02/12/2014 e Portaria 3.408, de 26 de outubro de 2018	Portaria 2.660 4/12/2014 e Portaria 3.408, de 26 de outubro de 2018	R\$ 64.260,00	R\$ 32.130,00
CAPS II HCPA	7364881	Portaria 3.408, de 26 de outubro de 2018	Portaria 3.408, de 26 de outubro de 2018	R\$ 33.086,25	R\$ 33.086,25
CAPS II Centro	2264323	Portaria 2.103/GM em 19 de novembro de 2002	-	-	R\$ 33.086,25
CAPSi (Casa Harmonia)	2264293	Portaria 2.103/GM em 19 de novembro de 2002	-	-	R\$ 32.130,00
CAPS AD III NHNI	6290124	Portaria SAS 998 de 18/09/2012 e Portaria SAS 693 de 16/12/2010	Portaria 2.176 de 28/09/2012 e Portaria 4.037 17/12/2010	R\$ 71.020,00	R\$ 105.000,00

CAPS AD III PLP	7313810	Portaria 1.217, de 4 de novembro de 2013	Portaria 2.867, de 26 de novembro de 2013	R\$ 105.000,00	R\$ 105.000,00
CAPS AD III SCS	6255434	Portaria SAS nº 693 de 16/12/2010 e PT GM 2983 2020	Portaria 4.037, de 17/12/2010 e Portaria 2.983, de 28 de outubro de 2020	R\$ 97.220,00	R\$ 105.000,00
CAPS AD II GCC	6754090	Portaria SAS 1.455 de 19/12/2015 e Portaria SAS 1.445 de 2014	Portaria 6 de 7/01/2015	R\$ 39.780,00	R\$ 39.780,00
CAPS II GCC	2237717	Portaria SAS 743 de 22/12/2008	Portaria 3.090 23/12/2008	R\$ 4.928,00	R\$ 33.086,25
CAPS II GHC	6487734	RETIF. PT SAS 373 de 2010	Portaria GM 02646/2009	R\$ 32.000,00	R\$ 33.086,25
CAPS ADIII GHC	7535449	Portaria 404, de 11 de maio de 2015	Portaria 787, de 17 de junho de 2015	R\$ 65.220,00	R\$
CAPSi GHC	6638988	Portaria SAS/MS 1.353 de 2014	-	-	R\$ 32.130,00
CAPS AD IV Céu Aberto	9686576	3.189 de 5 de dezembro de 2019	GM 03189/2019	R\$ 400.000,00	R\$ 400.000,00
SRT/GD Leno	9736271	2.975 de 28 de outubro de 2020	GM 02975/2020	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00
SRT/GD Centro (Nova Vida)	6883389	1.931 de 28 de junho de 2018	GM 01931/2018	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00
EESCA Leno	6883273	913 de 14 de maio de 2019	913 de 14 de maio de 2019	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00
EESCA NEB	6882935	911 de 14 de maio de 2019	911 de 14 de maio de 2019	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00
EESCA NHNI IAPI	6883338	913 de 14 de maio de 2019	913 de 14 de maio de 2019	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00
EESCA RES	6883141	911 de 14 de maio de 2019	911 de 14 de maio de 2019	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00
EESCA SCS	6883095	915 de 14 de maio de 2019	915 de 14 de maio de 2019	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00
ESMA IAPI	2264242	915 de 14 de maio de 2019	915 de 14 de maio de 2019	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00
ESMA Leno	6883265	915 de 14 de maio de 2019	915 de 14 de maio de 2019	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00
ESMA PLP	6883443	911 de 14 de maio	911 de 14 de	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00

		de 2019	maio de 2019		
ESMA SCS	6883109	915 de 14 de maio de 2019	915 de 14 de maio de 2019	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00

Fonte: CASM/ DAPS.

Alguns dados que não foram localizados constam na solicitação enviada ao Ministério da Saúde através de ofício (Processo SEI nº 21.0.000045313-4).

O grande número de exonerações e aposentadorias nos últimos quatro (4) anos tem diminuído substancialmente a capacidade de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que conta com crescentes filas de espera para atendimento nos serviços especializados. Essas perdas também podem se refletir em perda de habilitações de serviços, com respectiva perda de financiamento.

**Quadro 28 - Serviços da RAPS sem habilitação junto ao MS**

Serviço	CNES
CAPS AD III Girassol	9752706
CAPS AD III Caminhos do Sol	9752692
SRT PLP Cristiano Fischer	5180015
SRT Centro	9869026
SRT SCS	35378
SRT PLP Nise da Silveira	9827153
EESCA Centro	6883427
EESCA PLP	6883478
EESCA NHNI Navegantes	9130217
EESCA GCC	6883214
ESMA NEB	6882927
ESMA NHNI	7307446
ESMA Centro	6883397
ESMA GCC	6883222
ESMA RES	6883133

Fonte: CASM/DAPS.

As habilitações dos serviços indicados no quadro acima, através da complementação de recursos humanos, trariam um aporte de aproximadamente R\$

600.000,00 mensais para a SMS. A necessidade de RH da CASM também consta no Processo SEI nº 21.0.000046852-2.

**Quadro 29 - Necessidade de profissionais por atividade, por serviço**

<b>Atividade</b>	<b>Serviços</b>	<b>Justificativa</b>
Gestão	3 CASM	1 coordenador e 5 profissionais de nível superior para assessoramento. Desde 2017 tivemos um aumento da RAPS, com a abertura de 8 novos serviços, mantendo a previsão de abertura de mais 6 ainda em 2021. Os termos de colaboração trazem a demanda de acompanhamento e avaliação de todos estes serviços, incluindo os próprios, além da condução da política de atenção psicossocial, aumentando substancialmente as responsabilidades da CASM, tanto quantitativa quanto qualitativamente. Também desde 2017 a equipe da CASM tem diminuído gradativamente – de 6 para 3 profissionais atualmente, sem a figura do coordenador.
Assistente Social	3 EESCA 7 ESMA 1 CAPS II GCC 1CAPSi Casa Harmonia	Habilitação de equipes de saúde mental junto ao MS e reposição de uma profissional para evitar desabilitação, de acordo com Portaria 3.588, que estabelece que a equipe mínima da AMENT (Ambulatório de Saúde Mental) deve ter um assistente social. Em relação aos CAPS, a demanda de transtornos mentais graves e persistentes traz a necessidade de garantia de direitos e acompanhamento dos familiares.
Fonoaudiólogo	8 EESCA	Complementação de EESCA de acordo com o Documento Orientador de 2015, pactuado com gestão e CMS, que prevê dois profissionais fonoaudiólogos por equipe, devido à intensa demanda, o que gera uma crescente fila de espera, observável no Gercon.
Hebiatra	9 EESCA	Complementação de EESCA de acordo com o Documento Orientador de 2016, pactuado com gestão e CMS, para o atendimento às demandas dos adolescentes que acessam as EESCAS. Atualmente, nenhuma equipe conta com hebiatra.
Neurologia Pediátrica	8 EESCA	Complementação de EESCA de acordo com o Documento Orientador de 2015, pactuado com gestão e CMS. Atualmente, apenas uma equipe conta com esse profissional.
Psiquiatria Adulto	15 ESMA	Complementação de ESMA de acordo com o Documento Orientador de 2016, pactuado com gestão e CMS.
Psiquiatria Infantil	10 EESCA	Complementação de EESCA de acordo com o Documento Orientador de 2015, pactuado com gestão e CMS. As EESCAS são referência para atendimento a vítimas de violência, prestando atenção integral em saúde a crianças e adolescentes, também sendo responsáveis pelo apoio matricial à APS.
Nutricionista	7 EESCA 4 CAPS	Complementação de EESCA de acordo com o Documento Orientador de 2015, pactuado com gestão e CMS. Atualmente, apenas duas EESCAS contam com tal profissional. Os quatro CAPS próprios do município estão com somente servidoras técnicas em nutrição.
Psicólogo	10 EESCA,	Habilitação de equipes e complementação segundo documentos

	35 ESMA	orientadores pactuados entre gestão e CMS.
Terapeuta Ocupacional	9 EESCA, 5 ESMA e 2 GerAção POA  1 CAPSi Casa Harmonia	Habilitação de equipes (portaria 3.588) e manutenção do trabalho da oficina de geração de trabalho e renda GerAção POA. Atualmente, 4 ESMA e nenhuma EESCA contam com profissional TO, que é central para a atenção para a reabilitação psicossocial.  A TO do CAPSi Casa Harmonia será realocada em outra Gerência Distrital, para um projeto de horta comunitária.

Fonte: CASM/DAPS.

Assim, para que seja superado o desafio da maior oferta de acesso à RAPS, as necessidades que se apresentam são: a ampliação da rede, a complementação das equipes existentes, a qualificação da regulação e a habilitação de serviços para um financiamento saudável.

### 1.7.3 Rede de Atenção às Urgências e Emergências

A rede de urgência é composta pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pelos Pronto Atendimentos, pelas Unidades de Pronto Atendimento (habilitadas em nível federal) e pelas portas de urgência hospitalares.

**Quadro 30 - Serviços da rede de urgência exceto porta de entrada dos hospitais**

	Serviços	
	Móvel	SAMU 192
Pré-hospitalar	Fixo	Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (DS Cruzeiro)
		Pronto Atendimento Bom Jesus (DS Leste)
		Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro (DS Lomba do Pinheiro)
		UPA Moacyr Scliar (DS Norte)
Saúde Mental		Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (GD Cruzeiro)
		Plantão de Emergência em Saúde Mental – IAPI (DS Noroeste)
Emergência Odonto		Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (GD Cruzeiro)
		UPA Moacyr Scliar (DS Norte)

Fonte: SMS / DAHU / CMU.

O número de atendimentos e desistências nos pronto atendimentos e também na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacyr Scliar (Zona Norte) aparece na tabela a seguir, devido à pandemia o número de atendimentos caiu significativamente, no entanto não houve uma variação percentual importante do ano de 2019 para o ano de 2020 no número de desistências.

**Tabela 98 - Distribuição total do número de atendimentos e desistências nos Prontos Atendimentos, 2020 -2019**

Serviço	Ano								
	2020			2019			Variação		
	Boletins emitidos	Atendimentos	Desistências (%)	Boletins emitidos	Atendimentos	Desistências (%)	Boletins emitidos	Atendimentos	Desistências (%)
PABJ	74.233	66.282	10,71	85.377	76.577	10,30	-11.144	-10.295	0,41
PACS <sup>1</sup>	57.361	53.334	7,02	90.001	83.564	7,15	- 32.640	-30.230	-0,13
PALP	59.617	53.861	9,65	73.689	67.042	9,02	-14.072	-13.181	0,63
UPA									
Moacyr	88.232	78.066	11,52	93.177	76.616	17,77	-4.945	1.450	-6,25
Scliar <sup>2</sup>									

Fonte: SIHO/AMB e GHC. 1 Número inclui clínica e pediatria. 2 Número inclui clínica, odontologia e cirurgia.

**Tabela 99 - Distribuição do número de atendimentos e desistências em clínica médica nos Prontos Atendimentos, 2020 - 2019**

Serviço	Ano								
	2020			2019			Variação		
	Boletins emitidos	Atendimentos	Desistências (%)	Boletins emitidos	Atendimentos	Desistências (%)	Boletins emitidos	Atendimentos	Desistências (%)
PABJ	62.524	56.200	10,11	55.795	50.875	8,81	6.729	5.325	1,30
PACS	47.424	43.653	7,95	62.553	56.700	9,35	-15.129	-13.047	-1,40
PALP	50.902	46.431	8,77	46.481	41.921	9,81	4.421	4.510	-1,04
UPA									
Moacyr	70.615	63.951	9,43	80.638	67.359	16,46	-10.023	-3.408	-7,03
Scliar									

Fonte: SIHO/AMB e GHC.

**Tabela 100 - Distribuição do número de atendimentos e desistências em pediatria nos Prontos Atendimentos, 2020 - 2019**

Serviço	Ano								
	2020			2019			Variação		
	Boletins emitidos	Atendimentos	Desistências (%)	Boletins emitidos	Atendimentos	Desistências (%)	Boletins emitidos	Atendimentos	Desistências (%)
PABJ	12.975	12.671	2,34	27.907	26.915	3,55	-14.932	-14.244	-1,21
PACS	9.937	9.681	2,57	27.503	26.911	2,15	-17.566	-17.230	0,42
PALP	10.554	10.198	3,37	24.685	23.342	5,44	-14.131	-13.144	-2,07

Fonte: SIHO/AMB.

Entre as melhorias que ocorreram nos Pronto Atendimentos Bom Jesus e Lomba do Pinheiro após a terceirização no ano de 2019 citamos: transporte próprio de baixa complexidade; ecografia como apoio diagnóstico; farmacêutico 24h visando garantir a segurança medicamentosa e permitindo distribuir medicamentos em horários que a farmácia distrital municipal encontra-se fechada. Existe a previsão da realização de obras nas unidades para qualificação em Unidades de Pronto Atendimento junto ao Ministério da Saúde o que implicaria em acréscimo de recursos para custeio das Unidades ao Município.

O Pronto Atendimento da Cruzeiro do Sul apresenta dificuldades no seu corpo clínico médico pela dificuldade da realização de concursos (e nomeações) e pela alta rotatividade (exonerações e transferências para outros setores). Para garantir a assistência, utiliza-se a contratualização de médicos que, pela natureza do vínculo, apresentam alta rotatividade - o que dificulta a qualificação dos mesmos.

A tabela abaixo mostra que o ano de 2020, quando comparado com 2019, teve redução no percentual de pacientes classificados como emergência (-210 casos) e muito urgentes (-8.494 casos). Embora tenha ocorrido redução no atendimento desse perfil de pacientes, a permanência dos mesmos na sala de observação esteve em torno de 13h em 2020 e subiu para 25h no primeiro semestre de 2021, estando acima do preconizado pela Portaria GM/MS nº 342/2013, a qual indica um tempo máximo de 24 horas para que os pacientes permaneçam no PA. No entanto, precisamos levar em consideração que o momento mais crítico da pandemia pela Covid-19 ocorreu neste período, elevando essa média por essa circunstância específica.

**Tabela 101 - Distribuição dos atendimentos nos Pronto Atendimentos, segundo a classificação de risco, 2020 - 2019**

PA	Classificação de risco	Ano					
		2020		2019		Variação	
		Nº de classificações	Proporção (%)	Nº de classificações	Proporção (%)	Nº de classificações	Proporção (%)
PABJ	Vermelho	137	0,19	181	0,21	-44	-0,02
	Laranja	2.198	3,07	3.808	4,47	-1.610	-1,4
	Amarelo	13.181	18,46	12.992	15,27	189	3,19
	Verde	52.017	72,87	63.298	74,43	-11.281	-1,56
	Azul	3.592	5,03	4.013	4,71	-421	0,32
	NC	252	0,35	742	0,87	-490	-0,52
PACS	Vermelho	29	0,06	143	0,15	-114	-0,09
	Laranja	1.443	3,22	6.026	6,55	-4.583	-3,33
	Amarelo	8.443	18,84	15.724	17,09	-7.281	1,75



	Verde	33.975	75,82	67.753	73,65	-33.778	2,17
	Azul	636	1,41	2.189	2,37	-1.553	-0,96
	NC	280	0,62	153	0,16	127	0,46
PALP	Vermelho	101	0,16	176	0,23	-75	-0,07
	Laranja	1.489	2,49	3.425	4,65	-1.936	-2,16
	Amarelo	9.045	15,18	13.100	17,80	-4.055	-2,62
	Verde	46.557	78,14	52.562	71,44	-6.005	6,70
	Azul	1.562	2,61	3.545	4,81	-1.983	-2,20
	NC	825	1,38	757	1,02	68	0,36
	UPA Moac yr Scliar <sup>1</sup>	Vermelho	293	0,38	270	0,26	23
Laranja		7.195	9,46	7.560	7,35	-365	2,11
Amarelo		11.565	15,21	18.748	18,24	-7.183	-3,03
Verde		55.386	72,88	74.609	72,6	-19.223	0,12
Azul		499	0,65	494	0,48	5	0,17
	Branco/NC	1.054	1,38	1.074	1,04	-20	0,34

Fonte: SIHO/AMB /GHC.

Devido à pandemia o número total de atendimentos em saúde mental em 2020 reduziu, bem como o atendimento de todas as outras urgências em saúde, em relação ao ano de 2019. O tempo médio de permanência destes pacientes na Sala de Observação permanece em 3 dias. O número de pacientes encaminhados para internação hospitalar está em curva descendente nos últimos anos.

**Tabela 102 - Perfil dos atendimentos no Pronto Atendimento em Saúde Mental Cruzeiro do Sul, por ano 2020-2019**

Urgência em Saúde Mental - PACS	Ano					
	2020		2019		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total de boletins emitidos	9.538	100	11.549	100	-2.011	-17,41
Total de pacientes atendidos	9.366	98,20	11.295	97,80	-1.929	-17,07
Desistências	172	1,80	254	2,20	-82	-32,28
Pacientes < 18 anos atendidos	329	3,51	439	3,88	-110	-25,05
Total Paciente em SO	3.414	36,45	4.193	37,12	-779	-18,58
Tempo Médio de Permanência / dias	3,16	-	2,91	-	0,25	7,91
<sup>2</sup> Dependência Química em SO	1.328	38,90	1.661	39,61	-333	-20,05
<sup>2</sup> Transtorno Humor Bipolar SO	600	17,57	697	16,62	-97	-13,92
<sup>2</sup> Depressão SO	584	17,10	661	15,76	-77	-11,65
<sup>2</sup> Esquizofrenia SO	358	10,48	475	11,32	-117	-24,63
Transferências para Internação Hospitalar de pacientes em SO	2.364	69,24	2.853	68,04	-489	-17,14

Fonte: SIHO/AMB.

<sup>1</sup>Percentual de desistências = Total de desistências / total de boletins emitidos x 100.

<sup>2</sup>Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia = Total de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia / Total de pacientes atendidos na Sala de Observação X 100.

**Tabela 103 - Perfil dos atendimentos no Pronto Atendimento em Saúde Mental IAPI, 2020-2019**

Urgência em Saúde Mental – IAPI	Ano					
	2020		2019		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total de boletins emitidos	9.002	100	13.243	100	-4.241	-32,02
Total de pacientes atendidos	8.892	98,78	12.614	95,25	-3.722	-29,50
Desistências	110	1,22	629	4,75	-519	-82,51
Pacientes < 18 anos atendidos	647	7,28	1.487	11,79	-840	-56,49
Total Paciente em SO	3.808	42,82	6.331	50,19	-2.523	-39,85
Tempo Médio de Permanência / dias	2,80	-	2,97	-	-0,17	-5,72
<sup>2</sup> Dependência Química em SO	943	24,76	1.627	25,70	-684	-42,04
<sup>2</sup> Transtorno Humor Bipolar SO	398	10,45	660	10,42	-262	-39,70
<sup>2</sup> Depressão SO	513	13,47	730	11,53	-217	-29,73
<sup>2</sup> Esquizofrenia SO	253	6,64	248	3,91	5	2,02
Transferências para Internação Hospitalar de pacientes em SO	2.096	55,04	2.770	43,75	-674	-24,33

Fonte: SIHO/AMB.

1Percentual de desistências = Total de desistências / total de boletins emitidos x 100.

2Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia = Total de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia / Total de pacientes atendidos na Sala de Observação X 100.

O Setor de Odontologia do PACS, criado em 1989, atende aproximadamente 600 pacientes em situação de urgência por mês. Desenvolve suas atividades assistenciais com base em protocolo clínico desenvolvido pela equipe e publicado em 2014. Neste protocolo, estão descritas as patologias mais prevalentes nas áreas de endodontia, periodontia, cirurgia, sistema estomatognático, estomatologia e trauma dentoalveolar. Serve também como suporte para toda a rede de atenção nos casos de infecções odontogênicas graves. Pacientes com quadros hemorrágicos severos e infecções graves são assistidos em Sala de Observação e evoluídos até sua alta ou encaminhados, através de fluxos já pactuados, a hospitais especializados. Atualmente, dispõe de 4 consultórios completos e um aparelho de RX. Seu corpo clínico é composto por 14 Cirurgiões Dentistas e 10 Auxiliares de Saúde Bucal.

**Tabela 104 - Distribuição do número de atendimentos odontológicos e de desistências em Saúde Bucal no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul e na UPA Moacyr Sciar, 2020-2019**

Serviço	Ano											
	2020				2019				Variação			
	Boletins (N)	Atendimentos (N)	Desistências (N)	Desistências (%) <sup>1</sup>	Boletins (N)	Atendimentos (N)	Desistências (N)	Desistências (%) <sup>1</sup>	Boletins (N)	Atendimentos (N)	Desistências (N)	Desistências (%) <sup>1</sup>
PA CS	3.324	3.306	18	0,54	14.057	13.943	114	0,81	-	-	-96	-0,27
Moacyr	941	937	4	0,42	10.539	10.443	96	0,91	-	-9.598	-92	-0,49

Com a pandemia o número de atendimentos em saúde bucal reduziu significativamente no ano de 2020 (4.243) em relação ao ano de 2019 (24.386). Já no primeiro quadrimestre de 2021 percebemos uma retomada dos atendimentos no setor, com um número total de 3.008 atendimentos.

**Tabela 105 - Número total de óbitos nos Pronto Atendimentos e UPA.**

Serviço	2020 (N)	2019 (N)	Varição (%)
PABJ	47	69	-31%
PALP	41	49	-16%
PACS	87	80	+8%
UPA Moacyr Scliar	138	107	+28%

Fonte: SIHO/AMB e GHC.

### ***Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU***

O SAMU é um componente fundamental na rede de urgências do Município, tendo em vista sua importância social e sua expressiva agilidade na atuação de casos de alta gravidade clínica, traumática, obstétrica e pediátrica. O SAMU Porto Alegre possui uma sede administrativa desde 2013 e desde então vem adequando seus serviços de apoio para qualificar o atendimento prestado ao cidadão e agilizar a liberação das equipes para atendimento.

O serviço conta com 3 ambulâncias de suporte avançado de vida compostas por médicos, enfermeiros e condutores de veículos de urgência e 14 ambulâncias de suporte básico de vida com técnicos de enfermagem e condutores de veículos de urgência. Essas equipes são distribuídas em bases descentralizadas no intuito de agilizar a chegada da equipe de atendimento ao local da ocorrência.

Durante a pandemia foram realizadas adequações nos processos de trabalho para garantir a segurança das equipes, bem como a expressiva qualificação do serviço de higienização das ambulâncias. Esse processo, embora tenha tornado o atendimento mais seguro, impactou diretamente no tempo-resposta dos atendimentos, tendo em vista maior quantidade de higienizações terminais, o que aumenta o tempo em que a equipe fica fora de ação, e a paramentação com equipamentos de proteção individual nos atendimentos de casos suspeitos ou confirmados de Covid-19.

Uma tentativa de mitigar esse tempo resposta foi contratar, de forma temporária, uma ambulância terceirizada para realizar os transportes medicalizados de pacientes Covid-19. Esse plano também tinha por objetivo aumentar a disponibilidade das ambulâncias próprias para o atendimento.

**Tabela 106 - Distribuição do número de regulações necessárias e sem meios do SAMU, 2020-2019**

Classificação do Médico Regulador	Ano					
	2020		2019		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1ª Decisão: Intervenção Necessária e Possível	33.378	60,00	33.078	56,21	300	0,91
2ª Decisão: Intervenção Necessária e Possível	13.044	23,54	13.821	23,49	-777	-5,62
1ª Decisão: Intervenção Necessária e Sem Meios	8.107	14,57	10.744	18,26	-2.637	-24,54
2ª Decisão: Intervenção Necessária e Sem Meios	1.102	1,98	1.203	2,04	-101	-8,40
<b>Total</b>	<b>55.631</b>	<b>100</b>	<b>58.846</b>	<b>100</b>	<b>3.215</b>	<b>-5,46</b>

Fonte: Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar (SAPH) Rel 210.

O número de trotes em 2020 reduziu 2% em relação a 2019, e mostra uma tendência de redução no primeiro quadrimestre de 2021 chegando a 4,3% das ligações totais. Esse percentual vem decrescendo ao longo dos anos com as campanhas educativas do Projeto Samuzinho que é realizado pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) do SAMU nas escolas com a Lei nº 11.144 de 21 de outubro de 2011 que penaliza quem aplica trotes ao SAMU e também com a valorização da importância dos serviços de urgência durante a pandemia.

**Tabela 107 - Distribuição do número e proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações e comparativo, 2020 - 2019**

Perfil das ligações	Ano					
	2020		2019		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Trote	13.514	5,57	19.680	7,54	-6.166	-31,33
Regulação	85.949	35,42	78.221	29,95	7.728	9,88
Outros*	143.225	59,02	163.240	62,51	-20.015	-12,26
<b>Total de Ligações</b>	<b>242.688</b>	<b>100</b>	<b>261.141</b>	<b>100</b>	<b>-18.453</b>	<b>-7,07</b>
Média Diária (Ligações)	665	-	715	-	-50	-6,99

Fonte: Sistema de Atendimento Pré Hospitalar (SAPH) Rel 101.

\*Outros: Ligações interrompidas, repetidas ou engano.

O percentual de atendimentos por casos clínicos vem aumentando, por conseguinte os casos traumáticos vem reduzindo também.

**Tabela 108 - Distribuição do número e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo a causa, e comparativos, 2020 2019**

Tipo de Atendimento SAMU	Ano					
	2020		2019		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%

Caso Clínico	20.991	54,26	21.783	56,20	-792	-3,64
Traumático	10.900	28,17	11.463	29,57	-563	-4,91
Transporte	1.488	3,85	1.422	3,67	66	4,64
Obstétrico	590	1,52	557	1,44	33	5,92
Psiquiátrico	4.720	12,20	3.536	9,12	-1.184	33,48
<b>Total de APH</b>	<b>38.689</b>	<b>100</b>	<b>38.761</b>	<b>100</b>	<b>-72</b>	<b>-0,19</b>

Fonte: Sistema de Atendimento Pré Hospitalar (SAPH) Rel 223 e 215.

A redução do tempo-resposta permanece como meta do PMS. No último período foi investido em compra de ambulâncias novas, utilização de meios eletrônicos de despacho de ambulância com pouca resposta efetiva. Esse tempo é medido desde que o solicitante inicia a ligação com o TARM (técnico de atendimento em regulação médica) até o momento que a equipe de atendimento chega ao local da ocorrência. Vemos a necessidade de adequar para abaixo do limite de 15 minutos 80% dos atendimentos classificados como severos realizados pelo SAMU Porto Alegre (percentil 80) com o objetivo de qualificar o atendimento do SAMU, proporcionando maior agilidade no atendimento das vítimas graves, considerando que isso impacta diretamente no desfecho dos pacientes e possíveis sequelas que acarretarão a essas vítimas.

Para mensuração dessa informação fizemos uma análise geral e estratificada do tempo desde o momento que a Técnica de Atendimento de Regulação Médica recebe a ligação até o momento em que a equipe de saúde chega no local da ocorrência. Isso permitirá adoção de medidas específicas que atuem em cada passo do processo de envio da ambulância eliminando tempos que não agregam valor.

A 14ª ambulância de Suporte Básico de Vida foi habilitada recentemente. No entanto, para adequação à portaria ministerial, vê-se a necessidade de aumento no número de ambulâncias (1 avançada e 1 básica).

A diminuição do tempo resposta terá foco nos atendimentos de gravidade severa, qualificação do contrato e consequente atendimento realizado pelas Técnicas de Atendimento de Regulação Médica (TARMS) e adequação de fluxos na regulação, com despachos mais céleres nesses casos.

### ***Plano Municipal de Catástrofes***

Visando a integração e protocolo único para atendimento de situações de catástrofes e com a Coordenação da Defesa Civil, está em processo de elaboração o Plano Municipal de Catástrofes junto a várias esferas do Município as quais se reúnem mensalmente na Comissão Permanente de Atenção às Urgências (Copae).

A esfera da saúde tem o objetivo de protocolar o atendimento de Múltiplas Vítimas e integrar a rede hospitalar municipal para que as demandas sejam disparadas de forma automática e escalonada em situações de desastres.

#### **1.7.4 Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**

Considerando a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 ([Ministério da Saúde](#)) que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Os estabelecimentos de saúde integrantes da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas (DC) observarão às seguintes diretrizes:

- I - foco da atenção nas necessidades de saúde da população coordenado pela Atenção Básica e contemplando todos os níveis de atenção;
- II - diagnóstico precoce de modo a identificar as pessoas com DCs;
- III - implementação da estratificação de risco da população com DCs de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo o estágio de gravidade para DCs e nível de gravidade e controle clínico.
- IV - garantia de financiamento adequado para prevenção, tratamento dos fatores de risco e tratamento da DC na Rede de Atenção à Saúde, em especial ao cuidado das pessoas com DCs em estágios clínicos severos, bem como para o cuidado das pessoas com necessidades de cuidados especiais suplementares;
- V - garantia da educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DCs e dos fatores de risco que levam à DCs, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS);
- VI - implementação das diretrizes expressas no Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- VII - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da DCs e dos fatores de risco que levam à elas baseado nas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas;

VIII - desenvolvimento de medidas que garantam a difusão das ações e cuidado à pessoa com DCs em todos os pontos de atenção da linha de cuidado, bem como a comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado.

São atribuições dos pontos de atenção dos componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com DCs:

I - Componente Atenção Primária:

- a) realizar ações recomendadas pela Política Nacional de Promoção à Saúde, na prevenção dos fatores de risco relativos à DCs;
- b) atualizar o calendário vacinal das pessoas com DCs, quando indicado, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS);
- c) realizar diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DCs em conformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), bem como a atenção de acordo com as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com Doença Crônica no âmbito do SUS (PORTARIA Nº 609, DE 6 DE JUNHO DE 2013) e (PORTARIA Nº 709, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2010);
- d) realizar estratificação de risco e encaminhamento à atenção especializada, quando necessário, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com Doenças Crônicas;
- e) coordenar e manter o vínculo e o cuidado das pessoas com DCs, quando referenciados para outros pontos de atenção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;
- f) realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com Dants;
- g) implantar e coordenar ações de promoção e prevenção da DCs como: estímulo a atividade física, redução de peso e reorientação dietética, redução e/ou suspensão do tabagismo, etc;
- h) prestar cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento das pessoas com complicações agudas de Doença Crônica a outros pontos de atenção, quando necessário,

II - Componente da Atenção Especializada Ambulatorial:

- a) atuar de acordo com a definição da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

- b) prestar assistência ambulatorial de forma multiprofissional, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com Doença Crônica no âmbito do SUS, incluindo aqueles com necessidade de cuidados especiais suplementares;
- c) disponibilizar carga horária, adequada à realidade local e mediante pactuação e contratualização do gestor, para realizar apoio matricial, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde ou através de outras formas de comunicação, definidas com o gestor público de saúde local, às equipes de atenção básica de referência nos temas relacionados a doenças crônicas, conforme disposto no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com Doença Crônica no âmbito do SUS;
- d) utilizar da regulação das urgências para o encaminhamento ou transferência da pessoa com Dcs para os estabelecimentos de saúde de referência, previamente pactuados locorregionalmente, quando estas pessoas estiverem no estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em Doenças Crônicas e necessitarem, naquele momento, de cuidados imediatos em urgência;
- e) manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS; e
- h) informar todos os acompanhamentos multiprofissionais em Doenças Crônicas nos estágios avançados e os demais procedimentos correspondentes nos temas relacionados em doenças crônicas, incluindo a TRS, quando couber, no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), ou outro(s) que vierem) a substituí-lo, de acordo com a tipologia do estabelecimento de saúde.

O acompanhamento multiprofissional em Doença Crônica consiste na realização de consultas multiprofissionais (médica, enfermagem, nutricional, psicológica etc) e na realização de exames na periodicidade recomendada no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com Doença Crônica no âmbito do SUS nos estágios clínicos mais avançados.

O apoio matricial inclui ações como interconsultas, segunda opinião formativa, discussão de casos, momentos de educação permanente conjuntos, intervenções no território e intersetoriais, a fim de compartilhar a responsabilidade pelo cuidado de



uma população específica, de ampliar a capacidade de análise e de intervenção, aumentando a resolutividade dos respectivos pontos de atenção envolvidos no processo de apoio matricial.

III - Componente Urgência e Emergência:

IV- Componente Hospitalar:

V- Componente Regulação

O objetivo geral da Política das Pessoas com Doenças Crônicas do município de Porto Alegre é reduzir a morbimortalidade e o impacto das doenças crônicas na população de Porto Alegre, articulando ações nos diferentes níveis de complexidade em saúde, bem como ações em transversalidades com áreas afins para promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e recuperação de condições de saúde, qualificando assim a saúde geral de nossa população, com um olhar também para grupos específicos.

A mudança na pirâmide etária da população brasileira nas últimas décadas, com tendência ao envelhecimento, fez com que as doenças crônicas se tornassem as principais causas de procura de atendimento à saúde, além das principais causas de internação hospitalar e de óbitos. Este perfil impactou profundamente as redes de atenção à saúde, principalmente a atenção primária. As doenças crônicas são muito sensíveis à atuação da rede. A prevenção da evolução das complicações e a promoção de ações são fundamentais para o adequado manejo do usuário portador de doença crônica.

A mortalidade por doenças crônicas na população entre 30-69 anos tem forte relação com a atuação da atenção primária. As ações de promoção e prevenção são muito efetivas em reduzir os valores de morbimortalidade nesta faixa etária.

Nos anos de 2017-2019 as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e as violências foram as principais causas de mortalidade precoce (30-59 anos) em residentes de nosso município. Observa-se até 2019 um tímido declínio da incidência destas patologias. No último ano observou um declínio mais intenso, porém observou-se um aumento significativo das mortes por agentes virais em função da pandemia da Covid-19.

**Tabela 109 - Números absolutos e variação percentual em relação ao ano anterior**

Doenças crônicas	Faixa etária 30-69 anos*		
	Ano		
	2018	2019	2020
Violências	513	335 (-34,7%)	307 (-8,3%)
Neoplasia do sistema digestivo	494	499 (1%)	434 (-13%)
Diabete Mellitus	282	325 (15,2%)	339 (4,3%)
D. Isquêmica	310	270 (-12,9%)	230 (-14,8%)
HIV	321	307 (-4,4%)	336 (9,5%)
D. Cardiovasc	299	271 (-9,4%)	251 (-7,4%)
Neoplasia do sistema Respiratório	285	270 (-5,3%)	261 (-3,3%)
DPOC/Asma	218	233 (6,9%)	157 (-32,6%)
Neoplasia de mama	114	148 (29,8%)	129 (-12,8%)
Vírus (Covid-19)	-	-	626
Descrição das causas por gênero*			
	Mulheres		
	2018	2019	2020
Agressões	24	11 (-54,2%)	19 (72,7%)
Lesões autoinfligidas	23	17 (-26,1%)	13 (-23,5%)
Quedas	9	6 (-33,3%)	8 (30%)
	Homens		
	2018	2019	2020
Agressões	194	134 (-30,9%)	132 (-1,5%)
Lesões autoinfligidas	38	67 (76,3%)	53 (-20,9%)
Quedas	32	34 (6,2%)	23 (-32,3%)

\*Valores em números absolutos e variação percentual em relação ao ano anterior.

Fonte: SIM/DVS/SMS.

Diferentemente dos homens, onde se observou uma queda sustentada nas principais causas externas de morte, nas mulheres, no último ano houve incremento significativo nas mortes associadas às agressões.

### **Desafios**

- Ações de prevenção do câncer através do diagnóstico precoce. Após a redução abrupta no número de novos casos durante uma pandemia, os sistemas de saúde passaram por um processo de reorganização, com provável aumento da demanda de consultas e exames;
- Ações voltadas a violência contra a mulher;
- Implementar ações que impactem positivamente na redução das internações por doenças respiratórias crônicas de crianças, como verificada durante a pandemia; e
- Implementar linhas de cuidados aos pacientes portadores de Doenças Crônicas.

### 1.7.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se organiza a partir dos seguintes componentes: Atenção Primária, Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Figura 17 - Desenho da rede de serviços às pessoas com deficiência



Fonte: DAPS.

A Rede de Atenção aos Cuidados da Pessoa com Deficiência conta com 132 Unidades de Saúde sendo que 04 são Clínicas da Família. Das 18 Equipes de Atenção Domiciliar, 15 são na modalidade de EMAD - Equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar e 03 na modalidade EMAP - Equipes Multiprofissional de Apoio.

Em relação às Especialidades contamos com 06 Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, 01 Serviço de Oxigenoterapia, 03 serviços de Estomaterapia, 02 Centros de Reabilitação Física próprios e três Centros de Reabilitação Contratualizados - um deles reabilitação física e dois deles, CER II (Reabilitação Física e Intelectual).

Os maiores estrangulamentos da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência referem-se à acessibilidade comunicacional inexistente e a precária acessibilidade arquitetônica nos serviços; demora no fornecimento de OPMs;

ausência, atraso e baixa qualidade de insumos. Sobre os exames das especialidades constata-se que as macas ginecológicas adaptadas na cidade (04 no total) concentram-se apenas na Gerência Distrital Centro e a ausência de mamógrafo do tipo acessível na cidade; Existe pouca oferta de consultas especializadas, com destaque à fonoaudiologia e à audiometria e limitações no transporte social para os atendimentos diários das pessoas com deficiência.

Está previsto como meta do atual governo municipal a implantação de um Centro de Referência para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (CRTEA), com apoio do governo estadual através de co-financiamento.

A Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência deverá ser completamente avaliada por ocasião da instituição do Grupo Condutor de Cuidados da Pessoa com Deficiência, conforme previsto a fim de constituir o novo Plano Municipal de Saúde para a Pessoa com Deficiência.

## 1.8 REGULAÇÃO

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.559/2008 definindo o chamado Complexo Regulador como a “estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os modelos Complexo Regulador Estadual, Regional ou Municipal”. A mesma portaria estabelece que o Complexo regulador deve estar articulado com as áreas assistenciais, bem como com as ações de contratação de serviços e de controle e avaliação da produção apresentada, compartilhando informações para a melhor alocação dos recursos, de acordo com as necessidades da população.

Para garantir o acesso da população aos serviços de saúde mais adequados e mais próximos de seus municípios, o Ministério da Saúde publicou duas normas, chamadas Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 01/2001 e Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 01/2002. O processo de descentralização da saúde pretende garantir ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora das Secretarias Estaduais de Saúde.” (NOAS 01/2001). Os Complexos Reguladores Municipais e Estaduais devem assegurar à população o acesso aos serviços de saúde observando a organização nas regiões de um Estado, de acordo com os pactos realizados com este fim, de acordo com a oferta mais adequada às suas necessidades.

O Complexo Regulador Municipal de Porto Alegre tem a missão de coordenar, operacionalizar e monitorar a regulação do acesso aos serviços da rede de atenção à saúde sob gestão do município para a população de sua referência, de acordo com as regulamentações, pactuações e contratos em vigor, promovendo o acesso equânime dos pacientes dentro de um processo de gestão da oferta e da demanda, conforme a prioridade dos casos e os recursos disponíveis.

Com a necessidade de qualificar o processo regulatório de acordo com a regulamentação vigente, a Secretaria Municipal da Saúde iniciou, em dezembro de 2014, o projeto de desenvolvimento e implantação de um novo Sistema de Informações para o Complexo Regulador em parceria com a Companhia de Processamento de Dados de Porto Alegre - PROCEMPA. O grupo de trabalho optou

por desenvolver o projeto em módulos ou sistemas, integrados, com etapas de especificação, homologação e implantação dos sistemas Gercon – Gerenciamento de Consultas Especializadas, Gerint – Gerenciamento de Internações e Gerpac - Gerenciamento de Procedimentos de Alta Complexidade.

Com a necessidade da utilização destes sistemas para referenciar pacientes para atendimentos na Capital e com a visão de estabelecer processos regulatórios padrão contemplando a regionalização e as referências pactuadas na CIB - Comissão Intergestores Bipartite, técnicos da Regulação da Secretaria Estadual de Saúde - SES-RS se incorporaram ao grupo de trabalho a partir de 2015 contribuindo para o aprimoramento das regras de negócio dos sistemas.

O projeto de desenvolvimento e implantação dos Sistemas do Complexo Regulador estabelece os seguintes objetivos:

- Qualificar as ações de regulação do acesso e aprimorar a transição do cuidado dos pacientes através do uso de tecnologia para integrar e articular os serviços da Rede de Atenção à Saúde visando disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão com informações de qualidade, em tempo oportuno;
- Identificação única e inequívoca dos pacientes e profissionais de saúde;
- Obtenção de informações de qualidade em tempo oportuno;
- Identificação adequada da necessidade assistencial do paciente e a prioridade do caso;
- Identificação dos serviços que melhor atendam a necessidade do paciente;
- Diminuição da fila de espera por consultas especializadas classificadas como prioritárias;
- Redução do absenteísmo nas consultas especializadas;
- Compartilhamento de informações (interoperabilidade) com os sistemas dos serviços executantes e solicitantes;
- Acompanhamento *on-line* da capacidade instalada dos serviços, em tempo real (mapa de leitos, agendas de consultas e exames, etc), através da interoperabilidade dos sistemas;
- Viabilização do controle da produção de serviços;

- Viabilização do Prontuário Eletrônico Integrado do Paciente, com portabilidade, para qualificar a transição do cuidado; e
- Monitoramento de indicadores de oferta, demanda e tempo resposta da regulação possibilitando a identificação de gargalos e a melhoria contínua dos fluxos assistenciais.

O processo regulatório não se restringe a um único município, mas se estende por todo o Estado e até a nível nacional. É necessário conhecer a capacidade de atendimento de toda a rede de saúde e se essa capacidade está corretamente refletida na oferta dos serviços à população. Para garantir a equidade no acesso à saúde, é preciso que a demanda pelos serviços possa ser gerenciada de forma transparente e em todo estado, região ou município.

O conjunto de informações coletadas e trocadas entre os diversos atores do sistema, bem como a qualidade dessas informações, é de suma importância e determinante da correta avaliação de cada caso e do correto encaminhamento para o atendimento do paciente. A melhoria do tempo para o atendimento das demandas também é crucial. Em muitos casos, como nas internações ou nos procedimentos de alta complexidade, a demora no atendimento de uma solicitação pode determinar o agravamento da situação do paciente.

Em novembro de 2019, as Secretarias Municipal de Saúde de Porto Alegre e Estadual de Saúde do RS firmaram convênio para adoção em âmbito Estadual dos sistemas do Complexo Regulador de Porto Alegre. A implantação dos Sistemas de Regulação em todo o Rio Grande do Sul irá promover vários avanços para a gestão do Sistema Estadual de Saúde viabilizando a gestão das filas de espera das referências regionais com maior equidade e transparência.

Porto Alegre vem implementando, ao longo dos últimos anos, várias ações no sentido de qualificar o acesso aos serviços de saúde visando disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada e oportuna. A implantação e o aprimoramento contínuo dos Sistemas do Complexo Regulador (Gerint, Gercon e Gerpac) e a sua integração com os sistemas informatizados dos serviços de saúde vêm qualificando e consolidando os processos de regulação, promovendo a articulação da rede de saúde e viabilizando o monitoramento contínuo de indicadores de oferta e demanda de internações, consultas, exames e procedimentos.

## ***Regulação Hospitalar***

Sistema de Gerenciamento de Internações - Gerint, implantado em janeiro de 2018, viabilizando as seguintes melhorias de processos:

- Controle da disponibilidade de leitos *on-line*, através da interoperabilidade com os Sistemas de Informações dos Hospitais;
- Integração do Processo de Regulação com a Autorização e o Faturamento de contas hospitalares (100% das AIHs com registro da solicitação de internação no sistema Gerint);
- Sistematização dos processos e fluxos de acesso hospitalar,
- Regulação com Protocolo de Prioridade com metas de tempo de resposta (entre a solicitação e a autorização de internação) por prioridade;
- Parâmetros de Regulação (automática ou não), de acordo com a necessidade de controle ou agilidade do acesso;
- Monitoramento das “filas internas” para internações eletivas;
- Informações dos dados das notas de alta através da integração de sistemas (Prontuário, Indicadores);
- Indicadores de oferta e demanda, tempos de resposta e de contratos através de ferramentas de *Business Intelligence* (BI); e
- Integração da rede hospitalar através dos processos de Regulação com fluxos de acesso e de transferências entre os serviços para otimizar a utilização dos leitos de acordo com a necessidade dos casos (Regulação compartilhada com os hospitais).

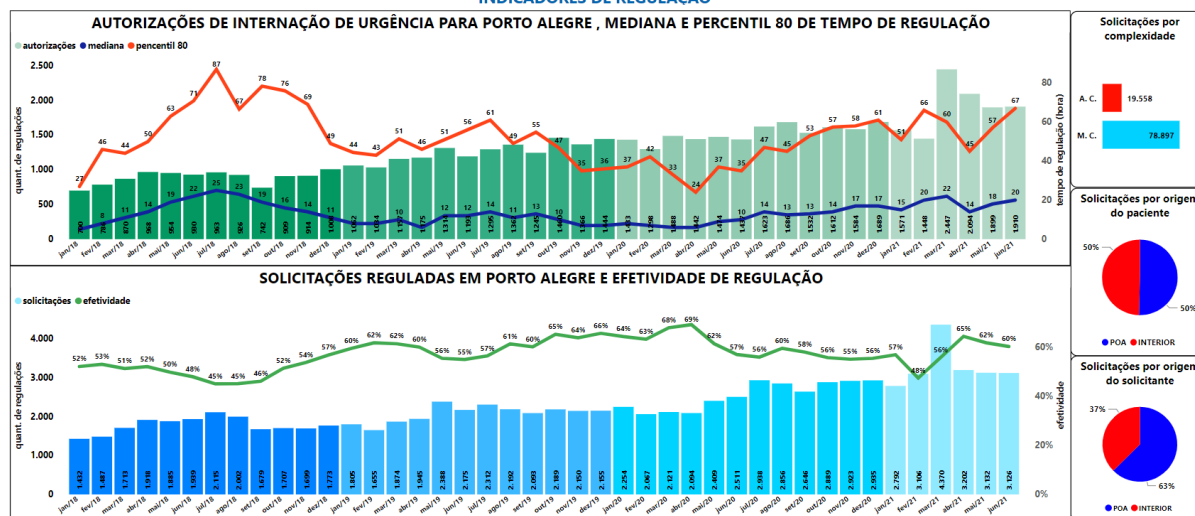
Desde a implantação do Gerint (2018), observou-se melhora contínua e significativa na qualidade e efetividade da regulação do acesso às internações de urgência, demonstradas nos indicadores de efetividade e tempos de resposta entre a solicitação de internação e a autorização para o acesso hospitalar (gráficos 100).



**Gráfico 100 - Histórico do número de autorizações de internações de urgências reguladas (não próprias) para leitos de enfermarias (adultos e pediátrica) e leitos de UTI (adulto, pediátrica e neonatal) e histórico do tempo de resposta entre a solicitação e a autorização para a internação (mediana e percentil 80) e o percentual de autorizações de acesso em Porto Alegre (2018-2021\*)**

ltima atualização: 19/07/2021 12:00:14

**INDICADORES DE REGULAÇÃO**



Fonte: Dashboard Solicitações de Internação.

(<https://powerbi.procempa.com.br/reports/powerbi/sms/selfservice/SOLICITACOES%20DE%20INTERNACAO>) \*jan/2021.

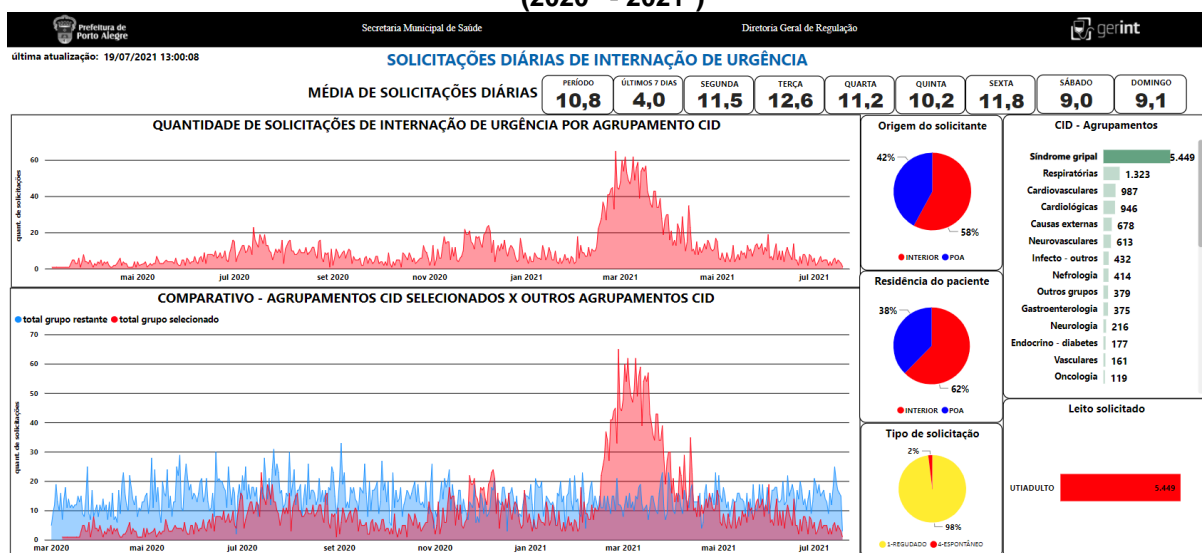
A partir da chegada do Novo Coronavírus (Covid-19) ao Brasil e da declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) pelo Ministério da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, em conjunto com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre e todas as suas secretarias, começou a desenvolver diversas ações para enfrentamento da pandemia do Covid-19. No dia 07 de Fevereiro de 2020, foi apresentada a primeira versão do Plano de Contingência Municipal para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus para os hospitais de Porto Alegre. As diretrizes apresentadas, desde então, têm sido atualizadas periodicamente de forma alinhada com a Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e com o Ministério da Saúde.

Entre as ações desencadeadas pelo Plano podemos destacar o aumento escalonado do quantitativo de leitos de UTI e enfermaria destinados para os casos suspeitos e confirmados da doença, o aprimoramento das ações de regulação com ajustes de fluxos e protocolos de prioridade e o monitoramento contínuo da demanda de internações, da ocupação de leitos e do tempo de resposta para acesso hospitalar. Para monitorar a evolução da pandemia e a ocupação total de leitos da cidade (públicos e privados), também foi desenvolvido e disponibilizado o Dashboard das UTIs e o Gráfico de monitoramento da ocupação de leitos de Terapia Intensiva.

Para a ampliação de leitos destinados à Covid-19 foram desencadeadas várias ações conjuntas na rede hospitalar como a abertura de novas unidades, a conversão de estruturas como salas de recuperação e emergências, a aquisição de equipamentos, entre outros. A grande demanda de leitos e de recursos humanos para a operação destes serviços tornou necessária a diminuição expressiva da oferta de internações eletivas, a reformulação de escalas e a contratação de novos profissionais para o atendimento ao Coronavírus.

Observou-se o aumento de solicitações de leitos de UTI Adulto por Síndrome Gripal a partir de maio de 2020, com picos nos períodos de julho/agosto, novembro/dezembro de 2020 e, principalmente, uma curva de demanda exponencial entre a segunda quinzena de fevereiro, durante todo o mês de março, até a primeira quinzena de abril 2021.

**Gráfico 101 - Comparativo do número de solicitações de internações de urgências para leitos de UTI adulto por síndrome gripal (suspeitos ou confirmados Covid-19) versus demais causas (2020\*\*- 2021\*)**



Fonte: Dashboard Solicitações de Internação. (https://powerbi.procempa.com.br/reports/powerbi/sms/selfservice/SOLICITACOES%20DE%20INTERNACAO) \*jan/2021 \*\*abr/2020

Diante do agravamento da pandemia (com excepcional demanda de terapia intensiva para os casos de Covid-19) e da necessidade de potencializar a regulação e tornar mais ágil e efetivo o acesso aos leitos de UTI e Emergências Hospitalares, foi estabelecida a estratégia do Huddle (Huddle Lean) da Regulação a partir do final do mês de fevereiro de 2021. São reuniões virtuais diárias e contato permanente por grupo de WhatsApp nos quais participam profissionais da Regulação de Porto Alegre e das equipes responsáveis pela gestão de fluxo e de acesso de pacientes

críticos nos hospitais da Capital, com o objetivo comum de avaliar as solicitações de internações registradas no Sistema Gerint, classificar a prioridade e definir o melhor destino possível de acordo com a necessidade do caso e os recursos disponíveis.

O Huddle da Regulação potencializou a integração da rede hospitalar através da regulação e aumentou o número de transferências inter-hospitalares para realocação de pacientes para a complexidade mais adequada. O referenciamento das emergências de hospitais terciários foi outra ação necessária para diminuir o acesso espontâneo de pacientes com demandas de menor complexidade às emergências desses serviços e aumentar o acesso regulado dos casos de maior complexidade.

O aprimoramento contínuo dos processos de regulação e as ações de ampliação da oferta de internações na rede hospitalar de forma integrada e articulada foram fundamentais para a performance de acesso aos leitos de UTI em Porto Alegre, especialmente para solicitações de serviços de urgência não hospitalares (Pronto Atendimentos e UPAs). Os protocolos e fluxos de regulação, revisados sistematicamente, bem como o monitoramento on-line de indicadores de demanda, ocupação e efetividade de acesso às internações foram muito importantes no enfrentamento da pandemia.

A diminuição da oferta de internações eletivas exigida pela pandemia levou ao aumento de demandas de internações de urgência por agudização de doenças crônicas e casos de suspeita oncológica, o que foi observado especialmente no segundo quadrimestre de 2021, tornando necessário o aumento da oferta de internações em hospitais de maior complexidade, seja para internações eletivas, seja para a demanda de urgência (aguda/agudizada).

### ***Regulação Ambulatorial:***

Sistema de Gerenciamento de Consultas - Gercon, implantado em julho de 2016, viabilizando as seguintes melhorias de processos:

- Regulação de 100% da oferta de consultas médicas especializadas (iniciais);
- Regulação de especialidades não médicas como nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, curativos especializados e estomias;

- Regulação com Protocolo de Prioridade;
- Transparência dos dados de filas de espera de consultas e exames, publicados mensalmente no Portal da Transparência da SMS;
- Diminuição do absenteísmo de 40 % para menos de 10%;
- Redução da “fila” total de solicitações em espera (90.000 em janeiro de 2018; 35.000 em abril de 2020; 65.000 em junho de 2021, aumento relativo atribuído à pandemia de Covid-19);
- Informação dos dados das consultas realizadas através de integração com os sistemas dos serviços executantes;
- Indicadores de fila de espera (oferta, demanda, tempos de resposta) e de contratos monitorados *on-line* (BI);
- Implantação do módulo Gercon Exames em outubro de 2019 para gerenciamento da demanda e oferta de exames de imagem (regulados) e laboratoriais (não regulados);
- Marcação automática de exames com regionalização; e
- Resultados de exames disponibilizados *on-line*.

O Sistema Gercon promoveu a qualificação do processo de regulação do acesso e gestão da oferta e demanda por consultas especializadas. Entre as melhorias de processo, podemos destacar a implantação de protocolos de prioridade e a transparência das filas de espera com cálculo de tempo médio de espera por especialidade e prioridade. Outro avanço a ser destacado é que o paciente pode acompanhar a situação da solicitação da sua consulta especializada ou exame e confirmar o comparecimento pelo *site* ou aplicativo.

O Gercon viabilizou a redução do absenteísmo e o monitoramento de indicadores de oferta e demanda observando-se uma melhora significativa na gestão do acesso a consultas especializadas, com redução das filas e dos tempos de espera por consultas especializadas, especialmente a partir de janeiro de 2018 quando havia cerca de 90.000 solicitações de consultas especializadas em fila de espera, chegando a menos de 36.000 solicitações no mês de abril de 2020, que corresponde ao menor quantitativo histórico desde o início do monitoramento.

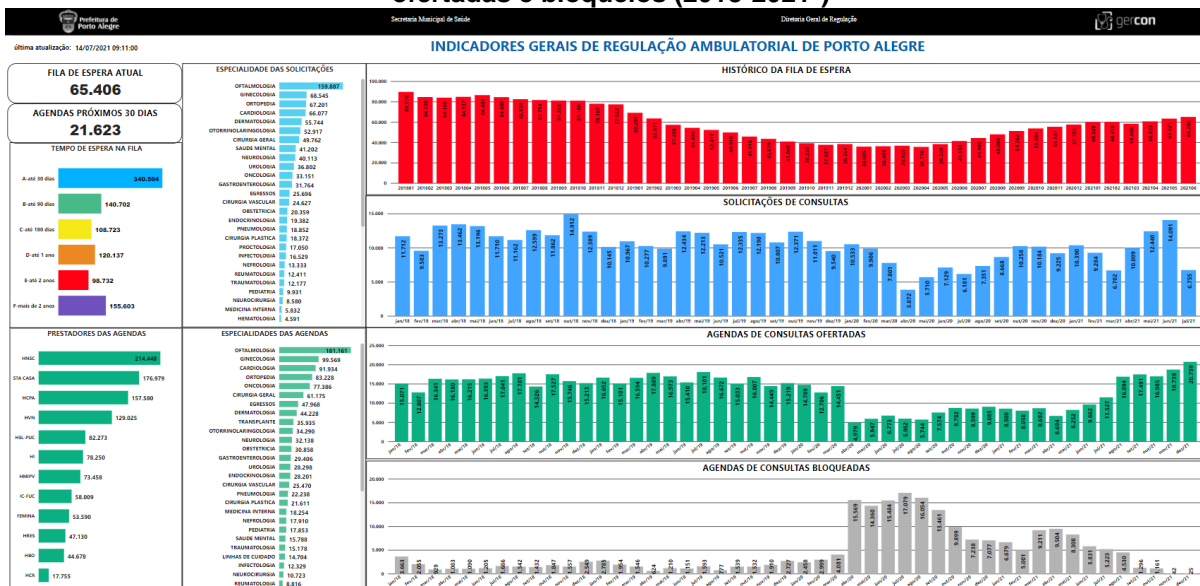
Em outubro de 2019, foi implantado o módulo Exames do Sistema Gercon utilizando muitas funcionalidades do módulo de regulação de Consultas, mas com as

especificidades exigidas para o acesso a exames de imagens, laboratoriais e anatomopatológicos. Também foi observada melhora significativa na gestão do acesso a exames, com redução de filas e de tempo de espera, e viabilizando a qualificação de contratos e a disponibilização de resultados de exames on-line. Em 2020, com a chegada da pandemia e a transmissão comunitária em Porto Alegre, foi implementada no sistema Gercon Exames a ficha de notificação Covid-19. A inovação se deu com o acesso liberado a todos os serviços de saúde de Porto Alegre, públicos ou privados, para notificar os pacientes no momento do atendimento, comprovando a versatilidade do sistema em plataforma *web*. A partir da ficha de notificação com um conjunto de perguntas, de acordo com os protocolos estabelecidos e do tempo decorrido entre o início dos sintomas e a data da notificação, o sistema define automaticamente qual exame deverá ser realizado pelo paciente e qual o tempo ideal para coleta da amostra, garantindo a melhor opção para a detecção ou não da doença.

Com as ações necessárias para o enfrentamento à pandemia de Covid-19, houve a diminuição da oferta de consultas e procedimentos eletivos na rede de saúde de Porto Alegre a partir de março de 2020. Com as medidas de distanciamento social, também houve diminuição significativa da procura por atendimentos não urgentes, especialmente entre os meses de abril e agosto de 2020, o que reduziu o impacto inicial nas filas eletivas.

A partir de setembro de 2020 observou-se o aumento da demanda por consultas eletivas com quantitativos mensais de solicitações semelhantes àqueles dos anos de 2018 e 2019. Mesmo com a retomada gradativa de agendas nos períodos de arrefecimento da pandemia, a demanda passou a superar significativamente a oferta de consultas, provocando aumento da fila para patamares semelhantes aos meses iniciais de 2019, de aproximadamente 65.000 consultas em espera (Gráficos 102).

**Gráfico 102 - Histórico da fila de espera por consultas especializadas, solicitações, agendas ofertadas e bloqueios (2018-2021\*)**



Fonte: Dashboard Solicitações de Internação.

(<https://powerbi.procempa.com.br/reports/powerbi/sms/selfservice/SOLICITACOES%20DE%20INTERNACAO>) \*jan/2021.

O represamento da demanda e o retardo na realização de diagnósticos e tratamentos eletivos provocados pela pandemia deve ser enfrentado com ações específicas e coordenadas para diminuir o impacto negativo na saúde da população refletido no aumento de demandas de internações de urgência por agudização de doenças crônicas e pelo aumento da morbimortalidade provocada pelo avanço de doenças passíveis de diagnóstico e tratamento ambulatorial.

Com o avanço da vacinação e a diminuição dos casos de Covid-19 é necessária a retomada integral do quantitativo de consultas, exames e procedimentos eletivos contratualizados junto aos prestadores e a ampliação das ofertas de serviços, por tempo determinado, para reverter o represamento com base nos indicadores de oferta e demanda e de filas de espera.

### **Desafios e Potencialidades da Regulação**

Frente à transição epidemiológica dos próximos anos, de uma das maiores pandemias da história para o período de pós-pandemia, são muitos os desafios a serem enfrentados: manter as precauções e estratégias de enfrentamento da Covid-19 diante do risco de aumento de contágio relacionado a novas variantes do vírus; atender as demandas de pacientes com sequelas causadas pelo Coronavírus; ampliar o acesso da população frente ao esperado aumento de demandas agudas e

eletivas de doenças não transmissíveis relacionado ao represamento desses atendimentos ocasionado pelo enfrentamento da pandemia.

A experiência de Porto Alegre ao longo dos últimos anos, de utilizar a tecnologia com busca de informações de qualidade para avaliar, decidir e monitorar as necessidades de saúde da população e a transição do cuidado em rede no sentido de qualificar o acesso aos serviços de saúde, de forma equânime, ordenada e oportuna deve ser consolidada e aperfeiçoada para o enfrentamento destes desafios.

A consolidação do modelo de regulação compartilhada e “puxada” (metodologia Lean) a partir de informações estruturadas e atualizadas nos Sistemas do Complexo Regulador e o seu aprimoramento através de atualizações de protocolos e de mecanismos de apoio à tomada de decisão, como o Huddle, potencializaram à assistência em rede com serviços complementares entre si, possibilitando a organização do acesso e a transição do cuidado focada na necessidade do paciente.

A interoperabilidade dos sistemas de informações da rede hospitalar e ambulatorial com os sistemas de informações da regulação tornou possível o compartilhamento e a portabilidade de informações clínicas durante a trajetória do cuidado dos pacientes (prontuário web), com incremento de eficiência e economia (diminuição de desperdícios assistenciais). Também viabilizou o monitoramento on-line de indicadores, agregando transparência e agilidade para a tomada de decisões e para a melhoria contínua do cuidado em rede.

Diante desses aspectos, para enfrentar os grandes desafios epidemiológicos que se apresentam, é necessário avançar na consolidação e qualificação do modelo de cuidado em rede promovendo a transição do cuidado focada na necessidade do paciente, com responsabilidades assistenciais estabelecidas de acordo com a tipologia dos serviços e com o monitoramento contínuo de indicadores de demanda epidemiológica, oferta de serviços e eficiência do fluxo assistencial. Os contratos dos serviços devem ser aperfeiçoados no mesmo sentido, atribuindo responsabilidades conforme o tipo, as habilitações e o porte do serviço, com metas de produção, de acessos regulados e de eficiência assistencial monitoradas *on-line*.

## 1.9 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Segundo a Portaria nº 1.378 de 9 de julho de 2013, a vigilância em saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Cabe a Vigilância em Saúde a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

As ações de vigilância em saúde são determinadas com base no risco epidemiológico, sanitário e ambiental existentes no município. A análise destes riscos é normatizada pela Anvisa e pelas áreas técnicas da SVS do Ministério da Saúde. As prioridades nacionais são definidas por meio da Programação de Ações de Vigilância à Saúde (PAVS), Sispacto e demais pactuações nacionais, estaduais e municipais baseadas nos principais indicadores de saúde da população. Visando ao cumprimento de tais prioridades, *[...] compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas.*

A estrutura organizacional da Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) está voltada para o cumprimento das responsabilidades municipais frente ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. A Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) é composta pelas seguintes estruturas de trabalho:

- I - Assessoria de Ensino e Pesquisa (ASSEP-DVS);
- II - Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs);
- III - Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (Cerest);
- IV - Equipe de Apoio Administrativo (EAA-DVS);
- V - Unidade de Vigilância Ambiental (UVA);
  - a) Equipe de Vigilância em Saúde Ambiental e Águas (EVSAA);
    - 1. Núcleo de Saúde Ambiental (NSA);



- b) Equipe de Vigilância de Antropozoonoses (Evantropo);
- c) Núcleo de Fiscalização Ambiental (NFA);
- d) Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores (NVRV);

VI - Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE);

- a) Equipe de Vigilância de Eventos Vitais (EVEV);
- b) Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis (EVDT);
  - 1. Núcleo de Vigilância de Doenças Transmissíveis Agudas (NVDTA);
  - 2. Núcleo de Vigilância de Doenças Transmissíveis Crônicas (NVDTC);
  - 3. Núcleo de Imunizações (NI);
- c) Equipe de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (EVDANT);

VII - Unidade de Vigilância Sanitária (UVS);

- a) Equipe de Vigilância de Alimentos (EVA);
  - 1. Núcleo de Indústria e Eventos de Massa (NIEM);
  - 2. Núcleo de Fiscalização (NF);
- b) Equipe de Vigilância de Serviços e Produtos de Interesse à Saúde (EVSPIS);
  - 1. Núcleo de Vigilância de Serviços de Alta Complexidade (NVSAC);
  - 2. Núcleo de Vigilância de Serviços de Média Complexidade (NVSMC);
  - 3. Núcleo de Vigilância de Serviços de Baixa Complexidade (NVSBC);
  - 4. Núcleo de Vigilância em Radiações Ionizantes (NVRI);
  - 5. Núcleo de Projetos e Infraestrutura em Saúde (NPIS);
  - 6. Núcleo de Produtos para Saúde (correlatos) (NPS);
  - 7. Núcleo de Medicamentos (NM).

Nos últimos 5 anos, mais de 60% dos funcionários da DVS se aposentaram. Houve novos ingressantes, porém em número bem menor dos que se aposentaram. Surgiu a necessidade de intensificar a educação continuada dos novos trabalhadores, bem como rever os processos de trabalho diante da dinâmica crescente das questões urbanas, de novas tecnologias em saúde e de alinhamentos voltados ao crescimento das demandas de promoção, prevenção e proteção da saúde, através de políticas públicas capazes de manter a qualidade do trabalho.

Como campo de práticas para a qualificação técnica de trabalhadores, tem-se o fortalecimento da RIS- Residência Integrada em Saúde - Ênfase em Vigilância em

Saúde – ESP e campo para estágios de outras residências e estudantes de graduação.

Coloca-se como desafios para os próximos anos: planejar e executar capacitações aos funcionários da DVS; promover um ambiente para desenvolvimento de pesquisa, estimulando as orientações, supervisões e bancas de trabalhos de conclusão de cursos de graduação e residências consolidando a DVS como campo de Formação para o SUS; estimular a participação em cursos de preceptoria no SUS qualificando a formação dos trabalhadores responsáveis pela educação permanente; planejar capacitações de profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde tendo em vista a rotatividade dos profissionais que necessitam ser inseridos nos processos de trabalho descentralizados da vigilância em saúde; manter e ampliar o registro de práticas por meio de boletins informativos e a Edição da Revista da Vigilância em Saúde – RevisPOA.

### ***Cievs Municipal***

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) é o principal mecanismo internacional, vinculante a todos os Estados membros da Organização Mundial da Saúde (OMS), estabelecido com o objetivo de “prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais”.

O novo RSI fortaleceu o monitoramento de surtos, epidemias e outras emergências em saúde pública, no âmbito global, através de uma rede mundial (Global Outbreak Alert and Response – Organização Mundial da Saúde), instituindo a estrutura do Ponto Focal em todos os países integrantes da rede. Com isso, ampliou-se a capacidade e oportunidade de compartilhamento de informações sobre potenciais Eventos de Saúde Pública de Interesse Nacional e Internacional entre as três esferas de gestão do SUS para tomada de decisão, fortalecendo assim as ações de vigilância e resposta previstas no Regulamento Sanitário Internacional.

Diante da presença de agravos e doenças emergentes e reemergentes, os cenários de risco variam de acordo com o território, o perfil epidemiológico, as condições socioculturais, as capacidades de resposta locais e as estratégias de detecção e monitoramento. O Cievs/SMS atua como Ponto Focal Municipal (PFM)

para vigilância e resposta às emergências em saúde pública, na sua respectiva esfera de gestão. O município deve ser capaz de detectar precocemente o aparecimento de algo inusitado ou as modificações no comportamento habitual de determinadas doenças, e, desta forma, trabalhar em consonância com a Rede Cievs Nacional.

No ano de 2020 o Cievs/SMS obteve aporte de recursos materiais oriundos do Ministério da Saúde possibilitando a estruturação da sala Cievs. Paralelamente, a nova estrutura organizacional da SMS/POA, formalizou o Cievs no organograma da DVS, possibilitando a construção de uma equipe mínima.

Além da equipe mínima, o Cievs está estruturado como um comitê técnico composto pelos Coordenadores das Unidades Ambiental, Epidemiológica e Sanitária e diretores da DVS. Utiliza, como estratégia de atuação, a Sala de Situação, composta por técnicos de diversas áreas e setores da PMPA, além da sociedade.

Dentre as atividades realizadas pelo Cievs, estão: vigilância baseada em eventos e indicadores (através de busca de rumores, publicação de clipping e boletins informativos); análise de situação de saúde e avaliação dos riscos à saúde pública; coleta, consolidação, análise e disseminação de informações referentes a eventos relacionados à saúde; articulação entre diferentes órgãos e instituições envolvidos na preparação e apoio à resposta às emergências em saúde pública.

Para desenvolver estas atividades o Cievs está se capacitando para uso de ferramentas para busca de rumores, construção de matriz de avaliação de risco e análise de dados epidemiológicos.

Para os próximos anos, o Cievs tem como desafio o planejamento das respostas às emergências em saúde pública, contribuindo na elaboração de planos de contingências para eventos de massa, desastres, agentes biológicos, químicos, radioativos, além de desastres ambientais.

O planejamento de emergências em saúde pública deve estar pautado nos objetivos dos sistemas de vigilância em saúde considerando sua capacidade operacional, na organização da rede de resposta e na construção de uma rede de contatos.

### **1.9.1 Vigilância Epidemiológica**

A vigilância epidemiológica tem como finalidade a execução de um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis e agravos à saúde.

Na Prefeitura de Porto Alegre, a vigilância epidemiológica é executada pelos componentes de vigilância e atenção à saúde, tendo na vigilância em saúde as seguintes equipes:

- Equipe de Vigilância de Eventos Vitais (EVEV);
- Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis (EVDT); e
- Equipe de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (EVDANT).

Cada equipe tem um conjunto de atribuições voltadas à manutenção e qualificação do trabalho de vigilância em saúde a partir de documentos oficiais de notificação compulsória de doenças e agravos, imunizações e de registros de nascimentos e óbitos, bem como o suporte técnico à rede de serviços de saúde, públicos e privados, existentes na capital. Abaixo, tais processos são brevemente descritos.

#### ***Vigilância de Eventos Vitais***

A Equipe de Vigilância de Eventos Vitais (DVS/UE/EVEV) faz o gerenciamento das declarações de nascidos vivos (DNV) e as declarações de óbito (DO) nos Sistemas Nacionais de Informação referentes a Nascidos Vivos (SINASC) e o Mortalidade (SIM). A partir dos Sistemas Nacionais de Informação, a situação de saúde da população de Porto Alegre é monitorada com os programas Pré-Viver (mortalidade) e Pré-Parar (violência).

É realizada a investigação de óbito e qualificação dos documentos de Declaração de óbito (DO) e Declaração de Nascidos Vivos (DNV). Além disso, a DVS/UE/EVEV fornece:

Formulários de Declaração de Óbito (DO) e Declaração de Nascido Vivo (DNV) para estabelecimentos de saúde, médicos e cartórios.

2ª via da Declaração de Nascido Vivo (DN) – folha amarela - de crianças até 2 anos de idade e que ao nascer eram residentes em Porto Alegre.

Os dados qualificados e monitorados pela EVEV, 15.650 DNV e 13.135 DO em 2020, são apresentados nos indicadores de expectativa de vida e mortalidade, bem como outros indicadores fundamentais para definir as estratégias de saúde pública a serem adotadas, são eles:

- Mortalidade Infantil
- Mortalidade Materna
- Óbitos em mulheres em idade fértil
- Óbitos com causa básica definida

### ***Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis***

A vigilância desses agravos é realizada pela EVDANT - Equipe de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis em consonância com o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis do Ministério da Saúde (MS) 2011-2020, repactuado até 2030.

Tem por objetivo conhecer o comportamento das doenças e agravos não transmissíveis, com isso, induzir à adoção de medidas de controle, de prevenção e se possível de erradicação.

Entre as principais ações dessa vigilância estão: elaborar estratégias de identificação e busca ativa dos eventos relacionados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). São considerados pelo Ministério da saúde quatro CIDs como DCNT: Diabete Mellitus, Doença Respiratória, Doença Circulatória e Neoplasias, para acompanhar, estimular a prevenção a saúde, bem como monitorar estes eventos na cidade.

Identificar, analisar e realizar campanhas de prevenção dos agravos relacionados ao Trânsito com morte ocorridos na cidade de Porto Alegre, e junto à equipe intersetorial EPTC, Detran, Samu, realizar alterações na cidade para prevenção dos acidentes com morte (análise de todos os acidentes com morte na cidade de Porto Alegre).

Identificar, analisar e realizar a vigilância dos casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada (Sinan Violência), bem como subsidiar a APS via GDs dos casos de cada território, para fins de monitoramento e encaminhamentos.

Disponibilizar *Dashboards* no *site* da PMPA de monitoramento das doenças e agravos acompanhados pela EVDANT;

Elaborar planilha com usuários georreferenciados, com alterações no exame citopatológico e nas mamografias, encaminhando estas para as US e GDs;

Registrar no E-SUS casos de violência interpessoal e autoprovocada e de exames alterados de colo de útero e de mamografias.

Os dados qualificados e monitorados pela EVDANT de notificações no VIVA-Sinan NET, no Sistema de RCBP- Registro de Câncer de Base populacional, no SISMAMA/ SISCAN e no SISCOLO/ SISCAN além de sistemas complementares de monitoramento e investigação de casos Gerint, CADSUS, ESUS-PEC.

Elaborar um banco de dados das DANT (para automatizar a vigilância dos reinternadores por causas sensíveis à atenção primária, bem como disponibilizar as informações necessárias para a atenção primária e especializada realizarem o acompanhamento do seguimento do cuidado na rede de atenção em saúde. Trabalho realizado em parceria com diversos setores da SMS, entre eles: Diretoria de Atenção Primária, Regulação, Assepla e outras equipes da Diretoria de Vigilância.

### ***Vigilância de Doenças Transmissíveis***

A vigilância desses agravos tem por objetivo conhecer o comportamento das doenças transmissíveis de notificação compulsória que ocorrem em Porto Alegre e, com isso, induzir à adoção de medidas de controle, de prevenção e, se possível, erradicação.

Informar oportunamente aos serviços de saúde as mudanças no cenário epidemiológico e o comportamento clínico das doenças para instrumentalizar a assistência com os elementos epidemiológicos necessários para a definição do tratamento individual e proteção da saúde coletiva.

Destaca-se a investigação epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsórias Imediatas (DNCI) e a vigilância de agravos transmissíveis de evolução crônica, longitudinal no tempo e transversal junto aos serviços de saúde onde os usuários têm vínculo assistencial.

Os dados qualificados e monitorados pela EVDT são apresentados na análise situacional do PMS 2022-25, em 'Condições de Saúde da População' e inclui

indicadores produzidos a partir de dados notificados no Sinan, no ESUS Notifica, Gercon Notificações, no SITETB, IL-TB, além de sistemas complementares de monitoramento e investigação de casos GAL, Siclom, Gerint, CADSUS, ESUS-PEC e sistemas de gerenciamento de vacinas, relacionados ao PNI (SI-PNI e SIES-MS). Os Núcleos que compõem a EVDT são:

- Núcleos de Imunizações Zona Sul e Zona Norte;
- Núcleo de Doenças Transmissíveis Agudas; e
- Núcleo de Doenças Transmissíveis Crônicas.

### ***Principais processos - Doenças Transmissíveis***

- Realizar coleta sistemática e contínua de dados relativos à saúde de pessoas e comunidades, referentes às doenças transmissíveis e eventos agudos de interesse à saúde pública;
- Analisar, interpretar e divulgar estes dados por meio de publicação periódica do Boletim Epidemiológico; semanal do Boletim Covid-19 e atualização diária, semanal ou mensal de repositórios de dados para painéis e mapas temáticos em: HIV, Tb, Sífilis, Dengue/Zika/Chikungunya, Covid-19, leishmaniose e febre amarela;
- Identificar a necessidade e realizar ações de bloqueio de transmissão de doenças transmissíveis;
- Acolher e debater, junto à Rede de Atenção à Saúde, notificações de suspeita de doenças transmissíveis;
- Orientar investigação laboratorial de forma oportuna, conforme doença transmissível e, se necessário, realizar o transporte de amostras, soros e imunoglobulinas;
- Emitir alertas e boletins epidemiológicos quando houver mudanças no panorama epidemiológico;
- Balizar ações em saúde pública, buscando contribuir na redução da morbidade e mortalidade;
- Orientar medidas de prevenção de transmissão;
- Realizar capacitações para a RAS; e
- Vigilância de novas doenças: Ao longo de 2020, foram incorporados ao trabalho da vigilância de doenças transmissíveis, por exemplo: Covid-19,

Toxoplasmose gestacional e Congênita e monitoramento das gestantes e crianças expostas com Hepatites B e C.

### ***Principais processos - Imunizações***

- Recebimento, armazenamento e distribuição dos imunobiológicos para os serviços de saúde;
- Distribuição de insumos para os serviços de saúde;
- Vigilância de Eventos Adversos Pós-vacinais, de Erros Programáticos, das Paralisias Agudas Flácidas;
- Digitação das fichas notificação de Acidentes com Animais Peçonhentos no Sinan;
- Suporte técnico para os sistemas de informação: SI-PNI e E-SUS para as unidades de saúde e hospitais e para o Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE-HMIPV).
- Organização de Campanhas de vacinação, apoio nas ações de vacinação extramuros e bloqueios vacinais;
- Capacitações e atualizações para os serviços de saúde e produção de materiais didáticos;
- Vistorias: salas de vacinas em farmácias, clínicas de vacinação privadas e das salas de vacinas dos serviços de saúde; com monitoramento e suporte da rede de frio dos serviços de saúde.

### **1.9.2 Vigilância Sanitária**

A prática cotidiana da Vigilância Sanitária traz consigo a responsabilidade do Estado em adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário às demandas sociais e às necessidades do sistema de saúde, desenvolvendo ações de promoção e proteção à saúde, prevenção, controle, fiscalização, regulação e gerenciamento de riscos.

A vigilância sanitária do município de Porto Alegre está estruturada em duas equipes, responsáveis pela fiscalização e licenciamento do comércio de alimentos e dos serviços de saúde e de interesse à saúde estabelecidos no âmbito do território municipal.



A Equipe de Vigilância de Alimentos - EVA, é composta por 7 agentes de fiscalização e 3 médicos veterinários, após redução gradativa de seu efetivo de fiscais e técnicos.

A EVA é composta por 2 núcleos:

- Núcleo de Fiscalização (NF): responsável pelas vistorias rotineiras de todos os serviços de alimentação;
- Núcleo de Indústrias e Eventos de Massa (NIEM): responsável pelo licenciamento e fiscalização dos eventos que acontecem na cidade e que comercializam alimentos. Também é responsável pelo licenciamento sanitário das indústrias de alimentos que vêm sendo gradativamente transferidas da responsabilidade do Estado do RS para o município, iniciando pelas Indústrias de Panificação e Confeitaria.

#### ***Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) -***

- O município de Porto Alegre investiga 100% das notificações de surto de DTA recebidas. A maioria das notificações são encaminhadas por meio do sistema Fala Porto Alegre (156), mas devido a necessidade de celeridade no processo de investigação, a notificação pode ser recebida por qualquer canal de comunicação.
- Desde 2012, a investigação epidemiológica e sanitária dos surtos passou a ser realizada somente pela Equipe de Vigilância de Alimentos, conferindo maior agilidade e rapidez na investigação.
- A situação de Porto Alegre segue tendência mundial de sub-notificações de surtos, tanto por parte dos serviços de saúde como também pela população. Nas investigações de surtos no município, em muitas ocorrências, não se identifica o agente causal e nem mesmo o alimento incriminado. Várias são as causas que contribuem para esta situação: notificação tardia; ausência de sobras; dificuldade na coleta de amostras biológicas dos comensais doentes; limitação de agentes pesquisados nas amostras coletadas, e enviadas ao Lacen, ou seja, detecta-se somente aquilo que o laboratório tem condições de analisar; morosidade na entrega dos laudos; dificuldade de contato com o notificante e de entrevistar todos os comensais envolvidos no episódio.

- A investigação de surtos de DTA envolve a investigação epidemiológica e sanitária do agravo, havendo a necessidade de coletas específicas de informações junto aos comensais, coleta de amostras clínicas de comensais e manipuladores de alimentos, coleta de alimentos para análise bromatológica, avaliação minuciosa do processo produtivo a fim de verificar possíveis desvios sanitários causadores do agravo e cálculo de indicadores, informações estas que subsidiam a conclusão do caso. A investigação de surtos de DTA é uma meta pactuada e devem ser investigados 100% dos casos.
- Este agravo, apesar da baixa letalidade, impacta de modo significativo na ocorrência de hospitalizações, as quais podem ser facilmente prevenidas através de fiscalizações preventivas nos estabelecimentos produtores. A maior parte desses surtos, mais de 50% dos casos, ocorre nas residências ou em restaurantes. A desobrigatoriedade do alvará sanitário, como preconiza a Lei nº13.894 de 20 de setembro de 2019 – LLE, enseja a informalidade da produção. Esta situação, aliada a possibilidade de unificação das fiscalizações municipais, o que concorre para a generalidade da fiscalização e a não observância de itens específicos e complexos dentro da cadeia de produção de alimentos, contribuem para aumentar a ocorrência de casos de surtos de DTA. Com o aumento das ocorrências, os surtos de DTAs podem se tornar um agravo mais preocupante e de maior impacto tanto no número de pessoas expostas quanto nas hospitalizações e óbitos. É importante salientar que a complexidade de agentes patogênicos que podem surgir a partir deste cenário exigirá, cada vez mais, qualificação e capacitação de agentes para implementação de processos que garantam a segurança dos alimentos manipulados.

Na tabela abaixo, são apresentados os quantitativos produtivos da equipe nos últimos três anos.

**Tabela 110 - Indicadores Gerais da EVA, por ano**

	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Surtos DTA	14	16	3
Surtos Covid-19	0	0	116
Nº inspeções	6.613	7.370	9.298

Nº notificações	904	706	287
Nº AI	264	170	142
Apreensões (kg/unid/L)	17.350kg	9.027kg	7.003kg
	1.965 unid.	827 unid.	1 unid.
	119L	6,1L	257L
Denúncias Recebidas	642	829	1.121
Denúncias Atendidas	368	322	743

Fonte: RAG 2018, 2019 e 2020.

- Apesar da redução da força de trabalho atuante na fiscalização, observa-se um aumento significativo no número de inspeções realizadas. Entretanto, cenários diferenciados devem ser considerados para justificar este padrão de aumento: em 2019 ocorreu a Copa América, demandando ações de toda a equipe antes, durante e posterior aos eventos (jogos e festas), pelo período de março a agosto. Na oportunidade, a intensificação das vistorias foi necessária para o monitoramento dos serviços de alimentação envolvidos durante todo o período. Já em 2020, devido à pandemia do novo Coronavírus, a equipe alterou seu modo de trabalho com a finalidade de verificar os itens referentes ao controle da pandemia, dispostos em normas específicas. Com isso, as vistorias tornaram-se mais objetivas, com foco nestes itens prioritários, resultando em fiscalizações mais ágeis e em maior número.
- Nas duas ocasiões descritas acima, a equipe contou com a suplementação de agentes de fiscalização e técnicos da DVS para que fosse possível o cumprimento integral das demandas. É importante salientar que, no ano de 2020, este aporte de pessoas ocorreu somente no início da pandemia findando em agosto.
- Tendo em vista o relatado acima, se justifica a diminuição da lavratura de documentos, bem como o quantitativo de alimentos apreendidos, visto que qualquer desvio observado deveria ser regularizado imediatamente durante a fiscalização. Além disso, o perfil orientador e educativo das fiscalizações da equipe tem sido fundamental para dirimir a dificuldade do setor regulado em acompanhar, entender e aplicar as determinações de diversas normas publicadas, que são atualizadas e alteradas constantemente, conforme a situação epidemiológica (Coronavírus).

- Em 2020 o aumento das denúncias ocorreu devido a desvios relacionados ao controle da pandemia como, por exemplo: ausência de álcool 70%, não higienização de superfícies de toque, não uso de máscaras, aglomerações, entre outras não conformidades. Os serviços de alimentação passaram por grandes períodos com medidas restritivas quanto a servir alimentos no local, passando a atender somente na forma *take away e delivery*. Nestas modalidades de serviço o cliente não entra no estabelecimento, portanto não observa os desvios sanitários. Durante estes períodos, as denúncias se concentraram em mercados, minimercados e lojas de conveniência, os quais permaneceram com fluxo de clientes dentro de suas lojas.
- A investigação, não somente sanitária como também epidemiológica, dos surtos de Covid-19 envolvendo funcionários dos serviços de alimentação passou a ser atribuição da EVA em junho de 2020. Em um novo modelo proposto pela DVS, estruturou-se emergencialmente uma força tarefa com todas as equipes da unidade sanitária, ambiental e epidemiológica para atendimento e acompanhamento de todas as notificações de surtos de Covid-19 recebidas. Tal mudança de estruturação para atendimento a esse agravo foi necessária devido ao grande volume de casos de surtos da doença envolvendo todos os serviços existentes na cidade, sobrecarregando a equipe epidemiológica e ambiental no atendimento efetivo desta demanda.
- A notificação de casos de surto de Covid-19 em serviços de alimentação já era prevista, considerando tratar-se de serviço essencial o qual não teve suas atividades cessadas, apenas restringidas pelos atos normativos, portanto, mantendo o fluxo de expostos nestes ambientes. A intervenção da Equipe de Vigilância de Alimentos, nos surtos de Covid-19 tem por objetivo: o acompanhamento, análise da evolução dos casos, orientação quanto à testagem dos expostos, a orientação e verificação das medidas de prevenção e controle adotadas pelo estabelecimento.
- Em função deste cenário, acredita-se que houve aumento da subnotificação de surtos de DTA, resultando em baixo número de casos notificados e investigados no período.

A Equipe de Vigilância de Serviços e Produtos de Saúde e de Interesse à Saúde – EVSPIS responsável pela fiscalização e licenciamento dos serviços de saúde e produtos de saúde e de interesse à saúde, está composta por sete núcleos, que regulam os diversos serviços, como segue:

- Núcleo de Vigilância em Serviços de Alta Complexidade, faz a regulamentação dos serviços de saúde com alta complexidade, tais como hospitais, clínicas de quimioterapia, laboratórios clínicos, patologia e moleculares, bancos de células e tecidos, hemoterapia, diálise, entre outros;
- Núcleo de Vigilância em Serviços de Média Complexidade, regulamenta os serviços de saúde com complexidade média, tais como as clínicas e serviços odontológicos, postos de coleta laboratoriais, clínicas de estética, entre outras;
- Núcleo de Vigilância em Serviços de Baixa Complexidade (NVSBC), regulamenta os serviços de saúde com menor complexidade, tais como as escolas de educação infantil, Instituições de Longa Permanência de Idosos - ILPI's, serviços de embelezamento, lavanderia hospitalar, clínicas de vacinas estúdios de tatuagem e *piercing*, transporte de pacientes, saúde mental, entre outras;
- Núcleo de Vigilância em Radiações Ionizantes, regulamenta as clínicas com serviços de imagem, radioterapia e raio-X;
- Núcleo de Projetos de Infraestrutura em Saúde, que faz a avaliação de projetos arquitetônicos de estabelecimentos de serviços de saúde, indústrias de cosméticos, entre outras;
- Núcleo de Produtos para Saúde e Correlatos, que faz a fiscalização do comércio de produtos de interesse à saúde, *investigando instalações e capacidade técnico operacional em produtos de saúde/correlatos, cosméticos e saneantes*. Os estabelecimentos licenciados e fiscalizados pelo núcleo são as distribuidoras, transportadoras, importadoras e indústrias de saneantes e cosméticos e as controladoras de pragas.
- Núcleo de Medicamentos, que faz a regulamentação de serviços de baixo ou alto risco à saúde pública, respectivamente: drogarias e farmácias de

manipulação e farmácias hospitalares. *Faz análise de processos e pareceres técnicos, também para as ações de vigilância sanitária de Produtos de Interesse à Saúde (medicamentos e insumos farmacêuticos destinados a uso humano).*

A Unidade de Vigilância Sanitária possui um *déficit* de servidores que vem se agravando com as aposentadorias. A EVA possui equipe defasada em relação ao número de atividades complexas que compõem a sua atribuição: fiscalização de todos os serviços de alimentação da cidade, além de eventos de massa que ocorrem rotineiramente, fiscalização em veículos de transporte de alimentos, projetos especiais de monitoramento de alimentos em parceria com as universidades, investigações de surtos de doenças transmitidas por alimentos, atendimento de reclamações, solicitações de alvará, denúncias e demandas de outros órgãos.

A EVA não possui sistema de informação capaz de quantificar, cadastrar, estratificar o universo de estabelecimentos existentes em Porto Alegre, o que seria fundamental para a programação e operacionalização das fiscalizações dos serviços de alimentação, pautadas na avaliação de risco sanitário e, não somente no risco econômico como proposto na Lei de Liberdade Econômica. Configura-se como um grande desafio, a instauração de procedimentos e sistemas capazes de identificar o universo de atuação da equipe e, desta maneira, propor estratégias de trabalho que possam, de maneira eficaz, abranger o maior quantitativo de estabelecimentos possíveis, através da análise de risco sanitário presente em cada ramo alimentício.

Considerando a complexidade que há no ramo alimentício quanto à avaliação de procedimentos que garantam a inocuidade dos alimentos produzidos e ofertados na cidade, dada também a sua diversidade (regulamentos específicos para cada tipo de preparação, por exemplo), necessidade de análise técnica frente às diversas inovações que ocorrem neste setor (novas tecnologias de cocção, conservação, preparo, aditivos, novos alimentos), as quais podem representar alto risco sanitário, a fiscalização deve acontecer de forma detalhada, qualificada e minuciosa, por profissional periodicamente capacitado.

Durante este último período (quadrimestral), foram disponibilizadas capacitações direcionadas a qualificação específica da equipe de fiscalização acerca de seu objeto de trabalho, como por exemplo: atualização sobre boas práticas em serviços de alimentação, microbiologia aplicada a inocuidade dos alimentos,

capacitação sobre controle integrado de pragas, certificação para processamento seguro de gelados comestíveis, atualizações sobre novas legislações da área, visitas técnicas em indústrias de alimentos em outros Municípios, curso de boas práticas na produção de alimentos minimamente processados e suas normas.

A equipe de vigilância em serviços de saúde e de interesse à saúde - EVSPIS, em face à Pandemia do Sar-CoV-2 em curso no município, está intensificando o monitoramento dos serviços de interesse à saúde no período pós-vacinação de maneira educativa e preventiva.

Os estabelecimentos exigem a atuação do fiscal sanitário de modo permanente e efetivo, por meio de vistorias e campanhas educativas para a prevenção de doenças.

As Instituições de Longa Permanência de Idosos são espaços sensíveis por natureza, especialmente pela fragilidade dos seus usuários no que tange à saúde. Está em andamento o GT do Idoso com participação desta DVS, onde está sendo debatido e construído o Plano Municipal do Idoso. Será mantida a nova atividade de acompanhamento e investigação de surtos da Covid-19 que se integra com as ações fiscais de vistoria para licenciamento e demandas de fiscalização oriundas dos canais oficiais de denúncias, especialmente recebidas do Ministério Público do RS, órgão que também acompanha esses estabelecimentos.

O desafio para os próximos anos, é sem dúvida a implantação de recursos tecnológicos, tanto de equipamentos como de sistemas de informação, para agilizar os encaminhamentos e atualização do banco de dados, para ILPI's e para os Estabelecimentos de Educação Infantil (EEI).

A Moradia transitória para Pessoas com transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuam suporte social ou laços familiares que viabilizem sua reinserção social, consiste num Modelo de Atenção Psicossocial de transição do cuidado articulado em rede setorial e intersetorial, para usuários e familiares e de base comunitária. Dentre as ações planejadas para os próximos anos, estão: a articulação junto à Coordenação de Atenção à Saúde Mental - CASM e Ministério Público; elaboração/definição de documento sanitário atualizado; elaboração de estratégias de comunicação com a rede de atenção à saúde e população em geral. Qualificação das ações de vigilância em saúde para atendimento às demandas das moradias; atuação para a

regularização dos estabelecimentos clandestinos. Além destas atividades, contribuir para estabelecer fluxos de acompanhamento junto a instituições vinculadas ao Sistema Único de Assistência Social/SUAS (caso das residências inclusivas, abrigos e albergues, residências/clínicas para pessoas com deficiências e acamadas) e congêneres, e ainda, avaliar dados, redefinir estratégias sanitárias, redefinição de competências e ampliação do grupo de trabalho no NVSBC.

### ***Desafios para a Vigilância Sanitária***

Um desafio que se avizinha é uma possível unificação das fiscalizações das diferentes secretarias que compõem a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, haja vista as condicionantes legais que regem os serviços atribuídos a Vigilância Sanitária, definidos na CF/88, em seu Art. 196 que estabelece que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado...”, sendo a garantia deste direito, atribuição do Sistema Único de Saúde, conforme versa no Art. 200.

As Leis Orgânicas que regulamentam o SUS definem princípios organizativos que ajustam um conceito amplo de Vigilância em Saúde para a integralidade, acesso universal e equidade da atenção. A construção desta estrutura dentro do âmbito municipal requer convergência de financiamento, da formação de recursos humanos, dos sistemas de avaliação e monitoramento para modular as condicionantes sanitárias e ambientais das atividades econômicas e dos ambientes de trabalho. Cabe destacar que a própria gestão deste sistema passa pela estrutura da administração da SMS e ainda pelas instâncias colegiadas e pelos instrumentos de participação social, explicitando o caráter cidadão e democrático do Sistema de Saúde também na esfera municipal. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS na figura da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, estabelece as competências da Vigilância Sanitária em cada ente federativo para que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária. Pelos dispositivos legais elencados, evidencia-se que a Vigilância Sanitária do Município de Porto Alegre, compõe um sistema nacional integrante do Sistema Único de Saúde, conforme a Lei nº 8.080/1990.

Ainda cabe destacar que as multas não tributárias decorrentes das autuações pelo exercício regular do poder de polícia sanitária, são recolhidas, obrigatoriamente, ao Fundo Municipal de Saúde e conforme preconiza o Art. 12, da Lei Federal



6437/1977, as infrações sanitárias serão apuradas no processo administrativo próprio (Processo Administrativo Sanitário – PAS). As pactuações estabelecidas pela Resolução CIB/RS nº 250/2007 são anualmente apresentadas ao Conselho Municipal de Saúde como metas de gestão da DVS e o licenciamento sanitário, conforme prevê o Art. 6º do Decreto Estadual nº23.430/1974 deve ser renovado anualmente pela Secretaria de Saúde. E, para tanto, requer a inspeção fiscal destes estabelecimentos onde o Agente de Fiscalização/Técnico da Saúde poderá lavrar autos de infração, notificação, apreensão e interdição até que o estabelecimento regularize os aspectos relativos à área física e de biossegurança preconizados em legislações específicas da Vigilância Sanitária.

Um outro ponto a ser observado quanto ao impacto gerado nas atividades de vigilância sanitária, se refere a Lei Federal nº13.874/19 – Lei de Liberdade Econômica (LLE) e a Lei Complementar Municipal nº876/20 que Institui a Declaração Municipal de Direitos de Liberdade Econômica e o Decreto Municipal nº21.007/21, estabelecem normas para os atos de liberação de atividade econômica e adotam a classificação de risco econômico-sanitário disposta na Resolução CGSIM 57/20 da REDESIM, onde cerca de 80% dos estabelecimentos licenciados pela Equipe de Vigilância de Alimentos desta UVS, foram classificados por esta resolução como de baixo risco sanitário, outros 10% dos serviços de saúde e de interesse à saúde também foram classificados como de baixo risco, deixando assim de serem licenciados pela Equipe de Vigilância de Serviços e Produtos de Saúde e de Interesse à Saúde. A lista completa de ramos de atividade desobrigados de licenciamento está prevista na Resolução CGSIM nº57/2020.

Com a isenção de licenciamento e cadastro, a vigilância sanitária não tem mais a informação de início de atividades econômicas destes estabelecimentos, ficando muitos deles à margem de suas vistorias e fiscalizações. Outra situação preocupante e desafiadora é o crescimento desordenado do setor regulado, em função da desobrigatoriedade do alvará sanitário de estabelecimentos considerados de baixo risco.

De acordo com a listagem de ramos de atividade definidos como baixo risco econômico, estão inclusos diversos ramos de serviços de alimentação, como: restaurantes, lanchonetes, bares, indústrias de panificação e confeitaria, entre

outros. A lista completa de ramos de atividade desobrigados de licenciamento está prevista na Resolução CGSIM nº57/2020.

Com base nesse contexto é provável que este ramo de atividade cresça nos próximos anos de maneira informal, havendo a necessidade de organização das fiscalizações de forma ativa, a fim de regradar, orientar, educar o setor regulado quanto aos requisitos sanitários essenciais para a segurança do alimento produzido e comercializado. Para contextualizar o impacto desta nova Lei Complementar, um levantamento realizado pela SMDE em 2013 acerca dos ramos de atividade com maior número de alvarás de localização emitidos, apontou que os serviços de alimentação representaram 43% (5.916 estabelecimentos).

### **1.9.3 Vigilância Ambiental**

Atualmente, em âmbito Federal, a Vigilância em Saúde Ambiental integra o Ministério da Saúde na Secretaria de Vigilância em Saúde conceituada da seguinte forma:

*“A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), representada por cinco departamentos, é responsável, em âmbito nacional, por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise de situação de saúde da população brasileira.”*

A estrutura da Vigilância Ambiental em Saúde deve conformar setores e instituições para atender aos objetivos e ações do sistema de vigilância no Sistema Único de Saúde. Dentro da estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), o gerenciamento e execução de programas e serviços da Unidade de Vigilância Ambiental/DVS é realizado pelas equipes e núcleos abaixo descritos:

- *Equipe de Vigilância das Antropozoonoses*
- *Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores*
- *Núcleo de Fiscalização Ambiental*
- *Equipe de Vigilância de Saúde Ambiental e Águas*
- *Núcleo de Saúde Ambiental*

## ***Equipe de Vigilância de Saúde Ambiental e Águas***

Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA) do Ministério da Saúde busca garantir que a água que chega ao cidadão, tanto pela rede pública como por meio de solução alternativa, esteja dentro dos parâmetros de potabilidade definidos pela Portaria da Potabilidade MS 888 de 2021. As análises laboratoriais para monitoramento abrangem parâmetros bacteriológicos e físico-químicos e demandam coletas diárias de amostras de água da rede pública, caminhões pipa e fontes urbanas.

Desde 1994, a Equipe de Vigilância de Águas monitora a fluoretação de águas em Porto Alegre, sendo responsável pela coleta das amostras de água, bem como pela sistematização e divulgação dos resultados. As análises são realizadas pelo Laboratório Central da Fundação de Produção e Pesquisa em Saúde do Estado (Lacen). A divulgação dos resultados de adequação rotineiramente possibilita ampla apropriação de seu conteúdo pela população em geral.

As ações do Vigiágua na prevenção de doenças de veiculação hídrica não se restringem às análises de laboratório de amostras de água, abrangem ações capazes de impactar na preservação, transporte e outros usos da água de abastecimento e, conseqüentemente, na redução de risco à saúde. Neste sentido, são atividades desenvolvidas por esta vigilância: a fiscalização de sistemas de abastecimento de água, de soluções alternativas individuais e coletivas; cadastramento das empresas de limpeza de reservatórios e de transporte de água potável; monitoramento da qualidade da água de fontes coletivas na cidade; fiscalização de poços profundos utilizados como soluções alternativas de abastecimento coletivo; vigilância dos teores de flúor nas águas de abastecimento público e concessão de alvará de saúde para piscinas de uso coletivo mediante avaliação das condições sanitárias e documentação exigida.

A promoção de saúde e a educação ambiental, a partir da importância da água para a vida, exigem ações integradas com as demais políticas sociais, principalmente de saneamento e meio ambiente. A vigilância da qualidade da água de Porto Alegre compõe o grupo de trabalho do Arroio Taquara (Lomba do Pinheiro) promovendo o debate com comunidades que vivem no entorno dos arroios urbanos. A abordagem da relação água/lixo/saúde/ambiente para promover a saúde e

qualidade de vida dessas comunidades também se dá por produção de material educativo, intervenções de saneamento e conscientização das comunidades por meio de campanhas e pela realização anual do Seminário Cuidar da Água é Cuidar da Saúde.

### ***Núcleo de Saúde Ambiental (NSA/EVSAA)***

As ações do NSA tem como objetivo geral identificar e monitorar fatores de riscos não-biológicos relacionados a contaminantes ambientais, a produtos químicos (VigiPEQ, em especial os agrotóxicos), a qualidade do ar (PMOC, Fumo, VigiAr), do solo (VigiSolo) e a desastres naturais (VigiDesastres), de forma a minimizar os riscos de doenças e agravos decorrentes destas exposições. Além disto, o NSA tem como função coordenar a elaboração de normas técnicas, projetos, programas e rotinas, desenvolver ferramentas para as ações de vigilância em saúde ambiental e elaborar material educativo em conjunto com outras áreas da SMS e outros setores da PMPA.

O NSA se constitui em campo de formação em serviço da residência multiprofissional e de estágio, como também, em campo de pesquisa tanto própria quanto em parcerias com as diversas entidades que promovem o conhecimento no âmbito federal, estadual ou municipal. O NSA participa do Fórum Gaúcho de Combate aos Impactos dos Agrotóxicos (FGCIA) e o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável (Comsans).

### ***Vigilância de Antropozoonoses***

A área de Vigilância de Zoonoses deve desenvolver e executar ações, atividades e estratégias de vigilância de zoonoses e, dependendo do contexto epidemiológico, também de prevenção, em seu território de atuação.

A Equipe de Vigilância de Antropozoonoses realiza a vigilância ambiental de fatores biológicos de interesse em saúde pública, planejando, executando, fiscalizando e avaliando ações de vigilância de zoonoses, além de fomentar ações de vigilância e controle de fatores ambientais e biológicos relacionados às zoonoses.

A equipe de Antropozoonoses opera na vigilância e controle da leishmaniose visceral canina, da raiva e febre amarela em primatas não humanos. Vigilância de Zoonoses negligenciadas, emergentes e reemergentes, notificação de Epizootias,

além de atuar na implantação do sistema de notificação obrigatória de doenças relativas a animais domésticos listados na Organização Mundial de Saúde Animal (OIE), conforme MAPA IN nº50/2013.

### ***Núcleo de Fiscalização ambiental***

Este núcleo, constituído por Agentes de Fiscalização e Agentes de Combate às Endemias, atua em vistorias e ações fiscais nos Programas de controle de criadouros de *Aedes*, do *Tityus Serrulatus* (escorpião amarelo), e controle de pombos e roedores em área privada. Fiscaliza reservatórios de água e extravasamento de esgoto em área pública proveniente de residências ou estabelecimento particular. Atua ainda, na concessão de alvarás de saúde para estabelecimentos com piscina de uso coletivo e de empresas de desinfecção de caixas d'água.

A atuação é transversal às equipes da área ambiental e em atenção às demandas de licenciamento, 156, Ouvidoria, demandas do Ministério Público entre outras.

### ***Vigilância de Roedores e Vetores***

O Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores realiza vigilância ambiental dos fatores biológicos de interesse em saúde pública. Entre as atividades, estão a vigilância e o controle do mosquito *Aedes aegypti*, dos insetos transmissores das leishmanioses tegumentar e visceral e dos triatomíneos que são os barbeiros, responsáveis pela transmissão da doença de Chagas. O controle da leptospirose, das mordeduras de ratos, da lagarta *Lonomia obliqua*. Também é de responsabilidade do Núcleo o laboratório de Entomologia Médica responsável pela identificação de artrópodos com interesse em saúde pública.

### ***Monitoramento Integrado das Arboviroses – MI Aedes***

Desde 2012 a SMS de Porto Alegre utiliza a metodologia do Monitoramento Integrado do *Aedes aegypti* (MI Aedes) por meio do cálculo de índice médio de infestação de fêmeas adultas do *Aedes aegypti* (IMFA) que permite acompanhar, semanalmente, a densidade de mosquitos adultos em cada uma das armadilhas.

No site Onde está o Aedes é possível verificar de acordo com a Semana Epidemiológica (SE), a condição do IMFA. De acordo com a classificação do MI Aedes.

O monitoramento inclui a densidade e a dispersão do mosquito adulto. Os mosquitos capturados nas armadilhas são encaminhados para identificação da presença do vírus da Dengue (sorotipos 1, 2, 3 ou 4), Zika vírus e Chikungunya. A análise de PCR-RT identifica o material genético do vírus e o sorotipo circulante. Essa tecnologia possibilita a identificação prévia da circulação viral no mosquito vetor, de forma a antecipar os casos humanos da doença, com a adoção de medidas de controle e orientação à rede de atenção à saúde.

Os dados de infestação e circulação viral disponibilizados semanalmente pelo MI-Aedes são essenciais para o estudo, análise e direcionamento das ações de combate ao vetor e contenção do vírus na cidade.

### ***Vigilância de Flebotomíneos***

Os servidores do NVRV realizam vigilância e estudos entomológicos de flebotomíneos em áreas com transmissão de leishmaniose tegumentar (LTA) desde 2003 e leishmaniose visceral (LV) desde 2010.

As capturas são efetuadas em três noites consecutivas, ao mês, por pelo menos um ano. Armadilhas com iscas luminosas (tipo CDC) (18h às 6h) são dispostas no intradomicílio e peridomicílio, nas áreas da LV, e também na mata nativa, nos locais da LTA. Os espécimes capturados são levados para o Laboratório de Entomologia Médica.

A aplicação de inseticida nas paredes das residências, em áreas com casos humanos, deve ser feita em setembro, com reaplicação do produto químico em janeiro do ano seguinte, visando maior eficácia do tratamento e diminuição na incidência dos casos de leishmaniose no município.

### ***Vigilância e controle de barbeiros***

A vigilância de insetos silvestres transmissores da Doença de Chagas acontece de forma passiva através da notificação de munícipes e entrega dos exemplares nos 5 Postos de Informação de Triatomíneos (PITS), (DVS, US Ponta

Grossa, US Belém Novo, US Paulo Viaro e US Pitinga), onde 4 estão localizados em bairros com grande quantidade de mata nativa.

Os barbeiros são identificados no Laboratório de Entomologia Médica no NVRV/DVS e examinados quanto à presença ou ausência de *Trypanosoma* nas fezes. Nas residências onde são capturados barbeiros, são realizadas visitas domiciliares pelos técnicos do NVRV. Os moradores são orientados para utilização de medidas que evitem a aproximação e domiciliação dos vetores.

A aplicação de inseticida nas paredes internas e externas das residências só é efetuada quando ficar caracterizada a domiciliação do vetor, por meio do encontro de ovos ou ninfas no interior da edificação.

### ***Vigilância e retirada das colônias da lagarta *Lonomia obliqua****

Devido ao risco de morte de munícipes, ao entrar em contato físico com alguma colônia da lagarta *Lonomia obliqua*, o NVRV recolhe e encaminha estes animais ao CIT/RS.

### ***Laboratório de Entomologia Médica***

O NVRV realiza a identificação de artrópodos com interesse em saúde pública, coletados pela população e trazidos na DVS. As respostas e orientações aos munícipes são feitas por telefone e *e-mail*.

### ***Vigilância e Controle de Roedores***

Os servidores do Núcleo investigam o local provável da infecção dos casos humanos de leptospirose e das mordeduras de rato, notificados pela Equipe de Doenças Transmissíveis, orientam as medidas de prevenção e realizam o controle ambiental de roedores urbanos na área. Atuam da mesma maneira, nas confirmações da leptospirose canina.

Além disso, o Núcleo atende as ordens de serviço de desratização, encaminhadas pelo Sistema 156 POA e provenientes da população, e realiza sistematicamente o controle nos locais considerados de grande circulação de pessoas e/ou suscetíveis ao desenvolvimento de roedores na cidade, colocando raticidas em blocos parafinados presos a arames nos bueiros e enterrando pó nas tocas.

#### **1.9.4 Vigilância em Saúde do Trabalhador**

##### ***Centro de Referência em Saúde do Trabalhador***

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) constituem estratégias centrais da configuração da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), desempenham uma função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência.

O Cerest Regional do Município de Porto Alegre foi criado em 1992, atendendo os trabalhadores de todo o Estado. Em 2002, com a criação de novos Cerest no RS, o Cerest Regional Porto Alegre passou a ter 48 municípios do Estado na sua área de abrangência. Em 2020, o Cerest foi municipalizado, ficando responsável pelo município de Porto Alegre (CIB RS Nº 19/2020).

As competências incluem participar na elaboração e execução da Política de Saúde do Trabalhador; participar do processo de incorporação da Saúde do Trabalhador no Plano de Saúde e Programação Anual de Saúde do município sede e elaboração do Relatório de Gestão; execução das ações em Saúde do Trabalhador para alcance das metas previstas nos Planos de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde; contribuir na identificação e avaliação da saúde de adolescentes e crianças submetidos a situações de trabalho, com foco na erradicação do trabalho infantil; contribuir na elaboração de projetos de lei e normas técnicas com entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais; apoiar e incentivar a implantação das ações de Saúde do Trabalhador, por meio de cooperação técnica e fortalecimento do controle social; subsidiar o processo de organização no âmbito regional (de acordo com o PDR estadual e pactuação nos componentes estratégicos da instância de governança, CIB e CIR) da atenção integral à saúde do trabalhador na Rede de Atenção à Saúde, com ênfase na atenção aos acidentados e adoecidos pelo trabalho, monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes;

Implementar e acompanhar os projetos de intercâmbios com instituições de ensino e pesquisa, que promovam o aprimoramento técnico em Saúde do Trabalhador dos profissionais do SUS;



Dar suporte técnico para a implementação das diretrizes clínicas, linhas guia e protocolos, considerando os agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, e da Portaria GM/MS nº 205 /2016;

Dar suporte técnico para implementação, aplicação, validação e capacitação de protocolos de atenção em Saúde do Trabalhador, visando consolidar as instâncias da Renast como referências de promoção, vigilância, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação;

Ser referência técnica para as investigações de maior complexidade, a serem desenvolvidas por equipe interdisciplinar; Fiscalizar as condições dos ambientes de trabalho e seus riscos biológicos e não biológicos em áreas internas e externas de estabelecimentos, públicos ou privados de Porto Alegre.

Gerenciar, qualificar, e consolidar informações em programas e sistemas de informação - Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação e o SIST – Sistema de Informação da Saúde do Trabalhador - relativos à vigilância em saúde de ambientes de trabalho;

Realizar a busca ativa nos hospitais para qualificar os acidentes de trabalho graves; Investigar e confirmar óbito por acidente de trabalho; e

Realizar orientação e monitoramento das empresas quanto ao encaminhamento e acompanhamento adequado dos trabalhadores expostos aos acidentes de trabalho.

Em novembro de 2018, a partir do Decreto Municipal nº 20.111, o Cerest passou a integrar a DVS, assumindo as funções da Vigilância em Saúde do Trabalhador. A equipe conta com 07 profissionais (04 de nível superior, 02 de nível técnico e 01 assistente administrativo) e uma residente. A quase totalidade das horas de trabalho vem sendo utilizadas para a produção de notificações do Sentinela/Sinan e para as ações de vigilância relacionadas à investigação de surtos e de denúncias de descumprimento dos decretos municipais para prevenção da Covid-19, demandas originadas pelo canal 156 e pelo Ministério Público do Trabalho, além de dois turnos semanais de atendimento ambulatorial para investigação de doenças relacionadas ao trabalho (no CS Santa Marta). Mesmo o apoio matricial - que realizamos com a totalidade das USs até 2019 -

se torna um desafio com uma equipe tão reduzida. Foi também assumido o importante papel de apoio técnico do Sistema Sentinela, software da SMS que automatiza a produção das fichas Sinan, para posterior análise da Vigilância em Saúde.

O objetivo do matriciamento em saúde do trabalhador é viabilizar a interconexão entre as diferentes complexidades (Atenção Primária - Especializada - Alta Complexidade), utilizando também a parceria interinstitucional que o Cerest possui, visando um acolhimento integral do trabalhador desde a porta de entrada do SUS.

O matriciamento é ação contínua do Cerest, cuja maior atuação é junto às unidades de saúde solicitantes de tal auxílio. Todas as unidades de saúde já receberam matriciamento na área, sendo que agora as discussões de casos têm sido realizadas com as unidades que apresentam maior necessidade de auxílio no encaminhamento clínico. O Cerest presta atendimento especializado em medicina do trabalho. A Política Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PMSTT) foi publicada no Dopa em 10/01/2019, através da Portaria 1186/2018.

Como representantes da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e do Ministério da Saúde, a equipe do Cerest foi convocada a participar novamente da “Força Tarefa de Adequação das Condições de Saúde e Segurança do Trabalho em Hospitais”, coordenada pelo Ministério Público do Trabalho do RS, cujo objetivo é investigar as condições de saúde e segurança dos trabalhadores nos postos de trabalho.

Em 2018, tivemos a assinatura do Protocolo Municipal do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil por parte dos Secretários da Saúde, Educação e Presidente da Fasc. Neste protocolo ficam estabelecidas as atribuições, responsabilidades e ações de cada uma das políticas municipais no enfrentamento as situações de Trabalho Infantil em Porto Alegre, faltando, no momento, somente a assinatura por parte do Prefeito do município e posterior publicação do mesmo.

Em 2020, houve pactuação junto à CIB RS para a diminuição da área de abrangência do Cerest (Resolução CIB RS 19/20). A partir de 2020, o Cerest POA é responsável por assessorar o município de Porto Alegre. Os demais

municípios, que estavam na sua área de abrangência, estão sendo assessorados momentaneamente pelo Cerest Estadual RS.

Junto com a coordenação de Tecnologia de Informação (CTI) da SMS e do Grupo Hospitalar Conceição, também assessoramos a construção de marcadores, tipo *check box*, nos sistemas de triagem do Hospital Cristo Redentor (HCR) e Hospital Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS). O objetivo é rastrear os acidentes de trabalho e de trajeto atendidos pelas emergências dos hospitais.

O ano de 2019, destaca-se a assinatura de Termo de Compromisso com o Ministério Público do Trabalho (MPT/RS), a fim de criar *software* que extrai informações sobre os acidentes e doenças relacionados ao trabalho dos sistemas de informação da SMS, produzindo as notificações compulsórias do Ministério da Saúde e Estado do RS. O termo de compromisso destinou R\$ 389.323,00 para a execução do projeto. A automatização das fichas identifica o agravo na rede de atendimento com maior precisão, torna mais ágil o trabalho dos profissionais que estão na assistência, elimina o papel e o transporte físico das fichas, assim como sua digitação. O objetivo também é aumentar as notificações desses agravos, que são bastante subnotificados.

A partir de 18 de março de 2020, as equipes de vigilância passaram a focar suas ações no combate à disseminação da Covid-19. Dessa forma, um novo planejamento das ações realizadas pela vigilância do trabalho se fez necessário. Dentre as ações, destacamos o acompanhamento do Plano de Contingência dos hospitais, atendimento de demandas de fiscalização, sobre o cumprimento de medidas sanitárias protetivas aos trabalhadores, advindas do canal 156, Ministério Público de Direitos Humanos e Ministério Público do Trabalho (MPT); atuação conjunta com as demais vigilâncias em inspeções sanitárias; acompanhamento de profissionais de saúde afastados pela Covid-19; verificação do local de trabalho e setor da população adoecida; orientação aos estabelecimentos de serviços, indústria e construção civil quanto às medidas sanitárias para a prevenção da Covid-19; auxílio ao Ministério Público do Trabalho quanto às medidas sanitárias a serem seguidas na pandemia; realização de vídeo chamada com os hospitais e suas equipes de saúde ocupacional, para acompanhar o fornecimento dos equipamentos de proteção;

análise de surtos em ambientes de trabalho; assessoramento à redação de instrução normativa, visando o uso de EPIs em âmbito municipal; construção de vídeo sobre paramentação e desparamentação, em parceria com a Assecom da SMS e Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar PMPA; realização de reuniões virtuais com o Ministério da Saúde e vigilâncias de outros municípios, para discussão de estratégias de enfrentamento da Covid-19. Capacitação presencial de trabalhadores dos Pronto Atendimentos sobre paramentação e desparamentação dos EPI e cuidados ambientais na prevenção da Covid-19; emissão de pareceres técnicos à Secretaria Municipal da Fazenda para redação de editais de registro de preços ligados ao combate à Covid-19; redação de protocolos sanitários de prevenção à Covid-19, visando normatizar as práticas de diferentes atividades econômicas. Notificação de casos da Covid-19 no Sinan Acidente de Trabalho, quando há nexos causal.

Dentre as ações descritas no Plano de Trabalho de 2021, considerando as Diretrizes da Conferência Municipal de Vigilância em Saúde (2017), elencamos as prioritárias:

**Quadro 31- Diretrizes da Conferência Municipal de Vigilância em Saúde (2017)**

<b>Diretriz</b>	<b>Ação 2021</b>
Assegurar que o planejamento em saúde seja baseado em informações socioeconômicas, epidemiológicas, sanitárias e ambientais produzidas a partir de base territorial. Qualificar o preenchimento de todos os campos das cadernetas preconizadas pelo MS, assim como notificações de agravos garantindo assim a fidedignidade de dados	Customização e implantação do Sistema SENTINELA para a vigilância dos agravos em 2021.
Simplificação/objetividade dos instrumentos de coleta de dados da VS e dos sistemas de informação, garantindo que o processo de notificação de agravos, bem como a formulação das fichas de notificação envolva a participação dos trabalhadores da assistência.	Homologação do Sistema SENTINELA junto às unidades de saúde.
Criar o Observatório de Vigilância em Saúde com garantia de acesso aos sistemas e informações dos serviços de saúde, com vistas à atualização, interação e divulgação de planos de intervenção em todos os níveis de atenção à saúde, nos cenários epidemiológico, ambientais, sanitários e saúde do trabalhador.	Adicionar às funcionalidades do Sistema Sentinela a criação de dashboards da Vigilância em ST, com o perfil sócio-demográfico da população economicamente ativa, abrangendo questões de morbidade e mortalidade.
Reconhecimento precoce de ambientes e processos de trabalho adoecedores	Integração com as demais equipes da DVS possibilitado que as ações de vigilância incorporem o olhar da saúde do trabalhador ao seu escopo original

Fonte: Diretrizes da Conferência Municipal de Vigilância em Saúde (2017).

Demais ações estão descritas no Plano de Trabalho do Cerest 2021.

## **1.10 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL**

A Estrutura Organizacional é o sistema de organização ou hierarquia de uma empresa, que busca organizar as atividades e recursos necessários para o cumprimento dos objetivos estratégicos. Neste sentido é a forma que a SMS deve se estruturar para colocar em prática seu planejamento, respeitando sua missão, visão e valores. O organograma é a representação visual dessa estrutura organizacional.

### **1.10.1 Mapa Estratégico**

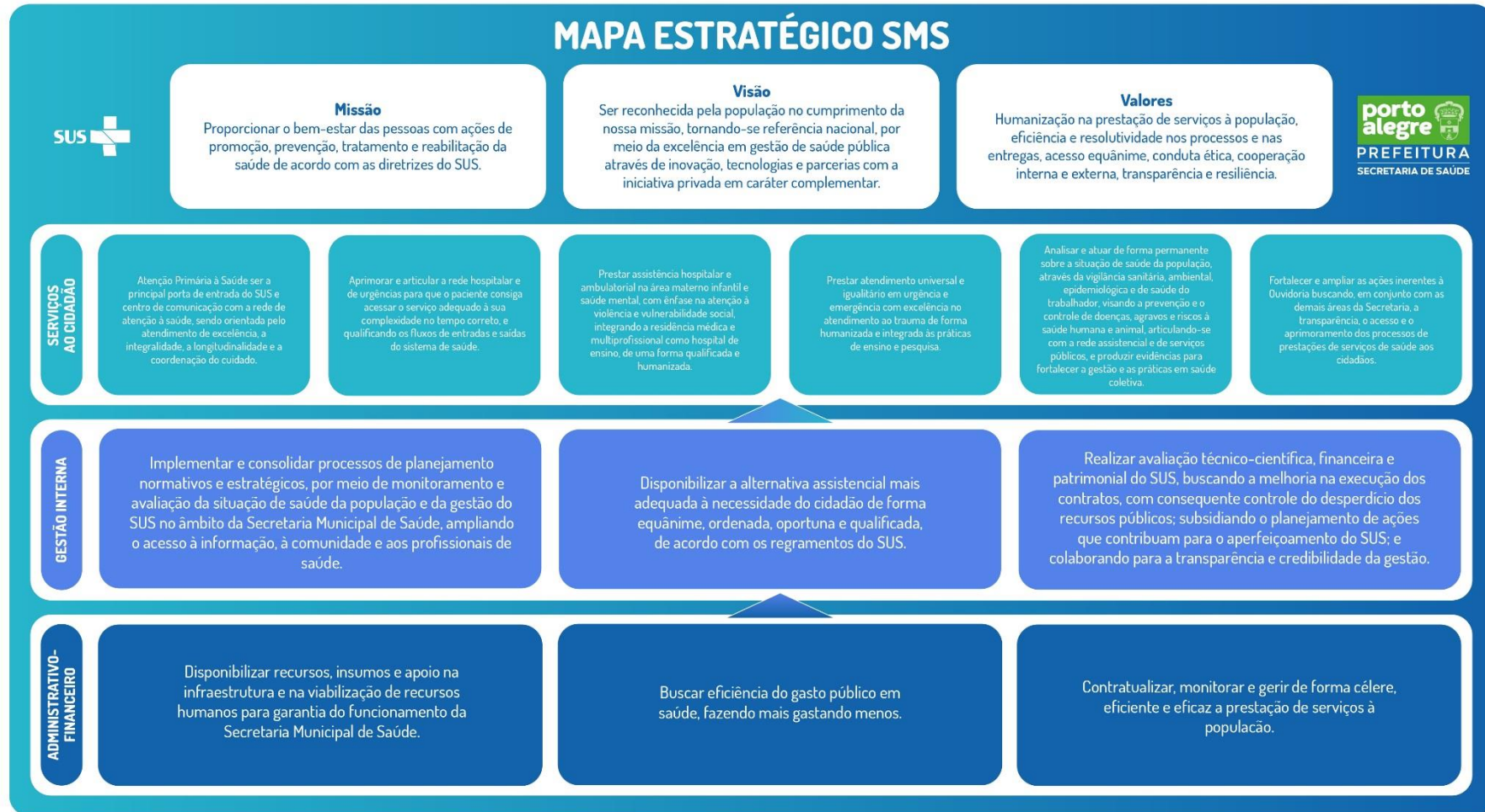
O Mapa Estratégico é uma representação gráfica da estratégia de uma gestão, que evidencia os desafios que a organização terá que superar para concretizar sua missão e visão de futuro. A seguir a configuração da gestão da Prefeitura Municipal e da Secretaria Municipal de Saúde para o período.

**Figura 18 - Mapa Estratégico PMPA (“Visão”)**



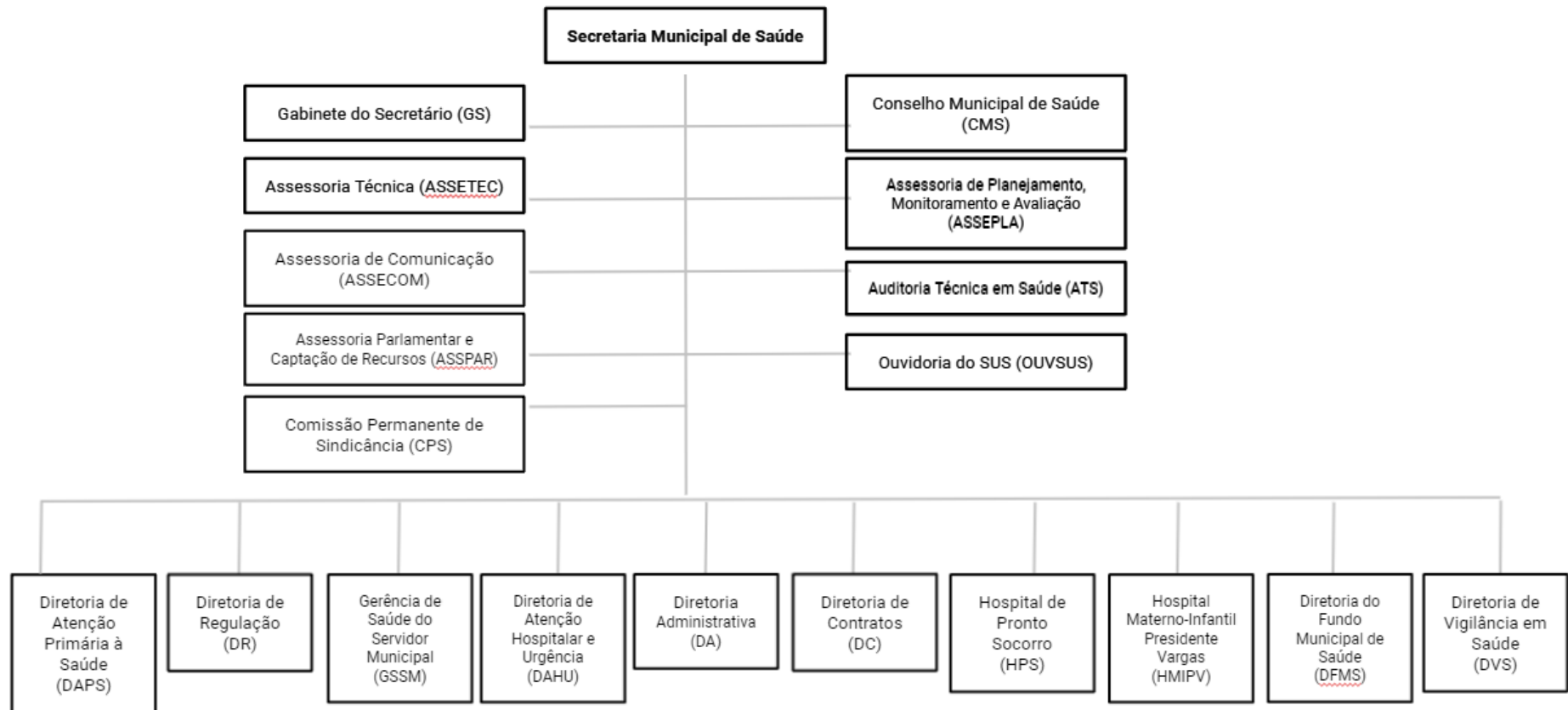
Fonte: Site PMPA.

Figura 19 - Mapa Estratégico SMS



Fonte: SM

## 1.10.2 Organograma



Fonte: SMS, 2021.



### 1.10.3 Infraestrutura

A infraestrutura é o conjunto de bens móveis e imóveis (patrimônio) fundamentais para o desenvolvimento dos serviços de saúde prestados pela SMS. A falta de infraestrutura ou a sua precariedade dificultam a realização das atividades assistenciais e administrativas de promoção à saúde, ao passo que a sua adequação contribui para o bem-estar dos profissionais e dos usuários da rede municipal de saúde. Na SMS, a Diretoria Administrativa é a responsável pelo gerenciamento da logística de distribuição de documentos e processos administrativos, pela gestão do patrimônio, pela distribuição de materiais de consumo e permanentes, pela manutenção predial e de equipamentos, pela logística de transportes administrativo e assistencial, pelos serviços de arquitetura e engenharia e pela fiscalização dos trabalhos desta natureza apoiando todos os setores para que a estrutura geral da secretaria funcione adequadamente.

Em relação ao quantitativo de bens móveis cadastrados na SMS é apresentado o quadro a seguir.

**Quadro 32 - Número de bens móveis vinculados à SMS em 2021**

Bens	Total
Cadastrados	81.979
Em descarte	2.215
Em estoque	4.435
Unidades contratualizadas com bens	103

Fonte:DA/SMS.

#### ***Tipos de bens***

- Mobiliário: cadeiras fixas, cadeiras com rodízio, cadeiras tipo caixa, estantes de aço, armários altos, armários baixo, armários baixo com porta e gavetas, longarinas de 2 e 3 lugares, mesas retas, mesas em L, mesa auxiliar, maca ginecológica, armários vestiário, gaveteiros, mesa de cozinha, mocho odontológico.
- Informática em estoque novo: 105 bens (computadores portáteis, impressoras de cartões, roteadores, scanner.
- Doação Imesf: 518 bens (equipamentos de informática e mobiliário)

Em relação a logística de transporte, os quadros abaixo demonstram o quantitativo de veículos próprios e locados pela SMS.

**Quadro 33 - Total de carros oficiais em uso**

Carro oficiais	Quantidade
Carro passeio	17
Ônibus	01
Van/microonibus	02
Caminhão	02
Unidade Móvel	01
Furgões	02
Pick Up	01
Kombi	07
<b>Total</b>	<b>33</b>

Fonte: DA/SMS.

**Quadro 34 - Total de carros oficiais da Direção de Vigilância em Saúde - DVS**

Carro oficiais	Quantidade
Automóvel	13
Utilitário	11
<b>Total</b>	<b>24</b>

Fonte:DA/SMS.

**Quadro 35 - Total de carros do Serviço de Atendimento Móvel e Urgências - SAMU**

Carro oficiais	Quantidade
Automóvel	04
Ambulância	44
Utilitário	05
Van	02
<b>Total</b>	<b>55</b>

Fonte:DA/SMS.

**Quadro 36 - Total de carros locados**

Carro oficiais	Quantidade	Local
Pick Up	04	NMP- Núcleo de Manutenção Predial
	04	NMP- Núcleo de Manutenção Predial
Caminhão	01	EPAT- Equipe de Patrimônio
	01	EMAT- Equipe de Materiais
Furgão	01	EMAT- Equipe de Materiais
Carro	08	GD's- Gerências Distritais de Saúde
	01	Equipe de Saúde Indígena
	04	Transporte Social
Doblô	03	GD's- Gerências Distritais de Saúde
	01	Núcleo de Expediente
Van	11	Transporte Social
<b>Total</b>	<b>39</b>	-

Fonte:DA/SMS.

**Quadro 37 - Total de carros locados da Direção de Vigilância em Saúde - DVS**

Carro locados	Quantidade
Furgão	02
Utilitário	02
Passeio	13
<b>Total</b>	<b>16</b>

Fonte:DA/SMS.

O acompanhamento e fiscalização dos contratos de locação de veículos, a manutenção periódica e o consumo de combustível dos veículos próprios também é realizado pela DA/SMS. A renovação da frota está sendo realizada por meio de contratação (locação e não mais por aquisição de veículos).

Quanto ao transporte sanitário eletivo, o serviço atualmente é administrado pelo setor de transporte eletivo vinculado ao SAMU. Nova organização e diretrizes estão sendo alinhadas para qualificação deste serviço prestado pela PMPA. É realizado por 15 (quinze) vans e 2 (duas) ambulâncias contratadas. As vans atendem em média 200 usuários por mês e as ambulâncias realizam em torno de 400 atendimentos mensais.

O fluxo de atendimento parte da necessidade dos usuários registrada em formulário específico oriundo das Unidades de Saúde, as quais por sua vez, mensalmente encaminham as demandas às Gerências Distritais, responsáveis pela análise e encaminhamento ao setor de transporte eletivo vinculado ao SAMU.

Estima-se que em torno de 10% das demandas mensais (20 usuários) fiquem sem a cobertura do serviço, o que sugere uma necessidade de ampliação deste serviço. Também é necessária outra Van Adaptada (há somente uma) a fim de atender a cadeirantes, pois tem sido objeto diversas reclamações, inclusive ouvidorias, em relação aos horários da Van, a qual atende pacientes de todas as zonas da cidade, com destino ao Educandário São João Batista, Kinder e AACD, fato que acaba deixando o trajeto muito longo e fazendo que os usuários tenham que sair muito cedo de casa e aguardar bastante após os procedimentos, o que gera prejuízo às crianças com deficiência.

A Coordenação de Infraestrutura e Manutenção - CIM é a unidade de trabalho responsável pelo planejamento, fiscalização da execução de obras e manutenção de todas Unidades de Saúde, Centros de Saúde, Ambulatórios de Especialidades, Farmácias Distritais, HPS e HMIPV. Engenheiros e arquitetos da unidade elaboram os projetos de obras (construção, ampliação, e reformas), bem como realizam a fiscalização dos mesmos - normalmente executadas por empresas de engenharia contratadas. As manutenções prediais necessárias também são realizadas pela equipe de operários do Núcleo de Manutenção Predial - NMP.

A força de trabalho da CIM é composta por: Arquiteto - 3 (três); Eng. Eletricista - 1 (um) e Eng. Civil - 5 (cinco) - um fixo no HMIPV. Há necessidade de

recomposição da equipe para maior celeridade na elaboração de projetos e outras atividades inerentes à área, tais como participação em comissões, PPCI, Acessibilidade, fiscalização, dentre outras.

O Núcleo de Manutenção Predial é composto por:

**Quadro 38 - Trabalhadores vinculados ao Núcleo de Manutenção Predial**

<b>Servidores estatutários</b>	<b>Quantidade</b>
Chefe	01
Subchefe	01
Administrativo	01
Almoxarifado	03
CS IAPI	01
Sede	02
<b>Total</b>	<b>09</b>
<b>Terceirizados</b>	
Eletricista	06
Hidráulico	06
Mecânicos de refrigeração	02
Auxiliar de refrigeração	01
Marceneiro	03
Carpinteiro	04
Pedreiros	04
Pintores	05
Serralheiro	03
Auxiliar de produção	09
Supervisor	06
Gesseiro	01
Técnico de telefonia	01
<b>Total</b>	<b>51</b>

Fonte: DA/SMS.

**Quadro 39 - Postos de trabalhos contratados**

<b>Postos</b>	<b>Quantidade</b>
Manutenção corretiva	01
Limpeza do pátio, consertos do telhado e transporte	01
Equipe de obras	01
Equipe de refrigeração	03
Serralheria	03
Telefonia	01
CS IAPI	05
CS Santa Marta	05
Almoxarifado	01

Fonte: DA.

Os bens imobiliários sob responsabilidade da SMS foram listados abaixo, discriminados por propriedade.

Anualmente as informações dos imóveis são atualizadas através do Inventário Anual de Bens Imóveis, nos termos do Decreto nº 20.312, de 11 de julho de 2019. Em 2021 o processo tramita através do SEI 21.0.000079848-4.

**Quadro 40 - Número de bens imóveis vinculados à SMS em 2021**

<b>Propriedade</b>	<b>Quantidade</b>
Próprios Municipais	123
Próprios Estaduais	18
Próprios Federais	08
Terceiros - cedidos	22
Locados	18
Sem informação	46
<b>Total</b>	<b>235</b>
Obs: terrenos próprios municipais atualmente sem construção	46

Fonte: CIM/DA/SMS.

A pactuação de obras para este Plano Municipal de Saúde 2022-2025 está apresentada no Anexo - A deste plano.

## **1.11 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980 representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, estruturar, se desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação da comunidade, da autonomia das pessoas e da descentralização tornaram a ser paradigmas do SUS. A gestão do trabalho e da educação, nessa perspectiva, ganhou relevância nacional e tornou-se elemento crucial para a implementação e consolidação do SUS.

Está contido na área da gestão do trabalho um conjunto de ações que visam a valorizar o trabalhador e o seu trabalho, devendo buscar a correta adequação entre as necessidades da população usuária e seus objetivos institucionais. Neste sentido são necessárias práticas de educação em saúde que devem fornecer ao indivíduo o ato de conhecer ou reconhecer a aquisição de suas habilidades a favor da tomada de decisões na busca por um melhor aperfeiçoamento. É perante este entendimento que a gestão municipal deve propor suas ações de educação em saúde.

### **1.11.1 Força de Trabalho**

A força de trabalho representa as capacidades físicas, intelectuais e outras desenvolvidas pelos indivíduos nos diversos processos de trabalho. Estes indivíduos, agentes dos processos de trabalho, são dotados de capacidades técnicas e de métodos que lhes permitem operar ferramentas e equipamentos.

A Coordenação de Gestão de Pessoas – CGP, engloba a administração e desenvolvimento do Trabalho na SMS, incluindo a gestão da Educação Permanente, no seu rol de competências. Tais itens serão apresentados no tocante a avanços e desafios presentes para o quadriênio 2022 - 2025 que possam se refletir em fortalecimento do Sistema Único de Saúde, através do investimento no profissional que presta o serviço de saúde ao usuário.

A força de trabalho, na Secretaria Municipal de Saúde, compõe-se de servidores efetivos (municipais, estaduais e federais), cargos em comissão, servidores com contrato temporário (nos termos da Lei Municipal 7.770/96) e

funcionários celetistas contratados. Somam-se, ainda, postos de trabalho contratualizados, nos quais trabalhadores de diversas funções são admitidos mediante a realização de processo licitatório e, ainda, contando com postos de trabalho gerenciados por prestadores de serviços de saúde contratualizados. Cabe salientar que as contratualizações foram frequentes em especial nos anos de 2019 e 2020 de modo que parceiros passaram a fazer parte da composição de RH da SMS.

**Tabela 111 - Evolução da força de trabalho da SMS, por tipo de vínculo, período (2017-2020)**

<b>Vínculo</b>	<b>2017</b>	<b>%</b>	<b>2018</b>	<b>%</b>	<b>2019</b>	<b>%</b>	<b>2020</b>	<b>%</b>
Cargo em Comissão	30	0,40	31	0,42	31	0,43	30	0,46
Municipal	4.402	58,44	4.133	56,09	3.960	55,36	3.817	58,97
Estadual	348	4,62	318	4,32	291	4,07	235	3,63
Federal	164	2,18	148	2,01	121	1,69	95	1,47
Temporários	46	0,61	131	1,78	93	1,30	54	0,83
Contratualizados	789	10,47	771	10,46	843	11,79	942	14,55
Imesf	1.754	23,28	1.836	24,92	1.814	25,36	1.300	20,08
<b>Total</b>	<b>7.533</b>	<b>100,00</b>	<b>7.368</b>	<b>100,00</b>	<b>7.153</b>	<b>100,00</b>	<b>6.473</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Sistema Ergon/ PMPA apud Relatório Anual de Gestão 2017-2020.

Na tabela acima, verifica-se que, no comparativo dos quantitativos da força de trabalho na SMS, nos anos entre 2017 e 2020, os servidores (municipais, estaduais e federais) correspondiam por 65,24% e 64,07%, respectivamente. Observa-se uma redução no período, o quantitativo de servidores municipais tenha apresentado redução de 3,82%, ocorreu diminuição na quantidade de servidores municipalizados (estaduais e federais) em 35,50%, impactando o somatório dos servidores efetivos, uma vez que esses não possuem reposição.

**Tabela 112 - Evolução da força de trabalho da SMS, por origem (2017-2020)**

<b>Origem</b>	<b>2017</b>	<b>%</b>	<b>2018</b>	<b>%</b>	<b>2019</b>	<b>%</b>	<b>2020</b>	<b>%</b>
Prefeitura	4.402	89,58	4.133	89,87	3.960	90,58	3.817	92,00
Estado	348	7,08	318	6,91	291	6,66	235	5,66
Federal	164	3,34	148	3,22	121	2,77	97	2,34
<b>Total</b>	<b>4.914</b>	<b>100,00</b>	<b>4.599</b>	<b>100,00</b>	<b>4.372</b>	<b>100,00</b>	<b>4.149</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Sistema Ergon/ PMPA apud Relatório Anual de Gestão 2017-2020.

De modo geral, o Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, no somatório dos vínculos de contratação apontados, conta com uma força de trabalho de 21.050 trabalhadores envolvidos com a saúde pública no Município, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para o período de competência maio de 2021. Somados com isso, a prestação de serviços SUS absorve 87,7% da força de trabalho em saúde em Porto Alegre, os profissionais da iniciativa privada, a

abrangência de trabalhadores atinge um universo de 23.999 trabalhadores atuantes na prestação de serviços públicos de saúde.

Destaca-se, no entanto, a possibilidade da subnotificação ou super notificação dos cadastros de profissionais atuantes no SUS e na iniciativa privada, ambas influenciadas por dois fatores: sistemática de alimentação e compreensão de uso do banco de dados em questão. Essa afirmação remete à necessidade de qualificação nas formas de registro e monitoramento do CNES, a fim de que reflita um panorama real da força de trabalho em saúde em Porto Alegre.

Algumas categorias profissionais, como os médicos, por exemplo, apresentam importante rotatividade na SMS. Um número expressivo ingressa e logo solicita exoneração, em diversas especialidades, a exemplo da anestesiologia, ortopedia e traumatologia, nas quais os profissionais prestam o concurso, porém, não raro, não tomam posse no cargo. Observa-se que as questões salariais, bem como as condições de trabalho do serviço público são fatores que influenciam na não permanência dos profissionais. Nos concursos públicos observa-se que buscar por vagas por parte vem reduzindo, o que faz com que a gestão da Saúde tenha que utilizar alternativas a exemplo da contratação de empresas.

Sobre a municipalização, em 1996, ano em que o processo ocorreu em Porto Alegre, a SMS recebeu mais de 2.400 servidores municipalizados que atuavam nas unidades de trabalho que, à época, eram estadualizadas. O percentual de servidores municipais era de 75% (7.200) para 25% de municipalizados, sendo que, atualmente, se encontra em 92% de municipais (3.817) para 8 % municipalizados (332 - estaduais e federais). A reposição dos municipalizados é feita com servidores municipais, o que envolve autorização superior de gestão, extrapolando os limites da Secretaria. A referida reposição não vem sendo efetuada diretamente, mas a partir de necessidades pontuais ao longo dos anos.

Na reposição de recursos humanos, uma ação utilizada no último período, 2018-2021, é a transformação de cargos vagos de classes de cargos que não apresentem mais a realização concurso público para suprimento. Caso da classe de cargos de auxiliar de enfermagem, atualmente, com 311 cargos vagos, devido ao desses cargos, em função da alteração ocorrida na Lei de Diretrizes e Bases da educação (LDB), que determina somente a formação de técnicos em enfermagem. A transformação de cargos tem possibilitado amenizar o déficit de recursos humanos.



A Prefeitura Municipal de Porto Alegre não tem realizado, ao longo das últimas gestões, concursos públicos para classes de cargos de natureza elementar (auxiliar de serviços gerais, asfaltador, calceteiro, instalador, dentre outros), gerando uma quantidade de cargos para aproveitamento em torno de 400. Por fim, há as classes de cargos em extinção, atualmente, assistente administrativo hospitalar e atendente criando, dessa forma, contingente de cargos vagos passíveis de serem aproveitados em futuras e eventuais transformações em outras vagas de classes de cargos como, por exemplo, técnico em enfermagem. Assim sendo, somando os cargos de natureza elementar com aqueles em extinção e mais os cargos de auxiliar de enfermagem, ter-se-á uma quantidade próxima de 800 cargos que poderiam ser transformados e/ou extintos para reduzir a repercussão financeira de novos ingressos.

Cabe mencionar como fator que impactou na área de recursos humanos da SMS a sentença de inconstitucionalização do Instituto de Estratégia de Saúde da Família que levou a SMS a parcerização dos cargos em que isso possível, bem como criação dos cargos de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate a Endemias, que, por lei, devem ser do município. Realizou-se assim processo seletivo.

No atual contexto de reformas previdenciárias e administrativas, a SMS será, nos próximos anos, afetada pelas vacâncias por aposentadoria, o que acarretará mudanças de quantitativos de servidores apontando, para os temas de reposição e dimensionamento de pessoal. As dificuldades em obter autorizações para nomeações terão que ser superadas por argumentos técnicos demonstrando e os prejuízos que poderão advir em um cenário de não reposição das vacâncias. No tocante a reposições, estudos internos estão sendo realizados em termos de cenário de projeção de aposentadorias de servidores municipais e municipalizados. Cabe destacar, contudo, que para além da reposição de vacâncias, está sendo necessária a revisão dos processos de trabalho, tarefa essa desafiadora, na medida em que, nem sempre, têm-se os parâmetros objetivos para tal avaliação.

Para a continuidade da prestação dos serviços em saúde, as necessidades de recursos humanos e qualificados para compor a gestão do trabalho da Secretaria Municipal da Saúde devem vir definidas pelo do dimensionamento de pessoal e da alteração da estrutura da Secretaria. A conclusão do diagnóstico de

dimensionamento de pessoal, identificando áreas de maior déficit funcional, é um desafio para a organização da política de gestão de recursos humanos. Permite a reestruturação das áreas e setores dos serviços de saúde e a adequada prestação dos serviços, com qualidade e eficiência no alcance das metas em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A Gestão do Trabalho apresenta interface com outras esferas da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, e seguirá com destaque para o quadriênio do Plano Municipal de Saúde, dando sequência à qualificação da gestão, em consonância com a Prefeitura.

### ***Saúde Ocupacional***

De forma semelhante ao ocorrido no quadriênio 2014-2017, o absenteísmo permaneceu como um desafio no período 2018-2021 na gestão do trabalho no SUS. O absenteísmo é caracterizado como todas as ausências dos trabalhadores no processo de trabalho devido a motivo interveniente. Para Málaga (1996), é toda ausência de uma pessoa do seu posto de trabalho, nas horas que correspondem a um dia de trabalho, dentro da jornada legal de trabalho. Um número acentuado de absenteísmo não só impede o cumprimento das metas estabelecidas, como também causa dificuldades operacionais, pois desintegra a equipe de trabalho trazendo desconforto para a instituição, uma vez que a organização terá que alocar outro trabalhador para suprir o trabalho que seria realizado pelo servidor ausente.

A SMS se caracteriza pela prevalência de licenças-saúde devido a doenças osteomusculares e comportamentais, carecendo, portanto, de ações que possam de compreender e tais afastamentos dentro do que houver governabilidade interna. A implantação do módulo Saúde e Segurança do Ergon (Sistema Informatizado para a Gestão do Trabalho na Prefeitura de Porto Alegre), que ocorreu em setembro de 2012, tornou possível identificar a Secretaria ou Departamento de lotação dos servidores e a causa de doença por cargo, o que até então era inviável.

Desse modo, entre 2014 e 2017, qualificou-se a identificação e acompanhamento das causas de afastamento por agravos, embora ainda não se tivesse a lotação específica dos servidores que se afastaram, sendo esse desafio a ser superado no período. Salienta-se que, desde a qualificação nas notificações às intervenções específicas, ocorreram progressos, em especial nos anos de 2015 e

2016, com a realização de formação dos gestores em termos de gerenciamento de acidentes de trabalho, perícias Ex Officio, delimitação de tarefas/readaptações e regulamentações e procedimentos disciplinares nas relações de trabalho.

A atuação para a prevenção do absenteísmo esteve na pauta no quadriênio 2018 – 2021 considerando discussões de temas como: Grupo de Trabalho sobre a violência, território seguro, CSST/SMS, aproximando ações locais bem sucedidas, realizadas nos serviços, e que podem ser replicadas, impactando as ausências ao trabalho. Como foi mencionado, há grande destaque para afastamentos por questões comportamentais. Nesse momento, a PMPA dispõe de estrutura de acompanhamento funcional realizada pela SMAP. Embora exista relação de interface, por parte da área de recursos humanos da SMS, com a Gerência de Acompanhamento Funcional, não está constituída política integrada nesse sentido, tendo em vista a dificuldade no gerenciamento dos dados e na organização de intervenções locais, a partir da identificação das principais dificuldades que geram acompanhamento funcional.

O que se observa, portanto, é que a inexistência de um processo coordenado, validado e instituído de avaliação, diagnóstico e acompanhamento de saúde dos trabalhadores ainda permite condutas diferentes sobre os mesmos problemas. Há, assim, a necessidade de discutir, coordenar e reestruturar as ações da gestão de pessoas da SMS, integrando todos os entes que possuem interface com a temática quais sejam: Gerência de Saúde do Servidor Municipal, Comissões de Segurança e Saúde do Trabalhador/SMS, Gerência de Acompanhamento Funcional, vinculada à Administração da Prefeitura e Procuradoria Municipal Setorial/PGM para abordar os elementos geradores de absenteísmo.

O processo referente às concessões de licenças de saúde sofreu profundas modificações a partir da Emenda Constitucional 103/2019 e a Lei Complementar 868/2019, em aplicação e execução pela GSSM desde 01/10/2020 e não mais pelo órgão previdenciário municipal. A partir desse contexto, o processo de coordenação deverá conter menos atores e simplificação dos procedimentos e controles. Mas, em contrapartida, transferiu o ônus de custeio dessas licenças aos órgãos executivos, desonerando o órgão previdenciário, com a integração dos cuidados de saúde ocupacional dentro da própria gestão.

Em face do exposto, está posto que os cuidados assistenciais dos trabalhadores do SUS ainda são um desafio em termos de custeio e estrutura.

### ***Desafios Quadriênio 2022-2025***

Identifica-se que o desafio primordial da gestão do trabalho caracteriza-se pela dinâmica para a garantia de recursos humanos para a execução dos serviços, tanto nas áreas fins quanto nas áreas meio. Internamente cabe qualificar o alinhamento em termos das demandas de RH, afinadas com as metas de gestão da secretaria, bem como com o planejamento da prefeitura como um todo, em relação à otimização de processos e mesmo definição de serviços que podem ser prestados por meio de parcerias.

Uma vez que a autorização de nomeações, concursos, cedências, entre outros é avaliada pelo Comitê para Gestão de Despesa de Pessoal, instância composta por outras, cabe mencionar a adequada justificativa com exposição técnica para autorização dos pedidos, que devem estar especialmente relacionados aos projetos estratégicos do governo.

#### **1.11.2 Programas de Residência**

A Secretaria Municipal de Saúde possui 13 (treze) Programas de Residência em funcionamento que contemplam diferentes áreas profissionais, tais como: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Medicina Veterinária, Biologia, Biomedicina, Física Médica, Ciências Sociais, Geografia, Arquitetura, Engenharia Civil, Engenharia Química e Engenharia Ambiental. Esses Programas estão localizados nos seguintes serviços de saúde: Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Hospital de Pronto Socorro, Rede de Atenção Primária à Saúde e na Diretoria de Vigilância em Saúde.

Na Atenção Primária à Saúde há 2 (dois) Programas: Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde – REMAPS e Residência em Medicina da Família e Comunidade – MFC. Os Programas de Residência da Atenção Primária à Saúde contribuem com a revisão do modelo assistencial, na medida em que formam um novo perfil do profissional de saúde, humanizado e preparado para responder às reais necessidades de saúde dos usuários, família e

comunidade; também são indutoras na revisão de condutas dos profissionais de saúde, e dos processos de trabalho das equipes.

As residências da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde são recentes, uma vez que constaram como meta do PMS 2018-2021. A PRMMFC (Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade) foi iniciada ainda em 2017 e a REMAPS (Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde) em 2020. Os principais desafios para os próximos anos são a estruturação das aulas de campo e a ampliação de vagas e também de núcleos, no caso da residência multiprofissional.

As residências têm estruturado suas aulas de campo em conjunto, com a colaboração dos profissionais da rede, que dedicam, quando solicitado, horas semanais para preparar e ministrar aulas, porém sem a previsão desta demanda em suas atribuições. Estes profissionais contribuem com sua experiência e com isso transmitem um conhecimento com muita aplicabilidade aos residentes, o que se torna um diferencial positivo nestes encontros, porém é necessário garantir que possam dedicar o tempo necessário para tal atividade. As residências se organizaram para a realização deste cronograma de aulas durante os últimos dois anos, porém esta programação é frágil, pois depende da disponibilidade dos profissionais da rede, que não têm carga horária específica para tal atribuição.

Uma possibilidade a ser estudada é a realização de aulas em conjunto com residências de instituições públicas que mantêm cooperação com a SMS, como contrapartidas pelos campos de estágio oferecidos. Outra discussão iniciada no âmbito destes programas é a ampliação dos núcleos da residência multiprofissional, que pela sua característica interdisciplinar tem o potencial de contribuir com a revisão do modelo assistencial, e na construção de novos paradigmas de assistência à saúde, ampliando a resolutividade da Estratégia Saúde da Família e futuramente aos moldes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O grupo que compõe a REMAPS já iniciou este debate, porém necessita da presença de profissionais tais como, o Educador Físico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional, que no momento não estão presentes nos campos da Atenção Primária à Saúde.

Quanto à ampliação de vagas, as coordenações das residências monitoram editais do Ministério da Saúde, pois este aumento depende de financiamento. O

PRMMFC precisaria somente estruturar novos campos, porém vale ressaltar que o preenchimento da totalidade das vagas não ocorreu em algumas seleções, mesmo com o incentivo previsto em lei.

Na Diretoria de Vigilância em Saúde há 1 (um) Programa: Residência Multiprofissional – Ênfase Vigilância em Saúde. No Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas há 5 (cinco) Programas: Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia; Residência Médica em Pediatria; Residência Médica em Medicina Fetal; Residência Médica em Endoscopia Ginecológica; e Residência Multiprofissional em Saúde da Criança. No Hospital de Pronto Socorro há 5 (cinco) Programas: Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com Ênfase em Urgência e Emergência – PRIMURGE; Residência Médica em Cirurgia Geral; Residência Médica em Cirurgia do Trauma; Residência Médica em Medicina de Emergência; e Residência em Psicologia Hospitalar.

**Quadro 41 - Residências Multiprofissionais vinculadas a SMS**

Residência Multiprofissional					
Núcleos	Ênfase em Vigilância em Saúde	Atenção Primária à Saúde – REMAPS	Saúde da Criança - HMIPV	Urgência e Emergência – PRIMURGE - HPS	1Psicologia Hospitalar - HPS
Áreas de formação	Medicina Veterinária, Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Saúde Coletiva, Física Médica, Ciências Sociais, Geografia, Arquitetura, Engenharia Civil, Engenharia Química e Engenharia Ambiental.	Enfermagem, Farmácia e Odontologia.	Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.	Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição.	Psicologia
Número de egressos	49	12 a partir de março/22	94	66	10(descontinuado em 2019)
Vagas ofertadas anualmente	De 10 a 17	12 (quatro para cada categoria profissional)	24 (duas para cada categoria profissional)	15 (cinco para Enfermagem e Fisioterapia e 4 para Nutrição)	04
Duração do programa	02 anos	02 anos	02 anos	02 anos	02 anos
Vinculação	Escola de Saúde Pública – ESP/RS	SMS é a instituição proponente.	A Escola de Enfermagem da UFRGS, até 2018. Após, na Escola Superior de Educação Física, Fisioterapia e Dança (ESEFID) da UFRGS.	Centro Universitário Metodista - IPA	SMS é a instituição proponente.
Bolsa	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde, auxílios alimentação e moradia pagos pela PMPA.	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	PMPA
Desafios	Construção de um conteúdo pedagógico.	Desafio do momento são as aulas de campo em conjunto com a residência em MFC.	-	Maior integração com as comissões de residências da SMS.	-
Avanços	Integração com as demais residências da SMS.	-	-	Agregar disciplinas e projetos em comuns dos programas. Propor regimento único para	-

				todos os programas da secretaria.
--	--	--	--	-----------------------------------

Fonte:ED/DA/SMS.

**Quadro 42 - Residências Médicas vinculadas à SMS**

Residência Médica								
	Família e Comunidade – MFC	Ginecologia e Obstetria – HMIPV	Pediatria - HMIPV	Medicina Fetal - HMIPV	Endoscopia Ginecológica - HMIPV	Cirurgia Geral - HPS	Cirurgia do Trauma - HPS	Emergência - HPS
Número de egressos de 2017 a 2020	22	23	38	8	4	12	12	18
Vagas ofertadas anualmente	15	6	40	2	1	3	3	6
Duração do programa	02 anos	02 anos	02 anos	1 ano	1 ano	03 anos	01 ano	03 anos
Vinculação	SMS é a instituição proponente.	UFCSPA	UFCSPA	UFCSPA	UFCSPA	SMS é a instituição proponente.	SMS é a instituição proponente.	SMS é a instituição proponente.
Bolsa	Ministério da Saúde Complementação bolsa PMPA + auxílio moradia + auxílio alimentação	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	PMPA	PMPA	Ministério da Saúde
Desafios	Estruturar linhas de pesquisa na APS.	<p>Propor um PRM próprio em Cirurgia Pediátrica; Credenciar o HMIPV como Hospital de Ensino; Incentivar a produção científica alinhada às linhas de pesquisa institucionais; Incentivar a publicação da produção científica em periódicos indexados; Trabalhar com os residentes multiprofissionais a interdisciplinaridade, a compreensão e a resolutividade das diversas formas de violência que manifestam nosso cotidiano, pelo olhar da saúde e que devemos dar conta dos desfechos através da saúde pública; Articulação da rede externa com o hospital, pois deixamos de ter as</p>				<p>Vários residentes em serviços externos do HPS, no sentido de cumprir a matriz de Responsabilidades; A residência em Cirurgia Geral e Cirurgia do Trauma possuem convênio com a Santa Casa, HMIPV e Hospital Mãe de Deus. A residência em Medicina de Emergência possui convênio com HCPA, Hospital da Criança da Santa Casa, HMIPV, SAMU, UPA Zona Norte (Grupo Hospitalar Conceição); Remuneração dos preceptores envolvidos nas Residências Cirurgia Geral, Cirurgia do Trauma e</p>		



		vivências na estratégia da saúde da família e da vigilância em saúde, devido às dificuldades das equipes por falta de RH.	Medicina de Emergência.
Avanços	Credenciamento definitivo da residência frente ao MEC no ano passado (5 anos de credenciamento), aproximação com a COPREME do HPS.	<p>Qualificação dos profissionais para o SUS; Profissionais ex-residentes como profissionais da saúde pública inseridos no HMIPV; Possibilidade de restabelecer a questão da pesquisa-construção de TCR;</p> <p>Relação com a universidade obteve grandes avanços; Melhora na formação de recursos humanos para o SUS a curto, médio e longo prazo.</p>	<p>Reconhecimento da Cirurgia do trauma como especialidade médica e consequente programa de 2 anos; Maior interação com demais Programas de Residência de Medicina de Emergência do município, com real compartilhamento de habilidades e ensino, sempre com o objetivo de aperfeiçoar nosso programa; Programa de Residência em Cirurgia Geral iniciou o 3º ano, já que foi modificado pela Comissão Nacional de Residência Médica.</p>

Fonte: ED/DA/SMS.

Quanto aos avanços e desafios apontados nos quadros acima, foram elencados em um seminário de avaliação realizado pela CEPS em parceria com as residências em 2019.

### 1.11.3 Estágios

O foco do estagiário é o processo de aprendizagem. É fato que tem-se uma realidade bastante vasta de estudantes contribuindo em processos diversos na SMS, cabendo, portanto abordar tal questão, levando em consideração mudanças que ensejam desafios para os próximos anos

O preenchimento das vagas de estágio remunerado na Prefeitura Municipal de Porto Alegre ocorre em consonância com a Lei Federal nº 11.788/08 (BRASIL, 2008b) e Decreto Municipal nº 16.132/08 (PORTO ALEGRE, 2008), alterado pelo Decreto nº. 19.496, de 9 de setembro de 2016 (PORTO ALEGRE, 2016), que regulam as atividades de estágio, como ato educativo supervisionado no ambiente de trabalho, de forma a não caracterizar vínculo empregatício e assegurar a compatibilidade das ações com o currículo de cada área de formação, sendo a formalização do estágio realizada em conjunto com a Secretaria Municipal de Administração e Patrimônio (SMAP), através do Termo de Compromisso de Estágio (TCE) ou Termo Aditivo de Estágio (TA).

Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde conta com 788 vagas de estágio remunerado no Programa Rotativo e Projetos, sendo que a ocupação das vagas é um processo dinâmico e constante com variáveis incidindo sobre ele.

No intuito de revisar processos e otimizar recursos, a prefeitura vem realizando periódicas adequações nos quantitativos de estagiários, analisando a taxa de ocupação de vagas. A SMS, manteve o procedimento constante de análise dos quantitativos, buscando sempre a melhor utilização das vagas disponíveis. Foi necessário reestruturar quando, em 2018, devido à reorganização de vagas, tivemos a redução de 15% do quantitativo, ou seja, 117 vagas a menos foram ofertadas. Esta redução, no entanto, não interfere nas ações estratégicas e prioritárias vinculadas a projetos estruturantes da gestão. A SMS é referência como campo de prática do SUS para cursos ligados à área da saúde.

No que diz respeito ao quadriênio 2018-2021 foram implementadas mudanças em relação aos fluxos e processos de trabalho, visando agilizar as contratações e renovações de estágios, bem como atender às necessidades decorrentes da pandemia. Nesse contexto, o recebimento da documentação, assim como a coleta das assinaturas dos estudantes ocorreu de forma eletrônica, como usuário externo

do Sistema Eletrônico de Informações (SEI). Da mesma forma, constam diversas Instituições de Ensino cadastradas para assinar eletronicamente os documentos de estágio. Além disso, o aprimoramento na distribuição e ocupação das vagas de estágio por meio da gestão continuada, possibilita o remanejamento das vagas em aberto para setores que possuem carência de estagiários.

Para o próximo quadriênio 2022-2025, o foco é dar continuidade ao cadastramento de todas as Instituições de Ensino que possuem estagiários na SMS, para que as mesmas possam assinar eletronicamente os documentos através do acesso externo. Além disso, é necessário o desenvolvimento e implementação de um Programa de Estágio que permita: controle padrão e integrado das vagas de estágio da SMS, facilite a retirada de relatórios e agilize o fluxo de informações nos diferentes níveis de acesso de seus usuários.

A busca pelo aprimoramento dos fluxos de trabalho requer a parceria e disponibilidade dos mais diversos setores da Prefeitura, e, também, de Instituições externas dispostas a proporcionar agilidade e a qualificação dos seus processos de trabalho.

#### **1.11.4 Educação Permanente**

Desde 2011, quando constituiu a Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) passou a investir na Política de Integração Ensino, Serviço e Comunidade como uma política estratégica, em cumprimento ao papel do Sistema Único de Saúde (SUS) no ordenamento e qualificação da formação de recursos humanos para a área da saúde, conforme previsão constitucional (Artigo 200 da Constituição Federal). Assim, Porto Alegre tornou-se uma referência nacional nessa área, servindo como modelo para o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes) e recebendo o Prêmio do Laboratório de Inovação em Educação na Saúde da OPAS, em 2018.

Ao longo deste período, os dois hospitais municipais – HMIPV e HPS – avançaram muito na sua atuação como hospitais de ensino, qualificando os seus processos de ensino e pesquisa e avançando na criação e consolidação de importantes programas de Residência Médica e de Residência Multiprofissional, ressaltando que o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança - com Transversalidade em Violência e Vulnerabilidade do HMIPV também recebeu o

Prêmio do Laboratório de Inovação em Educação na Saúde da OPAS em 2018. Em 2020, o HMIPV também iniciou a estruturação de três áreas temáticas estratégicas e linhas de pesquisa institucionais: Violência Vulnerabilidades; Saúde Mental; Saúde da Criança e da Mulher. Destaca-se, como um ponto importante no HPS, a continuidade do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência, mesmo frente ao risco de não contar mais com a Instituição de Ensino parceira. No entanto, não se conseguiu avançar na incorporação da psicologia como área de formação a este Programa de Residência Multiprofissional, objetivo colocado ao antigo Programa de Residência Uniprofissional em Psicologia Hospitalar.

Os avanços identificados nos hospitais, também se evidenciam na atenção primária, com a consolidação dos Distritos Docentes Assistenciais e a criação de um programa de Residência Médica em Medicina de Família e um programa de Residência Multiprofissional na APS. Em que pese essas residências não terem o seu Projeto Político Pedagógico discutido mais amplamente na SMS e com o Controle Social e a Residência Multiprofissional ter ficado restrita a poucas formações profissionais (equipe mínima da APS e farmácia). Cabe ainda destacar a ampliação dos campos de formação na vigilância em saúde para as diferentes profissões e a implantação de uma Residência Multiprofissional com Ênfase em Vigilância, na DVS em parceria com a Escola de Saúde Pública (ESP) e o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS).

A Política de Integração Ensino, Serviço e Comunidade e a estratégia de territorialização das ações de ensino em serviço das maiores instituições de ensino em Distritos Docente Assistenciais são amplamente reconhecidas, inclusive pelo Ministério da Saúde, podendo qualificar ainda mais o trabalho com estrutura organizacional compatível, a partir de uma Política de Educação Permanente que estabeleça objetivos, diretrizes na gestão do trabalho e formação para o SUS.

No que tange à qualificação e desenvolvimento dos servidores, estamos em processo de implementação da ferramenta EducaPOA para capacitar e qualificar servidores, sendo esta, uma reivindicação antiga face a dificuldade oportunizar formação para a grande maioria dos trabalhadores.

Neste período atípico, e pandemia da Covid- 19, vivencia-se uma experiência através do projeto UniSUSPSi: cuidando dos cuidadores, no sentido do cuidado

integral ao trabalhador o qual poderá servir como base para novos projetos de gestão do trabalho.

Destaca-se o avanço na constituição de novos Núcleos de Educação Permanente (NEPs) com a criação do NEP na Atenção Primária e tratativas para formar o NEP do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, mas é necessário avançar na consolidação dos NEPs já existentes. Disponibilize profissionais com carga horária direcionada para este trabalho, bem como redefinir papéis dos NEPs e promover uma aproximação dos mesmos para que se qualifique a integração e articulação das ações e se priorize a Educação Permanente como Política estratégica e transversal para o SUS, dentro da SMS.

Também é importante destacar que, nos últimos anos, a política de integração ensino, serviço e comunidade da SMS tem sido moldada a partir de processos de transformação da rede assistencial. A redução dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e o processo de extinção do Instituto Municipal de Estratégia da Saúde da Família (Imesf) implicam na redução do espaço de formação para os alunos nos serviços da SMS interferindo no processo da formação profissional para o SUS e, em especial, para atuação na atenção primária.

A seguir apontamos alguns nós críticos, a partir do diagnóstico situacional, para o período do PMS-2022-25:

- Necessidade de formulação e validação de uma Política de Educação Permanente para a SMS, englobando a Formação para o SUS e a gestão do trabalho em Saúde;
- Necessidade de reorganização da estrutura da área de Educação Permanente e Gestão do Trabalho;
- Rediscutir a organização das instâncias de Educação Permanente e Integração Ensino e Serviço (DDAs, CGALs, CPES, Coapes, ED e NEPs) avançando na articulação dos atores e dos espaços de coordenação das ações de formação para o SUS;
- Necessidade de rediscussão dos projetos político-pedagógicos das residências próprias da SMS, para alinhamento com os princípios dos SUS, na perspectiva da interprofissionalidade, da participação e do controle social e das políticas de saúde;

- Implementar o projeto aplicativo do curso de especialização de preceptoria no SUS, e priorizar a participação dos trabalhadores que têm essa formação nos processos que envolvem a Educação Permanente em Saúde;
- Romper com a lógica de formação hospitalocêntrica passando para a lógica de redes de atenção e linhas de cuidado, garantindo a APS como cenário obrigatório a todas as residências;
- Necessidade de implementação de Fórum de preceptores e de espaços colegiados com envolvimento de preceptores, residentes, tutores por residência e controle social;
- Construir normativa com estabelecimento das funções de preceptoria na SMS, bem como estabelecer diretrizes para escolha de cenários e de preceptores, bem como critérios para a remuneração dos mesmos de forma isonômica;
- Consolidar o fluxo e a certificação padronizada da SMS para as atividades de preceptoria e supervisão de estágios.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre vem participando de forma atuante na elaboração e operacionalização dos Programas de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, desde 2011. Ainda que os serviços da SMS tenham sido cenário para Projetos do PET-Saúde anteriores, foi a partir de 2011 que a SMS, mais do que campo para as atividades dos estudantes, passou a ter um papel de protagonismo nos diferentes projetos, participando ativamente na escrita dos projetos, compartilhando a sua coordenação e indicando, junto com o CMS, as necessidades de saúde a serem atendidas pelos projetos e grupos tutoriais. A participação da SMS ocorreu em parceria com quatro grandes Instituições de Ensino localizadas em Porto Alegre: o Centro Universitário Metodista – IPA, a UFRGS, a UFCSPA e a PUCRS. O PET-Saúde é um importante instrumento de reorientação da formação em nível de graduação, buscando torná-la compatível com as problemáticas reais da saúde da população. Apresenta-se no quadro que segue a síntese do número de projetos e participantes. Ao total, ao longo do período, foram 62 projetos ou grupos tutoriais, 87 tutores, 301 preceptores e 574 estudantes de graduação que participaram dos Programas PET-Saúde.

**Quadro 43 - PET-Saúde por Edital e por Universidade**

PET SAÚDE		IPA	PUC	UFCSPA	UFRGS	Total por edital
PET/PRÓ-SAÚDE (Edital 24/2011)	Nº de Projetos/Grupos	1	4	5	7	17
	Nº de Tutores	1	4	5	7	17
	Nº de Preceptores	6	24	30	42	102
	Nº de Alunos	12	48	60	82	202
PET Vigilância (Edital 28/2012)	Nº de Projetos/Grupos	1	1	1	3	6
	Nº de Tutores	1	1	1	3	6
	Nº de Preceptores	2	2	2	6	12
	Nº de Alunos	8	8	8	24	48
PET Redes de Atenção (Edital 14/2013)	Nº de Projetos/Grupos	3	4	5	5	17
	Nº de Tutores	3	4	5	5	17
	Nº de Preceptores	18	24	30	30	102
	Nº de Alunos	36	48	60	60	204
PET GraduaSUS (Edital 13/2015)	Nº de Projetos/Grupos	0	0	0	3	3
	Nº de Tutores	0	0	0	9	6
	Nº de Preceptores	0	0	0	9	9
	Nº de Alunos	0	0	0	6	6
PET Interprofissionalidade (Edital 10/2018)	Nº de Projetos/Grupos	4	5	5	5	19
	Nº de Tutores	8	10	10	10	38
	Nº de Preceptores	16	20	20	20	76
	Nº de Alunos	24	30	30	30	114
<b>Total por Instituição de Ensino</b>	Nº de Projetos/Grupos	9	14	16	23	-
	Nº de Tutores	13	19	21	34	-
	Nº de Preceptores	42	70	82	107	-
	Nº de Alunos	80	134	158	202	-

Fonte: ED/CGP/DA.

## 1.12 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

### 1.12.1 Infraestrutura em TI

Atualmente contamos com 164 locais físicos (redes locais) conectados na rede Procempa, com 4.450 mil computadores, 1.930 impressoras e outros periféricos para atender as necessidades de tecnologia relacionadas aos processos assistenciais, regulatórios e de vigilância em saúde. Cerca de 70% das estações de trabalho apresentam mais de 5 anos de uso.

Parte dos equipamentos de impressão é disponibilizada mediante processo de *outsourcing*. Considerando a redução na carga operacional e manutenção e suprimento de insumos, se deseja avançar neste modelo de fornecimento de equipamentos para a totalidade do parque de impressão, bem como para outras categorias de ativos, ex. *DaaS - Desktop as a Service*

A gestão e manutenção das redes de dados cabeadas e sem fio são geridas por contrato. Atualmente se observa morosidade para o atendimento de pedidos para modificação ou ampliação das redes de dados;

Considerando a quantidade de áreas, processos e servidores envolvidos, atualmente existe baixa sistematização do uso de soluções de armazenamento de arquivos, com uso muito comum de armazenamento de documentos em máquinas locais ou nuvens privadas não gerenciadas, com risco de segurança e de perda de documentos importantes.

Outro ponto não sistematizado e atendido é o provimento de suíte administrativa completa e compatível com as soluções de servidores de e-mail adotadas na PMPA. Há necessidade de uma solução da PMPA para uso de suíte administrativa - editores de texto, planilhas, apresentação - avançar para contratação como serviço, e não imobilizar recursos em licenciamentos.

Considerando o advento da pandemia, se tornou crítico a baixa disponibilidade de câmeras *web* e de *headset* / dispositivos individuais de áudio, bem como a inexistência de uma solução corporativa para realização remota de reuniões e eventos

Outro ponto de estrangulamento de oferta de serviços observado é a assistematização dos serviços de segurança cibernética ofertados pelo prestador da SMS. Existem inúmeras necessidades internas e de outros fornecedores para



integrar e compartilhar dados com a rede PMPA, fato em geral moroso e de difícil equalização. Entendemos que é necessário estruturar um catálogo de serviços de segurança digital, e que todos aqueles pedidos que não se enquadrem nos serviços de catálogo, sejam considerados como projeto.

Em síntese, é necessário projetos/ações/atividades para realizar as seguintes entregas:

- Aquisições de Estações de Trabalho para renovação do parque
- Contratação de Fornecedor de *Outsourcing* para 100% do parque de impressão da SMS
- Otimização do processo de governança e gestão das redes locais
- Adoção de solução corporativa para armazenamento de arquivos
- Aquisição de *webcam* e dispositivos individuais de áudio (fones/*headsets*)
- Contratação de solução corporativa de web conferência
- Aquisição de licenças de suíte administrativa (editor de textos, planilha eletrônica, apresentação, cliente de e-mail integrado ao servidor de e-mail corporativo)
- Sistematização do fluxo de serviços de segurança cibernética

### **1.12.2 Sistemas de Informação, Interoperabilidade, Banco de Dados**

Atualmente a SMS possui um conjunto significativo de sistemas de informação. Segue abaixo breve análise situacional, desafios e oportunidades para cada grande grupo de sistemas.

Os sistemas do Complexo Regulador estão em produção desde 2016, com a entrada do Gerenciamento de Consultas (Gercon), em 2018 a entrada em produção do Gerenciamento de Interações (Gerint), e em 2020 do Gerenciamento de Procedimentos de Alta Complexidade (Gerpac). Sua robustez e qualidade em apoiar os processos regulatórios o tornaram referência, haja destacar a celebração de convênio com SES para sua adoção em âmbito estadual. Em nível local, módulos complementares foram criados para atender necessidades específicas, como o Gercon Retornos (registro de consultas nos serviços especializados geridos pela SMS), Gercon Notificações (notificações Covid) e Gercon Agenda APS. Mesmo já tendo mais de 80% dos leitos em interoperabilidade, os desafios para o próximo quadriênio são o avanço na interoperabilidade de consultas, exames e

procedimentos. Tal ação é estratégica não apenas para qualificar o processo regulatório, mas também para contribuir na construção do Prontuário Eletrônico Integrado do Paciente, em que em apenas um repositório todos os dados de saúde da pessoa estarão armazenadas. Tal estratégia é crítica para subsidiar ações assistenciais, regulatórias, bem como a avaliação e monitoramento de políticas públicas. Outros avanços a serem entregues e desenvolvidos são os módulos de faturamento hospitalar e ambulatorial, que permitirão garantir o controle e avaliação da utilização dos recursos, desde o início do processo assistencial até a liquidação do pagamento ao prestador.

Dentre os sistemas de registro de atendimentos assistenciais, podemos destacar o e-SUS APS como um dos principais sistemas implantados. Trata-se de sistema desenvolvido e ofertado pelo Ministério da Saúde, o qual já é utilizado em Porto Alegre há mais de 5 anos. Atualmente ele está implantado em 100% da rede gerida direto ou indiretamente pela SMS e é utilizado diariamente por mais de 4000 profissionais de saúde. Os desafios para os próximos anos se concentram na integração das informações do e-SUS APS com as demais informações de saúde geradas no município. Atualmente a rede municipal hospitalar, de urgências e pronto atendimento faz uso do SIHO - Sistema de Informações Hospitalares. O mesmo foi desenvolvido por volta dos anos 2000 e vem recebendo contínuas atualizações. É necessário um estudo detalhado sobre a decisão de como evoluir neste projeto: a viabilidade do desenvolvimento de uma versão 2.0 deste sistema, a aquisição de uma solução de mercado ou a adesão a um sistema de ente público terceiro. Essa decisão se mostra cada vez mais necessária, considerando não só as limitações funcionais do sistema atual, bem como as tecnologias de desenvolvimento defasadas nele empregadas.

Em relação aos sistemas da Diretoria de Vigilância em Saúde, cabe destacar o desenvolvimento do sistema Sentinela, sistema para registro de agravos de notificação compulsória, iniciando com os agravos relacionados à saúde do trabalhador. Ao tempo que já foi avançado para os agravos relacionados à infecção hospitalar, está previsto o avanço do projeto para todos os agravos de notificação, sejam eles transmissíveis e não transmissíveis. Existe também a necessidade de avançar na implementação de sistemas de informação que subsidiem as demais

atividades e atribuições da vigilância em saúde, como fiscalização, emissão de alvarás, controle de documentos de saúde (receituários), etc.

Complementar aos sistemas acima mencionados, ainda cabe destacar a necessidade de estruturação de processos e sistemas que atendam o registro dos seguintes macro-fluxos:

- Imagens Médicas - geração de imagens digitais em todos os pontos de atendimento, com acesso compartilhado entre todos os profissionais diretamente envolvidos na assistência.
- Exames Laboratoriais - registro de exames complementares realizados nos laboratórios próprios da SMS, bem como recebidos por interoperabilidade de laboratórios contratados.
- Prescrição Eletrônica - possibilidade de geração de prescrição digital, com validade sanitária e jurídica, sem necessidade de suporte físico.
- Assinatura Digital - projeto de autenticação de usuários e cidadãos, de acordo com regramento ICP Brasil.
- LGPD - Adequação dos sistemas e serviços dentro da nova lei geral de proteção de dados pessoais.

### **1.12.3 Ciência de Dados**

Gradativamente estamos observando aumento da maturidade das diretorias e órgãos da SMS que pautam a gestão e tomada de decisão em seus processos em dados objetivos e estruturados. Desde 2015 vem se iniciando a oferta de alguns painéis e relatórios mediante funcionalidades de business intelligence. Durante a pandemia e nesta fase do enfrentamento, a demanda por dados analíticos vem aumentando exponencialmente. Por isso é necessário reestruturar a forma como a SMS oferta e gerencia esse campo de conhecimento e serviço de tecnologia.

Inicialmente, considerando as diferentes realidades, é necessário estabelecer e implantar critérios objetivos para diagnóstico da maturidade de processos e geração de dados e informações. Dependendo do grau de maturidade de cada área, é possível ofertar diferentes serviços. Por exemplo, áreas que não possuem sistemas transacionais estruturados e processos mapeados, não podem ter disponíveis como recurso ferramentas de ciências de dados analíticos e preditivos. Por outro lado, áreas com sistemas estruturados e processos já gerenciados

baseados em dados, podem receber mais serviços de ciência de dados além de ferramentas exploratórias e relatórios consolidados.

Em paralelo, considerando o aumento significativo da necessidade de soluções de ciência de dados, é imperativo que se defina um novo modelo de governança de geração, uso, atualização dos dados e informações, com responsabilidades e atribuições. Atualmente Secretária de Saúde não possui uma equipe ou área dedicada a esta finalidade, estando a mesma diluída de maneira difusa e assistemática em todas as diretorias. Além disso, a capacidade de entrega do fornecedor da SMS é restrita, contato com poucos profissionais especialistas em ciência de dados. Urge estabelecer esta frente como prioridade estratégica na SMS e na PMPA como um todo.

Com modelos de maturidade e governança implantados, os seguintes macroprodutos de ciência de dados poderão ser ofertados de um maneira mais sistemática e racional:

Cubos - ferramentas de exploração de dados, baseados em tabelas analíticas. A partir de tabelas-fato podem ser compiladas diferentes métricas e estratificadas por dimensões, a depender da necessidade de análise.

- Relatórios - geração de informações e formatos pré-definidos, com necessidade de monitoramento periódico e sistemático;
- Painéis - visualização de informações e dados, com possibilidade de geração dos painéis pelas respectivas áreas de negócio.
- Base de dados – conjunto de informações que permite novos tratamentos e conexão com outros conjuntos de dados.

Do ponto de vista das áreas de negócio, se espera nos próximos ciclos de entrega consolidar e avançar para as seguintes frentes:

- Regulação
- Atenção Primária à Saúde
- Vigilância em Saúde
- Telessaúde

### **1.13 SITUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA**

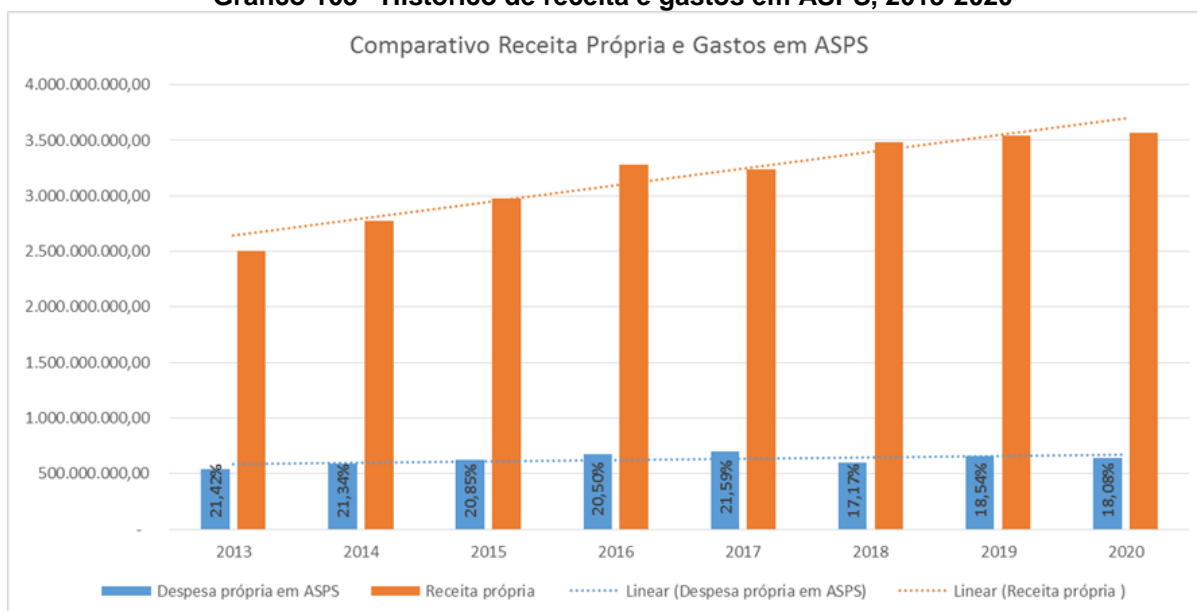
Por financiamento em saúde, compreende-se o aporte de recursos financeiros para a viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal. Conforme determina o § 1º do Art. 198 da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos da União, dos Estados e dos Municípios, além de fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social de cada ente.

Para operacionalizar essas ações, a Lei Complementar nº 141/2012 preceitua que as despesas com saúde deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio de fundos de saúde, que são unidades orçamentárias e gestoras da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

As transferências (regulares ou eventuais) da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Esses repasses ocorrem por meio de transferências 'fundo a fundo', realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais possam contar com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Saúde.

Sobre o aporte regular e obrigatório dos municípios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS - LC 141/2012), de no mínimo 15% da Receita Líquida de Impostos e Transferências (RLIT), embora o município esteja cumprindo o mínimo constitucional, percebe-se uma redução do percentual aplicado em saúde, conforme gráfico abaixo.

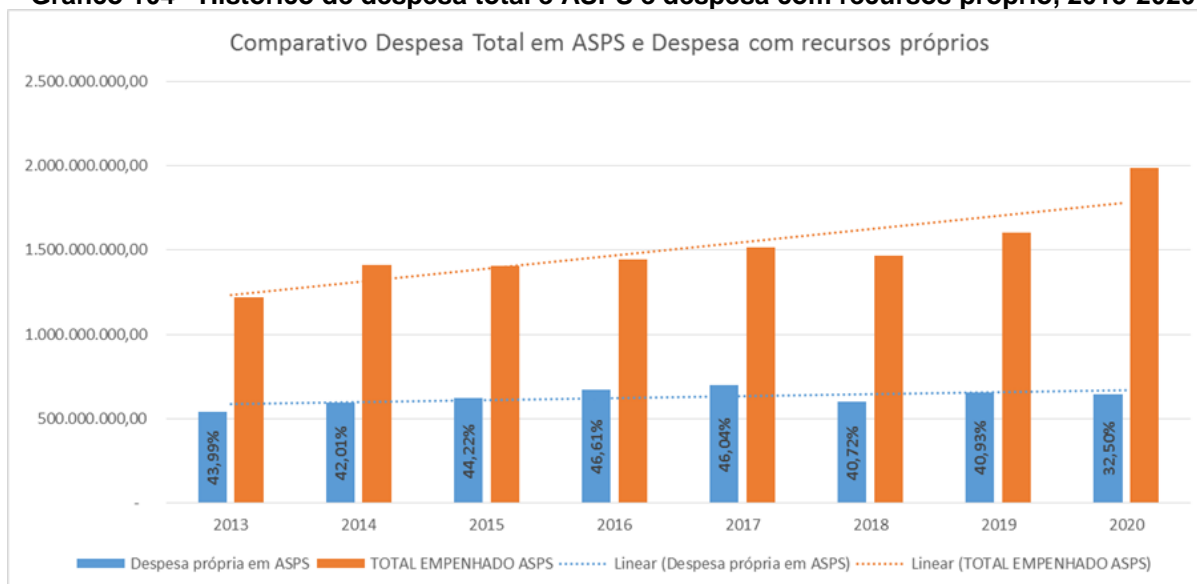
**Gráfico 103 - Histórico de receita e gastos em ASPS, 2013-2020**



Fonte: DFMS/SMS.

Devido às dificuldades financeiras da Prefeitura Municipal, inclusive para manter o pagamento da folha salarial dos servidores, foram implementadas diversas medidas de desoneração do Tesouro Municipal. Preferencialmente ao uso de recursos municipais, foram utilizados recursos de fontes federal e estadual para o custeio das atividades da SMS. Conseqüentemente, houve uma redução da participação relativa aos recursos municipais no gasto total em ASPS, conforme gráfico abaixo.

**Gráfico 104 - Histórico de despesa total e ASPS e despesa com recursos próprio, 2013-2020**



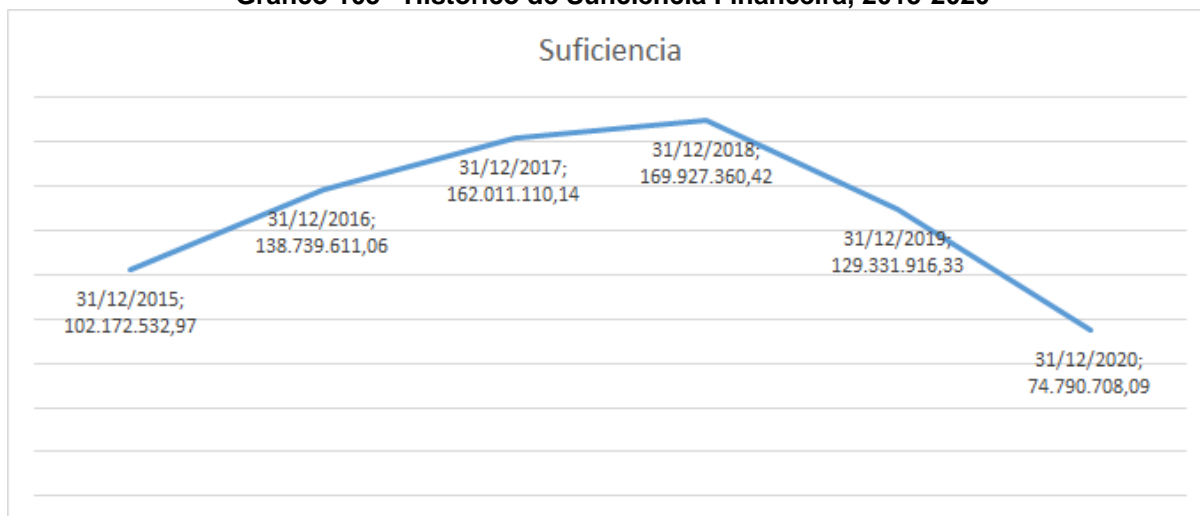
Fonte: DFMS.

Ressaltamos que, os anos de 2020 quanto 2021 devem ser considerados atípicos, uma vez que a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional do Coronavírus (ESPIN) afetou tanto as despesas quanto o aporte de recursos pelos demais entes, bem como a própria arrecadação do município.

### **Suficiência Financeira**

O uso preferencial dos recursos federais e estaduais resultou numa redução da suficiência financeira destes recursos ao longo dos últimos exercícios. O gráfico a seguir mostra a evolução da suficiência financeira do conjunto dos vínculos orçamentários estaduais e federais, excluindo os vínculos orçamentários 4511 e 4297 que receberam recursos extraordinários para enfrentamento da ESPIN.

**Gráfico 105 - Histórico de Suficiência Financeira, 2015-2020**



Fonte: DFMS.

A redução apontada abrange recursos vinculados à atenção básica e vigilância em saúde. Projeções para o final de 2021 indicam também a redução da suficiência dos recursos da Média e Alta Complexidade. Desta forma, caso não haja alteração da tendência de redução, a continuidade das políticas públicas a longo prazo dependerá do aumento da eficiência ou ampliação do financiamento por fonte municipal.

## Composição dos gastos

A tabela abaixo apresenta o orçamento total da SMS, incluindo recursos de todas as fontes (Federal, Estadual e Municipal)

**Tabela 113 - Recursos de orçamento total e empenhado, 2013 - 2020**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Valor orçado inicial</b>	1.333.648.557,00	1.517.324.382,00	1.504.616.728,00	1.606.366.150,00	560.119.283,00	1.652.187.578,00	847.126.831,00	1.834.380.064,00
Investimento	71.916.062,00	76.186.321,00	29.139.440,00	46.314.609,00	17.496.324,00	11.759.797,00	41.253.252,00	47.809.693,00
ODC	838.980.958,00	953.699.079,00	946.200.093,00	984.888.403,00	949.692.941,00	1.001.331.498,00	1.180.225.256,00	1.249.693.530,00
Pessoal	422.751.537,00	487.438.982,00	529.277.195,00	575.163.138,00	592.930.018,00	639.096.283,00	625.648.323,00	536.876.841,00
<b>Valor orçado Final</b>	1.387.687.611,89	1.615.646.494,00	1.564.464.176,21	1.635.832.799,22	1.650.078.887,72	1.766.662.595,20	1.948.999.732,26	2.260.682.282,48
Investimento	52.516.328,89	63.342.661,00	29.697.625,00	40.062.775,00	10.612.298,00	21.059.518,29	37.230.497,25	29.111.153,67
ODC	864.212.725,00	1.048.555.896,00	994.958.696,21	1.018.216.097,22	1.008.447.571,72	1.084.674.009,40	1.267.047.545,01	1.648.592.101,23
Pessoal	470.958.558,00	503.747.937,00	539.807.855,00	577.553.927,00	631.019.018,00	660.929.067,51	644.721.690,00	582.979.027,58
<b>Valor Empenhado (executado)</b>	1.227.342.774,72	1.402.949.104,36	1.410.910.185,46	1.452.002.361,74	1.527.015.761,51	1.481.066.099,17	1.602.664.119,67	2.015.033.547,01
Investimento	10.785.800,47	6.209.914,95	5.811.939,62	5.868.386,74	4.756.512,24	5.576.690,67	9.930.727,79	10.814.456,38
ODC	748.928.912,86	896.893.793,66	869.041.609,04	874.867.165,60	910.992.374,17	913.033.440,10	1.047.506.491,31	1.477.251.143,69
Pessoal	467.628.061,39	499.845.395,75	536.056.636,80	571.266.809,40	611.266.875,10	562.455.968,40	545.226.900,57	526.967.946,94

Fonte: GOR- Gerência Orçamentária.



A partir de 2017, como consequência da política de desestatização dos serviços de saúde, ocorreu uma redução dos valores gastos com pessoal, e aumento do gasto com outras despesas correntes. A partir de 2019, ocorre uma retomada dos gastos com investimento.

### ***Alterações no financiamento***

A partir da edição da Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, ocorreram profundas alterações no financiamento federal da saúde, com uma nova divisão dos blocos de financiamento: custeio e investimento, posteriormente alterados pela Portaria GM/MS nº 828, de 17 de abril de 2020, para Manutenção e Estruturação, a fim de evitar confusão entre a nomenclatura dos blocos e as categorias econômicas da despesa.

Dentre as principais alterações, houve a vinculação dos recursos com a finalidade definida no Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União. Desta forma, diferentes repasses que decorrem do mesmo Programa de Trabalho possuem a mesma vinculação, podendo ser utilizados para o mesmo conjunto de despesas.

Não obstante, independente da vinculação e a destinação dada aos recursos, o município permanece com a obrigação de cumprir os objetivos e compromissos pactuados/estabelecidos nos atos normativos específicos que determinam os repasses. Assim sendo, a fim de prestar contas dos recursos recebidos, deve o município apresentar em seu relatório de gestão e em demais instrumentos de prestação de contas e transparência o atingimento dos objetivos pactuados/estabelecidos.

Além destas alterações gerais, houve ampla modificação do financiamento federal da atenção básica através do Programa Previne Brasil. O repasse de recursos passa a ser vinculado ao atingimento de metas e objetivos como, por exemplo, o cadastramento de usuários, ou a programas estratégicos, como as unidades de saúde com horário estendido (Saúde na Hora).

Estas modificações exigem uma maior aproximação do setor financeiro com as áreas finalísticas, tanto para fins de prestação de contas quanto para projeção das receitas. O relatório de gestão deverá ser aprimorado a fim de apresentar esta transversalidade entre a área financeira e as áreas finalísticas.

Por fim, o Governo do Estado apresentou para o final de 2021 uma proposta para modificação do cofinanciamento estadual para a área hospitalar. A proposta apresentada confere ao cofinanciamento estadual maior clareza, objetividade e isonomia entre diferentes prestadores. Entretanto, como efeito prático da mesma, se percebe uma redução do cofinanciamento dos hospitais públicos, o que levará a necessidade de revisão dos custos destas unidades ou então a ampliação do uso de outras fontes de financiamento.

### ***Emendas Parlamentares***

Emendas parlamentares são recursos oriundos do orçamento público legalmente indicados pelos membros do Congresso Nacional, da Assembleia Legislativa e Câmara dos Vereadores. Portanto, fontes de origem (federal, estadual e municipal).

Até o ano de 2019 a SMS contava apenas com emendas impositivas federais, contudo, a partir do ano de 2020 passaram a ser impositivas também emendas estaduais e municipais, que agregaram novos recursos para a SMS.

Fora o acréscimo das emendas estaduais e municipais, o montante de valores de emendas federais aprovadas de 2016 a 2020 passou de aproximadamente 3 milhões para mais de 25 milhões. O valor das emendas municipais representa anualmente o montante de 25 milhões de reais. As estaduais representaram em 2020 e 2021 em torno de 1 milhão e meio de reais, anualmente.

Como desafio para os próximos anos está consolidar a captação de recursos financeiros junto aos parlamentares federais, ampliar a captação de emendas estaduais, organizar o fluxo das emendas municipais, da origem junto à CMPA, passando pela execução das mesmas na SMS até a prestação de contas junto aos serviços e instituições beneficiadas. Ainda permanece a necessidade de garantia da autonomia do Fundo Municipal de Saúde e também autonomia nas despesas de pessoal, conforme previsto em legislação.

## **1.14 GESTÃO EM SAÚDE**

O termo “gestão em saúde” no âmbito do SUS é utilizado para nominar as funções de comando ou direção do sistema de saúde cabendo aos gestores do SUS, em todas as esferas de Governo. A gestão em saúde envolve evolução e transformação dessa noção baseada também em ciências administrativas, políticas, sociais, econômicas, contábeis, jurídicas dentre outras. Na SMS, compreende as funções de planejamento, monitoramento, avaliação, jurídica, contratualização, auditoria e controle, ouvidoria e a participação e o controle social.

### **1.14.1 Planejamento em Saúde**

O planejamento no âmbito do SUS tem como pressuposto a Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990), o Decreto nº 7.508 de 2010, a Lei Complementar nº 141 de 2021 e a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.135 de 2013. Envolve a atuação integrada dos três entes federativos (União, Estados e Municípios) de forma que a ação governamental efetive a organização do trabalho, por meio da definição de papéis e de corresponsabilidades na alocação de recursos (humanos, físicos, tecnológicos e financeiros). O processo de planejamento integrado de governo inclui o Plano de Governo, Políticas Econômica e Social, Política Fiscal (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual) e Política de Saúde (o Plano de Saúde). Esses instrumentos são interdependentes e precisam estar articulados.

Estabelecidos os principais aspectos da política de saúde, procura-se intervir sobre a realidade, que é complexa com inúmeras demandas e necessidades, condições estruturais e com múltiplos atores.

O planejamento no SUS pressupõe os seguintes princípios:

- O planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua de todos os entes federativos e com as devidas articulações entre eles;
- O planejamento no SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral;
- O planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite;

- O planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS;
- O planejamento deve ser ascendente e integrado;
- O planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde; e
- O planejamento deve partir das necessidades de saúde da população.

Para dar operacionalidade às diretrizes, objetivos e metas do Plano Municipal de Saúde (PMS) – o qual é desdobrado anualmente nas Programações Anuais de Saúde (PAS) – é preciso adequada previsão de recursos nas Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA). Os instrumentos de planejamento da administração pública geral (PPA, LDO, LOA) são anteriores à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os instrumentos de planejamentos do SUS (PMS, PAS, RG, RAG), são regidos por prazos e formatos que exigem o trabalho de compatibilização entre ambos.

No município de Porto Alegre, o planejamento em saúde é coordenado pela Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (Assepla), unidade de trabalho formada por equipe multiprofissional, que participa, juntamente com outros atores, do processo de planejamento interfederativo, articulando a construção ampla das políticas de saúde intra e intersetorialmente; estimulando a descentralização do planejamento, do monitoramento e da avaliação em saúde, tendo como base dados, informações e indicadores de saúde; e também promovendo a educação permanente em nível de suporte técnico de forma continuada.

A função Planejamento é inerente a todos os profissionais, independentemente de onde atuem. O planejamento detém enorme potencial para viabilizar o alcance das medidas estabelecidas de forma oportuna. Neste contexto, o planejamento em saúde, assim como o monitoramento e avaliação, ocorrem em todos os pontos da rede de atenção à saúde, como também nos espaços de gestão da SMS e de controle social.

### ***Breve histórico dos Planos Municipais de Saúde de Porto Alegre***

- 1991 - Primeiro PMS
- 2010 - 2013: Segundo PMS - 04 Objetivos, 10 Diretrizes e 202 Metas
- 2014 - 2017: Terceiro PMS - 03 Objetivos, 05 Diretrizes e 64 Metas

- 2018 - 2021: Quarto PMS - 11 Diretrizes, 28 Objetivos e 65 Metas
- 2022 - 2025: Quinto PMS - 1 Diretriz, 9 Objetivos e 64 Metas

### ***Planos de Contingência***

Os planos de contingência são instrumentos de planejamento de riscos e são elaborados para enfrentamento de situações de perigo à saúde pública em função de fatores, tais como os desastres e as epidemias. O objetivo destes planos, no âmbito do município, é descrever as medidas a serem tomadas pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre para garantir que os serviços prestados à população não sofram descontinuidade e se adaptem de forma rápida e eficaz às necessidades vigentes e vindouras.

Estes instrumentos de gestão definem as responsabilidades de cada uma das áreas envolvidas para atender a uma emergência e ainda apresentam informações detalhadas sobre as responsabilidades dos entes envolvidos no processo. São documentos desenvolvidos com o intuito de organizar, orientar, agilizar e uniformizar as ações necessárias às respostas de controle e combate às ocorrências excepcionais. A Secretaria Municipal de Saúde atualiza e monitora atualmente 2 (dois) planos de contingência: o de controle das arboviroses e da Covid-19.

#### **1.14.3 Judicialização**

A judicialização na saúde diz respeito ao fenômeno observado nos últimos anos, em que o sistema judicial passa a decidir, principalmente, sobre o acesso a serviços e produtos do SUS, como, por exemplo, quanto a medicamentos e internações responsáveis por grande parte das demandas judiciais na saúde.

Em atenção à temática, a Secretaria Municipal de Saúde apresenta grande volume de demandas, tipologia e meios pelos quais as consultas e processos chegam.

O quadro abaixo exemplifica os tipos de processos relacionados, em sua maioria, com prazos exíguos para resposta como, por exemplo, de 24, 48 ou 72 horas para atendimento.

**Quadro 44 - Tipo de demanda recebida pela Assessoria Técnica (ASSETEC) da SMS**

<b>Processos</b>
Requisições de Informações Comunitárias - MP
Ofícios do Poder Judiciário
Reclamatórias Trabalhistas
Intimações Judiciais
Ações Indenizatórias
Ofícios da Defensoria Pública
Solicitação de pareceres e consultas
Ações Fiscais
Análises e elaboração de Decretos
Análises de Projetos de Lei
Análises de Pedidos de Providências do Legislativo
Requisição de Documentos e/ou Informações- Tribunal de Contas- com prazos para atender
Ofícios Ministério Público Federal, Polícia Federal e Polícia Civil
Audiências e Reuniões

Fonte: ASSETEC-SMS.

Além das demandas formais descritas no quadro acima, sublinham-se os inúmeros e-mails que esta Assessoria recebe e precisa atender diariamente, telefonemas do Ministério Público, de Oficiais de Justiça, dos Hospitais, de Delegacias, as consultas do GS/SMS e os pedidos de suporte das Procuradorias para defesa do Município, no que toca a matéria de saúde. A SMS avançou na sistematização de dados quanto ao impacto financeiro dessas ações judiciais apresentadas.

A adoção de critérios de controle e sistematização para quantificação dos gastos e mapeamento dos processos judiciais permite traçar estratégias de racionalização, melhorando o planejamento e a gestão dos recursos, ampliando a comunicação pública sobre o funcionamento e oferta de serviços de saúde. A tabela abaixo demonstra valores com sentenças judiciais.

**Tabela 114 - Valores empenhados 2016 a 2021 com sentenças judiciais**

<b>Objeto</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021*</b>	<b>TOTAL</b>
Abrigagem de idosos e deficientes	-	-	R\$415.226,54	R\$815.923,96	R\$825.153,96	R\$498.476,80	<b>R\$2.554.781,26</b>
Medicamentos	-	-	R\$439.054,46	R\$222.272,60	R\$431.347,36	R\$32.594,80	<b>R\$1.125.269,22</b>
Tratamento de Saúde (cirurgias, exames e outros)	-	-	R\$1.937.148,17	R\$1.981.602,93	R\$6.165.493,25	R\$4.006.171,60	<b>R\$14.090.415,95</b>
Fraldas e outros insumos	-	-	R\$16.648,11	R\$21.429,04	R\$20.884,80	R\$14.904,54	<b>R\$73.866,49</b>
Outros (honorários, precatórios, rpvs, etc.)	R\$583.439,89	R\$2.486.877,34	R\$148.834,37	R\$255.342,39	R\$286.471,92	R\$37.891,63	<b>R\$3.798.857,54</b>
<b>Total</b>	<b>R\$583.439,89</b>	<b>R\$2.486.877,34</b>	<b>R\$2.956.911,65</b>	<b>R\$3.296.570,92</b>	<b>R\$7.729.351,29</b>	<b>R\$4.590.039,37</b>	<b>R\$21.643.190,46</b>

\* Até 07/10/2021

Fonte: DFMS/SMS

### **1.14.2 Auditoria em Saúde**

O Sistema Nacional de Auditoria foi instituído através da Lei Federal nº 8.689 de 1993, sendo criado o Componente Municipal de Porto Alegre a partir da publicação do Decreto Municipal nº 12.002/1998. Dentre as competências a serem desenvolvidas pela Auditoria estão:

- Auditar as ações e serviços estabelecidos no Plano Municipal de Saúde;
- Auditar os serviços de saúde sob gestão municipal, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;
- Auditar as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado;
- Auditar denúncias feitas por demais órgãos de controle (Ministério Público, Defensoria Pública, Ouvidoria, Conselho Municipal de Saúde, etc.);
- Auditar contas bloqueadas pelos Sistemas do Ministério da Saúde;
- Realizar auditoria conjunta com as demais esferas do Sistema Nacional de Auditoria (SNA);
- Emitir recomendações de ajustes de não conformidades aos prestadores de serviço e também aos setores da Secretaria de Saúde, buscando a melhoria na execução dos contratos e consequente controle do desperdício do recurso público, colaborando também para a transparência e credibilidade da gestão;
- Emitir recomendações de Ordens de Recolhimento de valores para ressarcimento ao erário nos casos de cobrança de procedimentos incorretos ou não executados pelos prestadores de serviços;
- Bloquear pagamentos de valores por serviços não executados pelos prestadores de serviço.

A atividade de auditoria auxilia a melhorar a administração dos serviços, por meio da análise dos resultados das ações e dos serviços públicos de saúde no município de Porto Alegre. A Auditoria Técnica em Saúde (ATS) da SMS está subordinada diretamente ao Gabinete do Secretário Municipal de Saúde, auxiliando a gestão de saúde da cidade. É formada por equipe multidisciplinar de enfermeiros e médicos, tendo ainda como desafio o suprimento de profissionais da área financeira



e/ou contábil, assim como a reposição dos servidores que foram transferidos ou aposentados.

Ao longo dos últimos 4 anos a equipe, composta por 6 auditores, tem executado 30 atividades/ano. Nesse período houve uma crescente qualificação do desenvolvimento das auditorias e relatórios, com recomendações que variam desde a melhoria da qualidade dos processos assistenciais e de faturamento dos prestadores; processos internos de trabalho dos diversos setores da SMS; até a recomendação de ordens de ressarcimento (OR) de valores ao erário, além de bloqueios de pagamentos referentes à procedimentos não comprovados/executados. A tabela a seguir ilustra esses números:

**Tabela 115 - Auditorias realizadas, recomendação de ordens de ressarcimento (OR) e de Bloqueio**

<b>Ano</b>	<b>N° de Auditorias Executadas</b>	<b>Recomendações de Or*</b>	<b>Recomendações de Bloqueio*</b>
2018	30	R\$ 4.800.000,00	R\$ 630.000,00
2019	30	R\$ 200.000,00	R\$ 1.600.000,00
2020	30	R\$ 270.000,00	R\$ 140.000,00
2021**	23	R\$ 68.000,00	R\$ 1.780.000,00

Fonte: ATS/SMS.

\*Valores aproximados.

\*\*Parciais.

Com a readequação de recursos humanos, seria possível ampliar no âmbito das atividades de auditoria, as competências de atuação e englobar mais esferas pertencentes ao sistema de saúde de Porto Alegre, como a atenção primária e acompanhamento de contratos, de modo a contribuir de forma mais abrangente para uma melhor gestão da saúde, apontando os gargalos e necessidades de correção de processos.

Também sugerem-se medidas de avaliação da qualidade dos serviços de saúde através de mecanismos que reflitam o atendimento prestado aos pacientes, aplicado diretamente aos mesmos, através de ferramentas elaboradas e executadas pela própria Secretaria de Saúde, ao invés destas avaliações serem aplicadas pelos prestadores como atualmente são feitas.

Vislumbra-se para o futuro, com o aumento da equipe, o controle de auditoria no âmbito da atenção primária e ambulatorial, acompanhamento de contratos, maior acompanhamento dos hospitais federais, assim como o desenvolvimento e implantação de atividade de controle pós-auditoria para conferência da efetiva aplicação das recomendações contidas nos relatórios de auditoria.

### **1.14.5 Ouvidoria**

A Ouvidoria da Saúde é uma unidade administrativa prevista no Sistema Único de Saúde (SUS), existente nos âmbitos federal, estadual e municipal, cuja missão é viabilizar os direitos dos(as) cidadãos(ãs) de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente. Sua função é intermediar as relações entre os(as) cidadãos(ãs) e os diversos serviços que compõem a Rede de Saúde, desenvolvendo a qualificação da comunicação entre eles, formando laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania. A Ouvidoria possibilita o exercício da cidadania em saúde, além de fornecer informações que podem subsidiar o Gestor nas tomadas de decisões, contribuir para qualificação dos serviços, como instrumento de gestão, através de relatórios e pesquisas. O conceito ampliado de gestão participativa está estreitamente relacionado ao uso de métodos e mecanismos de escuta, deste modo, o papel da Ouvidoria está centrado em garantir ao(à) cidadão(ã) ter sua demanda efetivamente considerada e tratada, à luz dos seus direitos constitucionais e legais.

As Ouvidorias do SUS estão pautadas em legislações setoriais e em outras mais abrangentes. Além de encontrarem fundamento jurídico na Constituição Federal, artigos nº 37 e nº 198 (BRASIL, 1988), e na Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990), elas estão inseridas em diversas políticas que vêm aprimorando o SUS (Pacto pela Saúde, ParticipaSUS, HumanizaSUS) e a Administração Pública em geral, como a Lei nº 13.460/2017 (BRASIL, 2017), que dispõe sobre o Código de Defesa dos Usuários de Serviços Públicos; a Lei n. 13.709/2018 (BRASIL, 2018), que ordena a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Além da legislação geral temos a organização no município, o marco foi o Decreto Municipal nº 19.849, de 5 de outubro de 2017, que instituiu a Ouvidoria-Geral do Município de Porto Alegre (OGM). De acordo com o referido diploma legal, a OGM está vinculada à Secretaria Municipal de Transparência e Controladoria (SMTTC), tendo por competência tratar de forma prioritária as reclamações e denúncias referentes à prestação dos serviços públicos da administração pública municipal direta e indireta, bem como das entidades privadas de qualquer natureza que operem com recursos públicos na prestação de serviços à população. Em 02 de setembro de 2019, foi lançado o sistema me-Ouv, novo Sistema de Ouvidoria Municipal de Porto Alegre, disponibilizado ao público via internet (é possível acessar

pelo link <https://ouvidoria.procempa.com.br>). As manifestações podem ser feitas de forma identificada ou sigilosa, podendo, também, no caso da denúncia, ser realizada de forma anônima, sendo tratada como uma comunicação, conforme escolha do demandante.

A Lei nº 13.460/2017 (BRASIL, 2017) estabelece prazos para o tratamento das manifestações e resposta ao usuário. *Art. 16, para todas as manifestações encaminhadas via ouvidoria o usuário receberá a decisão administrativa final, observado o prazo de trinta dias, prorrogável de forma justificada uma única vez, por igual período.*

O decreto nº 20.545, de 13 de abril de 2020 apresenta as competências da ouvidoria da saúde, são:

- I. Propor, coordenar e implementar a Política Municipal de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS;
- II. Estimular e apoiar a criação de redes descentralizadas de ouvidoria em saúde;
- III. Implementar projetos de estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS;
- IV. Assegurar a preservação dos aspectos éticos, de privacidade e confidencialidade em todas as etapas do processamento das informações decorrentes;
- V. Assegurar aos cidadãos o acesso às informações sobre o direito à saúde e às relativas ao exercício desse direito;
- VI. Acionar os órgãos competentes para a correção de problemas identificados, mediante reclamações enviadas à Ouvidoria SUS, contra atos ilegais ou indevidos e omissões, no âmbito da saúde em nível municipal; e
- VII. Dispor de ambiente exclusivo para o desenvolvimento das funções, proporcionando visibilidade ao cidadão.

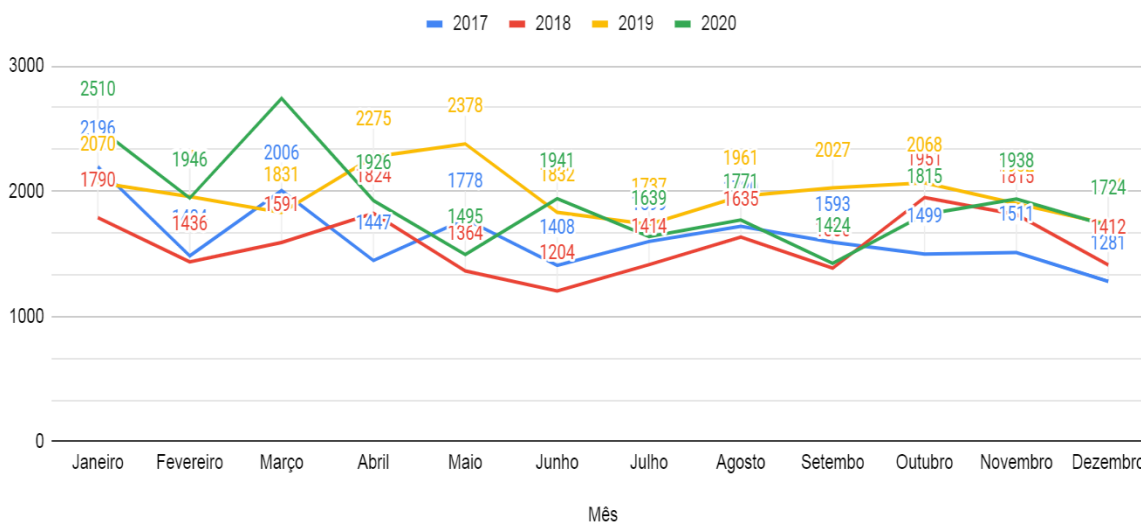
Os canais de acesso disponíveis são: telefones 156 e 136, *e-mail* [ouvidoria@sms.prefpoa.com.br](mailto:ouvidoria@sms.prefpoa.com.br); *Whatsapp* 51-3289-2656 e atendimento presencial no endereço: Av. João Pessoa, 325, térreo.

A ouvidoria recebe as manifestações através dos canais de acesso, sendo gerado um número de protocolo que é informado ao cidadão. Este protocolo é encaminhado à área demandada para esclarecimentos, após, o protocolo retorna à ouvidoria para a formatação da resposta e envio ao cidadão (estão disponíveis os

links de acesso para registro de demanda pelo cidadão:  
<http://ouvprod01.saude.gov.br/ouvidor/CadastroDemandaPortal.do> e  
<https://ouvidoria.procempa.com.br/ouvidoriaweb/#/>.

**Gráfico 106 - Protocolos abertos na Ouvidoria, por mês, nos anos de 2017 a 2020**

Ouvidorias por mês - 2017, 2018, 2019 e 2020

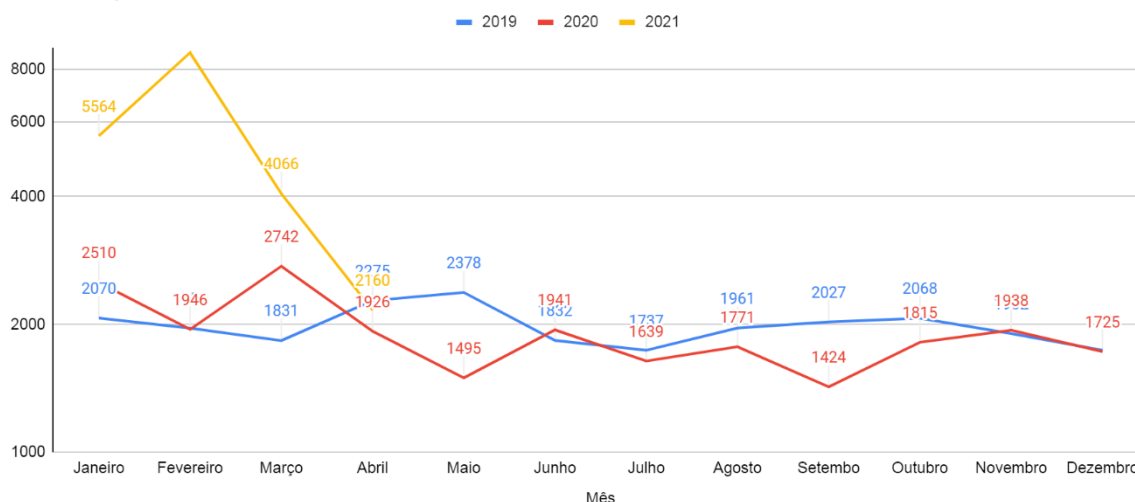


Fonte: Sistema FALA 156 Poa.

Neste gráfico observa-se os protocolos abertos no período de 2017 a 2020 mantendo uma média de atendimento de 1500 protocolos/mês e em alguns períodos alcançando a marca de 2000/mês. As manifestações fazem referência às reclamações que envolvem os serviços da atenção primária, consultas e exames especializados e atenção hospitalar, respectivamente.

**Gráfico 107 - Protocolos abertos na Ouvidoria, por mês, nos anos de 2019 a 2021**

Ouvidorias por mês - 2019, 2020 e 2021



Fonte: Sistema FALA 156 Poa.

Neste gráfico o período analisado de 2019 a 2021 destaca o aumento dos protocolos no primeiro trimestre de 2021 devido ao início da campanha de vacinação contra a Covid-19. A ouvidoria auxiliou as Gerências Distritais de saúde, cadastrando os idosos acamados para recebimento de vacina em domicílio.

Como proposta para o próximo quadriênio, a atuação conjunta com as Gerências Distritais de Saúde e diretores das áreas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), para através de agenda regular apresentar relatórios, e assim, subsidiar a gestão com informações que auxiliem na qualificação dos processos e oferta de serviços ao cidadão, bem como a aproximação ainda maior com a população através de ações em conjunto com o CMS - Conselho Municipal de Saúde.

Na busca de melhores práticas para oferecer melhorias contínuas do trabalho realizado pelas Ouvidorias, o Ministério da Saúde, através da Ouvidoria Geral, em parceria com a Fiocruz, convidou a Ouvidoria da Saúde de POA para participar do processo de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS. A adesão está em processo de formalização.

Com relação aos sistemas utilizados pela ouvidoria é importante destacar a fragilidade do sistema FALA para os registros das manifestações na identificação do que é solicitação de serviço ou demanda de ouvidoria. Cabe informar que o sistema foi idealizado para solicitação de serviço e adaptado para Ouvidoria. Importante ressaltar que o sistema Ouvidor SUS, também utilizado pela Ouvidoria, é o sistema mais adequado para o tratamento das manifestações. Este processo está em análise e revisão com proposta de adequação através de processo SEI.

Nesta linha de análise e adequação para melhorias no atendimento ao cidadão identifica-se a necessidade de realizar a escuta telefônica, pela equipe da ouvidoria. O contato do cidadão, por meio do telefone 156, é recepcionado por equipe que não está na área física da ouvidoria, o que dificulta o entendimento dos processos e fluxos. O recebimento da ligação telefônica, pela equipe da ouvidoria, poderá incidir diretamente na redução do tempo e melhoria no processo, pois a equipe é treinada e qualificada para garantir o encaminhamento da manifestação à área adequada, garantindo assim, melhor tempo no retorno da manifestação ao cidadão. Para tanto há a necessidade de adaptação do layout da Ouvidoria.

Importante destacar que a PMPA, através da SMTC, está em processo de planejamento da implantação do novo contrato com a empresa terceirizada que

presta serviço de atendimento telefônico para implantar ferramentas que facilitarão a comunicação com o cidadão porto-alegrense, como por exemplo o sistema de chatbots para informações básicas como endereços, telefones e horários de funcionamento dos serviços de saúde. Por fim, considerando a necessidade de avaliar a satisfação do usuário através de pesquisa sistemática e de pareceres, a Ouvidoria deve incorporar esta atividade.

#### **1.14.6 Participação e Controle Social**

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, previstos na Legislação Federal, Estadual e Municipal, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que cumprem a função de representação da sociedade no controle da Política Pública de Saúde, atuando na formulação de estratégias para o planejamento e execução, inclusive, nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Os Conselhos de Saúde têm papel estratégico no controle e fiscalização da gestão e da prestação das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, o Conselho de Saúde deve ter assegurada a estrutura e capacidade operacionais adequadas ao cumprimento dessas funções, bem como ter seu papel reconhecido e respeitado pela gestão do SUS nas três esferas de governo. Além disso, a Lei Federal 141/2012, em seu Art. 44 prevê que “no âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990”.

Em Porto Alegre, o Conselho de Saúde se constitui a partir de espaços regionalizados que tiveram uma distribuição geográfica que acompanhou a organização da Saúde no município. Desta forma, os Conselhos Distritais de Saúde (CDS) representam um conjunto de territórios assistenciais dos serviços de saúde existentes. A rede descentralizada prevê instâncias colegiadas, os Conselhos Locais de Saúde (CLS), em todos os serviços da rede de Atenção, incluindo especializados e substitutivos, serviços de urgência e nos hospitais que atendem o SUS.

Nesse sentido, a meta para o quadriênio 2018/2021 que pretendia ampliar para 60% os conselhos locais de saúde da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que tinha entre as ações para seu alcance a sensibilização e pactuação com os serviços de saúde mental bem como junto à Coordenação da Atenção Primária a fim de garantir que as Gerências Distritais e suas equipes fortalecessem as instâncias de controle social local e distritais teve sua operacionalização comprometida. No início de 2018, o Secretário da Saúde adotou medidas obstativas ao funcionamento do Núcleo de Coordenação eleito para o biênio 2018/2019 através do memorando circular SEI 3378995/2018, de 28.02.2018, retirando do CMS/POA as condições materiais e logísticas para o pleno exercício de suas atribuições em todas as instâncias no âmbito municipal.

Diante de tal medida, que extrapolou as competências legais do Executivo sobre o CMS, além de explicitar uma postura autoritária, antidemocrática e de abuso de poder, coube ao CMS/POA representar junto ao MPE que ajuizou Ação Civil Pública requerendo fossem tornadas sem efeito as determinações constantes no referido memorando. Em 13.03.2018 através de decisão judicial foram afastadas as restrições impostas ao funcionamento do CMS/Poa e em 20.08.2018 foi proferida decisão de mérito, julgada procedente a ACP ajuizada pelo MPE, reconhecendo e declarando a ilegalidade do Memorando Circular de 28.02.2018, condenando o município a abster-se de impor aos membros do Núcleo de Coordenação, qualquer restrição ao exercício das atividades e ao funcionamento do colegiado.

Ocorre que os reflexos dessa obstaculização ao exercício do controle social tiveram efeitos dramáticos, especialmente em relação ao papel deliberativo e atuante do CMS/POA, comprometendo diretamente a participação da comunidade, que é elemento estruturante da democracia no SUS. Além dessa postura arbitrária, a gestão municipal construiu bases jurídicas, mesmo que inconstitucionais, para o amplo empresariamento da saúde. Tal período teve início com o processo de chamamento público para credenciamento de OSC para gerenciamento e operacionalização do Pronto Atendimento Bom Jesus e Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro, onde o CMS apontou diversas inconsistências, entre elas o fato da SMS não ter demonstrado os custos reais e os custos obtidos com a execução direta, elaborado pelo Núcleo de Economia em Saúde.

O que a comunidade tem observado é a falta de profissionais para atendimento à população, falhas no cumprimento do contrato, que não tem sido

fiscalizado de modo efetivo. Em dezembro de 2019, a gestão municipal operou a demissão dos trabalhadores do Imesf, ocasionando mais uma crise na saúde em Porto Alegre, mais uma vez, de modo diligente, o CMS posicionou-se dialogando com a população através da emissão de nota pública onde reafirmou sua disposição de defesa do SUS público e de qualidade indicando a gestão direta dos serviços de saúde como única forma de garantia da continuidade de políticas públicas e encaminhado aos Ministérios Públicos do RS, do Trabalho, de Contas e Federal a solicitação de execução do Termo de Ajustamento de Conduta assinado em 2007, onde o município se comprometia abster-se de contratar profissionais para a Atenção Básica sem realizar concurso público ou seleção pública. No entanto, a resposta da PMPA foi o processo de entrega para a iniciativa privada a saúde da família que é o coração do SUS.

Entre as ações previstas para o atingimento da meta 53 do PMS 2018-2021 estavam a realização das edições do Prêmio Destaque em Saúde que ocorreu em 2018 e 2019, no mesmo período também foi feita a distribuição de placas para as unidades de saúde com conselho local instituído e em funcionamento. Cabe destacar que, mesmo diante da relação conflituosa com a gestão da SMS, o CMS protagonizou ações que contribuíram para a qualificação de sua atuação: o convênio firmado com o Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde (LAPPACS/UFRGS) e ao Programa de Educação Tutorial Participação e Controle Social em Saúde (PETPCSS/UFRGS). Essas parcerias proporcionaram ações como a realização da pesquisa Desafios da Participação Social na Atenção Básica: Análise dos Conselhos Locais de Saúde na cidade de Porto Alegre, cujos resultados foram consubstanciados em uma cartilha e apresentados em uma oficina (dez/2018) de capacitação para conselheiros onde também foi realizado o lançamento do Livro dos 25 anos do CMS

Em 2019 foi proporcionado, através dessa parceria, o curso “Fortalecendo o Controle Social por meio da qualificação de Conselheiros das Comissões de Acompanhamento de Contratos”, onde foi gerada uma cartilha dedicada à capacitação de conselheiros.

A 8ª Conferência Municipal de Saúde Anexo- F deste documento ocorreu em abril de 2019 e o episódio foi relatado no livro Conselhos Municipais de Porto Alegre: “Durante o processo de organização da 8ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em abril de 2019, o governo municipal não previu recursos na Lei



Orçamentária Anual para sua realização. Frente a isso, o CMS articulou com a casa legislativa que, por meio de um parlamentar defensor do SUS, encaminhou emenda à Lei Orçamentária, permitindo a destinação de recursos para a realização da Conferência. O Secretário de Saúde, como ordenador de despesas, não autorizou a utilização do recurso previsto pela emenda específica e exigiu que todas as decisões que demandassem estrutura da Secretaria fossem submetidas ao seu escrutínio, o que dificultou a organização do evento. Essa situação de litígio entre a gestão e o Conselho Municipal de Saúde se agravou na medida em que o Secretário Municipal de Saúde e os representantes da gestão se retiraram do Núcleo de Coordenação do CMS/Poa, no qual está prevista a representação do gestão.

Assim, além das demandas ordinárias que envolvem um evento dessa magnitude, a insistência da gestão em intervir na autonomia e independência do Conselho exigiu um conjunto adicional de iniciativas a fim de garantir a realização das atividades e etapas que compõem o processo de realização de uma Conferência Municipal de Saúde. Nesse contexto, para a realização das etapas da Conferência Municipal de Saúde foi necessário constituir um amplo coletivo de apoio, envolvendo entidades de saúde, universidade, trabalhadores e usuários, inclusive com apoio de doações das entidades que compõem o CMS. Tal processo incluiu a realização das atividades preparatórias temáticas, que tinham caráter formativo e não deliberativo, com o objetivo de mobilizar, ampliar e aprofundar os debates dos temas propostos pela 16ª Conferência Nacional de Saúde e qualificar a participação para as Pré-Conferências e a 8ª Conferência Municipal de Saúde.

No mês de março de 2019, foram realizadas oito Pré-Conferências Distritais para a eleição dos delegados para a Conferência Municipal, que ocorreu em abril, e para a Conferência Estadual, que ocorreu em maio, como processo ascendente de participação e deliberação, culminando com a realização da Conferência Nacional de Saúde, realizada de 04 a 07/08/2020.

No cenário conflituoso descrito anteriormente, a construção desse processo foi um desafio desde o início, enfrentando durante todo o período preparatório, a incerteza constante sobre as condições para a realização das etapas da Conferência. O governo federal também não havia garantido o financiamento necessário para custear as despesas que envolvem a magnitude do maior acontecimento da participação social do SUS, que ocorre a cada 04 anos, como parte intrínseca do processo de avaliação e consolidação do SUS.

A temática da 16ª Conferência Nacional de Saúde – chamada 8+8 – teve como eixo transversal o tema Democracia e saúde, além de três eixos de discussão: Saúde como Direito, Consolidação dos Princípios do SUS e Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS. Também houve uma inovação na metodologia proposta, incluindo a possibilidade de realização de conferências populares autogestionadas. Historicamente, a Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, a capital do Estado, é um acontecimento que mobiliza a participação de muitas pessoas interessadas, sejam estudantes, professores, residentes e trabalhadores que não participam diretamente dos espaços de controle social, mas que disputam espaço de participação no momento do processo da Conferência, pela sua referência na definição das Políticas e pelo seu caráter deliberativo.

Assim apostamos na mobilização desses atores, em especial, estudantes, trabalhadores de saúde e Universidade, para a construção conjunta desse processo. A constituição do Conselho Municipal de Saúde tem uma tradição de participação descentralizada, através dos Conselhos Locais de unidades de Saúde e dos Conselhos Distritais de Saúde, nos quais as discussões acontecem na organização das instâncias do controle social em todo seu processo de organização e na realização de Pré-conferências nas oito Gerências Distritais de Saúde, conforme a organização georreferenciada da organização da Rede de Atenção à Saúde no município.

A construção da 8ª Conferência Municipal de Saúde, num cenário de tanta adversidade, no qual a prefeitura se exime de garantir as condições para o funcionamento do CMS, nos alerta para as ameaças à participação. Embora as tensões do controle social no SUS sempre tenham existido, nunca havíamos enfrentado ataques tão ofensivos. Como prova de desrespeito à história do controle social na cidade, pela primeira vez o Secretário Municipal de Saúde não participou da Conferência Municipal. Mesmo com todos esses obstáculos, com o apoio fundamental das entidades, universidades, estudantes, trabalhadores e usuários, conseguiram realizar a maior conferência municipal da história da cidade, com mais de mil pessoas, num processo intenso de 03 meses de organização, elaboração e execução de todas as etapas previstas e a eleição de mais de 50 delegados para etapa estadual. “Todos os documentos produzidos no processo da 8ª Conferência Municipal de Saúde constam no site do CMS POA para consulta da população.”

O ano de 2020 trouxe o cenário da maior crise sanitária dos últimos 100 anos, provocada pela pandemia causada pelo novo Coronavírus (Covid-19), colocando a participação popular no SUS, caracterizada pelo encontro de presenças representativas da cidade diante de um grande desafio: “Como efetivar a participação com o necessário distanciamento social?”. Desse modo, o CMS, ciente de sua responsabilidade, desencadeou uma série de atividades que permitiram manter a participação e a mobilização das conselheiras e conselheiros na defesa do SUS, logo em março emitiu comunicado sobre o momento da pandemia e as restrições das atividades do colegiado, bem como criou mecanismos específicos no site CMS e grupos de Whatsapp, instituindo a clipagem de notícias locais, do Brasil e do mundo.

Nesse sentido, o CMS/Poa cumpriu seu papel constitucional e regimental posicionando-se sobre todas as ações em saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. Foram emitidas notas públicas sobre a demissão dos trabalhadores do Imesf, termo de convênio entre a PMPA e o HSL/PUC e o fechamento da US Tronco. Foi também emitida uma carta aberta em defesa da vida e do SUS e do isolamento social, assim como recomendado à SMS medidas a serem promovidas em função do novo Coronavírus (Covid-19).

As reuniões do Núcleo de Coordenação do CMS, realizadas semanalmente, assim como as da Secretaria Técnica e Fórum dos Conselhos Distritais realizadas quinzenalmente e de Comissões com Saúde Mental, Pessoa com Deficiência, População Negra, Financiamento e Orçamento, passaram a ser virtuais. O órgão criou um canal de denúncias específico para a pandemia e também desenvolveu formulário para analisar o uso do site e das redes do CMS. Tais ações se relacionam diretamente com a execução da meta 55 do PMS 2018/2021 que pretende monitorar a utilização e o impacto de 100% das tecnologias de informação e comunicação implantadas pelo controle social/CMS, que foi plenamente alcançada.

Foi criado, também, o “FAQ”, instrumento de comunicação que contém respostas a perguntas frequentes sobre o controle social, material que está disponível virtualmente no site em formato de cartilha. O CMS manteve permanente divulgação para imprensa de suas deliberações do plenário, notícias, notas públicas e também das manifestações dos conselhos locais e distritais em suas comunidades e territórios contra o fechamento de serviços, as demissões do Imesf e as terceirizações. Muitas dessas ações tiveram forte repercussão na mídia, como o

caso do fechamento das unidades de saúde Laranjeiras, Jenor Jarros, Vila Elizabeth e Pitinga, o que impactou positivamente na reabertura das US.

O CMS participou de diversas reuniões virtuais com os órgãos de controle, MPE, MPF, MPC para acompanhar representações feitas pelo colegiado assim como para acompanhar ações civis públicas em andamento. O CMS realizou uma série de lives formativas que tiveram convidados integrantes e externos ao colegiado como usuários, trabalhadores, e suas respectivas entidades, universidades, CES, CNS, HCPA, movimentos sociais locais e nacionais.

O CMS permanece com dificuldades na disponibilidade de profissionais para a assessoria técnica, contando, no momento, apenas com um assessor (sendo que uma assessora se aposentou), trabalhador que se divide entre as inúmeras tarefas, entre elas apoio às comissões do CMS, núcleo e plenário. O CMS também recebeu, em 2021, uma trabalhadora assistente administrativa do quadro da SMS, que exerce atividades de caráter executivo e também de apoio às comissões e demandas do núcleo de coordenação. Às trabalhadoras na condição de conselheiras e integrantes do Núcleo de Coordenação não foi permitido cumprir sua carga horária no trabalho ao CMS, mesmo tendo sido permitido a outras servidoras durante a mesma gestão em flagrante demonstração de discriminação no tratamento dispensado.

Destaca-se, nesse período, a falta de estímulo por parte da gestão em relação à participação dos Trabalhadores nos espaços de controle social. A gestão deveria aplicar a Instrução Normativa 03/2016 que “Dispõe sobre a normatização quanto à participação nos fóruns do Controle Social no âmbito do SUS no município de Porto Alegre dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde, municipalizados ou sob sua gestão, e dos empregados públicos do Imesf”. Esta instrução Normativa estabelece, por exemplo, a garantia de um banco de horas quando de atividades fora do horário de trabalho para representante eleito ou indicado pela gestão.

A imposição da gestão em relação aos prazos de análise do CMS através da Instrução Normativa 17/2020 “que regulamenta os fluxos e os prazos internos a serem observados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS) e pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA) nos processos administrativos eletrônicos instaurados através do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e dá outras providências”. Além da gestão não dar condições estruturais, ainda exigem prazos exíguos ao CMS justificando assim a aprovação das ações de gestão sem a prévia análise deste conselho. A não participação do

CMS nas comissões de acompanhamento de contratos (CAC) em função da gestão ter modificado as Instruções Normativas que tratam desse tema sem discutir com o CMS, não respeitando os fluxos pactuados anteriormente. O não reconhecimento dos Conselheiros como Agentes Políticos, implicando em dificuldades de representação, no ressarcimento de passagens, diárias etc.

Sobre a execução orçamentária, o CMS tem sido contemplado com dotação orçamentária capaz de atender às suas necessidades programadas, no entanto, a execução do orçamento continua se deparando com dificuldades, morosidade, empecilhos burocráticos e administrativos. Em relação a essa situação, inclusive há uma decisão judicial que tem sido descumprida, mesmo com ação de cumprimento de decisão judicial e após diversas reuniões do CMS com a PGM, gabinete do secretário e MPE requerendo tal cumprimento de decisão.

#### **1.14.7 Comunicação**

Comunicação em saúde diz respeito à utilização de estratégias de para informar e sensibilizar indivíduos e comunidades no sentido de promoverem a sua saúde. Neste sentido, é função da Assessoria de Comunicação (Assecom) qualificar a comunicação externa e interna da Secretaria, potencializando ações descentralizadas desenvolvidas pelos serviços junto às comunidades. Entre suas atribuições, está implantar campanhas que favoreçam a promoção da saúde da cidade e a qualidade de vida de seus cidadãos, conforme prioridades estabelecidas pela gestão.

A Assessoria de Comunicação revisa e coordena a redação e a edição de notícias, website e demais mídias, além do Plano de Comunicação. Diariamente, o setor realiza agendamento, acompanhamento e fornecimento de informações de entrevistas com técnicos, coordenadores e gestores, fortalecendo o vínculo junto à imprensa. São desenvolvidos manuais de procedimentos de comunicação para orientar as rotinas de produção de materiais impressos, campanhas de promoção de saúde e organização de eventos.

As pactuações realizadas pela SMS são foco de trabalho de planejamento desenvolvido pela Assessoria de Comunicação. Com isso, a área oferece aos setores da Secretaria acompanhamento e assessoramento, também atuando em vários momentos como executora das ações propostas.

O setor realiza o controle de imagem e informações publicadas nos veículos de comunicação através do relacionamento com os profissionais do jornalismo. As redes sociais da secretaria (instagram, twitter e facebook) estão focadas na prestação de serviços ao cidadão, aumentando a amplitude de nossas ações. Parte das ações são desenvolvidas em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde e o Ministério da Saúde.

## **2. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS**

As diretrizes de saúde estabelecidas expressam as linhas de ação a serem seguidas e orientam a formulação de políticas que se concretizam nos objetivos. Os objetivos expressam o que deve ser feito, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações no território, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada. As metas expressam um compromisso para alcançar objetivos. Ao estabelecer metas, alguns fatores foram considerados: desempenhos anteriores (série histórica); Compreensão do estágio de referência inicial, ou seja, da linha de base; factibilidade, levando-se em consideração a disponibilidade dos recursos necessários, das condicionantes políticas, econômicas e da capacidade organizacional.

Neste Plano Municipal de Saúde optamos por uma diretriz única, ampla e geral, aos moldes do Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Foram elencadas 64 metas e seus respectivos indicadores distribuídos em 9 objetivos. Como demonstrado no quadro a seguir.

## 2.1 QUADRO DE METAS

**Quadro 45 - Diretriz, Objetivos e Metas para PMS 2022 – 2025**

**Diretriz: Fortalecer o SUS na cidade de Porto Alegre proporcionando o bem-estar das pessoas com ações de promoção, prevenção, tratamento, vigilância e reabilitação da saúde de acordo com as diretrizes do SUS.**

**Objetivo 1: Qualificar a Atenção Primária à Saúde, por meio da ampliação do acesso, da integralidade, com longitudinalidade e coordenação do cuidado, a partir das necessidades das pessoas.**

<b>Nº</b>	<b>Metas</b>
1	Ampliar a Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Saúde da Família para 80%.
2	Ampliar o horário de funcionamento de 34 Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde conforme Programa de Saúde na Hora.
3	Ampliar o número de atendimentos individuais por todos os profissionais das US da APS (exceto dentistas) em 30%.
4	Ampliar para 90% o cadastramento da população nas equipes válidas da APS.
5	Realizar mensalmente, no mínimo, 75% dos procedimentos previstos no carteirômetro em 50% das Unidades de Saúde.
6	Obter nos 3 quadrimestres do ano o Indicador Sintético Final (ISF) do Programa Previne Brasil igual ou maior a 7,00.
7	Atingir 2 (dois) semestres com no mínimo 90% dos beneficiários acompanhados nas condicionalidades da Saúde do Programa Auxílio Brasil.
8	Ampliar os atendimentos odontológicos por cirurgiões dentistas em 17% na Atenção Primária à Saúde.
9	Ampliar a oferta de primeiras consultas nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) em 30%.
10	Ampliar em 40% dos procedimentos em Práticas Integrativas Complementares na atenção primária e na atenção especializada do município.
11	Implantar 4 Centros de Especialidades.
12	Formular e implantar 12 (doze) linhas de cuidados prioritárias (Diabetes, Doença Cardiológica, Doença Respiratória Crônica, Doença Falciforme, Câncer, Depressão/Risco de suicídio, Transtornos de Ansiedade, Sífilis, Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites).
13	Formular e Implantar 4 (quatro) linhas de cuidado prioritárias da Assistência Farmacêutica (Diabetes, Asma, Tabagismo e Pacientes em uso de Anticoagulantes Orais).
14	Atingir, anualmente, 85 pontos no Plano de Qualificação da Assistência Laboratorial.
<b>Objetivo 2: Ampliar o acesso e aperfeiçoamento das redes de atenção em saúde.</b>	
15	Implantar 7 (sete) novos serviços da Rede de Atenção Psicossocial
16	Implantar o Plano Estratégico de Saúde Mental compartilhado entre Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para pessoas em situação de rua com garantia de fluxo e acompanhamento integrado.
17	Ampliar para 17 Equipes de Atenção Domiciliar.
18	Qualificar 100% dos Pronto Atendimentos do município em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).
19	Manter 80% dos atendimentos classificados como severos, realizados pelo SAMU, com o tempo de resposta menor ou igual a 15 minutos.
20	Manter em funcionamento os serviços ambulatoriais de reabilitação pós Covid-19.



**Objetivo 3: Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção, prevenção, reabilitação e vigilância em saúde.**

21	Implantar a Vigilância Epidemiológica em 80% das Doenças e Agravos Não Transmissíveis definidos pelo Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT's), por causas externas e por agravos de Saúde Mental.
22	Atingir, no mínimo, a razão de 0,50 de exames citopatológico do colo do útero realizados na população na faixa etária de 25 a 64 anos.
23	Atingir, no mínimo, a razão de 0,50 de mamografias realizadas na faixa etária de 50 a 69 anos.
24	Reduzir a mortalidade prematura em 2% ao ano em pessoas de 30 a 69 anos pelo conjunto das quatro Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Doenças do aparelho circulatório, Câncer, Diabetes e Doenças respiratórias crônicas).
25	Manter o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) abaixo de 8,5/1.000. (PROMETA 81).
26	Manter a razão de Mortalidade Materna (MM) abaixo de 35/100.000 nascidos vivos.
27	Realizar 50% de atendimentos individuais de médico, enfermeiro ou nutricionista de crianças identificadas com obesidade na atenção primária com a Avaliação do Estado Geral no e-SUS.
28	Qualificar o conjunto de registros de informações dos agravos relacionados ao trabalho atingindo, no mínimo 75% da pontuação máxima, conforme critério de mensuração.
29	Alcançar atuação satisfatória do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de, no mínimo 60,6% da pontuação total dos critérios avaliados, conforme NOTA INFORMATIVA Nº 7/2021-CGSAT/DSASTE/SVS/MS: ações e critérios no Indicador de Saúde do Trabalhador no Plano Nacional de Saúde – PNS 2020/2023.
30	Implantar o Plano de Enfrentamento às Violências.
31	Reduzir no mínimo 10%, o coeficiente bruto de mortalidade por Aids, em relação ao ano anterior.
32	Reduzir a transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) para índices iguais ou menores que 2%.
33	Aumentar a Taxa de Cura dos novos casos de Tuberculose para 60%.
34	Diminuir a prevalência da Hepatite C para menos de 2%.
35	Reduzir em, no mínimo, 10% os novos casos de Sífilis Congênita em menores de 1 ano de idade em relação ao fechamento do ano anterior.
36	Realizar a vacinação de, no mínimo, 70% da população de Porto Alegre contra Covid-19. (PROMETA 82)
37	Realizar o controle vetorial em 90% dos casos confirmados de arboviroses em humanos e vetor <i>Aedes aegypti</i> , positivados para o vírus, identificados nas armadilhas Mosquitrap.c
38	Elaborar o Plano Municipal de Resposta às Emergências em Saúde Pública, como o ponto focal conforme o Regulamento Sanitário Internacional.
39	Apresentar e executar Planos Operativos anuais da Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos de Porto Alegre no âmbito do Sistema Único de Saúde.
40	Executar 100% das metas da saúde propostas para o Plano Municipal da Pessoa Idosa.
41	Executar 100% das metas propostas para o Plano Municipal de Saúde da Pessoa com Deficiência.
42	Adequar o descarte de medicamentos em desuso à legislação sanitária vigente em 10% dos Serviços de Saúde com dispensação de medicamentos.
43	Manter a vigilância e rastreamento dos casos de Covid-19.
44	Apresentar 6 (seis) Planos Operativos Anuais da Política Municipal de Equidade em Saúde (População de Rua, População Negra, Povos Indígenas, Povo Cigano, Imigrantes, LGBTQIA+).
45	Implantar a metodologia do Acesso Mais Seguro em 100% das Unidades da Atenção.

	Primária em Saúde, Farmácias Distritais, Centros Especializados, Serviços de Saúde Mental e Pronto Atendimentos.
46	Executar 100% das ações/campanhas de comunicação vinculadas ao calendário de datas alusivas à saúde.
<b>Objetivo 4: Realizar a regulação de forma eficiente, efetiva e oportuna, otimizando a capacidade operacional dos serviços, com lógica de priorização e enfrentamento às iniquidades.</b>	
47	Regular 80% das solicitações de leitos de Unidade de Terapia Intensiva em até 24h, para solicitantes não hospitalares (Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Pronto Atendimentos) de Porto Alegre.
48	Regular 80% das solicitações de leito de enfermaria em até 48h, para solicitantes não hospitalares (Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Pronto Atendimentos) de Porto Alegre.
49	Aumentar a proporção de internações de urgências reguladas pela Central de Regulação de Porto Alegre em hospitais gerais de alta complexidade para 18%.
50	Regular 80% das solicitações de consultas oncológicas de alta prioridade (vermelho e laranja) em até 15 dias.
51	Manter a proporção entre oferta e demanda de consultas oncológicas (especialidade tempo sensível) entre 1 e 1,2.
52	Manter a proporção entre oferta e demanda de consultas de traumatologia-ortopedia (especialidade menos tempo sensível) entre 0,8 e 1,2.
53	Manter a proporção entre oferta e demanda de exames complementares entre 1 e 1,2.
<b>Objetivo 5: Qualificar a gestão aumentando a transparência e a eficiência dos serviços</b>	
54	Executar 100% do Plano Estratégico de Tecnologia da Informação da SMS (PPA)
55	Responder 90% dos protocolos de ouvidoria (nos sistemas 156 e 136) em até 30 dias.
56	Manter em vigência 100% dos contratos assistenciais e de serviços de apoio.
<b>Objetivo 6: Garantir a infraestrutura adequada com ambiência dos prédios da SMS para a execução de atendimento com qualidade.</b>	
57	Executar, no mínimo, 40% da pactuação de obras da SMS.
58	Executar, no mínimo, as 4 (quatro) obras prioritárias de acordo com o Plano Diretor do HPS.
59	Executar, no mínimo, os 5 (cinco) projetos prioritários do Plano Diretor de Infraestrutura do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV).
<b>Objetivo 7: Garantir financiamento adequado e sustentável que atenda às necessidades da Rede de Atenção à Saúde.</b>	
60	Aplicar, anualmente, no mínimo 15% (quinze por cento) em Ações e Serviços Públicos de Saúde da arrecadação dos impostos a que se refere a Constituição Federal.
<b>Objetivo 8: Fortalecer o trabalho e a educação em saúde</b>	
61	Adequar, no mínimo, 50% da força de trabalho das áreas assistenciais da SMS, por meio do dimensionamento realizado de acordo com os critérios estabelecidos.

<b>Objetivo 9: Fortalecer o controle social</b>	
<b>62</b>	Ampliar para 50% ou mais os Conselhos Locais implantados e em funcionamento.
<b>63</b>	Manter os 13 Conselhos Distritais implantados e em funcionamento durante a vigência do Plano Municipal de Saúde(PMS).
<b>64</b>	Implantar 100% dos Conselhos Gestores de Saúde.

## 2.2 PROMETA

**Quadro 46 - Programa de Metas 2021-2024**

<b>Indicador</b>	<b>Meta</b>			
	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
Ampliar a Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Saúde da Família para 75,00%	65,00%	68,00%	71,00%	75,00%
Realizar 3 Mutirões de Cirurgias Eletivas	0	1	1	1
Manter o Coeficiente de Mortalidade Infantil abaixo de 8,5	8,5	8,5	8,5	8,5
Realizar a Vacinação de, no mínimo, 70% da População de Porto Alegre contra Covid-19	50%	70%	70%	70%
Ampliar o Horário de Funcionamento de 15 Unidades de Saúde da Atenção Primária	20	24	29	34
Ampliar a quantidade de Farmácias Distritais no Município de Porto Alegre de 10 para 13	10	11	12	13
Implantar o Centro de Referência em Transtorno do Espectro Autista	25%	50%	75%	100%
Estruturar 4 Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária com Acesso à Prótese Dentária	1	1	1	1
Aumentar a Taxa de Cura dos novos casos de Tuberculose de 52,7% para 60,0%	54,0% (Resultado de 2020)	55,0% (Resultado de 2021)	57,0% (Resultado de 2022)	60,0% (Resultado de 2023)
Aumentar a quantidade de Cidadãos acessando o Sistema de Prontuário Eletrônico para 5.000	500	1.000	2.000	5.000

## 2.3 AÇÕES SMS PPA 2022-2025

**Quadro 47 – Ações SMS do Plano Plurianual 2022-2025**

<b>Ação: 3507 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>														
<b>Descrição</b>	Garantia, qualificação e ampliação da seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos fármacos, assim como a gestão do cuidado dos usuários para utilização correta dos medicamentos.													
<b>Finalidade</b>	Garantir e qualificar o acesso à assistência farmacêutica no Município, no âmbito da gestão logística e do cuidado.													
<b>Produto 1</b>	<b>Meta: Farmácias Distritais (acumulado)</b>				<b>Produto 2</b>	<b>Meta: Número (acumulado)</b>				<b>Produto 3</b>	<b>Meta</b>			
	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>		<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>		<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
META 84 - Ampliar a quantidade de Farmácias Distritais no Município de Porto Alegre de 10 para 13.	11	12	13	13	Implantação de linhas de cuidado prioritárias para o cuidado farmacêutico	1	2	3	4	-	-	-	-	
<b>Ação: 3508 – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA</b>														
<b>Descrição</b>	Atendimento móvel em situação de urgências ou emergências.													
<b>Finalidade</b>	Garantir o atendimento móvel em situação de urgência ou emergência de forma qualificada e em tempo hábil.													
<b>Produto 1</b>	<b>Meta: Minutos</b>				<b>Produto 2</b>	<b>Meta:</b>				<b>Produto 3</b>	<b>Meta</b>			
	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>		<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>		<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
Tempo médio de resposta para atendimentos realizados pelo SAMU Porto Alegre.	28	27	26	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Ação: 3509 – ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL</b>														
<b>Descrição</b>	Promoção da atenção psicossocial, por meio de gestão única que garanta aos cidadãos o acesso universal, equânime e o cuidado integral, com resolutividade e controle social.													
<b>Finalidade</b>	Ampliar o acesso e a resolutividade no cuidado, evitando o agravamento dos transtornos, reduzindo a necessidade do atendimento emergencial e de internações hospitalares, proporcionando a promoção do cuidado e reabilitação psicossocial.													
<b>Produto 1</b>	<b>Meta: Percentual (acumulado)</b>				<b>Produto 2</b>	<b>Meta: Número</b>				<b>Produto 3</b>	<b>Meta: Número (acumulado)</b>			
	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>		<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>		<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
META 85 - Implantar o centro de referência em Transtorno do Espectro Autista.	50	75	100	100	Implantação de CAPSi III na Região Sul Centro Sul	0	1	0	0	Implantação de Serviços de Residencial Terapêutico	2	4	6	6

Ação: 3510 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE														
<b>Descrição</b>	Primeiro contato de atenção à saúde, com foco na longitudinalidade e integralidade, com assistência continuada centrada nas pessoas, atendendo suas necessidades de saúde, e coordenando os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção.													
<b>Finalidade</b>	Promover maior acesso aos serviços de atenção primária à saúde, com resolutividade, efetividade, integralidade, equidade e longitudinalidade para todas as pessoas.													
Produto 1	Meta: Percentual (acumulado)				Produto 2	Meta:				Produto 3	Meta:			
	2022	2023	2024	2025		2022	2023	2024	2025		2022	2023	2024	2025
META 79 - Ampliar a cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde da Família para 75%.	68	71	75	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ação: 3511 – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMS/POA														
<b>Descrição</b>	Atuação do controle social do SUS, com equidade, universalidade, integralidade e de forma igualitária como determina os seus princípios, no desenvolvimento, na formação e no controle de estratégias de políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, em caráter permanente e deliberativo.													
<b>Finalidade</b>	Fortalecer o controle social na saúde por meio da participação de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores do SUS na formulação e fiscalização da política de saúde.													
Produto 1	Meta: Número				Produto 2	Meta: Percentual (acumulado)				Produto 3	Meta: Número			
	2022	2023	2024	2025		2022	2023	2024	2025		2022	2023	2024	2025
Conselhos Distritais de Saúde implantados e em funcionamento	13	13	13	13	Conselhos Locais de Saúde implantados e em funcionamento	10	25	35	50	Capacitação em controle social de saúde aos conselheiros	5	5	5	5
Produto 4	Meta: Percentual (acumulado)				-	-				-	-			
	2022	2023	2024	2025		2022	2023	2024	2025		2022	2023	2024	2025
Conselhos Gestores de Saúde implantados e em funcionamento	25	50	75	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ação: 3512 - HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO														
<b>Descrição</b>	Atendimento universal e igualitário em urgência e emergência à população, com excelência ao trauma agudo, integrando o ensino e a pesquisa.													
<b>Finalidade</b>	Promover a qualificação da assistência das situações de urgência e emergência aos usuários, atuando como hospital de referência na formação multiprofissional.													
Produto	Meta: Dias				Produto	Meta: Percentual (acumulado)				Produto	Meta:			

1	2022	2023	2024	2025	2	2022	2023	2024	2025	3	2022	2023	2024	2025
Tempo médio de permanência dos pacientes no HPS.	6,25	6	5,9	5,75	Infraestrutura física e equipamentos adequados de acordo com o Plano Diretor do HPS.	10	30	50	70	-	-	-	-	-
<b>Ação: 3513 – HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS</b>														
<b>Descrição</b>	Prestação de assistência hospitalar na área materno-infantil e saúde mental, com ênfase na atenção à violência e vulnerabilidade, de forma qualificada e humanizada.													
<b>Finalidade</b>	Oferecer assistência de alta complexidade, com qualidade, humanismo e ética, articulada com a rede de serviços às mulheres, crianças e adolescentes, desenvolvendo atividades de ensino e pesquisa, visando transformar a instituição em centro de excelência e referência para Porto Alegre e região metropolitana, reconhecido como hospital de ensino.													
Produto 1	Meta: Percentual (acumulado)				Produto 2	Meta: Percentual (acumulado)				Produto 3	Meta:			
	2022	2023	2024	2025		2022	2023	2024	2025		2022	2023	2024	2025
Ampliação da oferta de residência médica e multiprofissional.	5	10	15	20	Execução do Plano Diretor de Infraestrutura do HMIPV.	15	25	35	50					
<b>Ação: 3514 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>														
<b>Descrição</b>	Ações e serviços que proporcionam conhecimento e intervenção em fatores de risco para a saúde humana.													
<b>Finalidade</b>	Identificar e prevenir agravos provenientes dos riscos biológicos, sociais e ambientais.													
Produto 1	Meta: Percentual				Produto 2	Meta: Percentual				Produto 3	Meta:			
	2022	2023	2024	2025		2022	2023	2024	2025		2022	2023	2024	2025
META 82 - Realizar a vacinação de, no mínimo, 70% da população de Porto Alegre contra a Covid-19.	70	70	70	70	Alcançar 95% de investigações de Doenças Transmissíveis de Notificação Compulsória (DNC) encerradas oportunamente, segundo Resolução CIT	95	95	95	95					



	acesso ao cidadão é ordenado pela Atenção Primária à Saúde.													
<b>Finalidade</b>	Garantir o acesso regulado dos usuários aos serviços especializados próprios e ambulatoriais para a resolutividade pela Rede de Atenção em tempo oportuno e de forma qualificada.													
<b>Produto 1</b>	<b>Meta: Percentual</b>				<b>Produto 2</b>	<b>Meta:</b>				<b>Produto 3</b>	<b>Meta:</b>			
	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>		<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>		<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
Qualificação da produção ambulatorial da Atenção Especializada própria, serviços ambulatoriais próprios com produções/faturamentos enviados.	70	70	70	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Ação: 3518 – UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO</b>														
<b>Descrição</b>	Acesso não hospitalar, permanente, para a busca espontânea do usuário, caracterizada por ser idealmente resolutiva para a complexidade intermediária													
<b>Finalidade</b>	Adequar os Pronto Atendimentos às normas ministeriais que preconizam as Unidades de Pronto Atendimento, com melhoria da ambiência, da equipe de recursos humanos, da capacidade diagnóstica, proporcionando melhor resolutividade na assistência ao usuário.													
<b>Produto 1</b>	<b>Meta: Número (acumulado)</b>				<b>Produto 2</b>	<b>Meta:</b>				<b>Produto 3</b>	<b>Meta:</b>			
	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>		<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>		<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
Pronto Atendimentos transformados em Unidades de Pronto Atendimento.	1	2	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Ação: 3519 – ASSISTÊNCIA LABORATORIAL</b>														
<b>Descrição</b>	Serviços próprios e contratualizados de exames laboratoriais para apoio diagnóstico à rede de atenção à saúde.													
<b>Finalidade</b>	Garantir o acesso dos usuários aos exames laboratoriais necessários à resolutividade do cuidado e do atendimento da rede de atenção à saúde, em tempo oportuno e com qualidade.													
<b>Produto 1</b>	<b>Meta: Número (acumulado)</b>				<b>Produto 2</b>	<b>Meta: Número (acumulado)</b>				<b>Produto 3</b>	<b>Meta:</b>			
	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>		<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>		<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
Ampliação do escopo de exames realizados pelo Laboratório Central de Saúde Pública de POA – LabCen.	10	12	15	17	Ampliação dos pontos de coleta laboratorial da rede conveniada (capilaridade e	32	33	34	35	-	-	-	-	-





Produto 1	Meta: Cidadãos (acumulado)				Produto 2	Meta: Percentual (acumulado)				Produto 3	Meta:			
	2022	2023	2024	2025		2022	2023	2024	2025		2022	2023	2024	2025
META 88 - Aumentar a quantidade de cidadãos acessando o Sistema de Prontuário Eletrônico para 5.000.	1000	2000	5000	5000	Execução do Plano Estratégico de Tecnologia da Informação da Secretaria Municipal de Saúde.	20	45	75	100	-	-	-	-	
<b>Ação: 3525 – ENFRENTAMENTO AS DOENÇAS E AGRAVOS PRIORITÁRIOS</b>														
<b>Descrição</b>	Enfrentamento às doenças e agravos prioritários por meio de projetos estratégicos com enfoque nas populações de maior risco para todos os agravos de relevância epidemiológica (Sífilis Congênita, Sífilis, HIV/Aids, Tuberculose, Hipertensão, Diabetes e outras), articulando a rede intra e extra setorial, focando no objetivo de vincular os usuários na rede de atenção primária, garantindo prevenção, promoção e ao seu tratamento.													
<b>Finalidade</b>	Combater as doenças e os agravos prioritários, especialmente, aumentando a taxa de cura dos novos casos de Tuberculose e mantendo o coeficiente de mortalidade infantil abaixo de 8,5/1000 nascidos vivos.													
Produto 1	Meta: Percentual				Produto 2	Meta: Coeficiente por mil nascidos vivos				Produto 3	Meta:			
	2022	2023	2024	2025		2022	2023	2024	2025		2022	2023	2024	2025
META 87 - Aumentar a taxa de cura dos novos casos de Tuberculose de 52,7% para 60%	55	57	60	60	META 81 - Manter o coeficiente de mortalidade infantil abaixo de 8,5	8,5	8,5	8,5	8,5	-	-	-	-	
<b>Ação: 3526 – POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE</b>														
<b>Descrição</b>	Planejamento de ações para a implantação e implementação das políticas de saúde de forma integrada e sistêmica na Rede de Atenção à Saúde que visem à promoção e prevenção, por meio de diretrizes técnicas, protocolos, fluxos e linhas de cuidado.													
<b>Finalidade</b>	Formular e operacionalizar as políticas públicas de saúde no Município, de acordo com a realidade e necessidade de cada território, garantindo a integralidade da gestão e continuidade do cuidado, articulando de forma intra e intersetorial a construção ampla das políticas de saúde com interlocução entre os três níveis da esfera governamental, controle social, instituições de ensino e outros órgãos													
Produto 1	Meta: Número (acumulado)				Produto 2	Meta: Serviços de saúde bucal (acumulado)				Produto 3	Meta: Número			
	2022	2023	2024	2025		2022	2023	2024	2025		2022	2023	2024	2025
Implantação de linhas de cuidados prioritárias	5	10	15	20	META 86 - Estruturar 4	2	3	4	4	Disponibilização de métodos	1200	1300	1400	1500

					serviços de saúde bucal na atenção primária com acesso à próteses dentárias					contraceptivos mais adequados às diferentes etapas da vida reprodutiva da mulher				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 3. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Alguns documentos de monitoramento e avaliação são previstos em Lei e são obrigatórios sua realização, como os relatórios de gestão através do DigiSUS. O DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) é uma plataforma digital em construção, que tem por objetivo possibilitar, aos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, o registro de dados do Plano Municipal de Saúde (PMS) e da Programação Anual de Saúde (PAS), bem como a elaboração e o envio do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG) com a apreciação do Conselho de Saúde. O DGMP realizava até 2021, o registro das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores, que também foram enviadas para análise do conselho e homologação do estado. A Nota Técnica Nº 20/2021-DGIP/SE/MSO torna os entes federativos livres para utilizar na elaboração de seus planos para o próximo período indicadores do rol constante do anexo da Resolução CIT nº 8/2016 ou outros que considerem pertinentes de acordo com as necessidades de saúde da população em seu território de abrangência, que não revoga a obrigatoriedade dos entes fazerem seus registros no DigiSUS. O DigiSUS Gestor foi regulamentado pela Portaria GM/MS n. 750, de 29 de abril de 2019, que altera os artigos 435 a 441 da Portaria de Consolidação n. 1, de 28 de setembro de 2017.

O Relatório de Gestão é o instrumento de elaboração quadrimestral e anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos necessários no Plano de Saúde. O Relatório de Gestão é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS, de acordo com a Portaria nº 2.135 de 2013. Sua elaboração envolve a Assepla, as Diretorias da SMS, demais assessores da SMS e o Conselho Municipal de Saúde. É apresentado quadrimestralmente na Câmara de Vereadores. O Relatório Anual de Gestão (RAG) apresenta o compilado do ano e realiza as análises comparativas com o ano anterior. O RAG deve ser entregue até 30 de março do ano seguinte.

O Sistema de Monitoramento Estratégico (SME) sistema informatizado, em plataforma web, para acompanhamento padronizado das metas pactuadas. É uma ferramenta de gestão municipal da PMPA, que tem como objetivo proporcionar eficiência, por meio da definição de metas e do acompanhamento de projetos,

entregas e indicadores. O acompanhamento utiliza informações alimentadas diretamente pelos órgãos responsáveis pela execução, permitindo observar nominalmente o responsável pela prestação das informações, dando transparência e sentido de responsabilização ao processo de gestão e ao uso dos recursos públicos. O uso comum do sistema permite a promoção da transversalidade em todos os órgãos e níveis que compõem a Prefeitura, subsidiando a tomada de decisão e acelerando a resolução de entraves.

Com a avaliação das metas e ações de todas as pactuações da SMS com diversos entes, a Assepla vem utilizando o PactuaSUS, ferramenta em Google drive para monitoramento e avaliação das pactuações (indicadores e metas) prioritárias da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre podendo ser preenchido bimestralmente ou quadrimestralmente, atualizando prazos, e acompanhamento de todas as ações envolvidas para o alcance das metas. Sendo uma ferramenta no Google Drive e sua confidencialidade pode ser questionada. Neste sentido a SMS está com o apoio da SMPAE - Secretaria Municipal de Planejamento e Assuntos Estratégicos, incluindo todas as pactuações realizadas pela própria SMS com todos os entes federativos e com a gestão da PMPA no Sistema de Monitoramento Estratégico (SME).

A SMS utiliza o Geosaúde que é uma ferramenta do Google Maps que possibilita a qualquer pessoa tomar conhecimento dos geolocalização dos distritos de saúde, das gerências de saúde, assim como informações sobre qualquer US e serviço especializado público do território municipal. Também é possível ao usuário ter conhecimento de sua US de referência de acordo com seu local de domicílio. A utilização de ferramentas de geolocalização são de grande importância no mapeamento dos indicadores de saúde, de doenças e demais características de uma população distribuídas geograficamente em seu território, auxiliando a gestão na sua avaliação e tomada de decisão. Este modelo precisa ainda ser concretizado dentro da SMS pelos setores com esta competência de realização.

No caso do monitoramento para dentro dos serviços da atenção primária temos o ConsolidaSUS, fórum permanente para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e da gestão em saúde das unidades de saúde do município, sendo preconizada a participação dos gerentes distritais, dos membros das suas equipes, coordenadores de unidades, trabalhadores e usuários representantes dos conselhos distritais e locais de saúde, integrantes da Assepla, da Diretoria de

Vigilância em Saúde e das Universidades conforme a distribuição nos Distritos Docentes Assistenciais. O monitoramento realizado pelas equipes de matriciamento tem como base a qualificação e a revisão permanente dos processos de trabalho a fim de alcançarmos os indicadores ideais para atenção primária em saúde do município. As equipes de monitoramento também têm como papel apoiar as Gerências Distritais no monitoramento regional dos indicadores de saúde, na tomada de decisão referente à mudança nos processos de trabalho das unidades e na execução da gestão em saúde da região. A ferramenta utilizada está hospedada no Google Drive, portanto com uma fragilidade importante de depósito de banco de dados, sendo necessárias ferramentas mais seguras para esta exposição de dados e com a capacidade de produção de gráficos quadros, relatórios para melhor informação para as análises das equipes e da gestão da atenção primária.

O Carteirômetro é uma ferramenta utilizada para aferir ações e procedimentos considerados essenciais na APS em cada Unidade de Saúde. Esta aferição é realizada a partir dos dados do e-SUS AB/PEC e Gercon através do Sistema Power BI, de forma periódica, podendo produzir dados mensais ou em outra periodicidade conforme demanda das unidades, das gerências ou da Diretoria de Atenção Primária à Saúde. O Carteiromêtro é uma ferramenta dinâmica e poderá ser alterado de acordo com as necessidades da APS incluindo suas metas e indicadores pactuados realizando a divulgação das modificações sempre que necessário.

Neste contexto, as informações através de BI (*Business Intelligence* - estruturas em nuvem para acesso a dados de diferentes sistemas e bancos de dados) e *dashboards* (painéis visuais que apresentam, de maneira centralizada, um conjunto informações: indicadores e suas métricas), são recursos que auxiliam nas tomadas de decisões sendo prioridade para o atingimento da qualidade necessária para o monitoramento e avaliação dos serviços prestados por todos os setores desta secretaria.

#### 4. REFERÊNCIAS

BATISTA, Luis Eduardo. Masculinidade, raça/cor e saúde, Recife, 2004, <[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/asset/s/csc/v10n1/a07v10n1.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/csc/v10n1/a07v10n1.pdf)> Acessado em 05.02.2021

BIBLIOTECA VIRTUAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. [S. I.], 2021. Disponível em: <https://sites.google.com/view/bvsapspoa/bi-da-sms?authuser=0>. Acesso em: 16 ago. 2021.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017).

BRASIL, Portaria 2.135, de 25 de setembro de 2013, Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135\\_25\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html)> Acessado em 02.11.2020

BRASIL, Manuel de Planejamento no SUS, 2016, Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\\_interfederativa\\_v4\\_manual\\_planejamento\\_atual.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf). Acessado em: 29.01.2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Tuberculose. Número Especial, mar. 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/24/boletim-Tuberculose-2021\\_24.03](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/24/boletim-Tuberculose-2021_24.03) Acesso em 06 de abril de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Hanseníase. Número Especial, jan. 2021. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hanseniase-2021>. Acesso em 06 de abril de 2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 out., 1988. Disponível em URL: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm)

BRASIL. Lei 8.142/9, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dez., 1990. Disponível em URL: [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de set., 1990. Disponível em URL: [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.255, 18 de junho de 2021. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por

município e Distrito Federal, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.255-de-18-de-junho-de-2021-326852389>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1253, de 18 de junho de 2021. Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio aos municípios e Distrito Federal com equipes de Consultório na Rua, para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente da Covid-19. <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.253-de-18-de-junho-de-2021-326843724>

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Prevenção ao Covid-19 no Âmbito das Equipes de Consultórios na Rua. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Março de 2020. Ministério da Saúde. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011 que Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão).

BRASIL. Ministério da Cidadania. Portaria nº 337, de 24 de março de 2020. Dispõe acerca de medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus, Covid-19, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19. Recomendações para os Consultórios na Rua e a Rede de Serviços que atuam junto com a População em Situação de Rua. Fiocruz/Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/Covid-19esaude-mental-novas-cartilhas-abordamviolencia-domesticaepopulacao-em-situacao-de-rua/>

BRASIL. Nota Pública pela Defesa dos Direitos Humanos da População em Situação de Rua em tempos de Corona crise. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Março, 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-ainformacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/mocoes-enotas/copy2\\_of\\_NotaCNDH\\_PopRua\\_CoronaCrise.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-ainformacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/mocoes-enotas/copy2_of_NotaCNDH_PopRua_CoronaCrise.pdf)

BRASIL. Nota Técnica Nº 5/2020/CGRIS/DEPEDH/SNPG/MMFDH - Orientações Gerais sobre Atendimento e Acolhimento Emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia do COVID-19. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos/ Secretaria Nacional de Proteção Global/ Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Abril, 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/ptbr/assuntos/noticias/2020-2/abril/ministerio-da-orientacoes-para-acolhimento-dapopulacao-em-situacao-de-rua-durantepandemia/SEI\\_MDHNotaTcnicaOrientaesPopRuaCovid19.pdf](https://www.gov.br/mdh/ptbr/assuntos/noticias/2020-2/abril/ministerio-da-orientacoes-para-acolhimento-dapopulacao-em-situacao-de-rua-durantepandemia/SEI_MDHNotaTcnicaOrientaesPopRuaCovid19.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 13/2020-COGE/CGGAP/DESF/SAPS/MS - Recomendações do Ministério da Saúde para o acolhimento adequado à população em situação de rua durante a pandemia do Coronavírus (Covid-19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 13/2020-COGE/CGGAP/DESF/SAPS/MS - Recomendações do Ministério da Saúde para o acolhimento adequado à população em situação de rua durante a pandemia do Coronavírus (Covid-19).



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos no Brasil - Informe 2018. 2019. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/maio/17/Apresentacao-Surtos-DTA-Maio-2019.pdf>. Acesso em 15/04/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei da Migração. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm)

BRASIL. SENADO FEDERAL. Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 248, de 2015. Cria o Estatuto do Cigano. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4038455&ts=1540922470136&disposition=inline.b>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92 p.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Programa de disseminação das estatísticas do trabalho. Painel de Informações da RAIS, 2019. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMmQ2ZWVkJUtNGQyOS00YzVILWE5YmMtMDc3MmM3NjlyMzdhlwidCI6ImNmODdjOTA4LTRhNjUtNGRIZS05MmM3LTExZWU2MTVjNjMyZSIsImMiOiR9&pageName=ReportSectionb52b07ec3b5f3ac6c749>. Acesso em: 07 dez 2020.

BRASÍLIA. Brasil de Fato. Associação Nacional das Etnias Ciganas. Dia Internacional do Cigano e a luta pela garantia de direitos no Brasil. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/04/08/artigo-dia-internacional-do-cigano-e-a-luta-pela-garantia-de-direitos-no-brasil>

BUSS, Paulo Marchiori and PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007, Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>> Acessado em 04.02.2021

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M., Imigração e Refúgio no Brasil. Relatório Anual 2020. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2020.

CENTROS DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVA (CECCO). Cidade de São Paulo, [S. l.], p. 1-1, 14 out. 2020. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude\\_mental\\_ad/index.php?p=303568](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_mental_ad/index.php?p=303568). Acesso em: 23 ago. 2021.

COUTO, Márcia Thereza et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, Jun 2010.

DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Agenda estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chaves em HIV, Hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/pub/2018/agenda-estrategica-para-ampliacao-do-acesso-e-cuidado-integral-das-populacoes-chaves-em-hiv>

DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Guia prático sobre a hanseníase. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniose-WEB.pdf>

INSTITUTO CIDADE SEGURA, 1a Pesquisa de vitimização de Porto Alegre, Disponível em: <https://institutocidadese segura.com.br/wp-content/uploads/2019/09/04-Pesquisa-de-Vitimiza%C3%A7%C3%A3o-de-Porto-Alegre.pdf>> Acessado em 03.02.2021

IPEA: PNUD: FJP, Radar IDHM: evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017. – Brasília: 2019. 65 p.: Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190416\\_rada\\_IDHM.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190416_rada_IDHM.pdf)>Acessado em 03.02.2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual das Ouvidorias do SUS Brasília -DF 2014 e Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS- RJ/2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações sobre as ações de manejo e controle da Tuberculose durante a epidemia da Covid-19. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/legislacao/oficio-circular-no-52020cgdrdcccisvsms>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual integrado de vigilância, prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 158 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

NETO, Virgilio Cavicchioli Neto; CHIARI, Natália Santana; CARVALHO, Isabelle; PISA, Ivan Torres; ALVES, Domingos. Desenvolvimento e Integração de Mapas Dinâmicos Georreferenciados para o Gerenciamento e Vigilância em Saúde. Journal of Health Informatics, v. 6, n. 1, p. 3-9, jan-mar, 2014.

OBSERVATÓRIO DA REALIDADE E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO VALE DO RIO DOS SINOS, 121 mil pessoas sem acesso à internet para ter auxílio emergencial e educação em Porto Alegre, 01 de maio de 2020, Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/observasinos/metropole/saude/121-mil-pessoas-sem-acesso-a-internet-para-ter-auxilio-emergencial-e-educacao-em-porto-alegre>> Acessado em 01.02.2021

OLIVEIRA, M.; FIGUEIREDO, ND. Crítica sobre políticas, ações e programas de saúde implementados no Brasil. In: LOPES, F. (Org.). Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: Funasa/MS, 2004.

ORTIGA, Angela Maria Blatt, et al. Guia para elaboração do Plano Municipal de Saúde, SES/SC, Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-municipal/guia-elaboracao-plano-municipal/3301-guia-para-elaboracao-do-plano-municipal-de-saude/file>> Acessado em 07.12.2020

ORGANIZAÇÃO NAÇÕES UNIDAS, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População (2016). Disponível em: [https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015\\_Highlights.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf)

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE (Porto Alegre). Região Centro. In: Região Centro: ObservaPOA. [S. l.], 2010. Disponível em: [http://portoalegreemanalise.procempa.com.br/?regiao=17\\_0\\_0](http://portoalegreemanalise.procempa.com.br/?regiao=17_0_0). Acesso em: 9 ago. 2021.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE, Secretaria de. HIV/Aids | 2020. Boletim Epidemiológico, [S. l.], p. 1-68, 1 dez. 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/dezembro/01/boletim-hiv\\_Aids-2020-internet.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/dezembro/01/boletim-hiv_Aids-2020-internet.pdf). Acesso em: 2 ago. 2021.

## ***ANEXOS***

### NECESSIDADE DE INFRAESTRUTURA SMS – PMS 2022-2025

GERÊNCIA	SERVIÇOS	TIPO
CENTRO	CS Modelo	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
CENTRO	Casa Harmonia - CAPS I	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
CENTRO	US Consultório na Rua - CS Santa Marta - Reforma	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
CENTRO	DVS - Cobertura terraço (Vigilância)	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
CENTRO	CS Santa Marta - CEO	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
CENTRO	SEDE-SMS Subestação de energia elétrica	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
CENTRO	SMS - Auditório	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
CENTRO	SMS - Open Space	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
CENTRO	CS Santa Marta - RX Odontológico (3º Pavimento)	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
CENTRO	CF UFSCPA	CONSTRUÇÃO
CENTRO	FD Modelo	CONSTRUÇÃO
CENTRO	US na Vila Santa Terezinha (papeleiros)	CONSTRUÇÃO
CENTRO	US no Jardim Botânico	CONSTRUÇÃO
CENTRO	Centro de Autismo - CRTEA	CONSTRUÇÃO
GCC	CS PACS / CSVC	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
GCC	US Moab Caldas	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
GCC	Consultório Odontológico Nossa Senhora das Graças	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
GCC	Consultório Odontológico Vila Cruzeiro	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
GCC	Consultório Odontológico US Aparício Borges	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
GCC	Consultório Odontológico US Rincão	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
GCC	CF na Intendente Azevedo	CONSTRUÇÃO
GCC	FD na Rua Intendente Azevedo	CONSTRUÇÃO
GCC	CF Glória	CONSTRUÇÃO
GCC	US Moradas da Fé	CONSTRUÇÃO
GCC	US Mato Grosso	CONSTRUÇÃO

HMIPV	Sala Tomógrafo	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	HMIPV - Bloco D	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Impermeabilização das lajes de cobertura, Blocos A e C	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Implantação PPCI	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	SPDA Blocos A e C	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	UTI Adulto (10 leitos)	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Centro Obstétrico - CO	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	7º Andar Bloco C	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Redes de Água Quente, Boilers, Caldeiras e vapor	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Fechamento depósito Nutrição	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Banco de Leite (Autuado pela CEVS)	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Acesso e ampliação depósito Farmácia	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Estudo troca das janelas Bloco A	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Psiquiátrica - 5º pav. Bloco A	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Nova Rede de gases medicinais	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Ambulatórios 4º, 5º e 6º Bloco C	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Reforma Emergência Pediátrica	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Reforma CME	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Laudo estado estrutural e manutenção escada de incêndio	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Chaminé das caldeiras necessita manutenção/substituição	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Reforma Auditório	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Climatização Sala de Preparo de Alimentos e Depósito Frio - Nutrição	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Estudo de viabilidade Elevador-leitos Bloco A	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Reforma fachada/pele de vidro Bloco C	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	PMOC condicionadores de ar - Plano de Manutenção, Operação e Controle	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Sala para Espectrômetro de Massa - Teste do Pezinho	REFORMA OU AMPLIAÇÃO

HMIPV	CRIE - Vacinas	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Casas Anexo	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Substituição elevadores bloco C	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HMIPV	Reforma elétrica bloco C	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HPS	Implantação da enfermaria pediátrica	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HPS	Reforma Unidades de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HPS	Reforma UTIs do 3 e 4 pavimento	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HPS	Construção da sala híbrida	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HPS	Reforma do Banco de Sangue	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
HPS	Construção Centro de Tratamento de Queimados	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
LENO	CF Timbaúva	CONSTRUÇÃO
LENO	US Chácara da Fumaça - ODONTO	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
LENO	CF Bom Jesus	CONSTRUÇÃO
LENO	CF Batista Flores	CONSTRUÇÃO
LENO	CF Chácara da Fumaça	CONSTRUÇÃO
LENO	US Jardim Ipu	CONSTRUÇÃO
LENO	GHC - US Coinma	CONSTRUÇÃO
LENO	CS Bom Jesus	CONSTRUÇÃO
LENO	CAPS AD Nordeste	CONSTRUÇÃO
LENO	Academia ao Ar Livre - Mato Sampaio	CONSTRUÇÃO
NEB	CF Assis Brasil	CONSTRUÇÃO
NEB	US Irmãos Maristas	CONSTRUÇÃO
NEB	US Planalto	CONSTRUÇÃO
NEB	US Portal do Porto Seco	CONSTRUÇÃO
NEB	GHC - US Jardim Leopoldina	CONSTRUÇÃO
NEB	BASE SAMU - Zeferino Dias	CONSTRUÇÃO

NEB	Academia ao Ar Livre - US Parque dos Maias	CONSTRUÇÃO
NEB	Academia ao Ar Livre - US Nova Gleba	CONSTRUÇÃO
NHNI	CS IAPI - Plano Diretor	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
NHNI	Academia ao Ar Livre - Praça Alim Pedro	CONSTRUÇÃO
NHNI	US São Sebastião	CONSTRUÇÃO
NHNI	US Humaitá	CERCAMENTO
PLP	US Santo Alfredo (Recurso contrapartida)	CONSTRUÇÃO
PLP	Consultório Odontológico US Bananeiras	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
PLP	Consultório Odontológico US Panorama	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
PLP	US Ernesto Araújo	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
PLP	US Pitoresca	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
PLP	US Mapa	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
PLP	CF Ceres - Prédio CARRIS	CONSTRUÇÃO
PLP	FD Lomba do Pinheiro	CONSTRUÇÃO
PLP	BASE SAMU - Lomba do Pinheiro	CONSTRUÇÃO
PLP	CF Quinta do Portal	CONSTRUÇÃO
PLP	US Vila Vargas	CONSTRUÇÃO
PLP	US Maria da Conceição	CONSTRUÇÃO
PLP	US Cosme e Damião	CONSTRUÇÃO
PLP	US Morro da Cruz	CONSTRUÇÃO
PLP	US Esmeralda	CONSTRUÇÃO
PLP	US Lomba do Pinheiro	CONSTRUÇÃO
PLP	US Quinta do Portal	CONSTRUÇÃO
PLP	Academia ao Ar Livre - US Santo Alfredo	CONSTRUÇÃO
PLP	Academia ao Ar Livre - Campo da Tuca	CONSTRUÇÃO



PLP	US Quinta do Portal	CERCAMENTO
RES	US Belém Novo - Reforma e Ampliação	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
RES	CF Castelo	CONSTRUÇÃO
RES	CF Porto dos Casais (US Ponta Grossa)	CONSTRUÇÃO
RES	FD Belém Novo	CONSTRUÇÃO
RES	US Lami	CONSTRUÇÃO
RES	CF José Mauro Ceratti Lopes	CONSTRUÇÃO
SCS	FD Camaquã (Locação)	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
SCS	CS Camaquã - Reforma e Ampliação	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
SCS	US Moradas da Hípica	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
SCS	US Vila Ipanema	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
SCS	US Campos do cristal	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
SCS	US Jardim das Palmeiras	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
SCS	US Schneider	CONSTRUÇÃO
SCS	CF UNIRITTER	CONSTRUÇÃO
SCS	Centro de Especialidades Francisco de Matos Ferrez mais CF Aberta dos Morros	CONSTRUÇÃO
SCS	US Monte Cristo	CONSTRUÇÃO
SCS	US Indígena no extremo sul	CONSTRUÇÃO
SCS	CAPS i Adulto Sul centro Sul	CONSTRUÇÃO
SCS	CAPS Adulto Sul centro Sul	CONSTRUÇÃO
SCS	EESCA E ESMA na Dr. João Pitta Pinheiro	CONSTRUÇÃO
SCS	CEO Sul Centro Sul	CONSTRUÇÃO
SCS	Academia ao Ar Livre - US Morro dos Sargentos	CONSTRUÇÃO
TODOS	Adequação Acessibilidade (NBR 9050)	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
TODOS	US Indígena (Morro do Osso, Polidoro e Lomba do Pinheiro)	CONSTRUÇÃO/REFORMA OU AMPLIAÇÃO
TODOS	Academias de Saúde - MS	CONSTRUÇÃO

TODOS	Academia ao Ar Livre - PMPA	CONSTRUÇÃO
TODOS	PPCI - Prédios da área construída acima de 700m <sup>2</sup>	REFORMA OU AMPLIAÇÃO
TODOS	PPCI - Prédios da área construída menor de 700m <sup>2</sup>	REFORMA OU AMPLIAÇÃO

Fonte: CIM – SMS.

## CALENDÁRIO DE DATAS COMEMORATIVAS PARA A SMS

<b>Mês</b>	<b>Data</b>	<b>Assunto</b>	<b>Política Responsável</b>
Janeiro	30/01	Dia da Não Violência	AMS
Fevereiro	01 a 08/02	Semana de Prevenção a Gravidez na Adolescência	Criança e adolescente
	04/02	Dia Mundial do Câncer	DANTs/ alimentação e nutrição / Prevenção do câncer
	18/02	Dia Nacional de Combate ao Alcoolismo	DANTs
	28/02	Dia das Doenças Raras	Área Técnica Saúde da Pessoa com deficiência
Março	08/03	Dia Internacional da mulher	Saúde da Mulher
	21/03	Dia Internacional contra a Discriminação Racial	Saúde Pop Negra
	24/03	Dia Mundial de Combate à Tuberculose	CAIST
Abril	07/04	Dia Mundial da Saúde	SMS
	06/04	Dia Mundial da Atividade Física	Dants
	18 a 22/04	Semana dos Povos Indígenas	Saúde Indígena
	26/04	Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial	Dants
Maio	Maio	Maio vermelho: Saúde Bucal	Saúde Bucal
	03/05	Comemoração da Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	PICS
	05/05	Dia Nacional pelo Uso Racional de Medicamentos	CAF
	18/05	Dia Nacional da Saúde Mental	Saúde mental
	19/05	Dia Mundial de Doação de Leite Materno	Amamentação, Alimentação e nutrição
	31/05	Dia Estadual de luta contra o cancer bucal	Saúde Bucal
	31/05	Dia Mundial sem Tabaco	Saúde Bucal
Junho	06/06	Dia Nacional do Teste do Pezinho	Criança e Adolescente
	15/06	Dia Mundial de Conscientização da Violência Contra a Pessoa Idosa	Saúde do Idoso
	19/06	Dia Mundial de Conscientização sobre a Doença Falciforme	Pop. Negra
	28/06	Dia Internacional do orgulho LGBTQIA+	LGBTQIA+
Julho	25/07	Dia Municipal da mulher negra, latinoamericana e caribenha	Pop. Negra
	27/07	Dia Nacional de Combate aos Acidentes de Trabalho	Cerest
	28/07	Dia Mundial de luta contra as Hepatites	CAIST
Agosto	Agosto	Agosto Dourado (aleitamento materno)	Amamentação, Alimentação e nutrição
	Última semana de agosto	Semana da amamentação negra	Pop. Negra

	01/08 a 07/08	Semana Mundial da Amamentação	Amamentação, Alimentação e nutrição
	19/08	Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua	Pop. Rua
Setembro	Setembro	Setembro Amarelo: Prevenção ao Suicídio	Saúde mental
	03/09	Comemoração da Política Intersetorial de Plantas Medicinais, Aromáticas e Condimentares e de Fitoterápicos do Município de Porto Alegre	Plantas Medicinais
	05/09	Dia Internacional das mulheres indígenas	Saúde indígena
	29/09	Dia Mundial do Coração (Combate as Doenças Cardiovasculares)	DANTs
Outubro	Outubro	Outubro Rosa: conscientização diagnóstico precoce do câncer de mama	Prevenção câncer
	01/10	Dia Mundial do Idoso	Saúde do Idoso
	11/10	Dia Mundial da Obesidade e Dia Nacional de Prevenção da Obesidade.	DANTs
	16/10	Dia Mundial da alimentação	Amamentação, Alimentação e nutrição
	19/10	Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita	CAIST
	27/10	Dia Nacional Pró Mobilização de Saúde da População Negra	Pop. Negra
	22 a 29/10	Semana de Saúde Bucal	Saúde Bucal
Novembro	Novembro	Novembro Negro	Pop. Negra
	Novembro	Novembro Azul: Saúde do Homem	Saúde do Homem
	14/11	Dia Nacional do combate à Diabetes.	DANTs
	20/11	Dia Nacional da Consciência Negra	Pop. Negra
	27/11	Dia Nacional de Combate ao Câncer (pulmão, pele, outros)	Prevenção câncer
Dezembro	01/12	Dia Mundial de luta contra a Aids	CAIST
	03/12	Dia Internacional das Pessoas com Deficiência	Área Técnica Saúde da Pessoa com deficiência

Fonte: DAPS – SMS.

## PLANO DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA LABORATORIAL

### A. Interoperar com sistemas laboratoriais da rede contratualizada:

- a. Métrica: 100% da rede conveniada com interoperabilidade com o sistema Gercon até 2025
- b. 2022: homologação
- c. 2023: 50% dos laboratórios conveniados
- d. 2024: 85% dos laboratórios conveniados
- e. 2025: 100% dos laboratórios conveniados
  - i. Peso: 50

*Objetivos e desafios da ação “A”:* fechar o ciclo dos exames de análises clínicas onde não apenas a solicitação do exame e o *check-in* de atendimento estejam no sistema Gercon, mas os resultados de cada exame através de interoperabilidade:

Receber os exames de patologia por interoperabilidade: é necessário desenvolver junto a PROCEMPA e sistemas laboratoriais, formatos universais e seguros (LGPD) de interação entre sistemas. Para essa questão, cabe o *benchmarking* com os grandes grupos de apoio laboratorial como Diagnósticos da América (DASA) e Diagnósticos do Brasil (DB) que atendem uma quantidade expressiva de laboratórios em todo o país com interface entre sistemas diversos, bem como com desenvolvedores de sistemas laboratoriais com *expertise* no mercado.

### B. Contratar serviço de coletas de exames domiciliares regulados

- a. Métrica: contratação de um ou mais serviços de coleta domiciliar para 100% da rede até 2025
- a. 2022: projeto básico
- b. 2023: homologação do serviço
- c. 2024: 50% da rede contemplada
- d. 2025: 100% da rede contemplada
  - i. Peso: 20

*Objetivos e desafios da ação “B”:* sabemos que é um gargalo do sistema, pois todos os exames laboratoriais são remunerados tendo como base a

tabela SIGTAP do Ministério da Saúde e esse procedimento não está contemplado. Será necessário levantar dados para possibilitar esse projeto, tais como:

- 1) Quais casos seriam elegíveis para coleta domiciliar (ex.: programa Melhor em Casa)?
  - a) Qual será o volume diário esperado?
  - b) Prestar o serviço através de RH e estrutura própria ou contratualizada?

**C. Ampliação dos pontos de coleta laboratorial da rede conveniada (capilaridade e acesso) (PPA)**

a. Métrica: ampliar pelo menos um ponto de coleta laboratorial da rede conveniada por ano através do edital 03/2019

b. 2022: 32

c. 2023: 33

d. 2024: 34

e. 2025: 35

i. Peso: 15

**D. Ampliação do escopo de exames realizados pelo Laboratório Central de Saúde Pública de POA - LabCen (PPA)**

a. Métrica: atingir pelo menos a oferta de 17 tipos de exames até 2025

b. 2022: 10 exames

c. 2023: 12 exames

d. 2024: 15 exames

e. 2025: 17 exames

i. Peso: 15

*Objetivos e desafios da ação "D":* para que a ampliação do escopo de exames ofertados pelo LabCen seja constante, é necessário incremento de profissionais (farmacêuticos, biomédicos e técnicos). No cenário atual, o LabCen consegue ampliar exames que não dependam de operação puramente manual. Além disso, a implementação de um único sistema laboratorial, como o GAL, que possibilite a solicitação dos exames de interesse nas US, liberação e monitoramento pelas áreas competentes através de uma única base de dados, será necessário.



SECRETARIA DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

**PDTI**  
**PLANO DIRETOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO**

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

**2022 - 2025**

## **1. INTRODUÇÃO**

O Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI) é o instrumento utilizado para definir e planejar ações de Tecnologia da Informação que visem à promoção da missão, da visão e dos objetivos estratégicos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Os objetivos estratégicos da SMS nortearão as ações do Plano Diretor de TI (PDTI), desta forma, procura-se garantir o alinhamento da TI às ações estratégicas da instituição e as necessidades das áreas de negócio, contribuindo para o alcance das metas institucionais e consolidando a importância estratégica da TI para o negócio.

Em todas as áreas de sua atuação, a Coordenação de Tecnologia da Informação visa atender à crescente e ininterrupta demanda por soluções de tecnologia, de forma ágil e eficiente. Ao mesmo tempo em que a amplitude e a complexidade das ações em saúde exigem a constante busca de tais soluções, a base existente de recursos e processos de TI necessita de supervisão e de atualizações constantes para responder com prontidão e efetividade suas demandas.

Neste cenário adaptativo e evolutivo, torna-se fundamental que seja realizado um planejamento nos níveis estratégico e tático de Tecnologia da Informação. O planejamento é feito com a identificação das necessidades de TI (diagnóstico), de forma que por um lado o Planejamento Estratégico da SMS seja atendido, e por outro, a disponibilidade e evolução dos ativos e serviços de TI requeridos para as ações em saúde sejam garantidos. Após o levantamento das necessidades, as mesmas são atendidas por meio da apresentação e identificação de ações e projetos direcionados.

### **1.1. Finalidade**

Planejar as ações de TI alinhadas ao Plano Municipal de Saúde da SMS para atender às necessidades das áreas clientes, que tem por objetivo apontar as ações que contribuam para que a Secretaria alcance seus objetivos estratégicos e metas institucionais.

### **1.2. Escopo**

Contempla as ações de TI executadas pela Coordenação de Tecnologia da Informação com horizonte temporal de 48 (quarenta e oito) meses, devendo, durante o período de sua execução, ser monitorado e atualizado. No tocante ao orçamento, este PDTI contempla apenas o ano de 2022.

### **1.3. Objetivo**

Fornecer visão completa do ambiente atual de TI da SMS e apresentar um direcionamento que permita a implantação da melhoria contínua dos processos de gestão de TI. Para tal, devem ser contemplados projetos de Sistemas, Infraestrutura, suporte aos serviços de TI, organização administrativa, recursos e serviços contratados e, ao mesmo tempo, definir cenários que visem monitorar os projetos quanto ao atendimento mais efetivo das necessidades requisitadas pela Secretaria.



## **1.4. Metodologia**

A metodologia consiste nas seguintes etapas: elaboração, revisão e acompanhamento do PDTI.

### **1.4.1. Elaboração do PDTI**

O PDTI foi elaborado a partir das seguintes informações:

- Plano Municipal de Saúde
- Orientações existentes para a Administração Pública Municipal
- Demandas das unidades organizacionais

### **1.4.2. Revisão do PDTI**

As alterações no PDTI não deverão ser constantes, haja vista que em sua elaboração foram considerados o Plano Municipal, às necessidades das áreas clientes, o planejamento das ações, os recursos humanos necessários à sua execução e o orçamento disponível. O PDTI poderá ser revisado ao longo do seu período de abrangência, sendo dada preferência à publicação anual, ou quando se fizer necessário. As revisões, quando houver, visam à adequação do planejamento do PDTI às mudanças requeridas em aspectos estratégico/táticos da SMS e aos ajustes do planejamento original. A TI é responsável pelo processo de manutenção deste Plano e deverá considerar o grau de alcance das metas estabelecidas, com o objetivo de acrescentar, alterar ou extinguir ações planejadas, bem como, se necessário, repactuar metas.

### **1.4.3. Acompanhamento do PDTI**

A Coordenação de TI realizará ordinariamente, com periodicidade semestral, a avaliação da execução do Plano de Ação previsto no PDTI e o acompanhamento dos respectivos indicadores de desempenho. Extraordinariamente, quando ocorrer situações que afetem significativamente prazos, custos, investimentos e/ou qualidade das metas estabelecidas, poderão ser realizados acompanhamentos emergenciais. Deverão ser produzidos relatórios anuais de desempenho da execução do PDTI, registrando os valores dos indicadores para aquele período e eventuais mudanças ocorridas.

## **2. DIAGNÓSTICO**

### **2.1. Competências e Atribuições da Coordenação de Tecnologia da Informação**

A Coordenação de Tecnologia de Informação tem as seguintes atribuições:

- administrar, centralizar, estabelecer, assessorar e avaliar as ações e os recursos relativos à Infraestrutura de Hardware, Software, Sistemas de Informação e Sistemas de Tomada de Decisão da SMS;

- garantir a disponibilização de informações estratégicas, táticas e operacionais a serem utilizadas por todas as áreas e campos de atuação da SMS e PMPA, buscando a integração com Comitê Municipal das Tecnologias de Informação, Comunicação e Geoprocessamento – CTIC, ou sucedâneos, de acordo com o Sistema de Informações Municipais - SIM;
- buscar inovações e tecnologias na área de TI que melhorem os processos de trabalho da SMS;
- promover o estabelecimento de Diretrizes e de Políticas de Segurança, Acesso e Confiabilidade de Dados e Informações, com base nas Diretrizes da Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre- Procempa;
- criar e administrar o Modelo Corporativo de Dados e Informação Estratégica da SMS;
- estruturar dados e informações em saúde em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde- SES, tendo em vista o planejamento, a regulação da assistência, o controle e a avaliação dos serviços de saúde;
- assessorar a utilização dos sistemas do Ministério da Saúde atuais e futuros existentes na Secretaria Municipal da Saúde;
- orientar, coordenar e controlar as rotinas de pessoal;
- analisar e controlar os processos e outros documentos, em tramitação na GTI, no âmbito de sua competência, operando os sistemas específicos de controle e informar sobre o andamento dos mesmos quando solicitados;

## **2.2. Situação em 2021**

O cenário de Tecnologia de Informação e respectivas necessidades observadas podem ser apresentados em três grandes eixos:

### **2.2.1. Infraestrutura e Serviços Básicos em TI**

Atualmente contamos com 164 locais físicos (redes locais) conectados na rede Procempa, com 4.450 mil computadores, 1.930 impressoras e outros periféricos para atender as necessidades de tecnologia relacionadas aos processos assistenciais, regulatórios e de vigilância em saúde. Cerca de 70% das estações de trabalho apresentam mais de 5 anos de uso.

Parte dos equipamentos de impressão é disponibilizada mediante processo de outsourcing. Considerando a redução na carga operacional e manutenção e suprimento de insumos, se deseja avançar neste modelo de fornecimento de equipamentos para a totalidade do parque de impressão, bem como para outras categorias de ativos, ex. DaaS - Desktop as a Service

A gestão e manutenção das redes de dados cabeadas e sem fio são geridas por contrato. Atualmente se observa morosidade para o atendimento de pedidos para modificação ou ampliação das redes de dados;

Considerando a quantidade de áreas, processos e servidores envolvidos, atualmente existe baixa sistematização do uso de soluções de armazenamento de arquivos, com uso muito comum de armazenamento de documentos em máquinas locais ou nuvens privadas não gerenciadas, com risco de segurança e de perda de documentos importantes.

Outro ponto não sistematizado e atendido é o provimento de suíte administrativa completa e compatível com as soluções de servidores de e-mail adotadas na PMPA. Há necessidade de uma solução da PMPA para uso de suíte administrativa - editores de texto, planilhas, apresentação - avançar para contratação como serviço, e não imobilizar recursos em licenciamentos.

Considerando o advento da pandemia, se tornou crítico a baixa disponibilidade de câmeras web e de headset / dispositivos individuais de áudio, bem como a inexistência de uma solução corporativa para realização remota de reuniões e eventos.

Outro ponto de estrangulamento de oferta de serviços observado é a assistematização dos serviços de segurança cibernética ofertados pelo prestador da SMS. Existem inúmeras necessidades internas e de outros fornecedores para integrar e compartilhar dados com a rede PMPA, fato em geral moroso e de difícil equalização. Entendemos que é necessário estruturar um catálogo de serviços de segurança digital, e que todos aqueles pedidos que não se enquadrem nos serviços de catálogo, sejam considerados como projeto.

Em síntese, é necessário projetos/ações/atividades para realizar as seguintes entregas:

- 2.2.1.1. Aquisições de Estações de Trabalho para renovação do parque
- 2.2.1.2. Contratação de Fornecedor de Outsourcing para 100% do parque de impressão da SMS
- 2.2.1.3. Otimização do processo de governança e gestão das redes locais
- 2.2.1.4. Adoção de solução corporativa para armazenamento de arquivos
- 2.2.1.5. Aquisição de webcam e dispositivos individuais de áudio (fones/headsets)
- 2.2.1.6. Contratação de solução corporativa de web conferência
- 2.2.1.7. Aquisição de licenças de suíte administrativa (editor de textos, planilha eletrônica, apresentação, cliente de e-mail integrado ao servidor de e-mail corporativo)
- 2.2.1.8. Sistematização do fluxo de serviços de segurança cibernética

## 2.2.2. Sistemas de Informação

Atualmente a SMS possui um conjunto significativo de sistemas de informação. Segue abaixo breve análise situacional, desafios e oportunidades para cada grande grupo de sistemas.

Os sistemas do Complexo Regulador estão em produção desde 2016, com a entrada do Gerenciamento de Consultas (Gercon), em 2018 a entrada em produção do Gerenciamento de Internações (Gerint), e em 2020 do Gerenciamento de Procedimentos de Alta Complexidade (Gerpac). Sua robustez e qualidade em apoiar os processos regulatórios o tornaram referência, haja destacar a celebração de convênio com SES para sua adoção em

âmbito estadual. Em nível local, módulos complementares foram criados para atender necessidades específicas, como o Gercon Retornos (registro de consultas nos serviços especializados geridos pela SMS), Gercon Notificações (notificações Covid) e Gercon Agenda APS. Mesmo já tendo mais de 80% dos leitos em interoperabilidade, os desafios para o próximo quadriênio são o avanço na interoperabilidade de consultas, exames e procedimentos. Tal ação é estratégica não apenas para qualificar o processo regulatório, mas também para contribuir na construção do Prontuário Eletrônico Integrado do Paciente, em que em apenas um repositório todos os dados de saúde da pessoa estarão armazenadas. Tal estratégia é crítica para subsidiar ações assistenciais, regulatórias, bem como a avaliação e monitoramento de políticas públicas. Outros avanços a serem entregues e desenvolvidos são os módulos de faturamento hospitalar e ambulatorial, que permitirão garantir o controle e avaliação da utilização dos recursos, desde o início do processo assistencial até a liquidação do pagamento ao prestador.

Dentre os sistemas de registro de atendimentos assistenciais, podemos destacar o e-SUS APS como um dos principais sistemas implantados. Trata-se de sistema desenvolvido e ofertado pelo Ministério da Saúde, o qual já é utilizado em Porto Alegre há mais de 5 anos. Atualmente ele está implantado em 100% da rede gerida direto ou indiretamente pela SMS e é utilizado diariamente por mais de 4000 profissionais de saúde. Os desafios para os próximos anos se concentram na integração das informações do e-SUS APS com as demais informações de saúde geradas no município. Atualmente a rede municipal hospitalar, de urgências e pronto atendimento faz uso do SIHO - Sistema de Informações Hospitalares. O mesmo foi desenvolvido por volta dos anos 2000 e vem recebendo contínuas atualizações. É necessário um estudo detalhado sobre a decisão de como evoluir neste projeto: a viabilidade do desenvolvimento de uma versão 2.0 deste sistema, a aquisição de uma solução de mercado ou a adesão a um sistema de ente público terceiro. Essa decisão se mostra cada vez mais necessária, considerando não só as limitações funcionais do sistema atual, bem como as tecnologias de desenvolvimento defasadas nele empregadas.

Em relação aos sistemas da Diretoria de Vigilância em Saúde, cabe destacar o desenvolvimento do sistema Sentinela, sistema para registro de agravos de notificação compulsória, iniciando com os agravos relacionados à saúde do trabalhador. Ao tempo que já foi avançado para os agravos relacionados à infecção hospitalar, está previsto o avanço do projeto para todos os agravos de notificação, sejam eles transmissíveis e não transmissíveis. Existe também a necessidade de avançar na implementação de sistemas de informação que subsidiem as demais atividades e atribuições da vigilância em saúde, como fiscalização, emissão de alvarás, controle de documentos de saúde (receituários), etc.

Complementar aos sistemas acima mencionados, ainda cabe destacar a necessidade de estruturação de processos e sistemas que atendam o registro dos seguintes macro-fluxos:

- Imagens Médicas - geração de imagens digitais em todos os pontos de atendimento, com acesso compartilhado entre todos os profissionais diretamente envolvidos na assistência.
- Exames Laboratoriais - registro de exames complementares realizados nos laboratórios próprios da SMS, bem como recebidos por interoperabilidade de laboratórios contratados.

- Prescrição Eletrônica - possibilidade de geração de prescrição digital, com validade sanitária e jurídica, sem necessidade de suporte físico.
- Assinatura Digital - projeto de autenticação de usuários e cidadãos, de acordo com regramento ICP Brasil.
- LGPD - Adequação dos sistemas e serviços dentro da nova lei geral de proteção de dados pessoais.

### 2.2.3. Ciência de Dados

Gradativamente estamos observando aumento da maturidade das diretorias e órgãos da SMS que pautam a gestão e tomada de decisão em seus processos em dados objetivos e estruturados. Desde 2015 vem se iniciando a oferta de alguns painéis e relatórios mediante funcionalidades de *business intelligence*. Durante a pandemia e nesta fase do enfrentamento, a demanda por dados analíticos vem aumentando exponencialmente. Por isso é necessário reestruturar a forma como a SMS oferta e gerencia esse campo de conhecimento e serviço de tecnologia.

Inicialmente, considerando as diferentes realidades, é necessário estabelecer e implantar critérios objetivos para diagnóstico da maturidade de processos e geração de dados e informações. Dependendo do grau de maturidade de cada área, é possível ofertar diferentes serviços. Por exemplo, áreas que não possuem sistemas transacionais estruturados e processos mapeados, não podem ter disponíveis como recurso ferramentas de ciências de dados analíticos e preditivos. Por outro lado, áreas com sistemas estruturados e processos já gerenciados baseados em dados, podem receber mais serviços de ciência de dados além de ferramentas exploratórias e relatórios consolidados.

Em paralelo, considerando o aumento significativo da necessidade de soluções de ciência de dados, é imperativo que se defina um novo modelo de governança de geração, uso, atualização dos dados e informações, com responsabilidades e atribuições. Atualmente Secretária de Saúde não possui uma equipe ou área dedicada a esta finalidade, estando a mesma diluída de maneira difusa e assistemática em todas as diretorias. Além disso, a capacidade de entrega do fornecedor da SMS é restrita, contato com poucos profissionais especialistas em ciência de dados. Urge estabelecer esta frente como prioridade estratégica na SMS e na PMPA como um todo.

Com modelos de maturidade e governança implantados, os seguintes macro-produtos de ciência de dados poderão ser ofertados de um maneira mais sistemática e racional:

- Cubos - ferramentas de exploração de dados, baseados em tabelas analíticas. A partir de tabelas-fato podem ser compiladas diferentes métricas e estratificadas por dimensões, a depender da necessidade de análise.
- Relatórios - geração de informações e formatos pré-definidos, com necessidade de monitoramento periódico e sistemático;
- Painéis - visualização de informações e dados, com possibilidade de geração dos painéis pelas respectivas áreas de negócio.

- Base de dados – conjunto de informações que permite novos tratamentos e conexão com outros conjuntos de dados.

Do ponto de vista das áreas de negócio, se espera nos próximos ciclos de entrega consolidar e avançar para as seguintes frentes:

- Regulação
- Atenção Primária à Saúde
- Vigilância em Saúde
- Telessaúde

### 3. PROJETOS, AÇÕES E ATIVIDADES

Na tabela abaixo se apresenta a listagem e breve descrição de cada entregável de responsabilidade da Coordenação de Tecnologia da Informação para o quadriênio 2022-2025:

<b>Código</b>	<b>Tipo</b>	<b>Descrição</b>	<b>Freq</b>	<b>Prev início</b>	<b>Prev fim</b>
INFRA-2022.01	Aquisição	Renovação anual de 20% parque de estações de trabalho	Anual	2022	2025
INFRA-2022.02	Contratação	Contratação de fornecedor de Outsourcing para 100% do parque de impressão da SMS	Única	2022	2025
INFRA-2022.03	Projeto	Otimização do processo de governança e gestão das redes locais	Única	2022	2022
INFRA-2022.04	Projeto	Adoção de solução corporativa para armazenamento de arquivos	Única	2023	2023
INFRA-2022.05	Aquisição	Aquisição de webcam e dispositivos individuais de áudio (fones/headsets) para 100% das estações de trabalho	Única	2023	2023
INFRA-2022.06	Contratação	Contratação de solução corporativa de web conferência	Anual	2022	2025
INFRA-2022.07	Aquisição	Aquisição de licenças de suite administrativa (editor de textos, planilha eletrônica, apresentação, cliente de e-mail integrado ao servidor de e-mail corporativo)	Anual	2023	2025
INFRA-2022.08	Projeto	Sistematização do fluxo de serviços de segurança cibernética	Única	2022	2022
INFRA-2022.09	Atividade	Monitoramento e Acompanhamento dos Recursos Financeiros e Contrato de Infraestrutura (Adequação da Lógica)	Anual	2022	2025
INFRA-2022.10	Atividade	Monitoramento e Acompanhamento dos Recursos Financeiros e Contrato de Serviços de TI (Manutenção Ativos, Redes Locais, Conectividade, etc)	Anual	2022	2025
INFRA-2022.11	Atividade	Monitoramento e Acompanhamento dos Recursos Financeiros e Contrato de Outsourcing de Equipamentos (Impressoras, outros)	Anual	2022	2025
INFRA-2022.12	Atividade	Acompanhamento e monitoramento do inventário de ativos e novas necessidades	Anual	2022	2025
INFRA-2022.13	Atividade	Supervisão Operação – Central de Serviços	Anual	2022	2025
INFRA-2022.14	Atividade	Gestão do Conhecimento – Manutenção (Repositório de Informações – Confluence + Site da Central de Serviços + Ações de Comunicação)	Anual	2022	2025
INFRA-2022.15	Atividade	Gestão do Acessos a sistemas de outras secretarias (Norma CTIC)	Anual	2022	2025

INFRA-2022.16	Atividade	Acompanhamento e monitoramento dos projetos customizados de infraestrutura e segurança digital	Anual	2022	2025
SIS-2022.01	Atividade	Sistemas e Soluções - Gestão de Portfólio	Anual	2022	2025
SIS-2022.02	Projeto	Atendimento Pré-Clinico/Hospitalar remoto e Teleatendimento	Única	2022	2025
SIS-2022.03	Projeto	Programas e Linhas de Cuidado em Saúde	Única	2022	2022
SIS-2022.04	Projeto	Imagens Médicas	Única	2023	2023
SIS-2022.05	Projeto	Gestão de Exames de Análises Clínicas - SiSLAB	Única	2023	2024
SIS-2022.06	Projeto	Calendário Vacinal Digital	Única	2023	2024
SIS-2022.07	Projeto	Faturamento Ambulatorial	Única	2024	2025
SIS-2022.08	Projeto	App – Gerint Profissional	Única	2023	2023
SIS-2022.09	Projeto	Interop – Exames AnatoPato	Única	2022	2022
SIS-2022.10	Projeto	Interop – Telessaude	Única	2022	2022
SIS-2022.11	Projeto	Interop – Urgências	Única	2023	2023
SIS-2022.12	Projeto	Interop – Consultas de Seguimento/Retorno	Única	2023	2023
SIS-2022.13	Projeto	Interop – Projeto Blockchain – Minha Saúde Digital	Única	2022	2024
SIS-2022.14	Projeto	Gestão do Consentimento e Direitos dos Proprietários de Dados (LGPD)	Única	2023	2025
SIS-2022.15	Projeto	Prontuário Eletrônico – Acesso Profissional	Única	2024	2025
SIS-2022.16	Projeto	Mensageria em Saúde	Única	2022	2025
SIS-2022.17	Projeto	Pesquisa de Satisfação – Avaliação dos Serviços	Única	2022	2022
SIS-2022.18	Projeto	Certificação e Assinatura Digital	Única	2023	2025
SIS-2022.19	Projeto	Prescrição Eletrônica	Única	2024	2025
SIS-2022.20	Projeto	Sistemas do Complexo Regulador – Convênio SES	Única	2022	2024
SIS-2022.21	Projeto	Registros Assistenciais – Otimização Processos e definição próxima geração de sistemas PEP	Única	2023	2025
SIS-2022.22	Projeto	Gestão Presença Terceirizados (DA)	Única	2024	2025
SIS-2022.23	Projeto	Plataforma Eletrônica de Compras em Saúde	Única	2025	2025
SIS-2022.24	Projeto	Intranet SMS	Única	2025	2025
SIS-2022.25	Projeto	Site COMAD	Única	2023	2025
SIS-2022.26	Projeto	Sistema Estágios	Única	2025	2025
SIS-2022.27	Projeto	Votação – Membros Comissão Saúde Segurança Trab	Única	2023	2025
SIS-2022.28	Projeto	Startup – NoHarm	Única	2023	2023
SIS-2022.29	Projeto	Startup – StarGrid	Única	2023	2023
SIS-2022.30	Projeto	Startup – GeoLoc	Única	2023	2023
SIS-2022.31	Projeto	Startup – Medlogic	Única	2023	2023
SIS-2022.32	Projeto	Startup – Cidadão Digital	Única	2023	2023
SIS-2022.33	Atividade	Sustentação – Gercon Consultas Especializadas	Anual	2022	2025
SIS-2022.34	Atividade	Sustentação – Gercon Exames	Anual	2022	2025
SIS-2022.35	Atividade	Sustentação – Gercon Consultas Retorno (PEP)	Anual	2022	2025
SIS-2022.36	Atividade	Sustentação – Gercon Agenda APS	Anual	2022	2025
SIS-2022.37	Atividade	Sustentação – Gercon Fisioterapia	Anual	2022	2025
SIS-2022.38	Atividade	Sustentação – Gercon Notificações COVID	Anual	2022	2025
SIS-2022.39	Atividade	Sustentação – Gerint Internações	Anual	2022	2025
SIS-2022.40	Atividade	Sustentação – Gerint Faturamento	Anual	2022	2025
SIS-2022.41	Atividade	Sustentação – Gerpac	Anual	2022	2025
SIS-2022.42	Atividade	Sustentação – App 156+POA Saúde	Anual	2022	2025
SIS-2022.43	Atividade	Sustentação – DIS	Anual	2022	2025
SIS-2022.44	Atividade	Sustentação - SIHO	Anual	2022	2025
SIS-2022.45	Atividade	Sustentação – eSUS PEC	Anual	2022	2025
SIS-2022.46	Atividade	Sustentação – Sentinela – Saúde do Trabalhador	Anual	2022	2025
SIS-2022.47	Atividade	Sustentação – Sentinela – controle de Infecção	Anual	2022	2025
SIS-2022.48	Atividade	Sustentação – Estágios – Ensino em Saúde	Anual	2022	2025
SIS-2022.49	Atividade	Sustentação – AMS – Acesso Mais Seguro	Anual	2022	2025
SIS-2022.50	Atividade	Sustentação – Cadastros – CNES	Anual	2022	2025
SIS-2022.51	Atividade	Sustentação – Cadastros – Cartão SUS	Anual	2022	2025
SIS-2022.52	Atividade	Sustentação – Contratos GOV	Anual	2022	2025
SIS-2022.53	Atividade	Sustentação – Onde está meu medicamento	Anual	2022	2025
SIS-2022.54	Projeto	Laboratório de Inovação e Encubação de Startups	Anual	2023	2025
DADOS-2022.01	Projeto	Sistematização e Governança dos Serviços de Ciência de Dados	Única	2022	2022
DADOS-2022.02	Projeto	Maturidade Informacional	Única	2022	2022
DADOS-2022.03	Projeto	Importação Base Terceiros (ex. CNES, AIH, SIPNI, Notificações COVID, etc.)	Única	2023	2024
DADOS-2022.04	Projeto	IA – Auditoria de Contas	Única	2024	2025
DADOS-2022.05	Projeto	GEO em Saúde	Única	2023	2025
DADOS-2022.06	Projeto	Câmara de Compensação	Única	2024	2025
DADOS-2022.07	Atividade	Gestão Acesso aos serviços (bases, cubos, painéis, relatórios, etc.)	Anual	2022	2022
DADOS-2022.08	Atividade	Sustentação - Transparência COVID	Anual	2022	2025
DADOS-2022.09	Atividade	Sustentação – Painéis, Cubos e Relatórios APS	Anual	2022	2025

DADOS-2022.10	Atividade	Sustentação – Painéis, Cubos e Relatórios DVS	Anual	2022	2025
DADOS-2022.11	Atividade	Sustentação – Painéis, Cubos e Relatórios Regulação	Anual	2022	2025
DADOS-2022.12	Projeto	Laboratório de Ciência de Dados	Anual	2023	2025

#### 4. ENTREGAS E ORÇAMENTO PREVISTO PARA 2022

Na tabela abaixo estão resumidas os grupos de entregáveis, previstos para 2021 e orçados pela SMS para 2022, considerando as contas de investimento e custeio.

Modalidade	Entrega	Previsto 2021	Orçado 2022
Investimento	CONSULTORIA - PROJETO CERTIFICAÇÃO E ASSINATURA DIGITAL	R\$ 0,00	R\$ 500.000,00
	CONTRATAÇÃO OFFICE 365	R\$ 8.100,00	R\$ 240.000,00
	LABORATORIO DE ENSINO A DISTÂNCIA	R\$ 0,00	R\$ 100.000,00
	LABORATORIO DE INOVAÇÃO - REFORMA E ADEQUAÇÃO	R\$ 0,00	R\$ 100.000,00
	SERVIÇOS DE TI / SERVIÇOS DE REDE CABEAMENTO (Ampliação e modificações na rede de dados)	R\$ 700.000,00	R\$ 1.233.000,00
	PROJETO - INCUBAÇÃO DE STARTUPS	R\$ 0,00	R\$ 500.000,00
	PROJETO CIENCIA DE DADOS - AMPLIAÇÃO LICENÇAS	R\$ 0,00	R\$ 200.000,00
	RENOVAÇÃO DO PARQUE TECNOLÓGICO DA SMS	R\$ 3.080.000,00	R\$ 4.963.802,64
	SERVIÇOS DE TI / DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS	R\$ 1.357.872,00	R\$ 3.792.000,00
	SERVIÇOS DE TI / DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS - COMPLEXO REGULADOR	R\$ 2.426.880,00	R\$ 3.792.000,00
	<b>SUB TOTAL INVESTIMENTO</b>	<b>R\$ 7.572.852,00</b>	<b>R\$ 15.420.802,64</b>
Custeio	SERVIÇOS DE TI / MANUTENÇÃO DO PARQUE E REDE DE DADOS (Manutenção Estações de Trabalho, Conectividade, Rede de Dados, etc.)	R\$ 13.867.643,41	R\$ 13.710.934,16
	LOCAÇÃO DE IMPRESSORAS LASER MONOCROMATICA PEQUENO PORTE	R\$ 0,00	R\$ 500.000,00
	LOCAÇÃO DE MÁQUINAS MULTIFUNCIONAIS	R\$ 189.912,00	R\$ 515.366,26
	SERVIÇOS DE TI / SUSTENTAÇÃO DE SISTEMAS	R\$ 10.206.264,00	R\$ 12.396.062,41
	SERVIÇOS DE TI / SUSTENTAÇÃO DE SISTEMAS - COMPLEXO REGULADOR	R\$ 7.515.936,24	R\$ 7.515.936,24
	<b>SUB TOTAL CUSTEIO</b>	<b>R\$ 31.779.755,65</b>	<b>R\$ 34.638.299,07</b>
<b>TOTAL</b>		<b>R\$ 39.352.607,65</b>	<b>R\$ 50.059.101,71</b>

Conforme previsão presente na Lei Orçamentária Anual (LOA) para o exercício 2022, os seguintes itens foram propostos e revistos pelos órgãos da administração financeiro-orçamentária municipal, relativo aos Projetos Atividades específicos de Tecnologia da Informação – 2872 e 4036 - conforme relatórios SEI 21.0.000105840-9:

##### Proj Ativ 2872 - TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÕES E GEOPROCESSAMENTO

Entrega	Vinc Orçam	Nat Desp	Nome Nat Desp	Valor Ano 2022
CONTRATO PROCEMPA - INFRAESTRUTURA	40	3	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	948.000,00
PROJETO CIÊNCIA DE DADOS - AMPLIAÇÃO DE LICENÇAS	40	3	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	200.000,00
CONTRATAÇÃO DE OFFICE 365 F3	40	3	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	240.000,00



CONSULTORIA PARA PROJETO DE CERTIFICAÇÃO E ASSINATURA DIGITAL PARA A SAÚDE	40	3	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	500.000,00
PROJETO INCUBAÇÃO DE START-UPS PARA DESENVOLVIMENTO DE SOLUÇÕES PARA A SAÚDE	40	3	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	500.000,00
LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO - REFORMA E ADEQUAÇÃO	40	3	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	100.000,00
<b>Valor total solicitado</b>				<b>2.488.000,00</b>
<b>Valor LOA encaminhada</b>				<b>948.002,00</b>
<b>Diferença</b>				<b>- 1.539.998,00</b>

**Proj Ativ 2872 - TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÕES E GEOPROCESSAMENTO**

Entrega	Vinc Orçam	Nat Desp	Nome Nat Desp	Valor Ano 2022
CONTRATO PROCEMPA - EM EXECUÇÃO	4501	3	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	13.902.772,00
CONTRATO PROCEMPA - AMPLIAÇÃO	4501	3	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	7.896.000,00
<b>Valor total solicitado</b>				<b>21.798.772,00</b>
<b>Valor LOA encaminhada</b>				<b>21.798.772,00</b>
<b>Diferença</b>				<b>0,00</b>

**Proj Ativ 4036 - GESTÃO DA TECNOLOGIA E DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

Entrega	Vinc Orçam	Nat Desp	Nome Nat Desp	Valor Ano 2022
CONTRATO PROCEMPA - DESENVOLVIMENTO DE COMPLEXO REG	40	3	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	8.583.278,00
CONTRATAÇÃO DE FERRAMENTA PARA GESTÃO DE CONTRATOS	40	3	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	144.895,00
MONITORAMENTO E CIÊNCIA DE DADOS	40	3	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	1.000.000,00
SISTEMA PARA GESTÃO DE CONVÊNIOS E TERMOS DE COLABORAÇÃO - AQUISIÇÃO E PERSONALIZAÇÃO	40	3	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	500.000,00
RENOVAÇÃO DO PARQUE TECNOLÓGICO DA SMS	40	4	INVESTIMENTOS	197.477,00
<b>Valor total solicitado</b>				<b>10.425.650,00</b>
<b>Valor LOA encaminhada</b>				<b>8.780.755,00</b>
<b>Diferença</b>				<b>- 1.644.895,00</b>

**Proj Ativ 4036 - GESTÃO DA TECNOLOGIA E DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

Entrega	Vinc Orçam	Nat Desp	Nome Nat Desp	Valor Ano 2022
---------	------------	----------	---------------	----------------

CONTRATO PROCEMPA - DESENVOLVIMENTO DE COMPLEXO REG	4297	3	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	2.724.658,00
<b>Valor total solicitado</b>				<b>2.724.658,00</b>
<b>Valor LOA encaminhada</b>				<b>2.724.658,00</b>
<b>Diferença</b>				<b>0,00</b>

Desta forma, cabe ressaltar que tiveram sua prioridade ajustada e estimado início para 2023 os seguintes macro projetos:

- Laboratório de Ciência de Dados / Licenciamento de Soluções, Contratação Especialistas e Estruturação de Projetos
- Aquisição Suíte Corporativa (ex. Ms Office)
- Consultoria para Projeto de Certificação e Assinatura Digital
- Laboratório de Inovação e Incubação de Startups
- Sistema para Gestão de Convênios

Segue abaixo a listagem das atividades e projetos previstos para 2022:

Atividades e Ações previstas para 2022:

<b>Código</b>	<b>Tipo</b>	<b>Descrição</b>	<b>Freq</b>	<b>Prev início</b>	<b>Prev fim</b>
INFRA-2022.09	Atividade	Monitoramento e Acompanhamento dos Recursos Financeiros e Contrato de Infraestrutura (Adequação da Lógica)	Anual	2022	2025
INFRA-2022.10	Atividade	Monitoramento e Acompanhamento dos Recursos Financeiros e Contrato de Serviços de TI (Manutenção Ativos, Redes Locais, Conectividade, etc)	Anual	2022	2025
INFRA-2022.11	Atividade	Monitoramento e Acompanhamento dos Recursos Financeiros e Contrato de Outsourcing de Equipamentos (Impressoras, outros)	Anual	2022	2025
INFRA-2022.12	Atividade	Acompanhamento e monitoramento do inventário de ativos e novas necessidades	Anual	2022	2025
INFRA-2022.13	Atividade	Supervisão Operação – Central de Serviços	Anual	2022	2025
INFRA-2022.14	Atividade	Gestão do Conhecimento – Manutenção (Repositório de Informações – Confluence + Site da Central de Serviços + Ações de Comunicação)	Anual	2022	2025
INFRA-2022.15	Atividade	Gestão do Acessos a sistemas de outras secretarias (Norma CTIC)	Anual	2022	2025
INFRA-2022.16	Atividade	Acompanhamento e monitoramento dos projetos customizados de infraestrutura e segurança digital	Anual	2022	2025
SIS-2022.01	Atividade	Sistemas e Soluções - Gestão de Portfólio	Anual	2022	2025
SIS-2022.33	Atividade	Sustentação – Gercon Consultas Especializadas	Anual	2022	2025
SIS-2022.34	Atividade	Sustentação – Gercon Exames	Anual	2022	2025
SIS-2022.35	Atividade	Sustentação – Gercon Consultas Retorno (PEP)	Anual	2022	2025

SIS-2022.36	Atividade	Sustentação – Gercon Agenda APS	Anual	2022	2025
SIS-2022.37	Atividade	Sustentação – Gercon Fisioterapia	Anual	2022	2025
SIS-2022.38	Atividade	Sustentação – Gercon Notificações COVID	Anual	2022	2025
SIS-2022.39	Atividade	Sustentação – Gerint Internações	Anual	2022	2025
SIS-2022.40	Atividade	Sustentação – Gerint Faturamento	Anual	2022	2025
SIS-2022.41	Atividade	Sustentação – Gerpac	Anual	2022	2025
SIS-2022.42	Atividade	Sustentação – App 156+POA Saúde	Anual	2022	2025
SIS-2022.43	Atividade	Sustentação – DIS	Anual	2022	2025
SIS-2022.44	Atividade	Sustentação - SIHO	Anual	2022	2025
SIS-2022.45	Atividade	Sustentação – eSUS PEC	Anual	2022	2025
SIS-2022.46	Atividade	Sustentação – Sentinela – Saúde do Trabalhador	Anual	2022	2025
SIS-2022.47	Atividade	Sustentação – Sentinela – controle de Infecção	Anual	2022	2025
SIS-2022.48	Atividade	Sustentação – Estágios – Ensino em Saúde	Anual	2022	2025
SIS-2022.49	Atividade	Sustentação – AMS – Acesso Mais Seguro	Anual	2022	2025
SIS-2022.50	Atividade	Sustentação – Cadastros – CNES	Anual	2022	2025
SIS-2022.51	Atividade	Sustentação – Cadastros – Cartão SUS	Anual	2022	2025
SIS-2022.52	Atividade	Sustentação – Contratos GOV	Anual	2022	2025
SIS-2022.53	Atividade	Sustentação – Onde está meu medicamento	Anual	2022	2025
DADOS-2022.07	Atividade	Gestão Acesso aos serviços (bases, cubos, painéis, relatórios, etc.)	Anual	2022	2022
DADOS-2022.08	Atividade	Sustentação - Transparência COVID	Anual	2022	2025
DADOS-2022.09	Atividade	Sustentação – Painéis, Cubos e Relatórios APS	Anual	2022	2025
DADOS-2022.10	Atividade	Sustentação – Painéis, Cubos e Relatórios DVS	Anual	2022	2025
DADOS-2022.11	Atividade	Sustentação – Painéis, Cubos e Relatórios Regulação	Anual	2022	2025

Projetos que com previsão de entrega em 2022:

<b>Código</b>	<b>Tipo</b>	<b>Descrição</b>	<b>Freq</b>	<b>Prev início</b>	<b>Prev fim</b>
DADOS-2022.01	Projeto	Sistematização e Governança dos Serviços de Ciência de Dados	Única	2022	2022

DADOS-2022.02	Projeto	Maturidade Informacional	Única	2022	2022
INFRA-2022.03	Projeto	Otimização do processo de governança e gestão das redes locais	Única	2022	2022
INFRA-2022.08	Projeto	Sistematização do fluxo de serviços de segurança cibernética	Única	2022	2022
SIS-2022.03	Projeto	Programas e Linhas de Cuidado em Saúde	Única	2022	2022
SIS-2022.09	Projeto	Interop – Exames AnatoPato	Única	2022	2022
SIS-2022.10	Projeto	Interop – Telessaude	Única	2022	2022
SIS-2022.17	Projeto	Pesquisa de Satisfação – Avaliação dos Serviços	Única	2022	2022

Projetos que iniciam em 2022 e com entrega parcial, com seguimento para próximos anos do quadriênio:

<b>Código</b>	<b>Tipo</b>	<b>Descrição</b>	<b>Freq</b>	<b>Prev início</b>	<b>Prev fim</b>
INFRA-2022.01	Aquisição	Renovação anual de 20% parque de estações de trabalho	Anual	2022	2025
INFRA-2022.02	Contratação	Contratação de fornecedor de Outsourcing para 100% do parque de impressão da SMS	Única	2022	2025
INFRA-2022.05	Aquisição	Aquisição de webcam e dispositivos individuais de áudio (fones/headsets) para 100% das estações de trabalho	Única	2022	2025
SIS-2022.02	Projeto	Atendimento Pré-Clinico/Hospitalar remoto e Teleatendimento	Única	2022	2025
SIS-2022.13	Projeto	Interop – Projeto Blockchain – Minha Saúde Digital	Única	2022	2024
SIS-2022.16	Projeto	Mensageria em Saúde	Única	2022	2025
SIS-2022.20	Projeto	Sistemas do Complexo Regulador – Convênio SES	Única	2022	2024

## 5. INDICADORES E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Segue abaixo indicadores para início do monitoramento do PDTI em 2022:

<b>Indicador</b>	<b>Previsto</b>	<b>Meta</b>	<b>% Meta</b>
Número atividades/ações realizadas	35	28	80%
Número de Projetos Iniciados	15	12	80%
Número de Projetos Entregues	10	7	70%

## 6. CONTROLE DE VERSÃO

<b>Versão</b>	<b>Data</b>	<b>Descrição</b>	<b>Responsável</b>
1.0	27/10/2021	Versão Inicial	Rafael Dal Moro

Documento editável disponível em: \\pmpa-fs3\Informativa\_SMS\$\ESTRATÉGIA\PDTI\

## POLÍTICA MUNICIPAL DA PESSOA IDOSA DA SMS – 2021-2023

Órgão	Objetivo	Entrega	Nome do Indicador ou Unidade de Medida	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023
SMS	Qualificar o atendimento à população idosa na Rede de Atenção à Saúde.	Qualificar os profissionais da rede de saúde para melhoria da atenção às pessoas idosas por meio de Educação em consonância com Estatuto do Idoso vigente.	Número de ações de Educação em Saúde	0	1	2
SMS	Melhorar a independência e Qualidade de vida dos idosos por meio de espaços públicos para atividade física.	Implantação de academias ao ar livre em locais pré- definidos próximos as US do município. O financiamento deve ser de parcerias pelo Fundo do Idoso ou emendas aos moldes das academias já implantadas.	Número de academias de rua implantadas	9 implantadas	2	2
SMS	Qualificar o atendimento à pessoa idosa institucionalizada por meio da fiscalização das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) segundo a Norma RDC 283.	Atendimento às denúncias referentes a ILPIs clandestinas	% de atendimentos realizados do total de denúncias Recebidas	80%	90%	90%
SMS	Qualificar o atendimento à pessoa idosa institucionalizada através da fiscalização das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) segundo a Norma RDC 283.	Realizar vistoria/inspeção das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) cadastradas e/ou licenciadas no município.	% ILPIs vistoriadas/inspeccionadas sobre o total de cadastradas	236 ILPIs cadastradas em jan/2020 90%	95%	100%
SMS	Qualificar o atendimento odontológico à população idosa na Rede de Atenção à Saúde	Ampliação da cobertura de saúde bucal no Município	Cobertura de Saúde bucal	60%	62%	64%
SMS		Ampliação do fornecimento e	Número de próteses dentárias	80	90	100

	Ampliar a reabilitação protética às pessoas idosas	reabilitação de próteses para a população idosa	oferecidas à população idosa			
SMS	Potencializar a compreensão do processo de envelhecimento nas diferentes dimensões de acordo com as necessidades da pessoa idosa	Aumentar o número de avaliações multidimensional de pessoas idosas cadastradas	Nº de avaliações Multidimensionais em idosos cadastrados por meio do registro do procedimento SIGTAP 030109003 no e-SUS	60	100	150
SMS	Promover o cadastramento da população idosa nas Unidades de Saúde	Aumentar o número de pessoas cadastradas a partir de 60 anos com base na população estimada pelo censo IBGE 2010	Proporção de pessoas cadastradas no e-SUS com base na população estimada pelo censo IBGE 2010	70%	80%	90%
SMS	Qualificar e padronizar o preenchimento do formulário do índice Katz dependência dos idosos	Capacitar as Gerencias Distritais de Saúde (GD) sobre o Índice de Katz para o aprimoramento da avaliação do grau de dependência dos idosos	Nº de GDs capacitadas	1	3	3
SMS	Dar visibilidade às pessoas idosas sobre a importância e oferta do calendário vacinal	Campanhas informativas quanto à importância das vacinas e o seu calendário voltadas à população idosa.	Cobertura vacinal em idosos	70%	80%	90%
SMS	Promover ações de educação em saúde voltadas para a temática do envelhecimento ativo e qualidade de vida da pessoa idosa	Realizar campanhas sobre envelhecimento ativo, prevenção e promoção da qualidade de vida da pessoa idosa.	Número de ações de educação em Saúde	0	1	2
SMS	Divulgar o Estatuto do Idoso e tipos de violência contra a Pessoa Idosa em Locais de Grande Circulação, Pronto Atendimento, Ambulatórios de Especialidades, Hospitais e Unidades de Saúde.	Divulgar o Estatuto do Idoso e promover educação permanente aos profissionais de Pronto Atendimento, Ambulatórios de Especialidades, Hospitais e Unidades de Saúde sobre atuação em situações de violência e negligência	Nº de ações realizadas no ano	0	1	1
SMS	Reduzir barreiras físicas, garantindo a acessibilidade da pessoa idosa às Unidades de	Adequação das Unidades de Saúde quanto à acessibilidade, conforme NBR 9050	% de unidades com a acessibilidade	0,5% (1 US)	5%	10%

	Ssaúde					
SMS	Qualificar e divulgar os fluxos de encaminhamento de avaliação de usuários candidatos à atenção domiciliar à Rede de Atenção à Saúde	Realização de atividades orientativas e oficinas aos profissionais da Rede de Atenção à Saúde	Número de atividades realizadas	0	1	1
SMS	Oferecer aos idosos terapias integrativas	Aumentar a oferta das consultas em terapias	% de oferta em Unidades de Saúde	10%	20%	30%
SMS	Criar uma lista de medicamentos potencialmente perigosos para idosos de Porto Alegre (acupuntura, homeopatia, fitoterapia e etc) respeitando a sua preferência quanto a escolha do tratamento.	Revisão sistemática dos medicamentos REMUME quanto ao critério de recomendação para idosos integrativas (PICs) aos idosos	Número de medicamentos da REMUME revisados quanto ao critério de recomendação para idosos.	10%	25%	50%
SMS	Capacitação ou ação educativa anual sobre medicamentos potencialmente perigosos para idosos	Capacitação ou ação educativa sobre medicamentos potencialmente perigosos para idosos	Nº de capacitações ou ações educativas sobre medicamentos potencialmente perigosos para idosos	0	1	1



Esfera (M/E/F)	EIXO	Priorização	Lista final de propostas	Votos	REPRESENTAÇÃO TEMÁTICA NA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE	CLASSIFICAÇÃO
F	III	5ª	<b>Defender uma Reforma Tributária</b> que: a) direcione recursos para a seguridade social; b) regulamente a cobrança do Imposto sobre Grandes Fortunas (IGF); c) revise a isenção de tributação de grandes empresas privadas e multinacionais; d) extinga com a isenção de impostos sobre lucros e dividendos; e) vete a isenção ou diminuição de impostos para produtos comprovadamente prejudiciais à saúde (tabaco, álcool, agrotóxicos); f) destine parte dos lucros do Pré-Sal (royalties) para financiamento da Saúde e da Educação; e g) combata a sonegação de impostos.	293	TEMA CENTRAL	1ª
F	III	7ª	<b>Garantir o financiamento público com prioridade para a execução de serviços prestados diretamente pelo poder público</b> e Suspende as iniciativas de terceirização, contratualização das organizações sociais e parcerias público-privadas, que rompem com os princípios do SUS universal e público, respeitando a ordem constitucional que restringe a participação da iniciativa privada no SUS ao caráter exclusivamente complementar.	261	TEMA CENTRAL	2ª
M/E/F	III	1ª	<b>Revogar a Emenda Constitucional nº 95/2016</b> que congela o gasto primário em saúde da União por vinte anos, estabelecer um mínimo de 10% das Receitas Correntes Brutas para a União e cumprir o previsto na Emenda Constitucional nº 29/2000 para estados e municípios (12% da Receitas de Impostos e de transferências constitucionais dos Estados e DF e 15% das Receitas de Impostos e transferências constitucionais dos municípios). DESTAQUE APROVADO	212	TEMA CENTRAL	3ª
M/E/F	III	2ª	<b>Extinguir a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que retira 30% do Orçamento da Seguridade Social</b> para o Tesouro Nacional, como forma de não prejudicar a “saúde” financeira do referido orçamento e ampliar a alíquota para a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) para instituições financeiras para 18%.	201	TEMA CENTRAL	4ª
M/E/F	III	6ª	Realizar <b>auditoria da dívida pública</b> (interna e externa) e estabelecer um limite constitucional no valor total do Orçamento Geral da União destinado ao pagamento de juros e amortização da dívida pública.	196	EIXO III	1ª
M/E/F	I	1ª	<b>Investir na promoção e prevenção em saúde no que se refere aos condicionantes, como acesso</b> à alimentação adequada, de qualidade e orgânica, à atividade física, ao lazer e ao transporte público e ampliando as ofertas de cuidado variado que superam a lógica médico centrada, como, por exemplo NASF, Equipes de Apoio Matricial, SRT, CAPS, pontos de cultura e saúde, atenção farmacêutica, PSE, PICS, utilizando o princípio da equidade, assegurando que as condições e fatores que expõem as pessoas a vulnerabilidades em saúde sejam reconhecidas e sanadas, garantindo o direito à saúde em cada território, e que suas especificidades sejam respeitadas, bem como, o acesso aos serviços da rede de saúde fora do território para todas as pessoas que tenham impedimentos devido a estigma, discriminação e preconceito.	186	EIXO I	1ª

M/E/F	I	7ª	DESTAQUE (2): Garantir a obrigatoriedade da <b>estruturação de equipes de políticas de equidade</b> (saúde da população negra, em situação de rua, <b>POVOS</b> indígenas, <b>IMIGRANTES, DOENÇAS RARAS, IDOSOS, COMUNIDADES TRADICIONAIS, COMUNIDADE DE SÚRDOS, PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS/ IST/ HEPATITES/ SÍFILIS E TUBERCULOSE</b> , LGBTQI+ e pessoas com deficiência) no âmbito <b>DE TODAS AS ESFERAS DO GOVERNO</b> , com enfoque na formação dos profissionais de saúde e em ações de prevenção específicas destes grupos, em consonância com a diretriz de equidade do SUS. DESTAQUE APROVADO.	170	EIXO I	2ª
M/E/F	I	22ª	Garantir a <b>unidade contra a reforma da previdência</b> , pela manutenção da seguridade social (saúde, previdência e assistência social) e da saúde como direito de todos e dever do estado, efetivando o conceito de proteção social.	169	EIXO I	3ª
M/E/F	I	4ª	Garantir e <b>fortalecer o direito conquistado pela população de exercer o Controle Social através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde</b> como espaços deliberativos sobre a política pública de saúde, inclusive sobre o seu financiamento, responsabilizando a gestão do SUS, nas três esferas de governo, pelo estímulo à participação dos usuários(as) e trabalhadores(as) da saúde nos espaços de gestão, controle social e promoção da saúde, mediante educação permanente e tornando acessível a comunicação para a população em geral.	167	EIXO I	4ª
M/E/F	III	4ª	Cumprir os <b>percentuais obrigatórios de investimentos de recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)</b> , previstos na Emenda Constitucional nº 29/2000 e Lei Complementar nº 141/2012 com prioridade para Atenção Primária à Saúde.	167	EIXO III	2ª
M/E/F	II	1ª	Ampliar, <b>qualificar e fortalecer a Atenção Primária à Saúde, COMO PORTA DE ENTRADA E ORDENADORA DO SISTEMA</b> , e a cobertura de Estratégia de Saúde da Família em todos os seus componentes (Saúde bucal, NASF, <b>INCLUINDO</b> centro de convivência e cultura, <b>PICS</b> , consultório de rua, saúde da família e Academias de Saúde) com equipes completas, considerando o dimensionamento de pessoal <b>E FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE, VALORIZANDO</b> o trabalho dos agentes comunitários de saúde e ampliando o número de <b>TRABALHADORES E CATEGORIAS</b> profissionais <b>PARA O ATENDIMENTO UNIVERSAL E LONGITUDINAL</b> de acordo as necessidades de saúde do território. DESTAQUE APROVADO	164	EIXO II	1ª
M/E/F	III	13ª	Garantir recursos financeiros para o fortalecimento e a qualificação nos processos pedagógicos (população negra, população de rua, LGBTQI+, indígena, imigrantes e refugiados) no município de Porto Alegre, considerando os princípios do SUS e das Leis de Diretrizes Básicas da Educação.	161	EIXO III	3ª
M/E/F	I	10ª	<b>Priorizar</b> e fortalecer a <b>saúde mental nos diversos âmbitos de atenção, GARANTINDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS</b> profissionais, <b>REPUDIANDO</b> as práticas manicomiais <b>INCOMPATÍVEIS COM A PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b> . DESTAQUE APROVADO	157		

M/E/F	II	8ª	Garantir que a <b>população adscrita por equipe de atenção básica e Equipe de Saúde da Família-ESF seja de 2000 a 3000 pessoas</b> , de forma que o número de Agentes Comunitários de Saúde - ACS e demais profissionais da equipe mínima seja suficiente para cobrir 100% da população, não ultrapassando 750 pessoas por de Agente Comunitário de Saúde - ACS, sendo vedado outros arranjos que permitam uma quantificação superior a 3000 usuários por equipe de <b>Atenção Básica</b> , visando assegurar a qualidade do cuidado. Além disso, estabelecer a criação de equipes de saúde volantes, por distrito sanitário, para repor os profissionais quando em afastamentos, licenças e férias. DESTAQUE APROVADO	154	EIXO II	2ª
M/E/F	III	18ª	Garantir o <b>investimento em pesquisa, tecnologia</b> e produção nacional de insumos, medicamentos e vacinas.	154	EIXO III	4ª
M/E/F	I	15ª	Constituir <b>carreira pública nacional para o Sistema Único de Saúde (SUS)</b> a todos profissionais e garantia de implementação e fixação na rede de atenção própria e pública, bem como, implementação de uma política de educação permanente para qualificação do sistema de saúde e valorização dos profissionais.	152		
M	I	27ª	Barrar a atual proposta de <b>reforma da previdência</b> .	151		
M/E/F	I	6ª	Suspender as iniciativas de <b>terceirização, contratualização das organizações sociais e parcerias público-privado</b> , que rompem com os princípios do SUS universal e público, reafirmando o caráter complementar previsto na lei orgânica de saúde.	146		
M/E/F	I	3ª	Reafirmar a <b>seguridade Social como base do estado de direito e proteção social e do SUS e SUAS como patrimônio do povo brasileiro</b> (contra a reforma da previdência atual), criando a nível nacional a Controladoria Geral do Sistema Único de Saúde e da Seguridade Social, órgão autônomo, independente do governo, tendo como princípio o Sistema Único de Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social enquanto políticas públicas de Estado, sendo de caráter fiscalizador, atuando juntamente com a interação e participação social.	139		
M/E/F	III	15ª	Criar mecanismos financeiros para <b>efetivar política pública voltada para juventude e envelhecimento saudável, Práticas Integrativas e Complementares (PICS) e terapias não medicamentosas</b> .	139		
M	I	19ª	Constituir a Política Municipal de Saúde da <b>População em Situação de Rua</b> e garantir a descentralização das equipes de Consultório na Rua.	134		
M/E/F	I	14ª	Garantir estratégias de <b>enfrentamento da mortalidade da juventude negra, quilombola e indígena</b> , com ênfase na promoção e prevenção da educação em saúde.	130		
M/E/F	I	12ª	Assegurar a permanência do <b>conceito ampliado de saúde nas políticas públicas como um bem público, universal, indivisível e interdependente</b> , que abrange o direito à alimentação, vestuário, habitação, saneamento básico, segurança, educação, trabalho, lazer, previdência social, <b>TRANSPORTE</b> , cuidados em saúde e assistência social. DESTAQUE APROVADO.	127		
M/E/F	II	13ª	Fortalecer a <b>Política de Atenção Integral a Saúde do Idoso</b> , estimulando a criação de grupos e espaços nas unidades, bem como residenciais terapêuticos.	124	EIXO II	3ª
M/E/F	II	18ª	Fortalecer a <b>Política Nacional de Assistência Farmacêutica</b> nos serviços de Saúde, nas comunidades e nas escolas com ênfase no uso racional e descarte adequado de medicamentos, garantindo e ampliando o número de farmacêuticos nas unidades básicas.	122	EIXO II	4ª

M/E/F	II	5ª	Garantir a <b>equidade para as pessoas com deficiência através de recursos de acessibilidade</b> (incluindo a comunicacional, através da disponibilização de intérpretes de libras, guia intérprete e demais tecnologias assistivas, assegurando o sigilo profissional); garantindo a integralidade do atendimento as PcD, considerando gênero, etnia, orientação sexual, ciclo vital, mediante a educação permanente dos profissionais que prestam assistência as PcD; revisando a política de atenção integral à saúde da mulher, garantindo a inclusão da mulher com deficiência.	121		
M/E/F	III	3ª	Retirar o <b>teto de contratação dos profissionais da saúde da Lei de responsabilidade fiscal</b> , para garantir o cumprimento do Direito Constitucional à Saúde como dever do Estado.	121		
M/E/F	I	13ª	Fortalecer a <b>participação popular, respeitando a democracia participativa nas instâncias do controle social</b> e seu caráter deliberativo e independente, política, financeira e administrativamente da gestão, defendendo os conselhos de políticas públicas e as conferências, tanto no papel de fiscalizador, formulador e avaliador de políticas públicas, promovendo políticas de educação permanente dos conselheiros.	120		
M	III	14ª	Garantir <b>recursos financeiros para o fortalecimento do controle social</b> no que se refere ao tema do financiamento do Sistema Único de Saúde-SUS, proporcionando espaços de discussão em diferentes esferas da sociedade, como escolas, associações e espaços comunitários, fortalecendo a intersectorialidade.	120		
M/E/F	I	2ª	Garantir a <b>efetividade das políticas de saúde</b> (negros, <b>POVOS</b> indígenas, situação de rua, povos e comunidades tradicionais, refugiados, <b>HIV/AIDS/IST</b> , saúde mental, atenção básica, idosos, crianças, <b>LGBTTQI+</b> , pessoas com deficiência <b>E DOENÇAS RARAS</b> , <b>COMUNIDADE SURDA</b> e mulheres). <b>DESTAQUE APROVADO</b>	118		
M/E/F	III	8ª	Instituir o <b>fim dos subsídios públicos às Empresas e aos Planos Privados de saúde, e que os mesmos ressarcam os atendimentos dos seus conveniados realizados pelo SUS</b> em tempo determinado, bem como, revogar as renúncias fiscais e subvenções ao setor de saúde privado. (79)	118		
M/E/F	II	4ª	Implementar, ampliar e fortalecer a <b>Rede de Atenção Psicossocial PRÓPRIA</b> : (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi) oficina de trabalho e renda, <b>CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA</b> , serviço residencial terapêutico, leitos de saúde mental em hospitais gerais, ambulatórios em saúde mental, consultórios na rua, unidades de acolhimento e equipe de redução de danos na abordagem de rua dia e noite, de acordo com o dimensionamento populacional e indicadores de saúde do território e <b>AS DIRETRIZES DA LEI 10216/200, REVOGANDO A PORTARIA 3588/2017</b> . <b>DESTAQUE APROVADO</b> .	115		
M/E/F	III	17ª	Garantir financiamento para <b>capacitação e educação permanente</b> para o trabalhador do SUS.	115		
M/E/F	II	26ª	Garantir <b>capacitações e formação de profissionais dentro do Sistema Único de Saúde (SUS)</b> (Exemplo: PET Saúde), nos diferentes níveis de formação (médio, técnico, superior e pósgraduação em serviço), valorizando o saber popular como elemento essencial da formação.	113		
M	I	24ª	Reorganizar o <b>acesso através do acolhimento de todos os usuários sem nenhuma forma de preconceito e discriminação</b> , facilitando o acesso de populações específicas e garantindo os encaminhamentos de maneira equânime sendo possibilitado transporte e o que for necessário para que se cumpra a <b>INTEGRALIDADE</b> do cuidado. <b>DESTAQUE APROVADO</b> .	112		

M/E/F	II	14ª	REAFIRMAR E POTENCIALIZAR O <b>MODELO DE MATRICIAMENTO</b> , QUE OCORRA NO TERRITÓRIO, COMO ESTRATÉGIA DE AMPLIAÇÃO DO CUIDADO E QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA USF GARANTINDO EFETIVAÇÃO DO NASF.	111		
M/E/F	I	9ª	Revogar o <b>PL dos agrotóxicos (nº 6299/02)</b> e garantir a efetivação da política de segurança alimentar e a política nacional de alimentação e nutrição.	110		
M/E/F	I	11ª	Implantar serviços da <b>rede de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes em cada território da cidade</b> (construção de mais CAPSi III) e que todos os profissionais de saúde sejam capacitados para promoção e prevenção de casos de saúde mental infanto-juvenil. DESTAQUE APROVADO	110		
M/E/F	I	29ª	Exigir <b>que a gestão mantenha, contemple e respeite as deliberações dos Conselhos Locais, Distritais e Municipais</b> , fortalecendo as decisões da comunidade e levando em conta o direito ao acesso Universal à Saúde e a garantia do respeito às diversidades de cada Comunidade.	110		
M/E/F	III	16ª	Garantir que <b>10% do lucro da exploração do pré-sal SEJAM DESTINADOS A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA</b> . DESTAQUE APROVADO	110		
M/E/F	II	17ª	Manter e fortalecer a <b>integração ensino-serviço-comunidade</b> da rede de atenção a saúde com as universidades públicas.	109		
M	I	25ª	Garantir que a <b>gestão municipal discuta e aprove com a participação dos usuários e trabalhadores dos locais de saúde</b> propostas que alterem/mudem a estrutura de organização, gerenciamento e prestação dos serviços públicos de saúde, considerando o papel do Controle Social e suas instâncias deliberativas (Conselhos locais, distritais e municipais), conforme a lei orgânica do SUS (8080 e 8142)	108		
M/E/F	I	20ª	Assegurar a <b>participação do trabalhador da saúde nas instâncias de decisão</b> , desprecariar as condições de trabalho e promover a saúde do trabalhador.	107		
M/E/F	III	19ª	Garantir recursos para o cumprimento ao Artigo nº44 da Lei 141/2012 para cursos de educação permanente para trabalhadores e usuários para o exercício do Controle Social.	107		
M/E/F	I	17ª	<b>Efetivar a PNASPI (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS) E INCLUIR A ATENÇÃO DIFERENCIADA À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS</b> em todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde - SUS incluindo a nomenclatura de todas as etnias e povos nos sistemas de informação em saúde, em nível municipal, estadual e federal. DESTAQUE APROVADO.	105		
M/E/F	II	11ª	GARANTIR A <b>CONTRATAÇÃO POR MEIO DE CONCURSOS PÚBLICOS</b> DAS EQUIPES QUE COMPÕEM A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE (PROFISSIONAIS DE SAÚDE, LIMPEZA, PORTARIA, VIGILÂNCIA, ETC) COM VISTAS A GARANTIA A SEGURANÇA A TODOS.	102		
M/E/F	II	12ª	Garantir o <b>acesso à informação e promover o interesse da população sobre a importância do SUS</b> e o funcionamento da rede de saúde, por meio de campanhas publicitárias e divulgação de práticas exitosas, valorizando os recursos disponíveis, fortalecendo o Controle Social e estimulando os Conselhos Locais e maior comunicação com os usuários das Unidades de Saúde.	100		

M/E/F	I	28ª	Fiscalizar, reafirmar e garantir a <b>efetivação das diretrizes e propostas mais votadas em todas as conferências de saúde</b> anteriores, no âmbito do controle social, estabelecendo que a efetivação das demandas das conferências sejam atendidas em um prazo de 4 anos a partir de sua definição.	98		
M/E/F	I	21ª	Ampliar as equipes de saúde nas regiões mais vulneráveis do território priorizando essas populações em especial nas necessidades de Saúde Mental.	97		
M/E/F	II	2ª	Garantir a <b>inclusão das temáticas da saúde da população negra, POVOS indígenas, quilombolas, transversalidade de gênero/LGBTQI+ , HIV/AIDS, pessoas com deficiência, COMUNIDADE SURDA, pessoas com doenças raras, em situação de rua, imigrantes, privada de liberdade e outros, nos processos pedagógicos dos cursos de saúde</b> em todos os níveis de ensino e, todas as categorias de trabalhadores, considerando os princípios do SUS e das leis de diretrizes básicas da educação. DESTAQUE APROVADO	96		
M/E/F	I	5ª	Garantir referendun Popular Revogatório da <b>Reforma Trabalhista</b> e da Emenda 95.	95		
M/E/F	II	9ª	DESTAQUE: Garantir o direito a saúde da população negra e indígena através da efetiva <b>implementação da Política Nacional de Saúde População Negra e da POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS</b> – PNASPI. DESTAQUE APROVADO	93		
M/E/F	II	21ª	Garantir a <b>composição das equipes de atenção básica, correspondentes ao modelo de Saúde da Família e de acordo com as necessidades em saúde e com a cobertura populacional de até 3000 pessoas</b> por equipe e executar as obras de unidades de saúde e centros de especialidades regionais já garantidas no plano de investimento do orçamento participativo, com permanência dos postos já existentes com horários estendidos até 22horas e <b>UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO</b> . DESTAQUE APROVADO.	93		
M/E/F	II	25ª	Ampliar os pontos de coleta e realização de <b>exames laboratoriais e de imagem</b> , disponibilizando mais serviços na área de abrangência daS gerênciaS distritalS. DESTAQUE APROVADO.	93		
M/E/F	II	29ª	Exigir a <b>participação do secretário municipal de saúde</b> como representante da gestão junto ao conselho municipal.	93		
M/E/F	II	27ª	Garantir, a continuidade da existência e o <b>aprimoramento do Modelo de Atenção Estratégia de Saúde da Família</b> , ampliando e qualificando os serviços já existentes.	92		
F	III	9ª	<b>Financiamento dirigido ao Serviço Público de Saúde</b> e garantir profissionais concursados e qualificados (Servidores Públicos Estatutários).	92		
M/E/F	III	10ª	Garantir e aumentar <b>investimento em Laboratórios farmacêuticos, Análises Clínicas</b> e outros serviços públicos municipais, <b>COMO OS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b> , de acordo com a necessidade das regiões de Saúde. DESTAQUE APROVADO	92		
M/E/F	I	16ª	<b>Extinuir o Projeto de Lei de liberação dos agrotóxicos (PL 6299/02) e A ISENÇÃO DE IMPOSTOS PARA A INDÚSTRIA DE AGROTÓXICOS</b> , instituir uma política de redução, com objetivo de implementar ações que contribuam para ampliação das práticas <b>AGROECOLÓGICAS</b> . DESTAQUE APROVADO	91		
M/E/F	II	3ª	Garantir <b>condições de trabalho das equipes</b> , assegurando infraestrutura, número de profissionais adequados as necessidades da população, dimensionamento de recursos humanos e prevendo a reposição de profissionais durante licença saúde, FÉRIAS, maternidade, transferências, aposentadoria e demais licenças previstas legalmente. DESTAQUE APROVADO	83		

M/E/F	II	30ª	Qualificar as <b>redes de atenção primária</b> , garantindo acesso aos serviços de saúde a toda a população com 100% cobertura populacional de equipes de atenção básica adequadas e organizadas por território, respeitando o limite de 1 ACS para 750 pessoas.	83		
M/E/F	II	7ª	Fortalecer e <b>ampliar a educação permanente e continuada para o controle social</b> do Sistema Único de Saúde - SUS, com metodologias da educação popular, de forma efetiva, a nível local, sistematizada e em rede, promovendo ações mobilizadoras nas comunidades, nas escolas e demais equipamentos, para discussão dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS para a fiscalização, o planejamento e avaliação das políticas de saúde.	82		
M/E/F	II	19ª	Garantir <b>estrutura física e Recursos Humanos adequados para atendimento nas Unidades de Saúde</b> , contemplando profissionais para atividades administrativas e a dispensação de medicamentos.	77		
M/E/F	II	24ª	Aprimorar as <b>estruturas físicas e manutenção das unidades</b> de atenção primária garantindo o acesso dos usuários.	77		
M/E/F	I	26ª	Criar estratégias para <b>fortalecer a participação popular e controle social</b> , em todas as esferas. Constituir e fortalecer espaços de interlocução, gestão, sociedade civil, universidades e outras parcerias, a exemplo dos comitês de enfrentamento, comissões vinculadas aos conselhos, frentes parlamentares, junto as câmaras municipais e assembleias, para o desenvolvimento de ações conjuntas e participativas no enfrentamento a várias epidemias.	76		
M/E/F	I	8ª	Incentivar campanha pública nacional para <b>referendo popular, como previsto na Constituição Federal de 1988, para revogação das EC's nº 86, nº 95, terceirização e reforma trabalhista, A PARTIR DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E CONSELHOS DE SAÚDE NAS SUAS INSTÂNCIAS. DESTAQUE APROVADO</b>	75		
M/E/F	III	11ª	Priorizar <b>recursos financeiros para criação de um CAPS adulto e infantil e residencial terapêutico na região Sul Centro Sul</b> , garantindo o acesso à saúde mental territorial. (59)	74		
M/E/F	II	6ª	Garantir a <b>regionalização das especialidades</b> , de forma que cada território tenha seu centro de especialidades e facilite o acesso das comunidades mais distantes e dos usuários em situação de vulnerabilidade social, garantindo a integralidade do cuidado e o acesso às consultas especializadas com maior agilidade.	72		
M/E/F	II	20ª	Ampliar as <b>equipes especializadas em saúde mental</b> adulto e infantil e adolescência, fortalecendo a rede de atenção psicossocial, incluindo terapias integrativas complementares, para atender as demandas do território e garantir a continuidade do cuidado.	72		
M	II	28ª	Implantar CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência, CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial e NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família no território do Partenon/Lomba do Pinheiro.	72		
M/E/F	II	22ª	RETORNO DO <b>PARÂMETRO MÍNIMO DO N° DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE CONFORME A PNAB DE 2012</b> . REAFIRMANDO A IMPORTÂNCIA DE SUA ATUAÇÃO PARA PROTEÇÃO, REABILITAÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE NA APS REFORÇANDO O PRINCÍPIO DA EQUIDADE E LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO.	70		
M/E/F	II	15ª	Garantir e qualificar a execução da <b>Política Nacional de Saúde Bucal</b> , garantindo uma (01) equipe de saúde bucal para cada equipe de Saúde da Família.	64		

M/E/F	II	16ª	Implementar <b>ações dirigidas e afirmativas para as populações mais vulneráveis</b> (população negra, mulheres, indígenas, LGBTQ+, <b>PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS</b> , população em situação de rua, pessoas com deficiência e/ou doenças raras...). DESTAQUE APROVADO.	59		
M/E/F	II	23ª	Garantir que o <b>Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)</b> esteja implementado e integrado em todos os níveis de atenção da rede do SUS e conveniados, de forma efetiva, em todo o território nacional.	59		
M/E/F	II	10ª	<b>GARANTIR A EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS A ACESSIBILIDADE</b> , DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, LGBTQ+, POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, SAÚDE INDÍGENA E POPULAÇÃO IDOSA.	53		
M/E/F	III	12ª	Revogar a parte da <b>Lei de Responsabilidade fiscal que inclui o gasto com o pessoal de saúde</b> nos limites por ente federado por inconstitucionalidade, já que a saúde é dever do Estado	33		
M/E/F	I	23ª	Garantir e viabilizar o <b>acesso integral e a implementação das redes de atenção à saúde conforme as políticas de equidade</b> , estabelecidas em lei, respeitando o indivíduo em sua especificidade.	17		
M/E/F	I	18ª	Resgatar a importância da <b>promoção em saúde e da democracia dentro dos serviços de saúde</b> , principalmente na Atenção Primária em Saúde, ampliando o acesso aos trabalhadores(as) formais ou informais, inclusive os não nacionais, com segurança.	16		