

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

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021

2017

AUTORIDADES MUNICIPAIS

NELSON MARCHEZAN JÚNIOR

Prefeito Municipal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ERNO HARZHEIM

Secretário Municipal de Saúde

PABLO DE LANNOY STÜRMER

Secretário Adjunto

MIRTHA DA ROSA ZENKER

Conselho Municipal de Saúde

JULIANA MACIEL PINTO

Assessoria de Planejamento e Programação

NEEMIAS OLIVEIRA DE FREITAS

Assessoria de Comunicação

THIAGO FRANK

Coordenadoria Geral de Atenção Básica

FABIANA HERMES SUPRINYAK

Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador

CHRISTIANE NUNES DE FREITAS

Coordenadoria Geral de Atenção Especializada Ambulatorial

JOÃO MARCELO LOPES FONSECA

Coordenadoria Geral do Sistema Municipal das Urgências

JORGE LUIZ SILVEIRA OSÓRIO

Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde

ANDERSON ARAÚJO LIMA

Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

MÁRIO CÉSAR JERÔNIMO KURZ

Gerência de Saúde do Servidor Municipal

ADROALDO ROSSETTO FONTANELLA

Coordenadoria Geral de Administração Financeira e Orçamentária

CAROLINE MACHADO DA SILVEIRA

Coordenadoria Geral de Apoio Técnico Administrativo

LÍVIA DISCONSI WOLITZ DE ALMEIDA

Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores de Saúde

CARMEN JASPER

Ouvidoria

FABIANE MATOS LEFFA

Coordenação de Assistência Farmacêutica

ADRIANI OLIVEIRA GALAO

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

AMARÍLIO VIEIRA DE MACEDO NETO

Hospital de Pronto Socorro

DJEDAH LISBOA

Assessoria Parlamentar

GERÊNCIAS DISTRITAIS

DAILA ALENA RAENCK DA SILVA

Centro

ANA LÚCIA DE LEÃO DAGORD

Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas

BARBARA CRISTINA LIMA DE BORBA

Norte/ Eixo Baltazar

WANIZE WILDE JANKE

Leste/ Nordeste

CRISTIANE JOVITA BARBOZA PEIXOTO

Partenon /Lomba do Pinheiro

DEISE ROCHA RÊUS

Glória/Cruzeiro/ Cristal

ROSANA MEYER NEIBERT

Restinga/ Extremo Sul

MIRELA BASTIANI PASA

Sul/Centro Sul

SECRETARIA TECNICA DO CMS

Heloisa Helena Rousselet de Alencar

Djanira Corrêa da Conceição

Livia Maria Scheffer Kümmel

Walter Jeck

Mirtha da Rosa Zenker

Brígido Martins Ribas

Luiz Walter Jaques Dornelles

Juliana Maciel Pinto

Kelma Nunes Soares

NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DO CMS

Mirtha da Rosa Zenker

Djanira Corrêa da Conceição

Erno Harzheim

Jandira Roehrs Santana

João Alne Schamann Farias

Roger dos Santos Rosa

Equipe Técnica do GT de elaboração do PMS

Coordenação Juliana Maciel Pinto; componentes: Erno Harzheim, Thiago Frank, Pablo de Lannoy Sturmer, Kelma Nunes Soares, Giovana Woitysiak Negro Dornelles, Vanise de Almeida Santos, Luciana Silveira Egres, Heraida Cyreli Raupp, Daniel Dourado Ramos, Diane Moreira do Nascimento, Claudia Buchweitz, Ana Maria Lopes Silveira, Carlos G W Berwanger, Carlos Oscar Kieling, Caroline Machado da Silveira, Charleni Inês Scherer Scheiders, Christiane Nunes de Freitas, Clarissa Schons de Castro, Cláudia Dias Alexandre, Daura Pereira Zardin, Elcilene Andreine Terra Durgante Alves, Eliane Glassmann Rosa Stasinski, Elmo Raupp Behenck Viegas, Fabiane Matos Leffa, Felipe Cezar Cabral, Fernanda dos Santos Fernandes, Ismael Eggers, Jeferson Miola, José Alberto Jonher, Letícia Fossati, Lisiane Morélia Acosta, Lívia Disconsi Wolitz de Almeida, Lurdes Maria Toazza Tura, Marcos Antônio Slompo, Maria Inês Bello, Maurício Brum, Roberto Bauer de Borba, Ruth Adriane Marques Gonçalves, Simone Lerner, Simone Nunes Ávila, Vânia Maria Frantz, Brígido Martins Ribas e Mirtha da Rosa Zenker.

Lista de Conselheiros CMS

Segmento Usuário: Adolto Rohr, Ademar Euclides Duarte Cardoso, Aline Laitano, Aloísyo Schmidt, Alzira Marchetti Slodkowski, Carlos Pinheiro, Carmen Rosane Martins da Rosa, Darci Antônio Santos de Lima, Djanira Corrêa da Conceição, Fernanda Vidart Klafke, Francisco Carlos Trindade, Gabriel Antônio Vigne, Gilberto Binder, Gilmar Campos, Gilson Nei da Silva Rodrigues, Ivarlete Guimarães de França, Jair Gilberto dos Santos Machado, João Alne Schamann Farias, João Miguel da Silva Lima, Joice Leone Silvello, José Hélio Costalunga José Lanes, Jussara Rosa Cony, Loreni Lucas, Luiz Henrique Alves Pereira, Marco Sant'ana, Maria Angélica Mello Machado, Maria Salete Anibaletto, Nelson Cunico, Nesioli dos Santos, Roberta Alvarenga Reis, Rosa Helena Cavalheiro Mendes, Salete Camerin, Sandra Helena Gomes Silva, Vera Maria Rodrigues da Silva, Waldir Albuquerque.

Segmento Trabalhador: Adriane da Silva, Afonso Comba de Araújo Filho, Alberto Moura Terres, Ana Paula de Lima, Angelita Laipelt Matias, Arisson Rocha da Rosa, Bernardo Froes Godolphim, Carlos Fussiger Luz, Clevi Elena Lagni, Clori Araújo Pinheiro, Dinae Espindola Martins, Donaci de Lara Severo, Geny Lourdes Camilotti Mascarello, Gislaine Chaves dos Santos, Gláucio Rodrigues, Jandira Roehrs Santana, Janete Mariano de Oliveira, Janice Lopes Schiar, Júlio Anterio Appel de Oliveira, Loraci da Rosa Paz, Luciano Carlos Piazetto, Luiz Airton da Silva, Mara Lúcia Tiba Soeiro, Márcia Maria Teixeira Ferreira, Márcio Eduardo de Brito, Margarida dos Santos Gonçalves, Maria Eronita Sirota Barbosa Paixão, Maria Letícia de Oliveira Garcia, Maria Lúcia Shaffer, Maria Rita de Assis Brasil, Masurquede de Azevedo Coimbra, Mirtha da Rosa Zenker, Paula Teixeira Pinto, Rejane Cerqueira Barbosa da Fontoura, Rosângela Barbosa, Rosângela Lima Collaziol, Rosemari Souza Rodrigues, Sandra Maria Natividade Thomaz de Oliveira, Suzana Terezinha do Amarante Rocha, Vânia Beatriz Traesel, Vera Lúcia Trevisol, Vera Regina Puerari.

Segmento Prestador: Alcides Pozzobon, Alessandra Lemes Gemeli, José Clóvis Soares, Luís Antônio Mattia, Paulo Roberto de Carvalho, Paulo Roberto Padilha, Roger dos Santos Rosa, Shirlei Gavaze.

Segmento Gestor: Caroline Detofoli, Eduardo Karolczak, Erno Harzheim, Juliana Maciel Pinto, Luziane da Rocha Garcia, Márcia Regina Borges Nunes, Pablo De Lannoy Sturmer, Thiago Frank.

Sumário

<u>PREFÁCIO</u>	<u>18</u>
<u>APRESENTAÇÃO</u>	<u>24</u>
<u>2.ANÁLISE SITUACIONAL</u>	<u>28</u>
<u>2.1 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE</u>	<u>28</u>
2.1.1 Aspectos Socioeconômicos.....	29
2.1.2 Condições de Vida e Ambiente.....	32
2.1.3 Hábitos e Estilo de Vida	33
<u>2.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO</u>	<u>36</u>
2.2.1 Panorama Demográfico.....	36
2.2.1.1 Pessoas com Deficiências.....	37
2.2.2 Panorama Epidemiológico.....	39
2.2.2.1 Mortalidade Geral.....	39
2.2.2.2 Agravos Transmissíveis.....	47
2.2.2.3 Doenças e Agravos não Transmissíveis.....	66
2.2.2.4 Acidentes e Violências – Causas Externas.....	68
2.2.2.5 Saúde Mental.....	73
2.2.2.6 Saúde Bucal.....	74
<u>2.3 ESTRUTURA, AÇÕES, PROCESSOS DE TRABALHO E POLÍTICAS DE SAÚDE</u>	<u>76</u>
2.3.1 Atenção Primária à Saúde.....	76
2.3.2 Atenção à Saúde Mental.....	84
2.3.3 Atenção Especializada Ambulatorial.....	84
2.3.4 Atenção às Urgências.....	89
2.3.5 Atenção Hospitalar.....	95
2.3.6 Atenção Domiciliar.....	102
2.3.7 Assistência Farmacêutica.....	103
2.3.8 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.....	105
2.3.9 Regulação do Sistema de Saúde.....	108
2.3.9.1 Contratualização dos serviços de saúde.....	109
2.3.9.2 Regulação do acesso.....	111
2.3.9.3 Controle e avaliação.....	116
2.3.10 Redes Temáticas.....	119
2.3.11 Vigilância em Saúde	119
2.3.12 Políticas Públicas de Saúde.....	130
2.3.12.1 Saúde da Criança e do Adolescente.....	130
2.3.12.2 Saúde das Mulheres.....	131
2.3.12.3 Saúde dos Homens.....	131
2.3.12.4 Saúde dos Idosos.....	132
2.3.12.5 Saúde da População em Situação de Rua.....	133
2.3.12.6 Saúde Prisional.....	133
2.3.12.7 Saúde do Trabalhador	134
2.3.12.8 Saúde da População Negra.....	136
2.3.12.9 Saúde dos Povos Indígenas.....	137
2.3.12.10 Saúde Nutricional.....	138

2.3.12.11 Práticas Integrativas em Saúde.....	139
2.3.12.12 Controle dos Agravos Transmissíveis.....	140
2.4 GESTÃO EM SAÚDE	150
2.4.2 Intersetorialidade	157
2.4.3 Relações Interfederativas	157
2.4.4 Planejamento	158
2.4.5 Financiamento	161
2.4.6 Auditoria	169
2.4.7 Judicialização da Saúde	170
2.4.8 Humanização	171
2.4.9 Gestão do Trabalho	173
2.4.10 Educação Permanente	181
2.4.11 Comunicação em Saúde	187
2.4.12 Ouvidoria	188
2.4.13 Tecnologia da Informação	189
2.4.14 Participação e Controle Social	196
3. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS	199
<i>1ª DIRETRIZ - Centralização de todos os processos assistenciais nas pessoas.</i>	<i>199</i>
<i>2ª DIRETRIZ - Potencialização e priorização da Atenção Primária à Saúde.</i>	<i>199</i>
<i>3ª DIRETRIZ - Atenção às condições de saúde prioritárias.</i>	<i>200</i>
<i>4ª DIRETRIZ - Ampliação das estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças.</i>	<i>202</i>
<i>5ª DIRETRIZ - Ampliação da Regulação dos Serviços Próprios e Contratualizados.</i>	<i>202</i>
<i>6ª DIRETRIZ - Equidade, transparência, inovação e eficiência na gestão da saúde.</i>	<i>203</i>
<i>7ª DIRETRIZ - Financiamento adequado e sustentável que atenda às necessidades da Rede de Atenção à Saúde</i>	<i>204</i>
<i>8ª DIRETRIZ - Tomada de decisão baseada em informação de qualidade.</i>	<i>204</i>
<i>9ª DIRETRIZ - Fortalecimento do controle social.</i>	<i>205</i>
<i>10ª DIRETRIZ - Qualificação e formação de Recursos Humanos.</i>	<i>206</i>
<i>11ª DIRETRIZ - Ambiência da infraestrutura e fixação dos profissionais nos serviços.</i>	<i>206</i>
ANEXOS	226

<u>ANEXO 1 – Caracterização dos Distritos Sanitários</u>	<u>227</u>
<u>ANEXO 2 – Índice de Vulnerabilidade</u>	<u>262</u>
<u>ANEXO 3 – Dados populacionais das regiões distritais do município de Porto Alegre</u>	<u>263</u>
<u>ANEXO 4 – Mortalidade Proporcional pelos principais Grupos de Causas, por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2015*</u>	<u>264</u>
<u>ANEXO 6 – Propostas da VII Conferência Municipal de Saúde</u>	<u>267</u>
<u>ANEXO 7 – Propostas da 1ª Conferência Municipal da Saúde das Mulheres de Porto Alegre</u>	<u>276</u>
<u>ANEXO 8- Propostas da 2ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde de Porto Alegre</u>	<u>281</u>
<u>ANEXO 9 – Programa de Metas (PROMETA) 2017-2020</u>	<u>286</u>
<u>ANEXO 10 – Pactuação Interfederativa de Indicadores de Saúde SISPACTO 2017-2021 (Resolução CIT 08/2016)</u>	<u>287</u>
<u>ABREVIATURAS</u>	<u>289</u>

Lista de Figuras

<i>Figura 1. Mapa dos Distritos Sanitários de Porto Alegre, 2017</i>	<i>27</i>
<i>Figura 2. Macroprocesso de Regulação</i>	<i>109</i>
<i>Figura 3. Bairros onde estão instaladas armadilhas para captura de mosquitos adultos de Aedes aegypti, Porto Alegre</i>	<i>122</i>
<i>Figura 4. Representação gráfica da proposta para reorganização do Sistema de Saúde de Porto Alegre</i>	<i>153</i>
<i>Figura 5. Distritos docentes-assistenciais por Gerência Distrital</i>	<i>184</i>

Lista de Gráficos

Gráfico . Comparativo de IDH entre regiões do Orçamento Participativo em Porto Alegre, RS, 2010	31
Gráfico . Pirâmides etárias de Porto Alegre, 2000 e 2010	37
Gráfico . Série histórica dos coeficientes de mortalidade geral (CMG) no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, 2006-2014	39
Gráfico . Distribuição percentual dos componentes neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal na composição do coeficiente de mortalidade infantil em Porto Alegre, 2006 a 2015	43
Gráfico . Porcentagem dos principais grupos de causas da mortalidade infantil, Porto Alegre, 2006 a 2015	44
Gráfico - Série histórica do coeficiente de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos), Porto Alegre, 2006-2015	45
Gráfico - Série histórica do coeficiente de mortalidade materna por raça/cor/etnia,	45
Gráfico . Série histórica da incidência da tuberculose por forma clínica	47
Gráfico . Coeficiente de detecção de AIDS em Porto Alegre por sexo, 2007 a 2015	50
Gráfico . Razão de incidência de AIDS em Porto Alegre por sexo, 2007 a 2015	51
Gráfico . Coeficiente de detecção e casos de Aids em Porto Alegre em menores de 5 anos, 2007 a 2015	51
Gráfico . Distribuição dos casos notificados de HIV por sexo com diagnósticos, Porto Alegre, 2013 a 2016	52
Gráfico . Cascata de pessoas que vivem com HIV/AIDS do município de Porto Alegre, referente ao ano de 2013	53
Gráfico . Distribuição da taxa de detecção de gestantes com HIV, taxa de transmissão vertical do HIV e número de crianças infectadas por transmissão vertical em Porto Alegre, 2002 a 2016	54
Gráfico . Distribuição dos casos e percentual de gestantes com HIV que são casos de transmissão vertical, 2006 a 2016	55
Gráfico . Distribuição dos casos de sífilis adquirida em Porto Alegre por ano de diagnóstico, 2012 a 2016	55
Gráfico . Distribuição dos casos de sífilis adquirida em Porto Alegre por Gerência Distrital de saúde e ano de diagnóstico, 2011 a 2015	56
Gráfico . Distribuição dos casos e taxa de incidência da sífilis congênita em Porto Alegre, 2005 a 2016	57

Gráfico . Distribuição dos casos de sífilis em gestante e sífilis congênita em Porto Alegre, 2007 a 2016	60
Gráfico . Incidência de coqueluche-positivos hospitalizados, Porto Alegre 2012 a 2016	61
Gráfico . Frequência de casos de influenza em Porto Alegre por semana epidemiológica de início de sintomas, 2011 a 2016, até SE 52	62
Gráfico . Distribuição do número de casos de Influenza A em Porto Alegre segundo faixa etária, 2011 a 2016, até SE 52	63
Gráfico . Série histórica de casos autóctones de dengue em Porto Alegre por semana epidemiológica de início dos sintomas, 2013 a 2016, até SE 52	64
Gráfico . Casos Descartados e confirmados de leptospirose em moradores de Porto Alegre, 2013 a 2016	66
Gráfico . Coeficiente de mortalidade (óbitos por 10.000 habitantes) por causas externas segundo Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2015	69
Gráfico . Série histórica de óbitos por acidentes de trânsito, Porto Alegre, 2006 a 2015	72
Gráfico . Principais vítimas de acidentes de trânsito com óbito, Porto Alegre, 2015	72
Gráfico . Principais fatores e condutas de risco associados aos acidentes de trânsito com óbito, Porto Alegre, 2012 a 2015	73
Gráfico . Correlação entre cobertura populacional pela Atenção Básica em dezembro de 2016 e Índice de Desenvolvimento Humano – Geral (IBGE 2010 CGVS 2015) por Distrito Sanitário em Porto Alegre	80
Gráfico . Índice de infestação de fêmeas adultas de Aedes aegypti, presença viral e quantidade de casos confirmados por semana epidemiológica (outubro de 2012 a SE 03 de 2017), Porto Alegre	121
Gráfico . Número de processos de licenciamento ambiental de empreendimentos, Porto Alegre, 2005 a 2016	125
Gráfico . Número de ERBs vistoriadas	126
Gráfico . Distribuição dos surtos de doenças transmitidas por alimentos, Porto Alegre, 2003 a 2015	128
Gráfico . Percentual de aplicação municipal em saúde em Porto Alegre, 2007 a 2016	162
Gráfico . Evolução percentual de recursos aportados para o SUS em Porto Alegre	164
Gráfico . Série histórica do orçamento de recursos municipais por natureza da despesa	168
Gráfico . Força de Trabalho por vínculo, Porto Alegre, 2015 a 2016	175

Gráfico . Quantitativo de computadores distribuídos no período 2007 a 2016
_____ **190**

Gráfico . Quantitativo de impressoras distribuídas, Porto Alegre, 2007 a 2016
_____ **191**

Lista de Quadros

Quadro 1. Classificação das regiões do orçamento participativo conforme o Índice de Condições de Vida, 2000 e 2010	29
Quadro 2. Indicadores econômicos, Porto Alegre	30
Quadro 3. Nível de ocupação em Porto Alegre	31
Quadro 4. Indicador da presença de pelo menos uma das deficiências investigadas por Gerência Distrital, Porto Alegre, 2010	38
Quadro 5. Serviços especializados ambulatoriais e formas de acesso e regulação	86
Quadro 6. Especialidades disponíveis nos ambulatórios de especialidades por Gerência Distrital, Porto Alegre	88
Quadro 7. Referências às Urgências e Emergências Pré-Hospitalar Fixa e Móvel, Porto Alegre, Porto Alegre	90
Quadro 8. Hospitais de Porto Alegre por localização de Gerência Distrital	96
Quadro 9. Exames executados nos serviços diagnósticos próprios por Gerência Distrital	107
Quadro 10. Principais instrumentos de planejamento em saúde e planejamento governamental	160

Lista de Tabelas

Tabela 1. Informações sobre moradia por região	32
Tabela 2. Indicadores de consumo alimentar segundo dados do VIGITEL, 2015	34
Tabela 3. Indicadores do padrão de atividade física segundo Dados do VIGITEL, 2015	35
Tabela 4. Série histórica dos coeficientes de mortalidade geral (CMG) por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2006-2015	40
Tabela 5. Mortalidade proporcional pela faixa etária por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2015	41
Tabela 6. Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) em Porto Alegre conforme raça/cor/etnia, 2006 a 2015	42
Tabela 7. Coeficiente de mortalidade infantil por Distrito Sanitário, Porto Alegre 2006 a 2015	44
Tabela 8. Distribuição dos casos novos em todas as formas clínicas de tuberculose e incidência (casos /100.000 habitantes) por Gerência Distrital por ano diagnóstico, Porto Alegre, 2013 a 2016	48
Tabela 9. Taxa de cura e abandono de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial por Distrito Sanitário em residentes de Porto Alegre, 2015	49
Tabela 10. Incidências de sífilis congênita por Distrito Sanitário em Porto Alegre, 2014 a 2015	58
Tabela 11. Total de casos de sífilis congênita em Porto Alegre, percentual e casos com pré-natal (PN) e percentual de NÃO tratamento da gestante e do parceiro	59
Tabela 12. Evolução dos casos de caxumba em Porto Alegre	60
Tabela 13. Letalidade da leptospirose em Porto Alegre, 2013 até 2016	65
Tabela 14. 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, 2006-2015	67
Tabela 15. Série histórica dos coeficientes de mortalidade (por 100.000 Habitantes) por neoplasias malignas (CID C00_97) segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 2006 a 2015	68
Tabela 16. Causas externas por agrupamento de causas segundo sexo, Porto Alegre, 2015	70
Tabela 17. Óbitos por causas externas segundo faixa etária, Porto Alegre, 2015	71
Tabela 18. Médias do Índice ceo-d (5 Anos) e CPO-D (demais Idades) da população de Porto Alegre, Região Sul e Brasil	75

Tabela 19. Número de unidades de saúde da Atenção Primária, de Equipes de Saúde da Família, de Equipes de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes Comunitários de Endemias por Distrito Sanitário, Porto Alegre	77
Tabela 20. Número e proporção de unidades de saúde da Atenção Primária com saúde bucal, cobertura populacional da saúde bucal, número de equipes de saúde bucal, cobertura da saúde bucal, número de Equipes de Saúde da Família com saúde bucal e de equipes de atenção básica com saúde bucal por Distrito Sanitário, Porto Alegre.	78
Tabela 21. Relação das coberturas populacionais estimadas por ESF, ACS, AB e SB conforme Índice de Desenvolvimento Humano Municipal por Distrito Sanitário	79
Tabela 22. Lista de serviços de atenção à saúde de população específica, Porto Alegre	81
Tabela 23. Distribuição dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF, Porto Alegre	82
Tabela 24. Distribuição dos Núcleos de Apoio Matricial da Atenção Básica - NAMAB, Porto Alegre	82
Tabela 25. Número e proporção de Internações por condições sensíveis à atenção primária por ano, Porto Alegre	83
Tabela 26. Distribuição do número total (clínica e pediatria) de atendimentos médicos e Desistências nas Unidades de Pronto Atendimento, Porto Alegre, 2016 e 2015	90
Tabela 27. Distribuição do número total de atendimentos médicos e proporção segundo classificados e gravidade de risco, Unidades de Pronto Atendimento, Porto Alegre, 2016 e 2015	91
Tabela 28. Perfil geral dos atendimentos em urgência em saúde mental, 2016 e 2015, Porto Alegre	92
Tabela 29. Distribuição do número de atendimentos odontológicos e desistências em saúde bucal nas Unidades de Pronto Atendimento, Porto Alegre, 2016	93
Tabela 30. Distribuição do número de regulações necessárias e sem meios do SAMU, Porto Alegre, 2016	93
Tabela 31. Distribuição do número e proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações e comparativo, Porto Alegre, 2016 e 2015	94
Tabela 32. Distribuição do número e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU segundo a causa e comparativos, Porto Alegre, 2016 e 2015	94
Tabela 33. Distribuição do número de óbitos em relação aos Atendimentos Pré-Hospitalares (APH) realizados pelo SAMU, Porto Alegre, 2016 e 2015	94
Tabela 34. Receitas atendidas nas farmácias e dispensários e recursos	

financeiros aplicados, 2013 a 2016	104
Tabela 35. Atendimento aos pacientes do Programa de Distribuição de Insumos do Diabetes nas Farmácias e Dispensários e recursos financeiros aplicados, 2015-2016	104
Tabela 36. Oferta de exames de análises clínicas do município de Porto Alegre e quantidade que falta ser disponibilizada para atendimento da demanda, dados de janeiro de 2017	108
Tabela 37. População SUS X população planos suplementares	113
Tabela 38. Análise das taxas de internação (/1.000) realizada X recomendada	114
Tabela 39. Análise das médias de permanência (dias) realizada X recomendada	114
Tabela 40. Proporção de internações em UTI realizada X recomendada, Porto Alegre	115
Tabela 41. Análise das médias de permanência (dias) em UTI realizada X recomendada, Porto Alegre	115
Tabela 42. Distribuição das denúncias recebidas e vistorias realizadas em Porto Alegre, 2012-2016	124
Tabela 43. Distribuição anual de agentes causadores de surtos, Porto Alegre, 2003 a 2015	128
Tabela 44. Ranking das capitais com os maiores percentuais aplicados em saúde – comparativo 2012 – 2015, conforme a LC n° 141/2012	163
Tabela 45. Ranking das 10 capitais brasileiras com maior aplicação per capita dos recursos na saúde – comparativo 2012 – 2015	164
Tabela 46. Orçamento da SMS – comparativo 2012 a 2016	166
Tabela 47. Número de processos demandados por via judicial em Porto Alegre, por assuntos relacionados à Saúde	171
Tabela 48. Evolução da força de trabalho da SMS, por tipo de vínculo, período 2012-2016	174
Tabela 49. Evolução da força de trabalho da SMS, por origem (2012-2016)	176
Tabela 50. Quantitativo de projetos submetidos ao CEP SMSPA (2015, 2014 e 2013)	187
Tabela 51. Mapa estratégico de alinhamento de TI a PMPA – SMS Secretaria Municipal da Saúde	194

PREFÁCIO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Porto Alegre, compreendendo o período de execução de 2018-2021, apresenta os direcionamentos da política municipal de saúde com enfoque em áreas que exigem ação imediata do poder público e da sociedade. A seguir são apresentadas as principais necessidades e problemas de saúde da população e do sistema de saúde descritos no referido Plano, evidenciando a direcionalidade das Diretrizes, Objetivos e Metas elencados.

Com 1.481.019 habitantes (estimativa IBGE, 2016), ritmo lento de crescimento populacional, com população predominantemente adulta, economicamente ativa e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal considerado alto (0,805 – 7ª melhor capital do Brasil), a população de Porto Alegre apresenta hábitos e estilo de vida que interferem nos resultados em saúde. Destaca-se que é a capital com maior taxa de tabagismo entre adultos, com alto consumo de açúcar e de sal e com pouca prática de atividade física, se comparada com as demais capitais brasileiras (VIGITEL 2015). Dessa forma, apresenta composição demográfica e hábitos que se traduzem em altas taxas de doenças crônicas não transmissíveis.

Dos dados e indicadores gerais relacionados à saúde, o **Coefficiente de Mortalidade Geral** da cidade é 8,15 óbitos para cada 1.000 habitantes, sendo os óbitos por doença do aparelho circulatório a primeira causa, seguidos pelas neoplasias e causas externas. A Mortalidade Infantil (9,19 para cada 1.000 nascidos vivos em 2015), apesar de não apresentar desigualdade acentuada entre brancos e negros, apresenta desigualdades territoriais importantes, que variam entre 2,64 (Sul) e 22,56 (Ilhas). Quanto aos agravos transmissíveis e não transmissíveis, o próximo quadriênio exigirá esforços para a melhoria dos indicadores relacionados aos agravos não transmissíveis, como neoplasias, doenças cardiovasculares e respiratórias, transtornos mentais e causas externas; e para o contínuo enfrentamento da tuberculose, HIV, sífilis e doenças de

transmissão vetorial.

Porto Alegre apresenta alta endemicidade de **Tuberculose**, com 1.315 casos novos de todas as formas clínicas no ano de 2016. É a segunda capital em incidência (87 casos/100.000 habitantes) de tuberculose, mesmo com a queda na incidência em 2016 em relação aos anos anteriores. Associada à alta incidência, a taxa de abandono do tratamento é de 28%, enquanto que a recomendação é de uma taxa de abandono de até 5%. Destaca-se que o abandono de tratamento é alto em praticamente todos os distritos sanitários (com exceção do Extremo Sul).

Apesar da tendência de queda nos indicadores de incidência e mortalidade por **Aids**, Porto Alegre ainda é a capital e cidade com a maior incidência de casos nos últimos 10 anos (95,20 casos por 100.000 habitantes - série histórica de 2005 a 2015, conforme o Ministério da Saúde) (BRASIL, 2016d) e tem o maior coeficiente de mortalidade nos últimos 5 anos. A análise anual mostra diminuição também da **Transmissão Vertical do HIV**, chegando, na coorte de crianças nascidas no ano de 2014, cujo encerramento da exposição ocorreu em 2016, a uma taxa de 3%, com 11 crianças infectadas.

Quanto às características das gestantes portadoras do HIV, a faixa etária preponderante é de 25 a 29 anos, com escolaridade de 4 a 7 anos de estudo. A análise de raça/cor/etnia revela uma taxa de transmissão vertical de 40% na população negra – o dobro da taxa registrada para a população geral de Porto Alegre, que, de acordo com o IBGE, é de 20%.

Como problema de saúde pública, a gravidade da **Sífilis** está relacionada à transmissão vertical, que em Porto Alegre apresentou taxa de 27,7 casos por 1.000 nascidos vivos no ano de 2016, enquanto que a meta nacional de eliminação da sífilis congênita conjunta com a transmissão Vertical do HIV preconiza uma taxa de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos.

Apesar do percentual de cobertura de gestantes com pré-natal (75,25% em 2016), problemas no seguimento do cuidado de gestantes são evidenciado quando comparado o número total de casos notificados de sífilis na gestação (386 casos no ano de 2016) e o número total de casos notificados de sífilis congênita

no mesmo período (547 casos). Mesmo tendo aumentado o percentual de realização de tratamento para sífilis no pré-natal, o tratamento foi considerado inadequado em 78%, sendo 54% em virtude do não tratamento do parceiro. Considera-se que, apesar do grande número de casos (2.497 no ano de 2015), haja grande subnotificação do agravo.

Das **Doenças Transmitidas por Vetores**, tanto a leishmaniose, quanto a leptospirose estão associados a condições ambientais precárias de habitação. Embora anteriormente já houvesse registro de casos de cães sorologicamente positivos em alguns bairros, o primeiro caso de leishmaniose visceral humana em Porto Alegre ocorreu em setembro de 2016. O segundo caso de óbito foi em fevereiro de 2017. Na leptospirose, o sexo masculino tem sido o mais exposto aos fatores de risco e representa a maioria dos casos confirmados. De 2013 a 2016, ocorreram 128 casos do sexo masculinos e 32 casos do sexo feminino.

Das **Doenças Imunopreveníveis**, destaca-se a vigilância de surtos de caxumba, de coqueluche e de influenza, seja no âmbito da cobertura de imunobiológicos nos grupos de risco, seja nas notificações e ações de bloqueio epidemiológico. Quanto à coqueluche, por exemplo, a maior parte é de crianças abaixo de 1 ano e, dos casos hospitalizados em 2016 por coqueluche, a ampla maioria não possuía vacinação e tinha menos de 6 meses; algumas estavam abaixo de 2 meses (idade da primeira dose da vacina).

As **Doenças Crônicas Não Transmissíveis** estão entre as principais causas de morte em todas as regiões da cidade (doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas). Cerca de 75% da morbidade e mortalidade são decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis e, por isso, esse é o conjunto mais importante de morbidades a merecer atenção da SMS-POA nos próximos 4 anos.

De maneira geral, dentre os usuários que procuram assistência médica na atenção básica, entre 25% a 50% apresentam pelo menos um transtorno psiquiátrico ou neurológico. Contudo, a não detecção dos casos pode ser de 55% para diagnóstico de depressão e até 77% para transtorno de ansiedade

generalizada (4), evidenciando um percentual elevado de pessoas sem a devida assistência para os transtornos mentais. Em Porto Alegre, da mesma forma que as doenças crônicas não transmissíveis, inexistem dados de vigilância de morbidade em **Saúde Mental** que possam auxiliar na direcionalidade da política pública nesta área. Os dados existentes referem-se às poucas notificações de tentativas de suicídio e às doenças em saúde mental do trabalhador, ambas de notificação compulsória, além de dados epidemiológicos da literatura.

As **Causas Externas** são a terceira principal causa de morte em Porto Alegre (10,47% do total de óbitos), acometendo 3,9 homens para cada mulher (4:1). Dentre as principais causas estão os homicídios (56,4%) principalmente contra homens jovens, seguidos das quedas (14,4%) principalmente de idosos e mulheres, dos acidentes de transporte (11,1%) principalmente contra idosos e motociclistas. De forma geral, observa-se 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 29 anos.

Frente ao quadro epidemiológico e de situação de vida da população porto-alegrense, a rede de serviços de saúde disponíveis na cidade precisa atuar dinamicamente para atender às principais necessidades e às demandas por serviços de saúde. Assistência, vigilância e gestão precisam alinhar-se a essas necessidades e demandas, da atenção primária à alta complexidade.

Na **Atenção Primária à Saúde**, apesar da cobertura populacional estimada pela Atenção Primária no município de 62,5%, apenas 48,2% da população está adequadamente coberta por equipes de Saúde da Família completas, apenas 29,5% da população está coberta por Agente Comunitário de Saúde (ACS) e apenas 38,4% tem cobertura de saúde bucal adequada. Na maioria destes serviços, há correlação inversa entre as coberturas populacionais estimadas pelas ESF, ACS, AB e SB e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), indicando equidade na distribuição dos recursos públicos. A exceção está nos distritos Restinga e Lomba do Pinheiro, com IDHM baixos e coberturas intermediárias, apontado para a necessidade de ampliação da atenção primária

nesses territórios. Ampliar acesso a Atenção Primária é desafio principal para os próximos quatro anos.

Outro ponto importante a ser trabalhado no quadriênio é a qualidade da oferta de serviços de atenção básica. Destacam-se a estrutura dos serviços, a ausência de uma carteira de serviços, a limitação de acesso pela ausência de acolhimento e de acesso por demanda espontânea, bem como pela violência em alguns territórios.

Problemas na qualidade da oferta destes serviços diminuem a sua efetividade e dispendem recursos públicos, uma vez que resultam em **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária**. Em 2016, 29,9% de todas as internações clínicas de pessoas residentes em Porto Alegre foram causadas por agravos que poderiam ser controlados e tratados precocemente nos serviços de APS, como a asma, a bronquite, a hipertensão arterial e a infecção no rim e no trato urinário e a infecção da pele e do tecido subcutâneo.

Na oferta de serviços de **Saúde Mental** também é identificada a necessidade de ampliação da rede de serviços, seja no atendimento à saúde mental na Atenção Primária, seja nos Centros de Atenção Psicossocial e nas demais estratégias não hospitalares e eletivas. Apesar de contar com duas emergências em saúde mental, o número de Centros de Atenção Psicossocial (12) é inadequado para as necessidades e abrangência populacional de Porto Alegre. O uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como o crescente número de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, aponta para a necessidade a ser suprida no próximo quadriênio quanto à ampliação dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial que têm essa vocação assistencial.

Além desses serviços de Atenção Primária e de Saúde Mental, o conjunto de **serviços especializados, de apoio diagnóstico, hospitalares e de vigilância em saúde** disponível em Porto Alegre exige manutenção e revisão permanentes, visando a, no mínimo, manter a qualidade ofertada. Além disso, novas ofertas, baseadas nas mais recentes e efetivas tecnologias de informação e comunicação, como telessaúde e telemedicina devem ser priorizadas e

implantadas, a fim de aumentar acesso, garantir escala e qualidade, e reduzir custos diretos e indiretos da prática assistencial. Deverá ser priorizada, dentro da vocação de cada componente, a contribuição para a efetivação das **políticas de saúde** (Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher, do Homem, do Idoso, do Indígena, da População Negra, da Saúde Prisional, Transmissíveis e Não Transmissíveis) e a relação com o desfecho (indicadores de saúde). Um exemplo é a alta taxa de abandono ao tratamento da tuberculose e o Centro de Referência a Tuberculose: qual a relação e como cada componente pode auxiliar na efetivação do cuidado em rede?

O uso eficiente do conjunto de serviços de saúde também depende de um **Sistema de Regulação** potente, que abranja todos os serviços disponíveis no SUS em Porto Alegre e não apenas o primeiro acesso aos serviços eletivos ou apenas os casos urgentes de internação hospitalar, mas também todo o espectro do itinerário terapêutico e os diversos passos de transição de cuidado. Este então é um grande desafio para o quadriênio: prover um sistema de regulação que utilize tecnologias de comunicação e informação, protocolos assistenciais, que seja regionalizado, tenha como base de contratação a qualidade, escala e escopo, com contratos adequados às necessidades da população e que, com tudo isso, apoie o controle e a economia na aplicação dos recursos assistenciais disponíveis, beneficiando o maior número possível de cidadãos.

Não serão poucos os desafios para a efetivação de serviços de qualidade, que consigam mudar a realidade epidemiológica vivida pelos porto-alegrenses. Dentro deste cenário, uma gestão baseada em resultados será norteadora das ações para o quadriênio 2018-2021. E assim estão apresentadas as **11 Diretrizes, 27 Objetivos e 58 Metas do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 de Porto Alegre**: direcionadas aos principais problemas de saúde da população e focadas em uma gestão que atue com planejamento estratégico, democrático, intersetorial e que valorize a atenção primária, a regulação clínica, a equidade, o uso de evidências e de tecnologias de informação e de comunicação como ferramentas e estratégias fundamentais de disseminação das melhores práticas em saúde pública.

APRESENTAÇÃO

Este documento apresenta uma proposta de diretrizes para a gestão da saúde em Porto Alegre no período de 2018 a 2021. A proposta foi desenvolvida com base na descrição do território de saúde da cidade, assim como na análise situacional de saúde de seus moradores e da estrutura, ações, processo de trabalho e políticas de saúde.

O principal desafio na elaboração deste plano foi produzir um documento norteador e compatível com as Diretrizes, Objetivos e Metas do próximo quadriênio, assim como com o Plano Plurianual Municipal (PPA). O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 tem como referenciais normativos principais: o Decreto Federal no. 7.508/2011 (BRASIL, 2011b), a Lei Complementar no. 141/2012 e a Portaria Ministerial 2.135/2013 (BRASIL, 2013b). Foi elaborado a partir de um processo descentralizado, coordenado pela Assessoria de Planejamento e Programação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre em parceria com o conjunto das diretorias, coordenações, Gerências Distritais, assessorias, Conselho Municipal de Saúde e Gabinete do Secretário Municipal de Saúde. Por este motivo, apresenta dados das diferentes fontes de informação utilizadas na SMS, dados estes que foram lidos e analisados em cada uma das regiões de saúde da cidade (Distritos Sanitários e respectivas Gerências Distritais). Inova por apresentar a caracterização individual de cada Distrito Sanitário junto ao Anexo 1, de forma a orientar ainda mais o planejamento das coordenadorias-gerais e das regiões de saúde. Além da análise situacional apresentada no corpo do texto, inclui também pactuações municipais (Programa de Metas – PROMETA), pactuações estaduais e federais (Pactuação Interfederativa de Indicadores da Saúde – SISPACTO) e as propostas definidas na 7ª Conferência Municipal de Saúde, todos na forma de anexo.

As metas que acompanham as 11 diretrizes propostas são ambiciosas, porém factíveis. A partir de uma análise sistêmica da situação da saúde da cidade e das estratégias e ações já implementadas anteriormente, com maior ou menor êxito, delineamos dois eixos norteadores: priorização e fortalecimento da atenção

primária e implantação da regulação clínica do fluxo dos pacientes na rede de serviços por meio da integração total dos dados clínicos e da maior incorporação tecnológica em todos os pontos assistenciais. Com foco nesses grandes eixos, as Diretrizes, Objetivos e Metas do quadriênio 2018-2021 enfatizam, de um lado, as áreas de Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Saúde Materno-Infantil, Doenças Transmissíveis, Doenças Emergentes e Reemergentes, Doenças Crônicas e Causas Externas; e, de outro lado, a qualificação dos processos gerenciais, de gestão e de regulação e o uso de tecnologias de informação e comunicação em saúde para descentralizar informações, aproximar a população do sistema de saúde e apoiar a tomada de decisões.

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 é uma ferramenta de apoio à tomada de decisões e para direcionar **os processos de educação permanente necessários à qualificação do sistema público de saúde**. Serve, também, para o controle social de gestores, trabalhadores, prestadores e usuários sobre os serviços de saúde ofertados em Porto Alegre. Pretendemos, com ele, avançar na organização da rede de serviços e entregar mais saúde para os cidadãos de Porto Alegre, **considerando a diversidade das populações dos territórios da cidade quanto à raça cor e etnia, às questões de gênero e sexo, de migrações e imigrantes, das populações vulneráveis (à situação de rua, à população privada de liberdade), das pessoas com deficiências, às especificidades dos ciclos de vida, aos trabalhadores**.

1. O TERRITÓRIO DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

O Decreto Federal 7.508 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, 2011b). O território de Porto Alegre tem uma população de 1.409.351 habitantes (IBGE, 2010) distribuída em **17 Distritos Sanitários (DS)** e atende todos os critérios acima. As áreas geográficas desses 17 Distritos correspondem quase que integralmente às áreas das 17 regiões do Orçamento Participativo. Os DS têm limites geográficos e população definidos com vistas ao estabelecimento dos serviços a serem ofertados; ou seja, os serviços são regionalizados.

As Gerências Distritais (GD) gerenciam dois ou mais DS, descentralizando e operacionalizando as estratégias de planejamento, atenção e vigilância em saúde. São oito GD, com população entre 95 e 200 mil habitantes: 1) Norte/Eixo Baltazar, 2) Centro, 2) Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, 4) Leste/Nordeste, 5) Glória/Cruzeiro/Cristal, 6) Sul/Centro Sul, 7) Partenon/Lomba do Pinheiro e 8) Restinga/Extremo Sul. No Anexo 1 está apresentada a caracterização de cada um dos DS, elaborada de forma descentralizada, em cada uma das GD, com a participação dos gestores locais, dos trabalhadores e de usuários integrantes do controle social dos DS.

No Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre integra a 10ª Região de Saúde, a 2ª Coordenadoria Regional de Saúde e a Macrorregião Metropolitana.

Figura 1. Mapa dos Distritos Sanitários de Porto Alegre, 2017



FONTE: SMS/CGVS, 2017.

2. ANÁLISE SITUACIONAL

A análise situacional oferece uma descrição transversal da situação de saúde da população de Porto Alegre e da estrutura, ações, processos de trabalho e políticas dos serviços de saúde. Aborda também indicadores do meio ambiente na relação com a saúde da população. Dados detalhados dos DS, dados epidemiológicos adicionais e detalhamento das políticas públicas são apresentados respectivamente nos Anexos 2, 3 e 4.

2.1 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre utiliza o Índice de Vulnerabilidade da População por Regiões do Orçamento Participativo (Anexo 2) para priorizar suas ações e para direcionar as políticas setoriais e intersetoriais de proteção à saúde.

O Quadro 1 mostra a classificação das regiões do orçamento participativo quanto às condições de vida em 2000 e 2010.

Quadro 1. Classificação das regiões do orçamento participativo conforme o Índice de Condições de Vida, 2000 e 2010

Classificação	2000		2010				
	Região	Índice	Região	Índice			
Ótimo	Centro	0,8444	Centro	0,898			
			Noroeste	0,826			
Bom	Noroeste Sul Centro Sul Cristal Eixo-Baltazar	0,756 0,662 0,633 0,624 0,617	Sul	0,754			
			Centro Sul	0,710			
			Cristal	0,698			
			Eixo-Baltazar	0,689			
			Leste	0,675			
			Humaitá/Navegantes	0,652			
			Partenon	0,640			
			Norte	0,626			
			Glória	0,602			
Extremo Sul	0,600						
Regular	Partenon Leste Norte Humaitá/Navegantes Glória Cruzeiro Extremo Sul Restinga Lomba do Pinheiro	0,580 0,571 0,569 0,559 0,536 0,513 0,497 0,494 0,462	Cruzeiro	0,593			
			Restinga	0,591			
			Lomba do Pinheiro	0,556			
			Ilhas	0,483			
			Nordeste	0,466			
			Ruim	Nordeste Ilhas	0,367 0,354		
			Péssimo	-	-	-	-

FONTE: PMPA/ObservaPOA.

2.1.1 Aspectos Socioeconômicos

Produto Interno Bruto

A economia porto-alegrense está ancorada no setor terciário, onde se destacam a prestação de serviços (privados e públicos) e o comércio. Esse perfil, atrelado ao cenário estadual e nacional de instabilidades, aponta para um período de dificuldades para o desenvolvimento econômico do município nos próximos anos.

Quadro 2. Indicadores econômicos, Porto Alegre

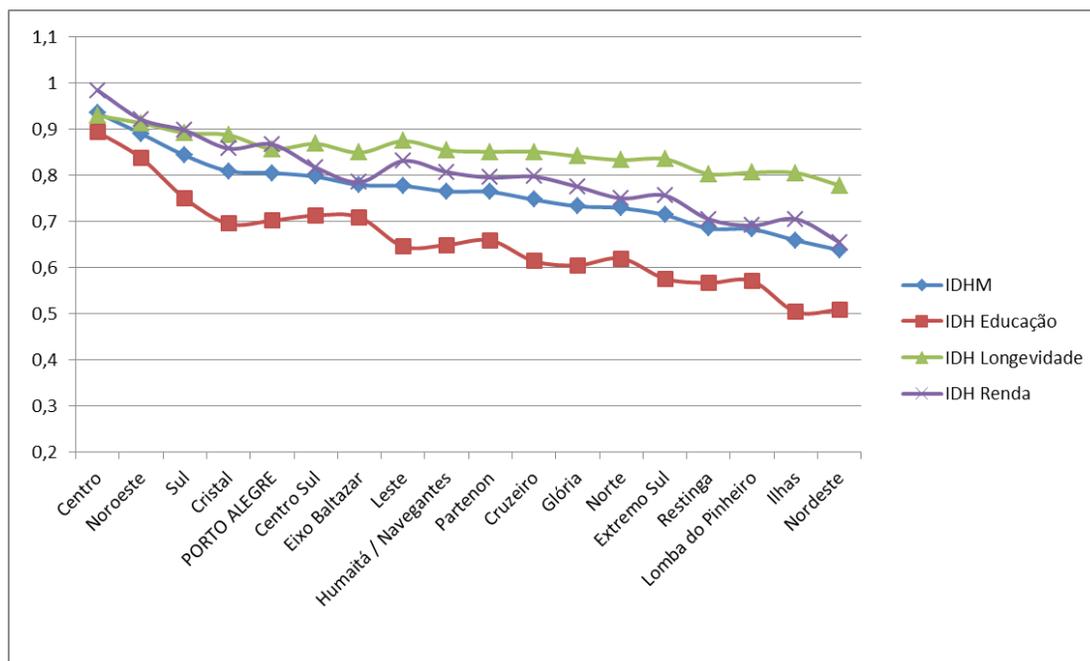
PIB – Produto Interno Bruto (IBGE – 2014)	
PIB (em milhões de reais de 2008)	63.990.644
Participação do setor primário/agropecuária (em %)	0,03
Participação do setor secundário/indústria (em %)	11,02
Participação do setor terciário (em %)	74,35
Participação dos impostos (em %)	14,6
Participação no PIB do Estado (em %)	17,88
PIB <i>per capita</i> (em reais)	43.457,67
Taxa de desemprego em 2015 (em %)	7,2

FONTE: IBGE, 2014, <http://www.fee.rs.gov.br/indicadores/pib-rs/municipal/destaques/>. Acessado em: 04/02/2017.
SMTE/PMPA, 2015, http://www.observapoa.com.br/default.php?p_secao=4#Ind_Economico. Acessado em 04/02/2017.

Índice de Desenvolvimento Humano

O Brasil ficou em 85º lugar na classificação pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Global 2012, com IDH de 0,730. O Rio Grande do Sul está em 6º lugar entre os estados do país, com IDH de 0,746. Porto Alegre é a 7ª melhor capital no IDH Municipal (o IDHM), com índice de 0,805 (PORTO ALEGRE, 2017c). Abaixo são apresentados o IDHM 2010 e os respectivos subíndices por região do Orçamento Participativo.

Gráfico . Comparativo de IDH entre regiões do Orçamento Participativo em Porto Alegre, RS, 2010



FONTE: Atlas do Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Porto Alegre, 2010.

O gráfico evidencia a desigualdade entre as regiões da cidade. Mostra ainda que, entre os subíndices (renda, longevidade e educação), o da educação é acentuadamente o mais baixo.

A partir de 2014, a taxa de **desemprego**, que vinha em tendência de queda, começou a apresentar aumento. Em 2015, a taxa de desemprego chegou a 7,5% da população economicamente ativa.

Quadro 3. Nível de ocupação em Porto Alegre

Indicador	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taxa Média Desemprego	12,8	11,2	9,5	9,7	7,7	6,5	6,4	5,6	4,9	7,5
Taxa Desemprego Jovens -14 a 29 anos	22,9 0	19,9 0	16,9 0	17,6 0	14,7 4	12,8 0	13,0 0	10,7 0	11,3 0	15,4 0

FONTE: PED-RMPA - Convênio FEE, FGTAS, PMPA, SEADE e DIEESE - Apoio MTE/FAT.

Em novembro de 2015, o município tinha 53.715 famílias no Programa Bolsa Família, representando 117,85% do total estimado de famílias do município com perfil de renda do programa (cobertura de 117,85%). Dessas, 62,5% estavam com acompanhamento de saúde adequado em 2015 (PORTO ALEGRE, 2015a).

2.1.2 Condições de Vida e Ambiente

Apesar do índice de abastecimento de água e canalização de esgotos estar acima de 99% e 94%, respectivamente, a cidade ainda tem distritos com moradias precárias, ausência de infraestrutura de energia elétrica, esgoto a céu aberto e lixo acumulado (Tabela 1).

Tabela 1. Informações sobre moradia por região

Regiões	Domicílios em área de moradia precária	Domicílios sem energia elétrica	Canalização de esgotos	Esgoto a céu aberto	Lixo acumulado
	% (n)				
Porto Alegre	11,02 (56.024)	0,81 (4.119)	94,26 (479.281)	5,17 (25.381)	5,97 (29.304)
Nordeste	44,03 (4.795)	1,96 (213)	81,33 (8.858)	16,85 (1.835)	12,07 (1.300)
Cruzeiro	37,54 (7.813)	1,39 (289)	97,3 (20.252)	3,12 (594)	8,19 (1.562)
Ilhas	35,87 (923)	5,91 (152)	58,73 (1.511)	28,82 (608)	45,78 (966)
Glória	23,81 (3.277)	0,98 (135)	87,52 (12.043)	10,7 (1.235)	18,2 (2.101)
Partenon	23,27 (9.093)	0,55 (215)	92,96 (36.331)	8,36 (2.975)	11,38 (4.051)
Leste	19,66 (7.530)	1,82 (697)	94,97 (36.375)	6,47 (2.333)	7,87 (2.837)
Humaitá/ Navegantes	17,8 (2.744)	1,12 (173)	96,29 (14.843)	6,15 (936)	12,72 (1.938)
Cristal	17,75 (1.835)	0,39 (40)	90,26 (9.331)	8,27 (783)	5,64 (534)
Norte	13,96 (4.166)	0,6 (179)	92,79 (27.682)	5,58 (1.615)	15,09 (4.371)
Restinga	10,79 (1.949)	2,12 (383)	90,59 (16.369)	4,24 (705)	4,94 (822)
Eixo Baltazar	9,05 (3.244)	0,61 (219)	96,16 (34.459)	9,4 (3.309)	8,58 (3.021)
Sul	8,4 (2.324)	0,38 (105)	94,85 (26.245)	2,26 (595)	3,49 (918)
Centro Sul	7,94 (3004)	0,69 (261)	93,44 (35.345)	3,12 (1.093)	3,03 (1.061)
Lomba do Pinheiro	6,16 (1.180)	3,53 (676)	76,21 (14.587)	13,18 (2.322)	4,98 (877)
Extremo Sul	3,2 (356)	3 (333)	76,91 (8.546)	34,05 (2.878)	7,38 (624)
Noroeste	3,16 (1.634)	0,15 (77)	98,05 (50.660)	0,95 (486)	2,07 (1.061)
Centro	0,1 (127)	0,16 (202)	99,6 (125.623)	0,17 (217)	0,33 (420)

FONTE: IBGE, Censo 2010.

O Programa Federal Ação Emergencial para Delimitação de Áreas em Alto e Muito Alto Risco a Enchentes, Inundações e Movimentos de Massa, identificou, em Porto Alegre, 118 áreas de risco com risco alto e muito alto. Predominaram os setores suscetíveis a deslizamentos e inundações.

As áreas da cidade onde a ocupação foi desordenada e sem planejamento são os casos mais graves, por conta da escavação de encostas naturais e ocupação das margens dos arroios. São 11.109 moradias e 44.436 pessoas em situação de risco alto ou muito alto. Dos serviços de saúde, 18 estão em áreas de risco.

Em relação à poluição atmosférica, o Programa de Vigilância às Populações Expostas aos Poluentes Atmosféricos – VigiAR foi implantado em 2007 inicialmente em três serviços de saúde considerados unidades sentinelas (ESF Mario Quintana; ESF Cidade de Deus e ESF Ponta Grossa). Os objetivos são promover ações que minimizem os impactos na saúde da população nas faixas etárias de 0 a 5 anos e de 60 anos ou mais quanto à incidência de doenças respiratórias, identificar os fatores ambientais e propor ações locais para a prevenção e a promoção da saúde. Atualmente, o VigiAR está implantado também nas unidades de saúde Graciliano Ramos, Fradique Viseu, Dr. Pestana e Timbaúva, totalizando sete serviços.

2.1.3 Hábitos e Estilo de Vida

Tabagismo

Segundo dados do VIGITEL 2015 (BRASIL, 2016a), a capital gaúcha apresenta a maior frequência de adultos que fumam entre as capitais brasileiras (14,9%), sendo 16,7% homens e 13,4% mulheres.

Alimentação

A Tabela 2 mostra os dados do VIGITEL 2015 acerca do consumo de alimentos saudáveis (frutas, hortaliças e feijão) e não saudáveis (carnes com excesso de gordura, leite com teor integral de gordura, refrigerantes e doces,

substituição do almoço ou jantar por lanches e percepção de consumo elevado de sal) nas 27 capitais brasileiras. Porto Alegre apresentou um dos melhores percentuais no quesito consumo regular de frutas e hortaliças, assim como no consumo de leite com teor integral de gordura. Com relação ao consumo de carnes com excesso de gordura e consumo de feijão, o desempenho da cidade é intermediário. Quanto ao consumo de alimentos doces e refrigerantes, substituição da comida do almoço ou jantar por lanches e autoavaliação do consumo de sal, a capital gaúcha tem desempenho ruim, tendo, no caso dos refrigerantes, o pior resultado.

Tabela 2. Indicadores de consumo alimentar segundo dados do VIGITEL, 2015

Indicador	Porto Alegre (%)	Melhor percentual	Pior percentual	Conjunto das capitais (%)
Consumo de frutas e hortaliças	45,1	53,9	24,0	37,6
	M(35,7) F(52,8)	M(45,1) F(61,6)	M(19,2) F(28,1)	M(31,3) F(43,1)
	31,8	20,9	42,6	31,1
Consumo de carnes com excesso de gordura	M(35,7) F(52,8)	M(31,3) F(12,4)	M(54,3) F(32,0)	M(42,6) F(21,4)
	39,1	39,1	67,0	51,5
	21,9	11,8	23,6	20,1
Consumo de alimentos doces em cinco ou mais dias da semana	M(46,8) F(32,9)	M(10,8) F(12,7)	M(25,6) F(21,8)	M(17,6) F(22,1)
	39,1	39,1	67,0	51,5
	25,6	6,8	25,6	19,0
Consumo de refrigerantes	M(33,3) F(19,2)	M(8,2) F(5,5)	M(33,3) F(19,2)	M(22,4) F(16,1)
	48,7	82,1	37,0	64,8
	M(54,3) F(44,1)	M(86,6) F(78,2)	M(38,9) F(35,2)	M(71,4) F(59,1)
Substituição da comida do almoço ou jantar por lanches	22,3	25,0	6,0	15,5
	M(18,0) F(25,9)	M(19,7) F(29,3)	M(4,6) F(7,1)	M(12,6) F(18,0)
	18,2	10,9	19,2	14,9
Consumo de sal alto ou muito alto (autoavaliação)	M(20,3) F(16,4)	M(11,6) F(10,3)	M(19,6) F(19,0)	M(16,2) F(13,9)

FONTE: VIGITEL (MS, 2015).

Atividade Física

Os dados acerca da prática de atividade física avaliados pelo VIGITEL em 2015 são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Indicadores do padrão de atividade física segundo Dados do VIGITEL, 2015

Indicador	Porto Alegre (%)	Melhor percentual	Pior percentual	Conjunto das capitais (%)
Prática de atividades físicas no tempo livre	34,5	52,1	30,7	37,6
	M(42,1) F(28,2)	M(61,8) F(43,6)	M(38,8) F(23,9)	M(45,6) F(30,8)
Prática de atividades físicas no deslocamento	12,8	15,3	5,6	11,9
	M(13,3) F(12,4)	M(18,5) F(12,7)	M(5,7) F(5,6)	M(12,4) F(11,6)
Prática insuficiente de atividade física	50,2	38,0	53,9	47,5
	M(43,1) F(56,0)	M(30,8) F(44,2)	M(42,4) F(63,2)	M(37,2) F(56,3)
Inatividade física	17,6	12,4	20,3	16,0
	M(18,3) F(17,1)	M(10,6) F(14,1)	M(17,9) F(22,3)	M(16,0) F(16,0)
Hábito de ver televisão	22,0	17,4	26,9	22,5
	M(22,2) F(21,8)	M(17,6) F(17,2)	M(29,3) F(24,8)	M(23,2) F(22,0)

FONTE: VIGITEL (MS, 2015).

Ao considerar o percentual de adultos que praticam o volume recomendado de atividade física no tempo livre, o VIGITEL apresenta Porto Alegre com o percentual de 34,5%, abaixo do percentual do conjunto da população adulta das capitais (37,6%). A prática insuficiente de atividade física é alta na capital gaúcha (50,2%) comparada ao melhor percentual (38%).

Consumo de Bebidas Alcoólicas

Segundo dados apresentados pelo VIGITEL 2015, a frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas (ingestão de quatro ou mais doses para mulheres ou cinco ou mais doses para homens em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias) era de 14,4% da população adulta de Porto Alegre, sendo 19,9% para os homens e 10% para as mulheres.

A frequência de indivíduos que referiram conduzir veículo motorizado após o consumo de bebida alcoólica, independentemente da quantidade de bebida consumida e da periodicidade dessa prática, foi de 3,9%, sendo maior em homens (6,2%) que em mulheres (1,9%) (BRASIL, 2016a).

Excesso de Peso e Obesidade

De acordo com o VIGITEL 2015, a frequência de adultos com excesso de peso corporal ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) em Porto Alegre foi de 63,2%, a terceira maior frequência de excesso de peso em relação às demais capitais. Já a frequência de adultos com obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) foi de 20,9% na capital gaúcha, chegando a 22,7% nos homens, novamente ocupando a terceira posição em relação às outras capitais.

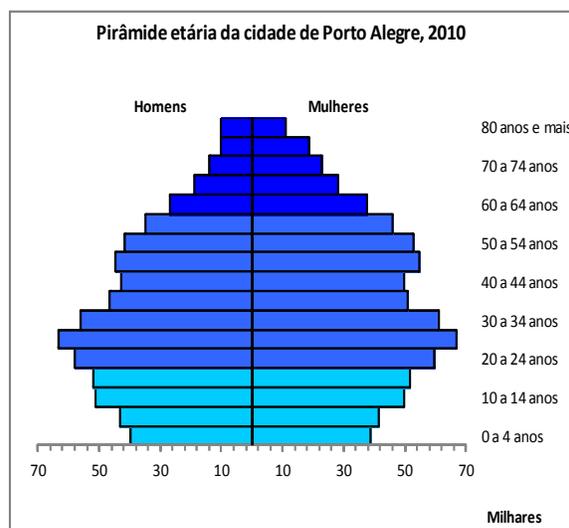
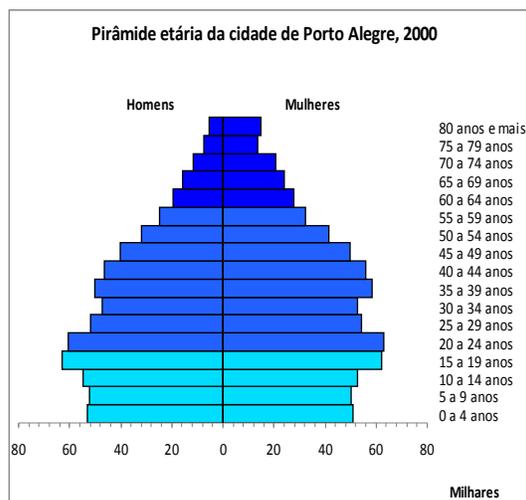
2.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

2.2.1 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 2016, a população está em 1.481.019 habitantes, em torno de 5% maior do que a população recenseada em 2010 (IBGE, 2016). Porto Alegre é a décima cidade mais populosa do país, com área da unidade territorial de $496,682 \text{ km}^2$ e densidade demográfica de $2.837,52$ habitantes por km^2 , a segunda maior do Estado.

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. A pirâmide etária da cidade 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 . Pirâmides etárias de Porto Alegre, 2000 e 2010



FONTE: Censos demográficos 2010/IBGE.

Além dos dados apresentados acima, destaca-se ainda que:

- Porto Alegre tem uma razão de sexo de 86,5 homens para cada 100 mulheres, a menor do Estado.
- Segundo autodeclaração de raça/cor/etnia, 79,2% das pessoas residentes da cidade são brancas, 20,2% são negras e apenas 0,23% são indígenas.
- Na população idosa, a proporção de negros cai de 20,2% para 13,6% (IBGE, 2010), indicando mortalidade precoce nesse grupo populacional.

A distribuição da população por Distrito Sanitário está no Anexo 3.

2.2.1.1 Pessoas com Deficiências

No Brasil, 23,9% da população (45,6 milhões de pessoas) têm algum tipo de deficiência. Em Porto Alegre, mais de 336 mil pessoas (23,87% da população residente) têm pelo menos uma deficiência visual, motora, mental ou intelectual (IBGE, 2010).

Das deficiências, a visual é a que apresenta o valor mais expressivo (17,73% da população). A segunda maior deficiência é a motora (7,39% da população). Já o percentual de pessoas com deficiência auditiva era de 5,73% no

ano de 2010, o que representa cerca de 80 mil pessoas. Quanto a doença mental ou intelectual, os que se declararam com doença mental somaram 1,67% da população residente na capital (23.581 pessoas) em 2010.

O Quadro 4 mostra a distribuição das diferentes deficiências investigadas no território de Porto Alegre e aponta a GD Restinga/Extremo Sul como a região com o maior percentual de pelo menos uma dessas deficiências.

Quadro 4. Indicador da presença de pelo menos uma das deficiências investigadas por Gerência Distrital, Porto Alegre, 2010

Território	Indicador (%)	Absoluto	População
Porto Alegre	23,87	336.420	1.409.351
GD Restinga/Extremo Sul	28,15	26.990	93.584
Restinga	28,44	17.271	59.786
Extremo Sul	27,87	9.718	33.798
GD Norte/Eixo Baltazar	26,04	49.820	190.539
Norte	27,45	25.076	98.571
Eixo Baltazar	24,64	24.743	91.968
GD Sul/Centro Sul	25,43	49.445	191.681
Centro Sul	25,62	28.407	107.625
Sul	25,25	21.038	84.056
GD Noroeste/Humaitá/ Navegantes/Ilhas	23,76	41.153	184.502
Humaitá / Navegantes	24,51	12.752	46.282
Noroeste	21,71	28.401	129.800
Ilhas	8.420
GD Centro			277.426
Centro	23,66	65.479	277.426
GD Leste/Nordeste	23,18	36.195	150.962
Leste	24,57	28.083	111.569
Nordeste	21,79	8.112	39.393
GD Partenon/L. do Pinheiro	22,25	39.406	171.489
Lomba do Pinheiro	23,89	14.889	58.182
Partenon	20,62	24.518	113.307
GD Glória/Cruzeiro/Cristal	20,29	27.790	149.168
Cristal	20,61	5.700	30.282
Cruzeiro	21,92	14.335	61.450
Glória	18,34	7.756	57.436

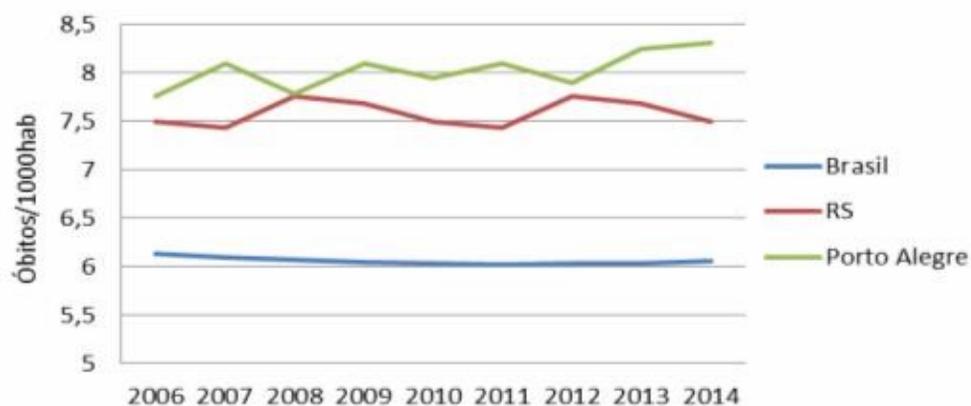
FONTE: Censo IBGE 2010/ObservaPOA – Porto Alegre em análise.

2.2.2 Panorama Epidemiológico

2.2.2.1 Mortalidade Geral

No período de 2006 a 2014, Porto Alegre apresentou coeficientes de mortalidade geral maiores do que os registrados para o Brasil e o Rio Grande do Sul (PORTO ALEGRE, 2014b).

Gráfico . Série histórica dos coeficientes de mortalidade geral (CMG) no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, 2006-2014



FONTE: Brasil, www.datasus.gov.br.

Em 2015, o coeficiente de mortalidade geral foi de 8,15 óbitos por 1.000 habitantes em Porto Alegre. Observa-se que, na série histórica, a partir de 2007, os coeficientes registrados para o DS do Cristal foram sempre maiores do que os do restante da cidade.

Tabela 4. Série histórica dos coeficientes de mortalidade geral (CMG) por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2006-2015

Distrito Sanitário	Ano (óbitos/1.000 habitantes)									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Cristal	6,97	10,51	12,5	10,77	11,05	15,5	11,71	11,22	8,98	9,73
Extremo Sul	7,97	7,64	7,19	7,76	8,07	8,19	8,96	8,66	7,48	8,49
Centro	8,18	8,09	7,81	8,26	8,82	8,58	8,6	8,92	8,53	8,3
Noroeste	8,06	7,92	7,75	7,68	9,2	9,38	8,39	9,55	8,64	8,21
Porto Alegre	7,76	8,1	7,78	8,09	7,94	8,1	7,9	8,25	8,27	8,15
Glória	7,73	7,59	7,9	8,77	8,48	8,41	8,02	8,02	8,0	7,84
Sul	6,77	6,87	6,97	7,59	7,76	7,71	7,86	8	7,39	7,84
Cruzeiro	6,62	6,58	7,05	6,86	7,47	8,04	7,32	7,87	8,98	7,55
Partenon	7,42	7,55	7,17	7,71	8,16	8,45	8,35	8,24	8,30	7,51
Centro Sul	6,79	6,98	6,84	7,27	7,69	8,07	8,04	7,99	8,23	7,25
Leste	7,01	6,76	6,89	7,14	7,45	7,8	7,35	7,91	7,77	7,18
Lomba do Pinheiro	6,96	6,72	6,49	6,29	6,97	7,47	7,17	7,23	7,56	6,85
Restinga	6,17	7,24	5,99	5,46	6,68	6,83	7,11	7,44	8,26	6,75
Eixo Baltazar	5,56	5,93	5,78	6,15	6,32	6,39	6,63	6,96	7,2	6,62
Norte	6,44	6,4	6,35	6,42	6,88	6,78	7,27	7,8	6,6	6,61
Nordeste	6,03	7,31	6,05	6,24	5,17	5,61	5,61	6,44	5,05	6
Humaitá Navegantes	8	8,35	8,24	8,61	6,11	6,41	6,05	6,32	6,7	5,73
Ilhas	-	-	-	-	6,48	4,56	5,4	6,6	6,29	4,2

FONTE: Sistema de Informação sobre Mortalidade/CGVS/Porto Alegre. *Dados preliminares.

Os maiores coeficientes de mortalidade de 0 a 1 ano de vida estão nos DS Ilhas, Nordeste e Restinga. Os DS Nordeste e Restinga também têm percentual de morte prematura maior que o restante da cidade para a faixa dos 15-49 anos.

Tabela 5. Mortalidade proporcional pela faixa etária por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2015

Distrito Sanitário	Faixa etária (anos)								
	<1	1-4	5-14	15-19	20-49	50-64	65 ou mais	Ignorado	(Vazio)
Porto Alegre	1,58	0,25	0,51	1,47	13,60	19,25	61,74	0,17	1,43
Humaitá Navegantes	2,28	0,98	0,33	2,28	15,96	18,89	58,31	0,00	0,98
Noroeste	1,09	0,10	0,00	0,20	6,12	16,88	74,83	0,00	0,79
Leste	2,94	0,25	0,25	1,10	13,73	23,16	57,48	0,00	1,10
Lomba do Pinheiro	3,24	0,50	1,50	2,99	18,95	27,43	44,14	0,00	1,25
Norte	2,16	0,31	0,62	1,70	18,52	19,91	54,32	0,00	2,47
Nordeste	4,22	0,84	2,11	2,53	24,89	23,63	40,08	0,00	1,69
Partenon	2,24	0,45	0,56	1,12	14,57	20,52	58,07	0,00	2,47
Restinga	3,58	0,48	1,19	3,82	22,91	21,00	44,63	0,00	2,39
Glória	2,44	0,00	0,44	2,00	17,07	21,73	54,32	0,00	2,00
Cruzeiro	0,61	0,15	0,30	4,09	16,21	22,42	55,00	0,00	1,21
Cristal	0,00	0,00	1,61	1,61	14,52	17,74	59,68	0,00	4,84
Centro Sul	0,51	0,25	0,51	1,01	11,11	21,72	63,76	0,00	1,14
Extremo Sul	1,03	0,34	0,34	2,41	13,75	22,34	57,73	0,69	1,37
Eixo Baltazar	1,58	0,16	0,32	1,58	15,06	21,24	58,32	0,00	1,74
Sul	0,45	0,00	0,60	1,35	11,28	17,44	67,67	0,00	1,20
Centro	0,95	0,09	0,30	0,35	6,18	12,61	78,62	0,04	0,86
Ilhas	8,33	0,00	0,00	0,00	11,11	27,78	50,00	0,00	2,78

FONTE: Sistema de Informação sobre Mortalidade/CGVS/Porto Alegre. Dados preliminares

Os óbitos por doença do aparelho circulatório são a primeira causa de óbito na cidade, seguidos pelas neoplasias e causas externas.

Territorialmente, as neoplasias são a primeira causa de óbito nos DS Humaitá/Navegantes, Partenon, Cristal, Centro e Ilhas. Nos DS Restinga, Nordeste, Norte e Lomba do Pinheiro estão as maiores proporções de óbitos por causas externas. Nos DS Noroeste, Partenon, Centro Sul, Extremo Sul e Centro, os óbitos por doenças do aparelho respiratório são mais prevalentes que as causas externas (Anexo 4).

Mortalidade por Raça/Cor/Etnia

As principais causas de óbito na série histórica de 2006 a 2015 são as mesmas em brancos e negros até o terceiro grupo de causas (por ordem): doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas. Já o quarto grupo é o das doenças do aparelho respiratório em brancos e das doenças infecciosas e parasitárias em negros. Nos indígenas, os dois primeiros grupos de causas são as mesmas, mas como terceiro grupo aparecem as doenças infecciosas e parasitárias.

Mortalidade Infantil

Nos últimos 10 anos, o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) de POA passou de 14,84 para 9,19 óbitos por 1.000 nascidos vivos (redução de 38%). Em 2015, o CMI foi de 9,19 para cada 1.000 nascidos vivos, menor do que o registrado para o estado (10,1) e o Brasil (13,8).

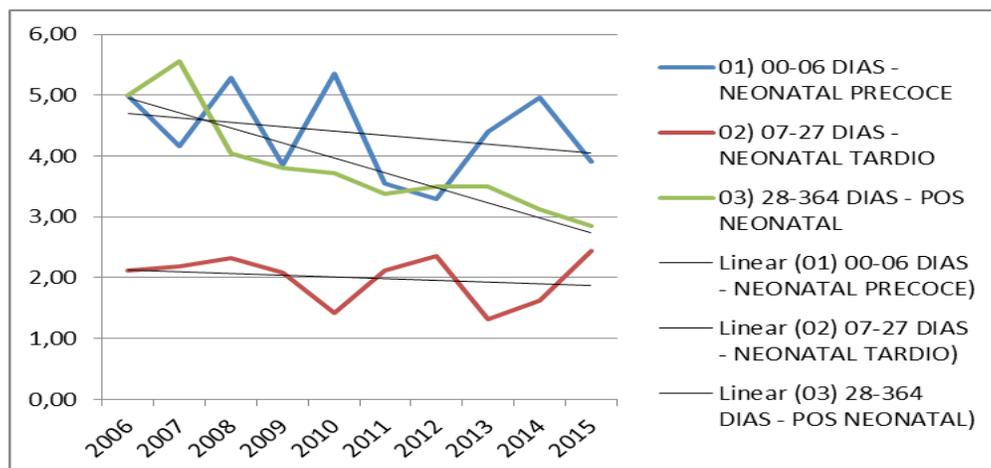
Tabela 6. Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) em Porto Alegre conforme raça/cor/etnia, 2006 a 2015

Raça/cor/etnia	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Branca	11,6	11,8	11,4	9,8	10,1	9,07	9,09	9,42	10,6	9,32
Negra	14,3	12,1	11,9	9,5	9	8	9,24	8,03	6,2	8,28
Total	12,13	11,90	11,64	9,7	10,48	9,04	9,15	9,22	9,71	9,19

FONTE: SIM/SINASC/EVV/CGVS/SMS/PMPA. Dados preliminares divulgados pelo SIM/CGVS.

Todos os coeficientes apresentam tendência de queda, sendo que a tendência de queda mais importante é verificada no componente pós-neonatal (45%).

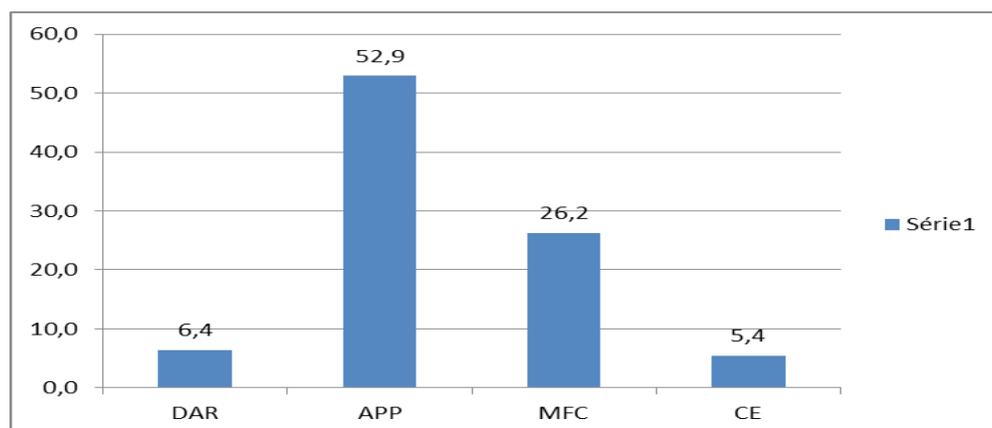
Gráfico . Distribuição percentual dos componentes neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal na composição do coeficiente de mortalidade infantil em Porto Alegre, 2006 a 2015



FONTE: SIM/SINASC Porto Alegre – RS. Dados preliminares divulgados pelo SIM e SINASC/CGVS.

Metade das crianças que foram a óbito no período teve como grupo principal de causas as afecções do período perinatal, com destaque para as afecções maternas (hipertensão e outros), doença da membrana hialina, corioamnionite e gravidez múltipla. No segundo grupo de causas, destacam-se as malformações congênitas, em especial as cardíacas. Entre as doenças respiratórias, o maior destaque é para as bronquites, seguidas das broncopneumonias. Para as causas externas, a inalação de conteúdo gástrico é o maior destaque (SIM/Porto Alegre).

Gráfico . Porcentagem dos principais grupos de causas da mortalidade infantil, Porto Alegre, 2006 a 2015



FONTE: SIM/EVEV/CGVS/SMS/PMPA DAR Doenças do Aparelho Respiratório, APP Afecções Próprias do Período Neonatal, MFC Mal Formações Congênitas, CE Causas Externas. *Dados preliminares.

O coeficiente de mortalidade infantil dos nove DS com coeficiente maior do que a média da cidade aparece na Tabela 7.

Tabela 7. Coeficiente de mortalidade infantil por Distrito Sanitário, Porto Alegre 2006 a 2015

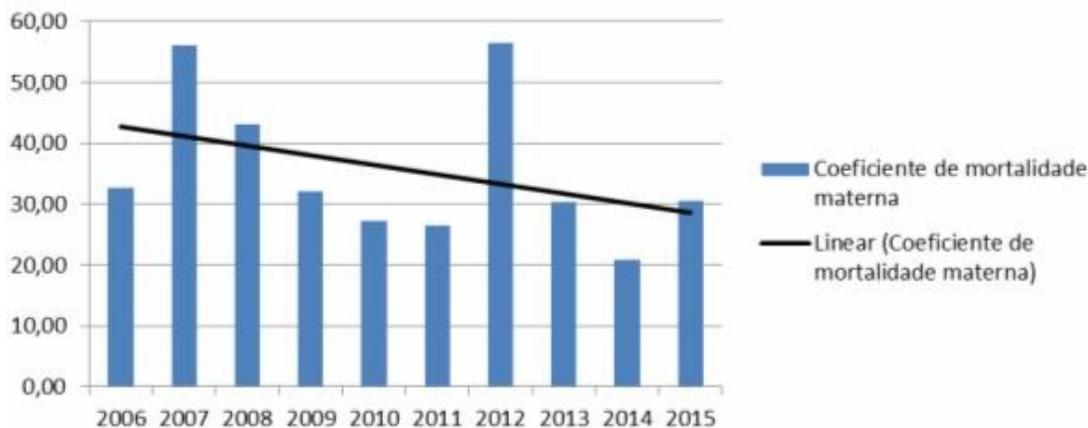
Distrito	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Humaitá	12,20	11,28	17,81	7,71	8,18	4,98	16,67	8,08	6,14	12,22
Navegantes	13,83	8,95	6,77	11,03	5,38	4,52	3,78	7,35	6,78	7,41
Noroeste	8,40	8,73	7,47	13,14	8,08	10,25	6,83	8,45	13,82	15,57
Leste	19,69	13,07	24,04	10,54	17,48	11,70	8,73	12,04	10,62	12,95
Lomba do Pinheiro	13,09	17,90	11,68	11,22	9,91	7,86	12,48	8,11	7,98	10,09
Norte	22,30	9,60	23,03	11,63	17,92	14,40	9,40	16,42	10,13	15,31
Nordeste	11,21	12,01	11,63	11,10	12,00	10,51	8,64	7,65	10,56	12,25
Partenon	12,20	13,10	13,02	9,27	9,41	8,01	15,53	15,60	11,71	15,63
Restinga	10,24	16,05	8,27	9,81	13,66	10,42	6,25	12,44	10,22	11,53
Glória	10,74	15,42	16,73	8,60	13,88	6,07	9,58	11,73	13,07	3,59
Cruzeiro	10,64	6,62	13,07	14,29	*	24,79	24,19	7,75	13,74	*
Cristal	9,15	9,13	6,74	9,90	12,15	12,08	8,99	11,20	11,39	3,10
Centro Sul	24,12	12,77	13,39	2,33	7,95	7,92	19,42	12,58	9,67	5,77
Extremo Sul	11,47	12,36	13,31	4,46	10,40	7,97	9,17	5,05	10,21	8,55
Eixo Baltazar	10,33	6,90	7,19	13,31	10,55	8,17	9,35	5,92	6,30	2,64
Sul	9,89	10,02	9,33	6,61	7,93	8,22	5,76	5,78	6,16	8,75
Centro	*	*	*	*	7,46	6,54	7,14	6,45	8,40	22,56
Ilhas	13,89	23,08	10,48	12,30	12,20	16,45	7,17	15,09	21,39	4,58
Ignorado										

FONTE: SIM/SINASC/EVV/CGVS/SMS/PMPA. *Dados preliminares divulgados pelo SIM/CGVS.

Mortalidade Materna

Ao longo de 10 anos, o coeficiente de mortalidade materna tem sofrido variações, com tendência de queda.

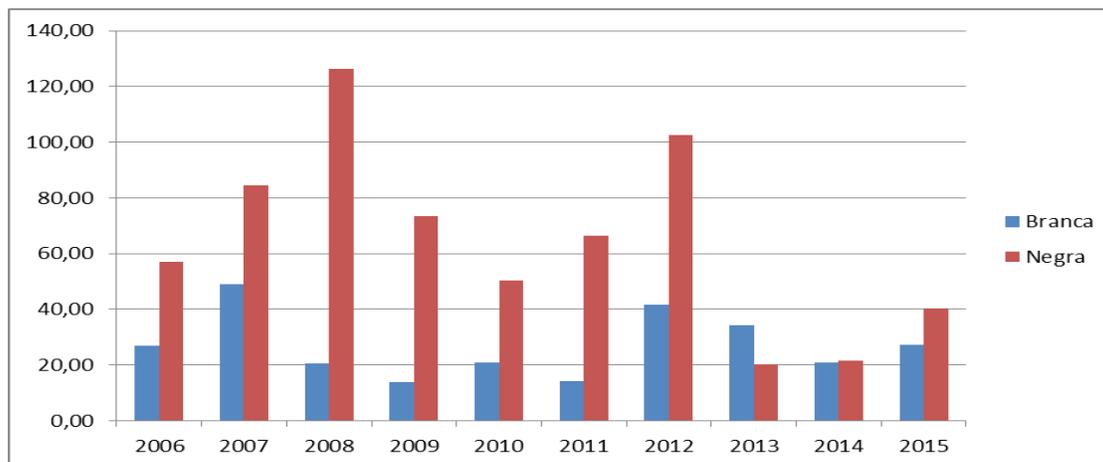
Gráfico - Série histórica do coeficiente de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos), Porto Alegre, 2006-2015



FONTE: Sistema de Informação sobre Mortalidade/CGVS/Porto Alegre. Dados preliminares 2015.

Exceto pelo ano de 2013, a mortalidade materna é maior em mulheres negras (Gráfico 7).

Gráfico - Série histórica do coeficiente de mortalidade materna por raça/cor/etnia, Porto Alegre, 2006-2015



FONTE: Sistema de Informação sobre Mortalidade e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos/CGVS/Porto Alegre. Dados preliminares 2015.

Mortalidade em Mulheres

Os distúrbios cardiovasculares são a principal causa de morte de mulheres no país (106 casos por 100.000 mulheres). As neoplasias são a segunda maior causa dos óbitos (58/100.000 mulheres). No município do Porto Alegre, entre 2006 e 2015, o coeficiente de mortalidade por doença cardiovascular foi de 222/100.000 mulheres, seguido das neoplasias, com coeficiente de 166/100.000 mulheres.

Dentre as neoplasias, aquelas que acometem os órgãos do aparelho digestivo representam a primeira causa de óbito (51/100.000 mulheres). O câncer de mama é o segundo maior responsável pelos óbitos por neoplasia em mulheres (27/100.000 mulheres), e o câncer do colo do útero aparece como quarta causa de morte por neoplasia.

Quantos às mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), a análise das médias das ocorrências no período entre 2006 e 2015 mostra as neoplasias (45 casos/100.000 mulheres) como principal causa de óbito. Nessa categoria, o câncer de mama é responsável pelo maior número de casos, seguido pelas neoplasias dos órgãos genitais. A doença causada pelo vírus HIV é a segunda maior causa de óbitos (38 casos por 100.000 mulheres nessa faixa etária).

Mortalidade em Homens

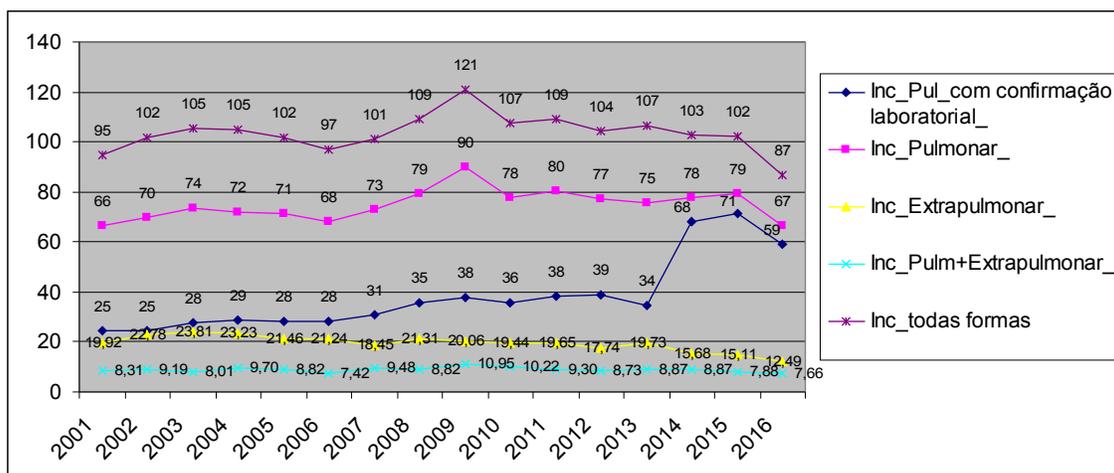
Os principais capítulos de causa de óbito de homens na série histórica de 2006 a 2015 são (por ordem): doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório.

2.2.2.2 Agravos Transmissíveis

Tuberculose

Porto Alegre apresenta uma alta endemicidade de tuberculose, com 1.315 casos novos de todas as formas clínicas no ano de 2016. No mesmo ano, foram registrados 888 casos novos da forma pulmonar com confirmação, que é a forma transmissível da tuberculose. Esses números posicionam Porto Alegre como a segunda capital em incidência (87 casos/100.000 habitantes) de tuberculose doença. A taxa média de incidência no Brasil foi de 31 casos/100.000 habitantes. No ano de 2016, houve uma queda na incidência em Porto Alegre em relação aos anos anteriores.

Gráfico . Série histórica da incidência da tuberculose por forma clínica em residentes de Porto Alegre, 2001 a 2016



FONTE: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMS/PMPA/IBGE 2010. Base de dados de 10/01/2017. Dados sujeitos a alterações.

A tabela 8 mostra a incidência por GD, com destaque para as incidências superiores ao geral da cidade (nas GDs Partenon/Lomba do Pinheiro, Restinga/Extremo Sul e Glória/Cruzeiro Cristal), com vistas à priorização de ação nas mesmas.

Tabela 8. Distribuição dos casos novos em todas as formas clínicas de tuberculose e incidência (casos /100.000 habitantes) por Gerência Distrital por ano diagnóstico, Porto Alegre, 2013 a 2016

Gerência Distrital	2013		2014		2015		2016	
	N	INC	N	INC	N	INC	N	INC
Centro	203	73	197	71	212	77	199	72
Glória/Cruzeiro/Cristal	173	116	172	116	199	134	161	108
Leste/Nordeste	209	138	202	134	185	122	137	91
Norte/Eixo Baltazar	176	93	189	100	175	93	170	90
Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas	133	72	129	70	120	65	132	72
Partenon/Lomba do Pinheiro	341	196	320	184	316	182	277	159
Restinga/Extremo Sul	96	102	107	113	93	99	124	131
Sul/Centro Sul	129	67	125	65	144	75	115	60
Total	1.460	104	1.441	102	1.444	102	1.315	87

FONTE: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMS/PMPA/IBGE 2010. Base de dados de 10/01/2017. Dados sujeitos a alterações.

Do total de casos novos de tuberculose positivos, apenas 52% foram curados, o que está distante da pactuação recomendada para Porto Alegre, que é de 65% de cura para os casos novos. Quanto ao abandono de tratamento, a coorte de tratamento do ano de 2015 mostra que o abandono dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial foi de 28%, quando a meta do Programa Nacional de Controle da Tuberculose – Ministério da Saúde é de que a taxa de abandono não supere 5%.

Tabela 9. Taxa de cura e abandono de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial por Distrito Sanitário em residentes de Porto Alegre, 2015

Distrito	Nº	% Cura	% Abandono
Centro	143	50	33
Glória	48	51	41
Cruzeiro	76	42	29
Cristal	28	46	46
Leste	83	42	35
Nordeste	35	48	23
Humaitá/Navegantes	36	47	33
Noroeste	35	63	14
Ilhas	6	66	33
Norte	62	57	18
Eixo/Baltazar	42	42	21
Lomba do Pinheiro	44	47	25
Partenon	205	50	23
Restinga	45	53	33
Extremo Sul	10	66	8
Centro Sul	55	55	26
Sul	52	65	19
Total	1005	52	28

Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVS/SMS/PMPA/IBGE 2010

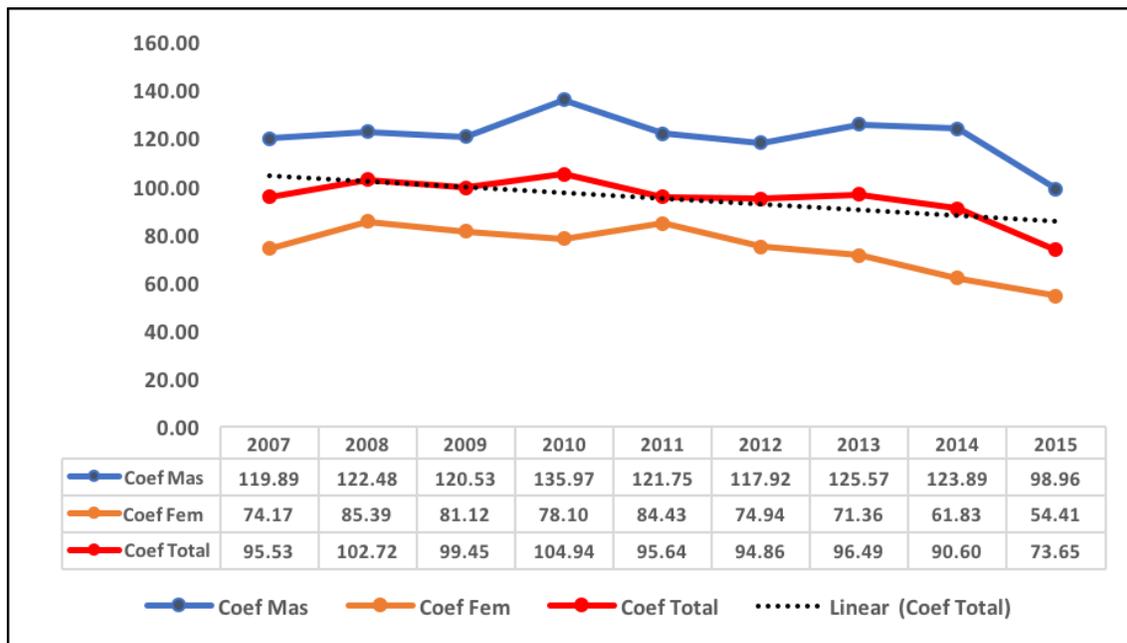
Quanto à raça/cor/etnia, as taxas de cura na população branca são maiores (62%) do que na população negra (37%). Quanto ao abandono de tratamento, a taxa de abandono é maior na raça negra (35%) em comparação à raça branca (23%).

A coinfeção HIV/tuberculose é alta no município, pois Porto Alegre também possui a maior incidência de AIDS entre as capitais de estado brasileiras. Em 2015, a taxa de coinfeção HIV e tuberculose pulmonar + extrapulmonar foi de 55% em Porto Alegre.

Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Humana

Porto Alegre é a capital e cidade com a maior incidência de casos de Aids no Brasil nos últimos 10 anos (série histórica de 2005 a 2015, Ministério da Saúde) (BRASIL, 2016d), com taxa média de 95,20 casos por 100.000 habitantes. Nos últimos 5 anos, porém, as incidências apresentam discreta queda, principalmente no ano de 2015, com 74 casos por 100.000 habitantes. O total acumulado de casos é de 28.497 (até 30 de junho 2016), sendo que, desses, 96,3% foram em adultos e 3,7% em crianças menores de 13 anos.

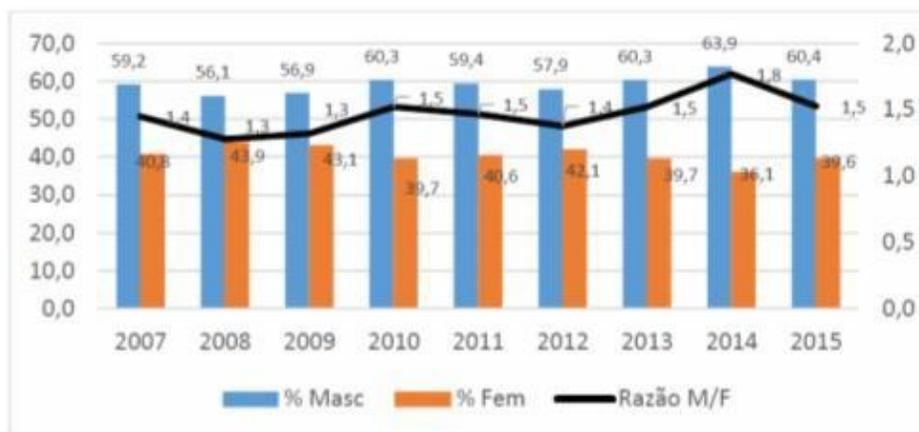
Gráfico . Coeficiente de detecção de AIDS em Porto Alegre por sexo, 2007 a 2015



FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN. Pop. IBGE 2010.

A distribuição dos casos de Aids por sexo apresenta razão de 1,5 caso em homens para cada mulher no ano de 2015. Em 2014, a razão foi de 1,8:1.

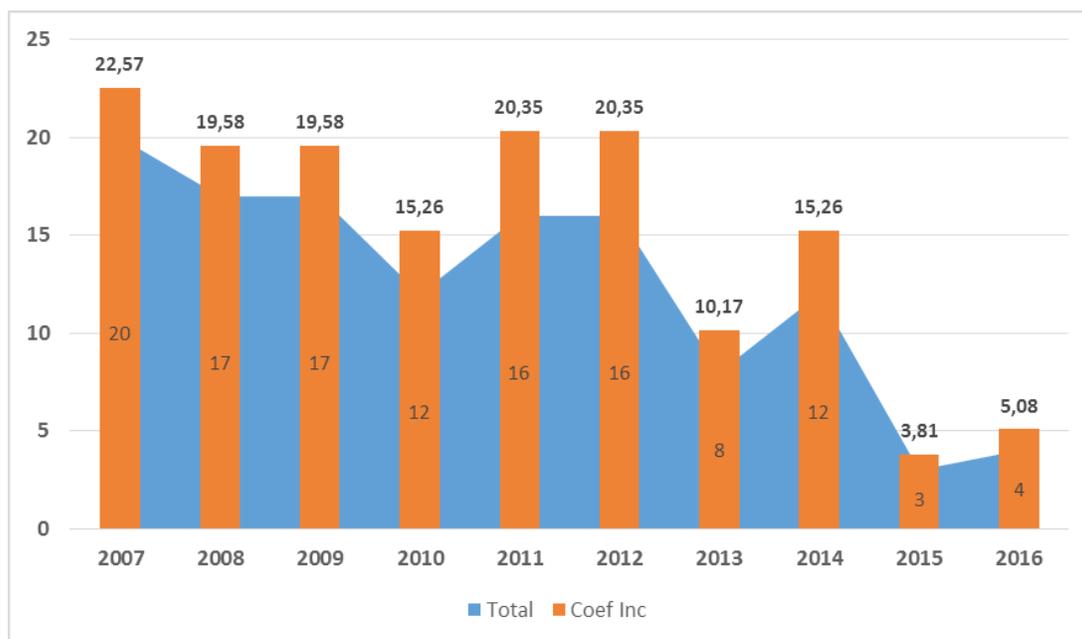
Gráfico . Razão de incidência de AIDS em Porto Alegre por sexo, 2007 a 2015



FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN.

Em relação aos casos de Aids em menores de 5 anos, Porto Alegre vem registrando queda da incidência, porém ainda com coeficientes além do esperado para a cidade. A média de gestações em mulheres soropositivas é de 400 casos/ano, e a taxa ainda se encontra acima de 5 casos para cada 100.000 habitantes.

Gráfico . Coeficiente de detecção e casos de Aids em Porto Alegre em menores de 5 anos, 2007 a 2015



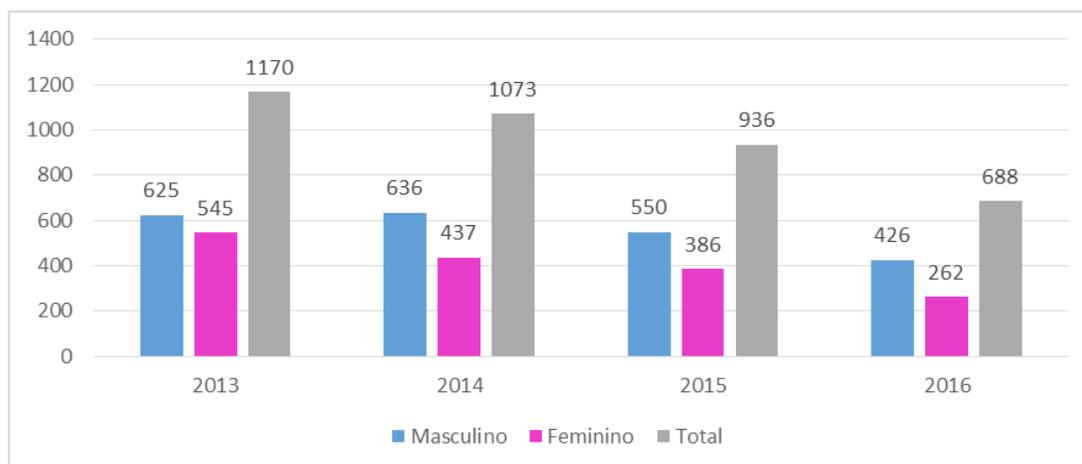
FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN. Pop. IBGE 2010.

O coeficiente de mortalidade por Aids em Porto Alegre também é o maior do Brasil. A queda desse indicador tem sido menor do que em outras cidades; porém, principalmente a partir de 2011, observa-se a redução. Em 2011 houve 32,21 casos por 100.000 habitantes, contra 24,12 casos por 100.000 habitantes em 2015.

Notificação de Casos de HIV Positivo que Não Apresentam Aids

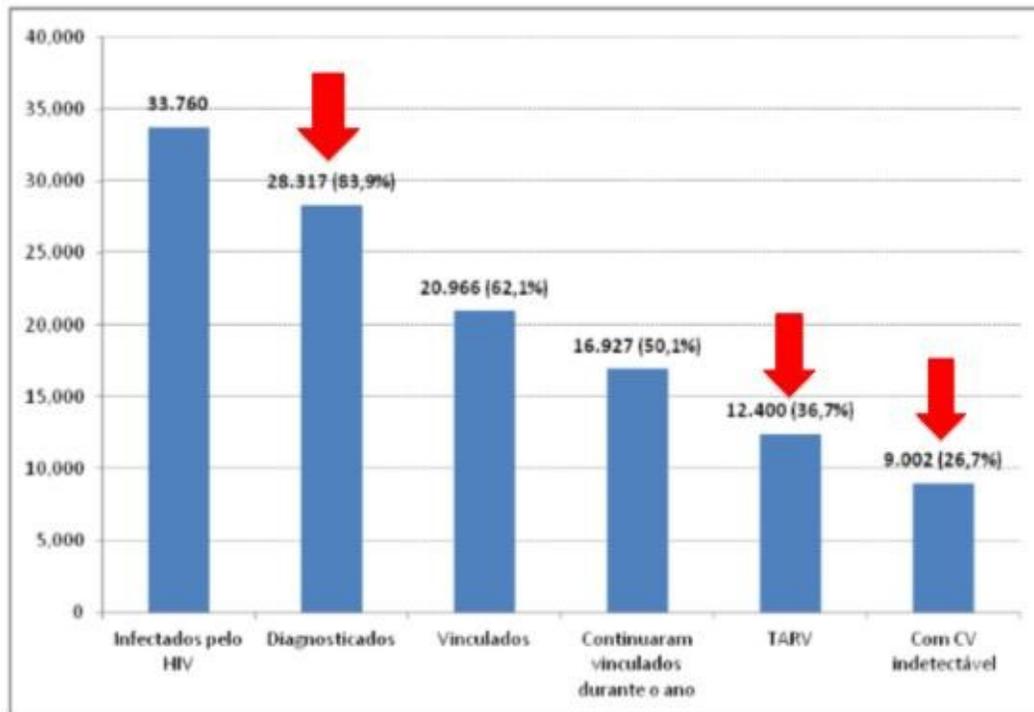
A vigilância epidemiológica do HIV iniciou em 2013 no município de Porto Alegre. Assim, ainda é necessária uma série histórica para produzir dados mais conclusivos (RIO GRANDE DO SUL, 2015). Entretanto, os dados desses três anos podem ajudar a definir algumas linhas de trabalho, embasando e auxiliando as políticas públicas. Foram 3.867 casos, como mostra o gráfico 12.

Gráfico . Distribuição dos casos notificados de HIV por sexo com diagnósticos, Porto Alegre, 2013 a 2016



FONTE: SINANNET/EVDT/CGVS/SMS/POA.

Gráfico . Cascata de pessoas que vivem com HIV/AIDS do município de Porto Alegre, referente ao ano de 2013

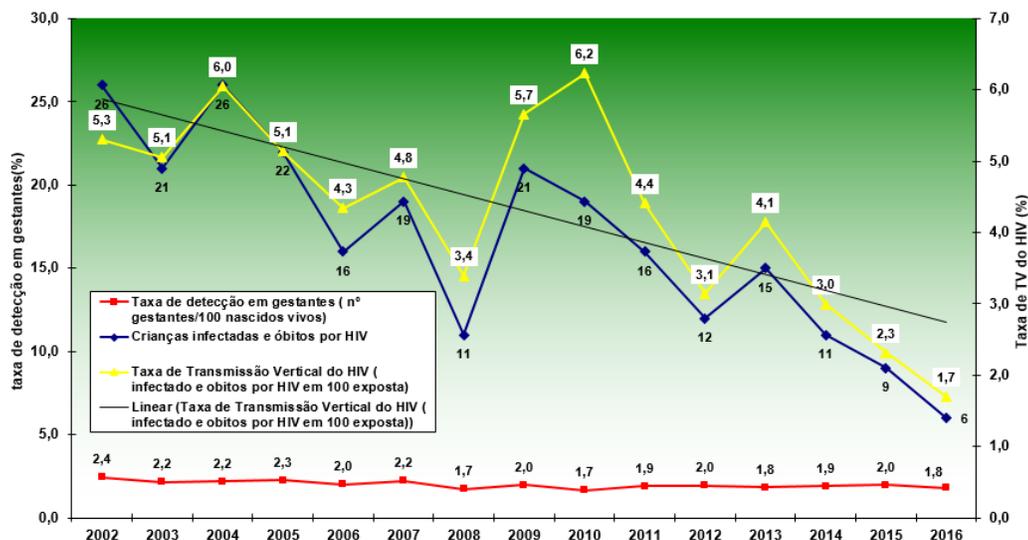


FONTE: SES/RS/Boletim Epidemiológico – No. 1 – 2015.

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 no acompanhamento da criança exposta até o desfecho de sua exposição. De 2002 a 2016, foram acompanhadas 6.076 gestações de mulheres com HIV. Nesse período, a taxa de transmissão vertical foi de 4,3%. Uma análise anual mostra tendência de diminuição da transmissão vertical do HIV, chegando, na coorte de crianças nascidas no ano de 2014, cujo encerramento da exposição ocorreu em 2016, a uma taxa de 3%, com 11 crianças infectadas (Gráfico 14). As nascidas em 2015 e 2016 ainda estão em acompanhamento.

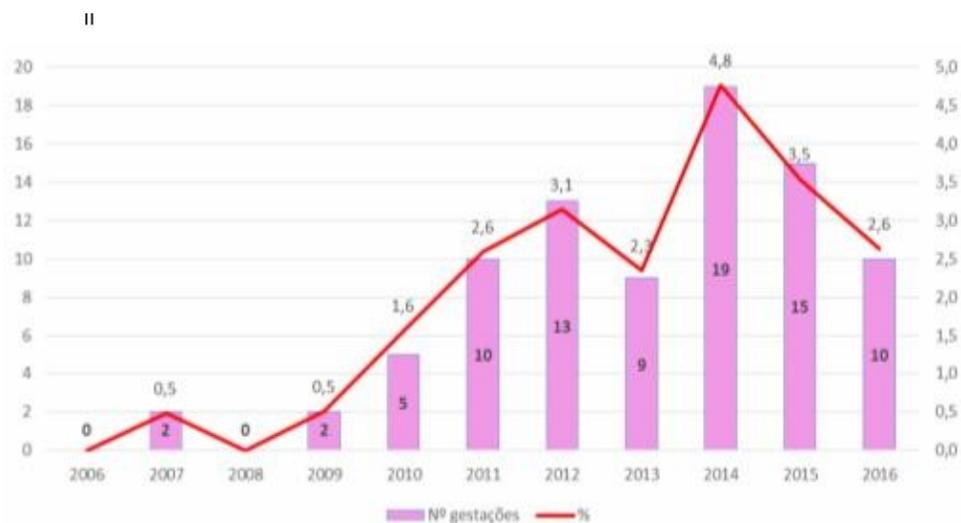
Gráfico . Distribuição da taxa de detecção de gestantes com HIV, taxa de transmissão vertical do HIV e número de crianças infectadas por transmissão vertical em Porto Alegre, 2002 a 2016



FONTE: SINANW/EVDT/CGVS/SMS/PA. **Dados SINANW captados 16/01/2017.

A taxa de transmissão vertical não é homogênea no território de Porto Alegre. A GD Partenon/Lomba do Pinheiro tem mantido taxas maiores que a cidade nos últimos anos. A maior taxa, no entanto, é verificada na GD Restinga/Extremo Sul. A faixa etária preponderante nas gestantes portadoras do HIV é de 25-29 anos, com escolaridade de 4-7 anos de estudo. A análise de raça/cor/etnia revela uma taxa de transmissão vertical de 40% na população negra – o dobro da taxa registrada para a população geral de Porto Alegre, que, de acordo com o IBGE, é de 20%.

Gráfico . Distribuição dos casos e percentual de gestantes com HIV que são casos de transmissão vertical, 2006 a 2016



FONTE: SINANW/EVDT/CGVS/SMS-POA. *Pelo menos uma consulta.

Sífilis

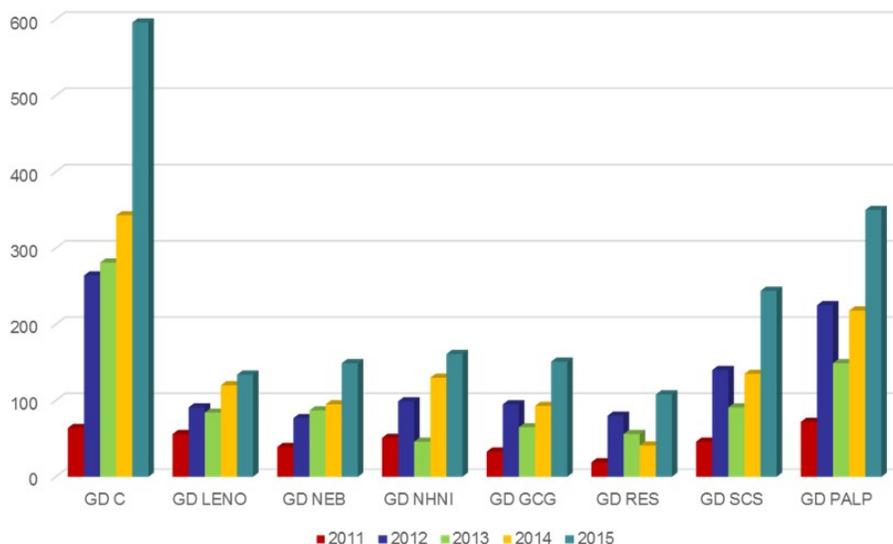
Iniciada no ano de 2011, a notificação de sífilis adquirida em Porto Alegre é realizada principalmente por notificação laboratorial, sem dados de identificação do sujeito além de idade e residência. Considera-se que, apesar do grande número de casos, haja grande subnotificação do agravo.

Gráfico . Distribuição dos casos de sífilis adquirida em Porto Alegre por ano de diagnóstico, 2012 a 2016



FONTE: SMS/CGAVS/EVDT/SINAN. Casos até 10/03/2016.

Gráfico . Distribuição dos casos de sífilis adquirida em Porto Alegre por Gerência Distrital de saúde e ano de diagnóstico, 2011 a 2015



SMS/CGVS/EVDT/SINAN
*Casos até 17/11/2015

Casos de Sífilis Adquirida em Porto Alegre, distribuição por Gerência Distrital de Saúde e ano diagnóstico 2011 a 2015*

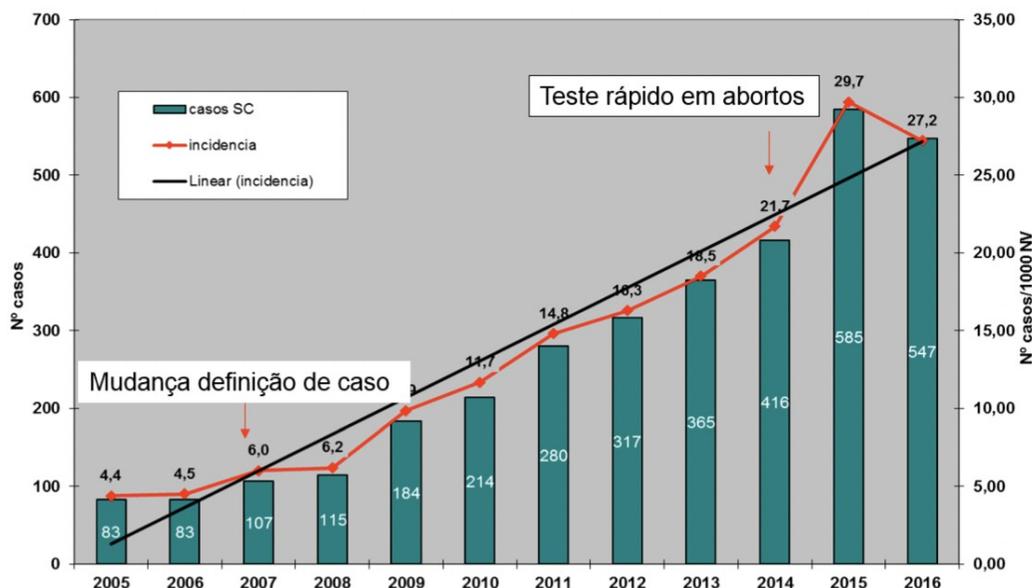
FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN. *Casos até 17/11/2015.

Sífilis Congênita

A vigilância da sífilis congênita é realizada em Porto Alegre desde o ano de 1995. Com a implementação da notificação da sífilis em gestante em Porto Alegre, em 2007, essa 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 preconiza uma taxa de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos. Porém, segundo o Boletim Epidemiológico da Sífilis do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016b), todas as regiões do Brasil aumentaram seus casos de sífilis, com o Rio Grande do Sul tendo 6,9 caso/1.000 nascidos vivos, e sendo Porto Alegre a capital com maior incidência do país.

Gráfico . Distribuição dos casos e taxa de incidência da sífilis congênita em Porto Alegre, 2005 a 2016



FONTE: SINSN_NET/EVDT/CGVS/SMS/POA. Dados sujeito a revisão.

A incidência da sífilis congênita mantém tendência de aumento ao longo dos últimos anos em Porto Alegre e tende a aumentar mais, porque o diagnóstico de sífilis em casos de aborto está aumentando, sendo todo caso de aborto em gestante com sífilis não tratada considerado caso de sífilis congênita.

A distribuição da incidência de sífilis congênita não é homogênea no território de Porto Alegre (Tabela 10). Destacam-se os DS Cristal, Restinga, Partenon, Nordeste, Lomba do Pinheiro, Ilhas, Leste, Norte, e Humaitá/Navegantes.

Tabela 10. Incidências de sífilis congênita por Distrito Sanitário em Porto Alegre, 2014 a 2015

Distrito Sanitário	Taxa de incidência de Sífilis Congênita	
	2014	2015
Unidades sem localização de endereço	7,9	1,97
Humaitá/Navegantes	36,5	29,67
Noroeste	8,9	14,82
Leste	19,5	35,69
Lomba do Pinheiro	42,5	41,83
Norte	15,2	33,86
Nordeste	37,0	44,41
Partenon	34,5	52,7
Restinga	37,2	55,21
Glória	21,5	28,30
Cruzeiro	28,8	25,16
Cristal	118,4	90,91
Centro Sul	15,5	26,34
Extremo Sul	21,0	17,31
Eixo Baltazar	16,0	29,94
Sul	14,2	25,53
Centro	12,7	15,12
Ilhas	57,7	30,08
Incidência Porto Alegre	21,4	28,8

FONTE: SINSN_NET/EVDT/CGVS/SMS/POA

O percentual de realização de pelo menos uma consulta de pré-natal nos casos de sífilis congênita cresceu de 70% em 2007 para 84% em 2016 (Tabela 11). O percentual de não realização de tratamento para sífilis no pré-natal diminuiu ao longo do período analisado; contudo, o tratamento foi considerado inadequado em 78%, sendo 54% em virtude do não tratamento do parceiro no ano de 2016.

Tabela 11. Total de casos de sífilis congênita em Porto Alegre, percentual e casos com pré-natal (PN) e percentual de NÃO tratamento da gestante e do parceiro

Ano	Total casos	Casos com pré-natal	Gestante com pré-natal e tratamento não realizado	Gestante com pré-natal e tratamento inadequado	Pré-natal e tratamento no parceiro não realizado
2007	107	85(79%)	44(51%)	36(42%)	68(80%)
2008	115	83(72%)	41(49%)	37(45%)	60(72%)
2009	184	129(70%)	52(40%)	69(53%)	63(49%)
2010	214	154(72%)	61(40%)	70(45%)	87(56%)
2011	280	196(70%)	49(25%)	106(54%)	100(51%)
2012	317	233(73%)	42(18%)	179(77%)	120(52%)
2013	365	272(75%)	42(15%)	218(80%)	104(38%)
2014	416	298(72%)	44(15%)	213(71%)	122(41%)
2015	585	427(73%)	65(15%)	351(82%)	203(48%)
2016	573	477(83%)	80(14%)	370(65%)	256(45%)

FONTE: PMPA/SMS/CGVS/SINAN.

As incidências de sífilis congênita se mantêm nos mesmos valores entre as crianças em geral e na de raça/cor/etnia negra. Entretanto, na avaliação da raça/cor/etnia em gestantes com sífilis, o percentual da raça/cor/etnia negra é maior do que na população em geral, que é de 20%, mostrando um risco relativo (RR) de 1,2 para a gestante negra em relação à branca no ano de 2016. Esse RR foi de 1,4 no ano de 2015.

A sífilis em gestantes mostra tendência de aumento ao longo do período analisado, mas ainda se mantêm abaixo do número de casos de sífilis congênita, relação que deveria ser contrária, ou seja: deveria haver mais casos de sífilis em gestante que, se tratadas, não se tornariam caso de sífilis congênita. Entretanto, como nos últimos anos 30% dos casos de sífilis congênita, em média, não tinham realizado o pré-natal, essa diferença se mantêm, pois serão casos não diagnosticados de sífilis na gestação.

Gráfico . Distribuição dos casos de sífilis em gestante e sífilis congênita em Porto Alegre, 2007 a 2016

FONTE: SINANNET/EVDT/CGVS/SMS/POA

Doenças Imunopreveníveis

Em relação às doenças imunopreveníveis, observou-se um importante decréscimo na incidência e mortalidade pela maioria das doenças ao longo dos anos. Entretanto, algumas doenças ressurgiram, como a caxumba, que apresentou vários surtos na cidade no ano de 2016.

Caxumba

Tabela 12. Evolução dos casos de caxumba em Porto Alegre

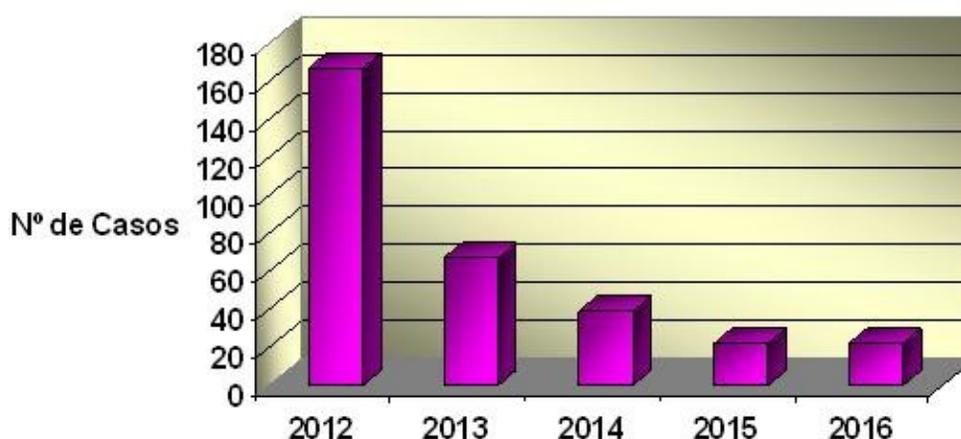
Ano	Frequência
2014	12
2015	137
2016	3810

FONTE: SINAN NET/EVDT/SMS/PMPA

Coqueluche

Doença infecciosa aguda que apresentou um declínio importante após a introdução da vacina DPT em 1973. Observa-se, porém, um recrudescimento da coqueluche no Brasil e em outros países nas últimas décadas. No período de 2012 a 2016, foram confirmados 317 casos de pacientes hospitalizados por coqueluche, com pico em 2012, como demonstra o gráfico 20.

Gráfico . Incidência de coqueluche-positivos hospitalizados, Porto Alegre 2012 a 2016



FONTE: SINAN NET/EVDT/SMS/PMPA ATUALIZADOS EM 20/02/2017.

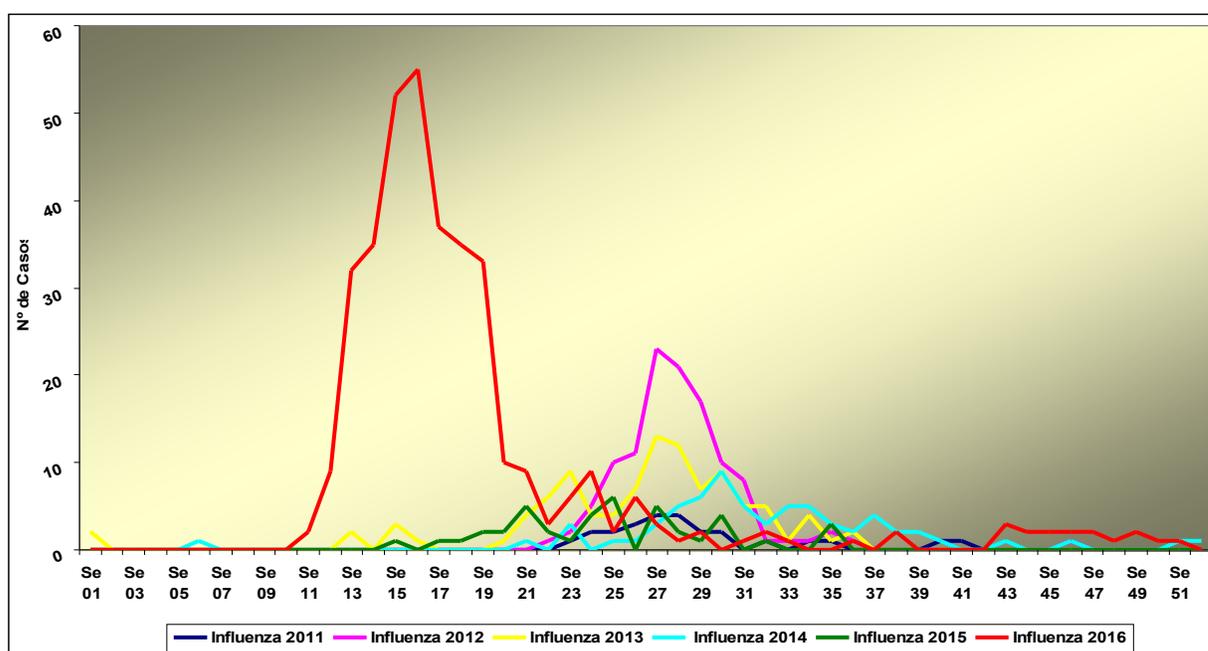
Em relação à faixa etária, a maior parte é de crianças abaixo de 1 ano, pois os números refletem os pacientes hospitalizados por coqueluche. Dos casos hospitalizados em 2016 por coqueluche, a ampla maioria não possuía vacinação, até porque se tratam de crianças abaixo de 6 meses (algumas abaixo de 2 meses, idade da primeira dose). Tivemos dois óbitos em 2012, um óbito em 2013 e nenhum desde então.

Influenza

Com relação à frequência de casos de Influenza pós-pandemia de 2009, quando circulou a Influenza do tipo A (H1N1), em 2010, após intensas campanhas de vacinação, não ocorreram casos de Influenza em Porto Alegre. Nos anos de 2011, 2012 e 2013 predominou a circulação do vírus Influenza A de subtipo

(H1N1). Já em 2014 e 2015 circulou a Influenza A (H3N2). No ano de 2016 observou-se um aumento significativo de casos de Influenza A (H1N1), com início antecipado da ocorrência de casos positivos comparativamente aos anos anteriores, fora do período considerado da sazonalidade da doença e antes do início da campanha de vacinação, que ocorria na segunda quinzena de abril. O pico do número de casos foi atingido na semana epidemiológica (SE) 16, portanto tardiamente.

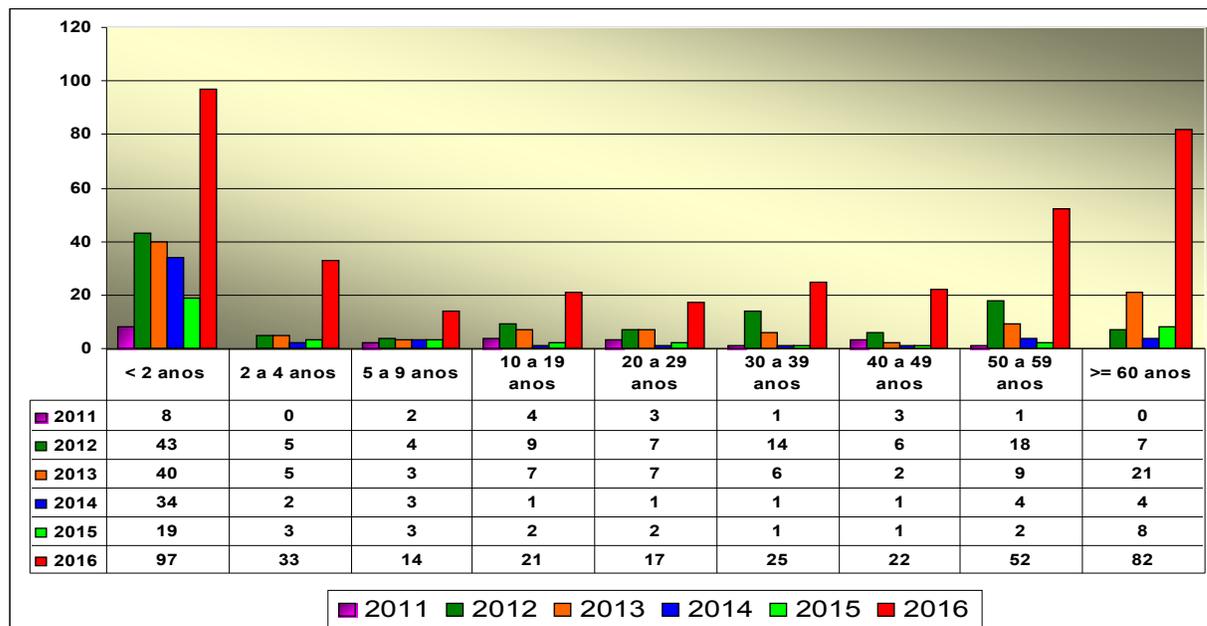
Gráfico . Frequência de casos de influenza em Porto Alegre por semana epidemiológica de início de sintomas, 2011 a 2016, até SE 52



FONTE: SINAN WEB. Dados atualizados em 10/01/2017, sujeitos à alteração.

Quanto à distribuição do número de casos de Influenza A por faixa etária, observamos, no período de 2011 a 2016, predomínio de acometimento nos indivíduos com menos de 2 anos ou naqueles com idade de 60 anos ou mais.

Gráfico . Distribuição do número de casos de Influenza A em Porto Alegre segundo faixa etária, 2011 a 2016, até SE 52

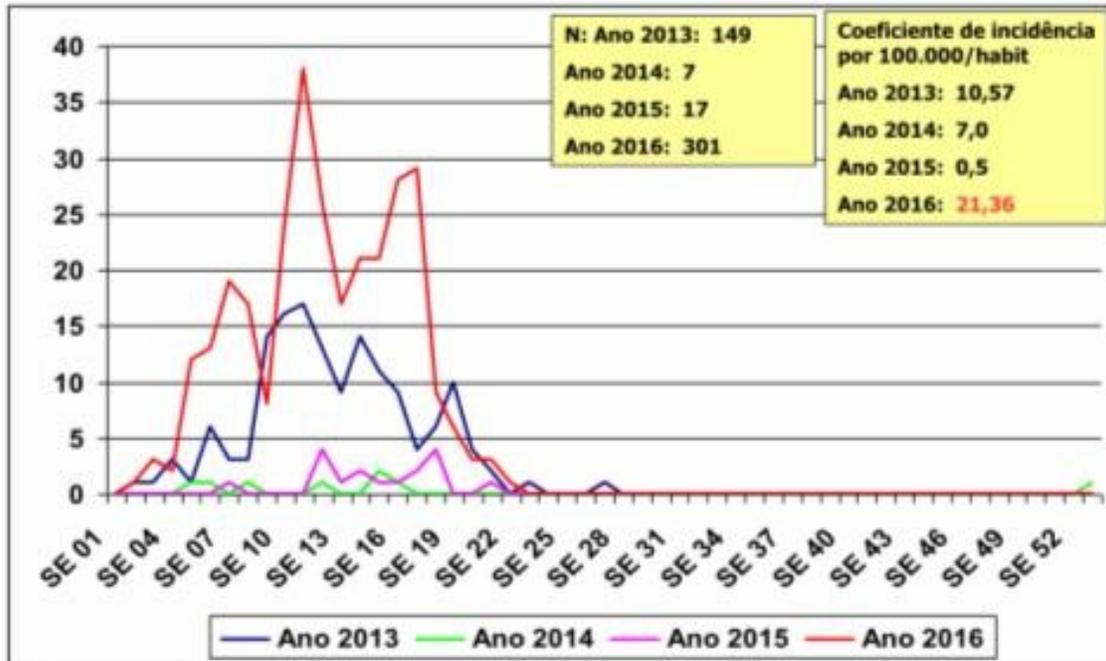


FONTE: SINAN WEB. Dados atualizados em 10/01/2017, sujeitos à alteração.

Dengue

Em 2013, ano em que ocorreu importante transmissão de dengue em nossa cidade, foram investigados 1.199 casos suspeitos de dengue em moradores de Porto Alegre. Desses, 969 foram descartados e 220 confirmados. Apesar da diminuição do número de casos notificados e também confirmados nos anos seguintes (2014 e 2015), em 2016, até a SE 52, foram investigados 1.871 casos em moradores de Porto Alegre. Desses, 1.496 foram descartados, 355 confirmados e 19 seguem em investigação. Foram 301 casos autóctones (taxa de incidência de 21,36 casos em cada 100.000 habitantes).

Gráfico . Série histórica de casos autóctones de dengue em Porto Alegre por semana epidemiológica de início dos sintomas, 2013 a 2016, até SE 52



FONTE: SINANONLINE/Dengue

Do total de casos confirmados, 54 são importados e concentram-se em residentes das regiões centrais da cidade, principalmente.

Leishmaniose visceral

O primeiro caso de leishmaniose visceral humana em Porto Alegre ocorreu em setembro de 2016, embora anteriormente já houvesse registro de casos de cães sorologicamente positivos em alguns bairros, com emissão de alertas epidemiológicos. A paciente foi uma criança de 1 ano e 7 meses, sem histórico de viagem e moradora de uma ocupação irregular em área de risco localizada no bairro Protásio Alves, que vinha apresentando, desde o mês de maio, um quadro de febre persistente, emagrecimento, fraqueza, anemia e hepatoesplenomegalia. A paciente recebeu tratamento com anfotericina lipossomal, mas, devido à gravidade do quadro, evoluiu para óbito.

A partir desse primeiro caso autóctone de leishmaniose visceral humana, além da emissão de alerta epidemiológico para os serviços de saúde, foram

realizadas inúmeras ações com o objetivo de prevenção de novos casos. Desde então ocorreram mais dois casos suspeitos, ambos descartados por sorologia e biópsia de medula, e uma segunda morte, em paciente adulto do sexo masculino, em fevereiro de 2017.

Estudos dos insetos vetores das leishmanioses iniciaram em 2002, no município, com a confirmação do primeiro caso humano autóctone da leishmaniose tegumentar americana. Casos caninos da leishmaniose visceral foram confirmados a partir de 2010, demandando simultaneamente pesquisas entomológicas nas áreas de transmissão. A partir da confirmação do primeiro caso humano autóctone da LV, iniciou-se um levantamento dos insetos vetores (flebotomíneos) na área da residência da paciente, utilizando cinco armadilhas luminosas (tipo CDC), dispostas durante três noites consecutivas por mês. O período de amostragem será de 1 ano.

Leptospirose

O coeficiente de letalidade da leptospirose em Porto Alegre, embora variável, se mantém em níveis inferiores comparados à média nacional de 22%.

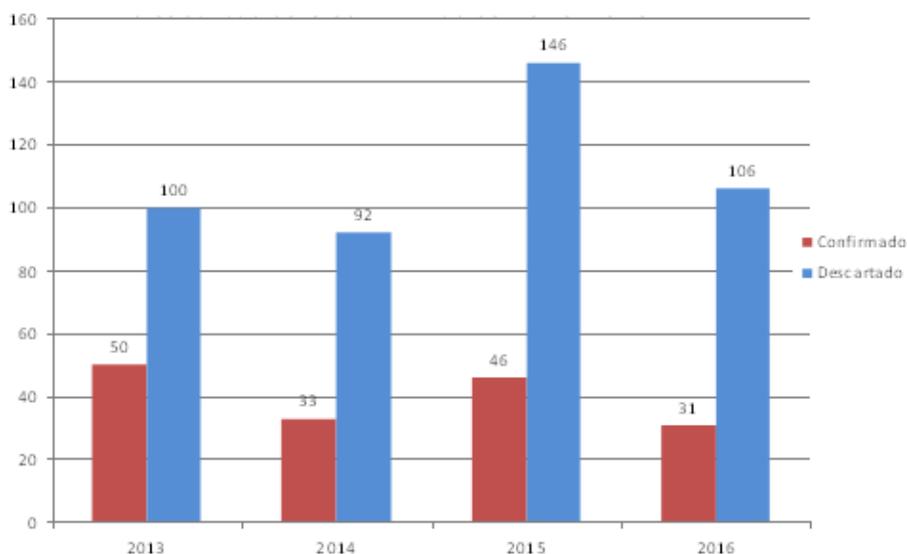
Tabela 13. Letalidade da leptospirose em Porto Alegre, 2013 até 2016

Ano	Cura	Óbito pelo agravo notificado	Letalidade (%)
2013	46	4	8,7
2014	28	5	17,8
2015	40	6	15,9
2016	29	2	6,9
Total	143	15	10,5

FONTE: SINAN NET/EVDT/SMS/PMPA.

O gráfico 24 mostra os casos investigados e confirmados de leptospirose em moradores de Porto Alegre de 2013 até 2016, sendo que o último ano não está concluído.

Gráfico . Casos Descartados e confirmados de leptospirose em moradores de Porto Alegre, 2013 a 2016



FONTE: SINAN NET/EVDT/SMS/PMPA. Dados sujeito à alteração.

O sexo masculino, mais exposto aos fatores de risco, representa a maioria dos casos confirmados. De 2013 a 2016, ocorreram 128 casos do sexo masculino e 32 casos do sexo feminino. Da mesma forma, os adultos geralmente representam o maior número de casos. Chamam a atenção os 12 casos confirmados em menores de 14 anos de 2013 a 2016, ligados às condições ambientais precárias de habitação.

2.2.2.3 Doenças e Agravos não Transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis – DCNT estão entre os maiores problemas de saúde pública da atualidade. Estimativas da Organização Mundial da Saúde – OMS mostram que as DCNT são responsáveis por 63% de todas as 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008 (WHO, 2011a). No Brasil as DCNT são igualmente relevantes, tendo sido responsáveis, em 2011, por 68,3% do total de mortes, com destaque para doenças cardiovasculares (30,4%), neoplasias (16,4%), doenças respiratórias (6%) e diabetes (5,3%) (MALTA et al., 2014).

Na série histórica, entre 2006 e 2015 (item 2.2.2.1 Mortalidade Geral), a

maior proporção de causas de óbito, independentemente do sexo, ocorreu por doenças do aparelho circulatório. A segunda maior proporção se deu pelas neoplasias malignas. No ano de 2015, no entanto, as doenças do aparelho circulatório seguiram ocupando o 1º lugar entre as mulheres, mas deslocaram-se para o 2º lugar entre os homens, sendo a 1ª causa de óbito no sexo masculino as neoplasias. A partir do terceiro lugar, na série histórica de 2006 a 2015, observou-se uma variação das proporções de óbitos de acordo com sexo. Para as mulheres, o terceiro lugar foi ocupado pelas doenças do aparelho respiratório. Já para os homens, as causas externas ocuparam o terceiro lugar.

Em relação às doenças do aparelho circulatório como um todo, na população até 64 anos houve predomínio marcante do sexo masculino, na razão de 2 para 1, aproximadamente.

Tabela 14. 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, 2006-2015

Faixa Etária	20-49 anos				50-64 anos				65 anos ou mais			
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
Ano	Nº	Coef.	Nº	Ano	Nº	Coef.	Nº	Ano	Nº	Coef.	Nº	Ano
2015	53	15,42	104	33,52	186	136,42	341	330,04	1354	1433,03	953	1792,36
2014	63	18,34	87	28,04	222	162,83	318	307,78	1462	1547,34	1007	1893,93
2013	65	18,92	98	31,59	240	176,03	323	312,62	1440	1524,05	1018	1914,61
2012	67	19,5	109	35,13	206	151,09	331	320,36	1462	1547,34	958	1801,77
2011	58	16,88	114	36,74	236	173,1	380	367,79	1578	1670,11	1045	1965,39
2010	72	20,95	115	37,07	225	165,03	341	330,04	1490	1576,97	1086	2042,51
2009	68	20,35	114	38,55	218	215,35	370	479,9	1493	2037,97	995	2472,48
2008	72	21,55	113	38,21	238	235,11	373	483,79	1440	1965,63	963	2392,96
2007	66	19,75	113	38,21	248	244,99	402	521,4	1478	2017,5	1019	2532,12
2006	70	20,95	151	51,06	232	229,18	380	492,87	1457	1988,83	928	2305,99

FONTE: Banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade – Equipe de Vigilância de Eventos Vitais/CGVS, SMS de Porto Alegre.

Como se pode observar na tabela 14, os coeficientes de mortalidade pelas doenças do aparelho circulatório apresentam uma tendência decrescente em todas as faixas de idade e sexo. Esses dados sugerem maior sobrevivência nos casos existentes, seja por acesso aos serviços, seja por maior disponibilidade de novas tecnologias de tratamento, uma vez que não se evidencia a diminuição no número geral de casos por este agravo.

As doenças cerebrovasculares – os acidentes vasculares cerebrais (AVC) são a primeira causa de óbitos no mundo e no Brasil. 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, já se verifica a ocorrência de óbito por essas doenças em idade precoce, dos 20 aos 49 anos, com aumento importante dos coeficientes de mortalidade entre 50 e 64 anos. Independentemente da idade, o sexo masculino apresenta maior risco de óbito por AVC.

Para a mortalidade por neoplasias, não há diferença significativa nos coeficientes entre os sexos na faixa etária de 20 a 49 anos. Entretanto, o coeficiente aumenta significativamente na faixa etária seguinte, de 50 a 64 anos, com predominância no sexo masculino. O mesmo ocorre na última faixa analisada, acima de 65 anos.

Tabela 15. Série histórica dos coeficientes de mortalidade (por 100.000 Habitantes) por neoplasias malignas (CID C00_97) segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 2006 a 2015

Faixa Etária	20-49 anos				50-64 anos				65 anos ou mais			
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
Ano	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.
2015	114	33,18	109	35,13	357	261,85	415	401,66	907	959,94	863	1623,1
2014	109	31,72	98	31,59	334	244,98	413	399,73	849	898,56	823	1547,87
2013	115	33,47	85	27,4	366	268,45	400	387,14	869	919,72	872	1640,02
2012	126	36,67	109	35,13	374	274,32	371	359,08	795	841,4	797	1498,97
2011	131	38,13	108	34,81	379	277,98	401	388,11	834	882,68	806	1515,89
2010	123	35,8	97	31,26	372	272,85	365	353,27	844	893,26	750	1410,57
2009	119	35,62	123	41,59	326	322,04	369	478,6	791	1079,73	794	1973,01
2008	125	37,41	104	35,16	332	327,97	343	444,88	781	1066,08	771	1915,86
2007	111	33,22	115	38,88	356	351,67	365	473,41	732	999,19	733	1821,43
2006	142	42,5	112	37,87	338	333,89	345	447,47	770	1051,07	701	1741,92

FONTE: Banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade – Equipe de Vigilância de Eventos Vitais/CGVS, SMS de Porto Alegre.

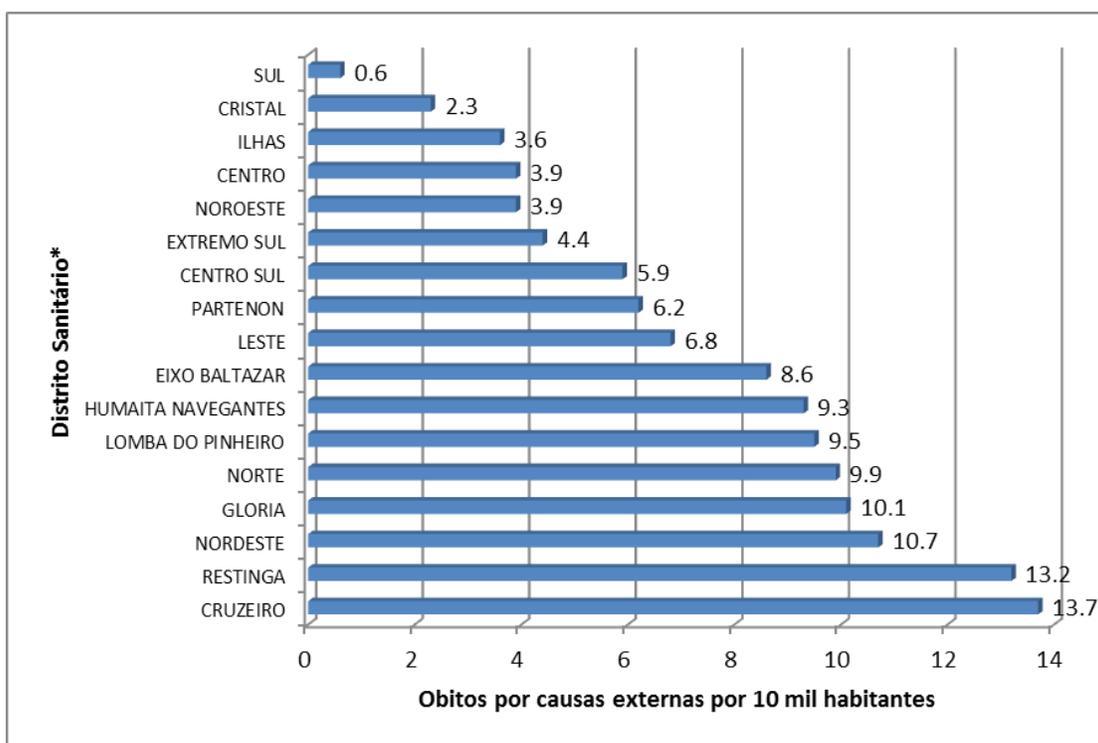
2.2.2.4 Acidentes e Violências – Causas Externas

As causas externas de mortalidade - capítulo XX da CID10 (acidentes e violências) ocuparam a quarta causa de mortalidade geral em Porto Alegre nos anos de 2009 a 2013, passando em 2014 para a terceira posição. No ano de 2015 ocorreram 11.489 óbitos na cidade, sendo 1.203 por causas externas (10,47% do

total de óbitos). O coeficiente de mortalidade por causas externas em 2015 foi de 85,38 óbitos para cada 100 mil habitantes.

O gráfico 25 apresenta os coeficientes de mortalidade por causas externas por DS e mostra que pessoas moradoras da Restinga e Cruzeiro estão mais expostas a esses eventos.

Gráfico . Coeficiente de mortalidade (óbitos por 10.000 habitantes) por causas externas segundo Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2015



FONTE: SIM- 2015. Dados preliminares.

Para 18,5% dos óbitos por causas externas (223 casos) não temos definição de endereço quanto ao DS de moradia da vítima. Dessa forma, os coeficientes podem variar para mais ou para menos.

Dos óbitos por causas externas em 2015, 20,2% (n = 243) ocorreram em mulheres e 79,8% (n = 960) em homens. Por sua vez, na mortalidade geral, os homens representaram 51,2% (n = 5.604) e as mulheres, 48,8% (n = 5.881). Para cada óbito de mulheres por causas externas, temos 3,9 óbitos de homens.

Em relação à raça/cor da pele/etnia, pessoas de raça branca representaram 72,9% (n = 877) do total de óbitos por causas externas, seguidas de pessoas da raça preta (n = 162; 13,5%) e parda (n = 145; 12,1%). Isso indica maior vulnerabilidade de pessoas pretas e pardas, que representam 20,2% da

população, a situações de violência (IBGE, 2010).

Tabela 16. Causas externas por agrupamento de causas segundo sexo, Porto Alegre, 2015

Causas Externas	Feminino		Masculino		Total Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Homicídios	51	21,0	628	65,4	679	56,4
Quedas	95	39,1	78	8,1	173	14,4
Acidentes de Transporte	41	16,9	93	9,7	134	11,1
Suicídios	22	9,1	75	7,8	97	8,1
Outras causas externas	16	6,6	27	2,8	43	3,6
Eventos de intenção indeterminada	2	0,8	25	2,6	27	2,2
Sequelas	7	2,9	12	1,3	19	1,6
Afogamentos	1	0,4	15	1,6	16	1,3
Acidentes por fogo e chama	5	2,1	6	0,6	11	0,9
Complicações da assistência	3	1,2	1	0,1	4	0,3
Total	243	100,0	960	100,0	1.203	100,0

FONTE: SIM, 2015. Dados preliminares.

Os homicídios foram a primeira causa externa de óbito, com 56,4% (n = 679) dos óbitos e um coeficiente de mortalidade de 48,17 óbitos em 100.000 habitantes. A razão de óbitos por homicídio por sexo foi de 12,3 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 14,4% (n = 173) predominando os óbitos de pessoas com 60 anos ou mais, com 89,5% (n = 155), e das mulheres, com 54,9% dos óbitos (n = 95). Os suicídios representaram a quarta causa de óbito por causas externas, sendo o coeficiente de 6,88 óbitos para cada 100.000 habitantes.

Quanto à faixa etária, observa-se predominância de óbitos em pessoas jovens, de 15 a 39 anos (55,2%, n = 455), sendo os homicídios a causa mais frequente. As pessoas pretas e pardas são as mais expostas, com 32,9% dos óbitos (n = 172).

Tabela 17. Óbitos por causas externas segundo faixa etária, Porto Alegre, 2015

Faixa etária (anos)	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<1	8	3,3	4	0,4	12	1,0
1-4	1	0,4	2	0,2	3	0,2
5-9	2	0,8	3	0,3	5	0,4
10-14	3	1,2	18	1,9	21	1,7
15-19	10	4,1	130	13,5	140	11,6
20-29	19	7,8	275	28,6	294	24,4
30-39	27	11,1	204	21,3	231	19,2
40-49	18	7,4	100	10,4	118	9,8
50-59	16	6,6	75	7,8	91	7,6
60-69	19	7,8	45	4,7	64	5,3
70-79	35	14,4	44	4,6	79	6,6
80 anos ou mais	84	34,6	46	4,8	130	10,8
Ignorado	1	0,4	14	1,5	15	1,2
Total	243	100,0	960	100,0	1.203	100,0

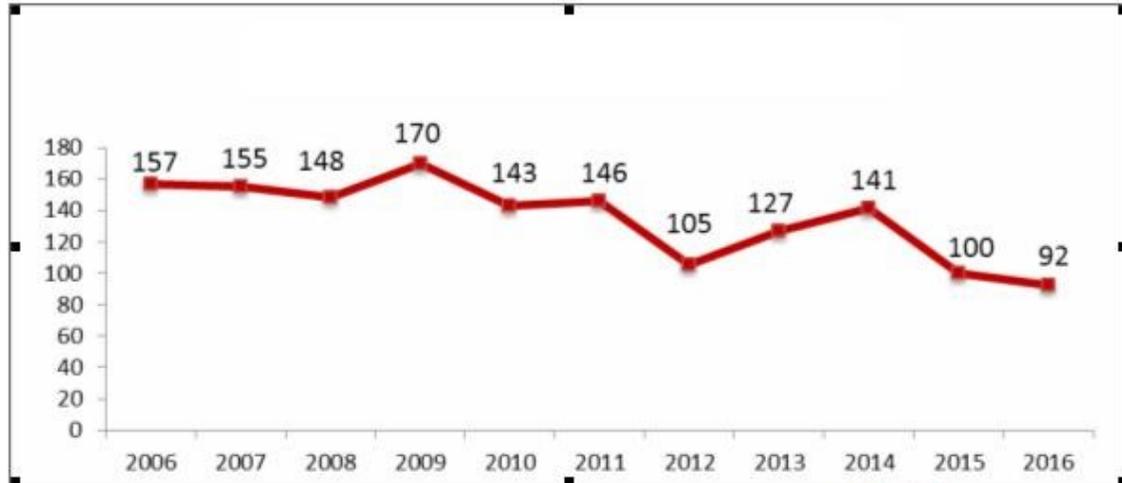
Fonte: SIM, 2015.

Observa-se, assim, 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 29 anos.

Acidentes de Trânsito

Em Porto Alegre, os acidentes de trânsito foram a terceira causa de óbito por causas externas no ano de 2015, com taxa de mortalidade de 7,09 óbitos/100.000 habitantes. Representam a primeira causa de internação em serviço de urgência e emergência (VIVA Inquérito, 2014) (PORTO ALEGRE, 2014a).

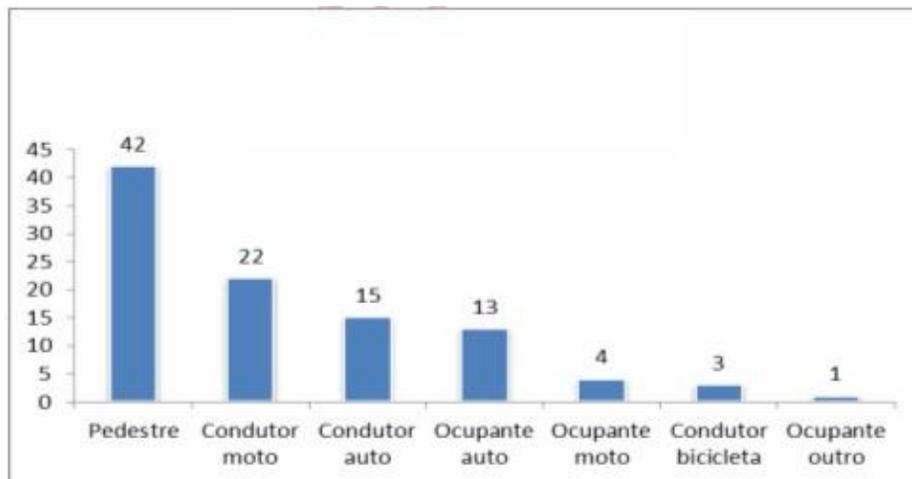
Gráfico . Série histórica de óbitos por acidentes de trânsito, Porto Alegre, 2006 a 2015



FONTE: CAT-EPTC, SIM

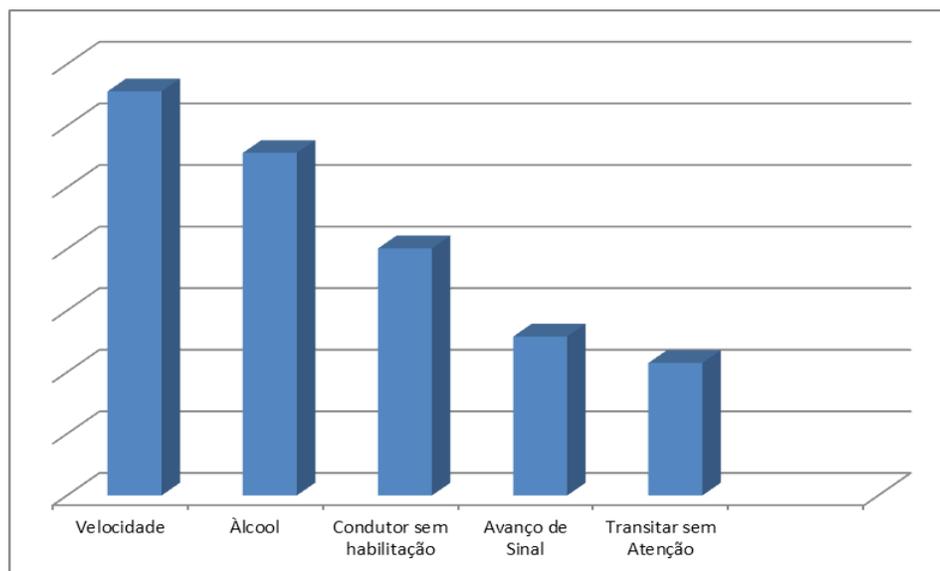
Observa-se uma redução importante do número de óbitos por acidentes de trânsito desde 2007. Contudo o problema ainda é importante. As principais vítimas são os pedestres, na sua maioria idosos, seguidos dos motociclistas (Gráfico 27).

Gráfico . Principais vítimas de acidentes de trânsito com óbito, Porto Alegre, 2015



FONTE: CAT-EPTC, 2015.

Gráfico . Principais fatores e condutas de risco associados aos acidentes de trânsito com óbito, Porto Alegre, 2012 a 2015



FONTE: Comissão de Análise de Acidentes de Trânsito, 2012-2015.

2.2.2.5 Saúde Mental

No Brasil, conforme destacado no Documento Orientador da Equipe de Saúde Mental Adulta (PORTO ALEGRE, 2016a), o Ministério da Saúde estima que 3% da população necessitem de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes) e que mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisem de atendimento menos frequente, mas regular (transtornos menos graves, mas crônicos). Esses dados seguem o padrão internacional, de acordo com o Ministério da Saúde.

Aproximadamente 90% dos casos de transtornos mentais na população geral são transtornos de humor, ansiedade e somatoformes (PORTO ALEGRE, 2016; WHITEFORD; BAXTER, 2013). Apenas uma pequena parte das pessoas com transtornos mentais menores já está sendo atendida na atenção básica, apresentando queixas psicossomáticas, abuso de álcool e drogas, depressão leve, transtornos de ansiedade menos graves, etc. Os dados revelam que 40% das pessoas atendidas apresentam distúrbios psiquiátricos menores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001; MARI; WILLIAMS, 1985). Entretanto, a lacuna

estimada entre oferta e demanda de assistência em saúde mental é de até 70% para transtornos de humor e 90% para transtornos por uso de álcool em países desenvolvidos.

Dentre os usuários que procuram assistência médica na atenção básica, entre 25% a 50% apresentam pelo menos um transtorno psiquiátrico ou neurológico. Contudo, a não detecção dos casos pode ser de 55% para diagnóstico de depressão e até 77% para transtorno de ansiedade generalizada (WHITEFORD; BAXTER, 2013), evidenciando um percentual elevado de pessoas sem a devida assistência para os transtornos mentais.

Em Porto Alegre, a Rede de Atenção Psicossocial conta com Equipes de Saúde Mental Adulto que prestam assistência aos casos de média gravidade matriciados na atenção básica – cerca de 12% dos casos de transtornos mentais. Essas equipes realizam também avaliações relacionadas a casos menos graves, mas que necessitam acompanhamento (casos de transtorno depressivo, 20%; e de transtorno de ansiedade, 10%) (PORTO ALEGRE, 2016).

2.2.2.6 Saúde Bucal

Conforme levantamentos epidemiológicos nacionais (SB Brasil), a doença cárie e a doença periodontal são os agravos mais comuns em saúde bucal (BRASIL, 2011). Ambas são doenças com etiologia multifatorial e influenciadas por condições socioeconômicas e culturais, podendo gerar diferentes sequelas, inclusive perda parcial ou total dos dentes (edentulismo). A tabela 18 mostra a média do índice ceo-d/CPO-D – dentes cariados, perdidos e obturados, segundo dados do SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011a) para Porto Alegre, e comparação com a região Sul e o Brasil.

Tabela 18. Médias do Índice ceo-d (5 Anos) e CPO-D (demais Idades) da população de Porto Alegre, Região Sul e Brasil

Grupo etário	Média ceo/CPO Porto Alegre	Experiência de cárie - Porto Alegre	Média CEO/CPO Região Sul	Média CEO/CPO Brasil
5 anos	1,71	40%	2,49	2,43
12 anos	1,49	50%	2,06	2,07
15 a 19 anos	2,98	60%	4,01	4,25
35 a 44 anos	13,71	99,9%	17,56	16,75
65 a 74 anos	24,34	100%	27,10	27,53

FONTE: SB Brasil 2010.

Esses resultados mostram que Porto Alegre apresenta melhores dados relativos à doença cárie em todas as faixas etárias em comparação aos demais estados da região Sul e à média brasileira. Observa-se que a média CPO-D começa a se elevar entre as idades de 12 e 15 a 19 anos. Dados do Programa Saúde na Escola em 2016 mostram que, das 33.080 crianças e adolescentes que receberam avaliação em saúde bucal, cerca de 37% apresentaram necessidade de tratamento odontológico, indicando que a cárie é o principal agravo nessa população.

2.3 ESTRUTURA, AÇÕES, PROCESSOS DE TRABALHO E POLÍTICAS DE SAÚDE

2.3.1 Atenção Primária à Saúde

A rede de serviços de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre é composta pelas Unidades de Saúde de Atenção Primária, pelas Unidades de Saúde para Populações Específicas, pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e pelos Núcleos de Apoio Matricial da Atenção Básica (NAMAB) (Tabela 19).

A cobertura populacional estimada pela atenção básica no município é de 62,5% da população. Se contabilizada somente a cobertura populacional pelas ESF, se tem 53,1%, sendo 207 equipes completas (equivalente a uma cobertura populacional de 48,2%). A cobertura populacional estimada por agente comunitário de saúde (ACS) foi de 29,5% e a cobertura populacional pela saúde bucal foi de 38,4% (Tabelas 19 e 21) (PORTO ALEGRE, 2016c).

[Digite uma citação do documento ou o resumo de um ponto interessante. Você pode posicionar a caixa de texto em qualquer lugar do documento.

Tabela 19. Número de unidades de saúde da Atenção Primária, de Equipes de Saúde da Família, de Equipes de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes Comunitários de Endemias por Distrito Sanitário, Porto Alegre

Distrito Sanitário	População	US	US com Saúde Família	ESF	Cobertura ESF (%)	ACS	Cobertura ACS (%)	ACE	Cobertura AB (%)
Centro	277.426	3	3	7	8,7	33	6,8	34	21,6
Centro Sul	107.625	11	8	16	51,3	61	32,6	7	63,4
Cristal	30.282	5	4	5	57,0	14	26,6	5	74,3
Cruzeiro	61.450	9	8	13	73,0	49	45,9	5	96,0
Eixo Baltazar	91.968	12	9	20	75,0	73	45,6	6	90,0
Extremo Sul	33.798	5	5	11	112,3	41	69,8	4	112,4
Gloria	57.436	10	9	16	96,1	38	38,0	4	104,5
Humaitá/Navegantes	46.282	5	4	10	74,5	26	32,3	5	119,3
Ilhas	8.420	3	2	3	122,9	9	61,5	0	109,3
Leste	111.569	15	11	18	55,7	71	36,6	6	80,0
Lomba do Pinheiro	58.182	9	8	14	83,0	52	51,4	5	91,1
Nordeste	39.393	8	8	16	140,1	50	73,0	4	135,8
Noroeste	129.800	6	5	22	58,5	49	21,7	6	73,5
Norte	98.571	14	11	22	77,0	70	40,8	8	93,7
Partenon	113.307	12	8	18	54,8	63	32,0	10	74,5
Restinga	59.786	7	5	9	51,9	44	42,3	5	56,9
Sul	84.056	7	4	8	32,8	25	17,1	7	55,9
Porto Alegre	1.409.351	141	112	228	55,8	768	31,3	121	71,2

FONTE: SMS/CGAPSES/IMESF, SCNES (dezembro de 2016) e IBGE Censo 2010 (CGVS 2015).

US = Unidade de Saúde; ESF = Equipe de Saúde da Família; ACS = Agente Comunitário de Saúde; ACE = Agente de Combate às Endemias; População Censo 2010 IBGE. Cobertura AB, ESF e ACS: Cobertura populacional estimada pela Atenção Básica, pelas Equipes de Saúde da Família e por Agente Comunitário de Saúde (SISPACTO, DAB/MS).

Além das equipes descritas na Tabela 19, Porto Alegre conta com 11 equipes de NASF ou NAMAB.

Tabela 20. Número e proporção de unidades de saúde da Atenção Primária com saúde bucal, cobertura populacional da saúde bucal, número de equipes de saúde bucal, cobertura da saúde bucal, número de Equipes de Saúde da Família com saúde bucal e de equipes de atenção básica com saúde bucal por Distrito Sanitário, Porto Alegre.

Distrito Sanitário	População	US	US com SB	% US com SB	Cobertura populacional SB	ESF SB	EAB SB	Total de ESB
Centro	277.426	3	2	66,7	8,1	3	4	7
Centro Sul	107.625	11	9	81,8	31,3	7	5	12
Cristal	30.282	5	3	60,0	34,2	2	0	2
Cruzeiro	61.450	9	1	11,1	22,5	4	3	7
Eixo Baltazar	91.968	12	8	66,7	49,7	8	4	12
Extremo Sul	33.798	5	5	100,0	48,5	5	0	5
Gloria	57.436	10	6	60,0	36,0	5	1	6
Humaitá/Navegantes	46.282	5	5	100,0	57,8	6	1	7
Ilhas	8.420	3	3	100,0	112,7	2	1	3
Leste	111.569	15	14	93,3	61,1	14	6	20
Lomba do Pinheiro	58.182	9	7	77,8	62,3	7	4	11
Nordeste	39.393	8	6	75,0	70,1	8	0	8
Noroeste	129.800	6	6	100,0	37,9	9	7	16
Norte	98.571	14	9	64,3	42,0	10	4	14
Partenon	113.307	12	12	100,0	36,5	7	5	12
Restinga	59.786	7	4	57,1	43,3	2	5	7
Sul	84.056	7	6	85,7	39,0	4	5	9
Porto Alegre	1.409.351	141	106	75,2	37,0	103	55	158

FONTE: SMS/CGAB e SCNES (dezembro de 2016) e IBGE Censo 2010 (CGVS 2015).

US = Unidade de Saúde; SB = Saúde Bucal; ESB = Equipe de Saúde Bucal; ESF = Equipe de Saúde da Família; EAB = Equipe de Atenção Básica. Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde Bucal.

Há correlação inversa entre as coberturas populacionais estimadas pelas ESF, ACS, AB e SB e o IDHM – ou seja, em geral a cobertura é maior nos DS com menor IDHM. Isso indica equidade na distribuição da maioria dos serviços de atenção primária entre os distritos sanitários. Alguns distritos com IDHM baixos, como Restinga e Lomba do Pinheiro, apresentam coberturas intermediárias, apontando para a necessidade de ampliação da atenção primária nesses territórios. De outra forma, há distritos em que essa correlação é mais fraca pelo alto IDH, como no Centro, Noroeste e Cristal (Tabela 21 e Gráfico 29) (PORTO ALEGRE, 2016c).

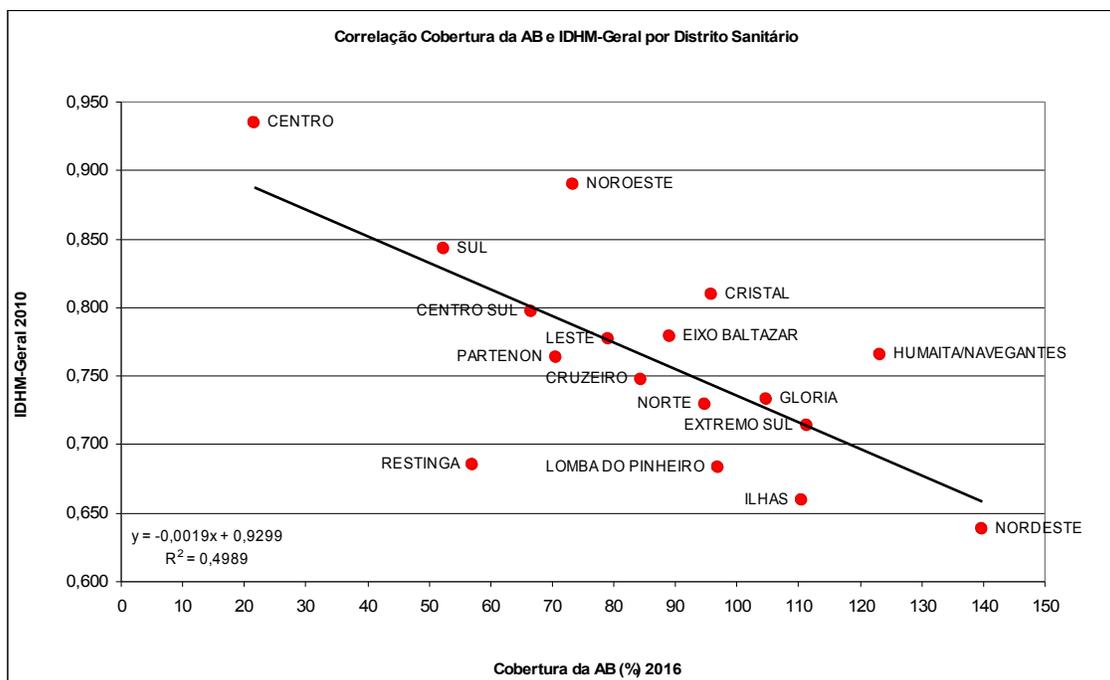
Tabela 21. Relação das coberturas populacionais estimadas por ESF, ACS, AB e SB conforme Índice de Desenvolvimento Humano Municipal por Distrito Sanitário

Distrito Sanitário	População	IDHM - Geral	Cobertura Populacional			
			ESF (%)	ACS (%)	AB (%)	SB (%)
NORDESTE	39.393	0,638	140,1	73,0	135,8	70,1
ILHAS	8.420	0,659	122,9	61,5	109,3	112,7
LOMBA DO PINHEIRO	58.182	0,683	83,0	51,4	91,1	62,3
RESTINGA	59.786	0,685	51,9	42,3	56,9	43,3
EXTREMO SUL	33.798	0,714	112,3	69,8	112,4	48,5
NORTE	98.571	0,729	77,0	40,8	93,7	42,0
GLORIA	57.436	0,733	96,1	38,0	104,5	36,0
CRUZEIRO	61.450	0,747	73,0	45,9	96,0	22,5
PARTENON	113.307	0,764	54,8	32,0	74,5	36,5
HUMAITA/NAVEGANTES	46.282	0,765	74,5	32,3	119,3	57,8
LESTE	111.569	0,777	55,7	36,6	80,0	61,1
EIXO BALTAZAR	91.968	0,779	75,0	45,6	90,0	49,7
CENTRO SUL	107.625	0,797	51,3	32,6	63,4	31,3
Porto Alegre	1.409.351	0,805	55,8	31,3	71,2	37,0
CRISTAL	30.282	0,809	57,0	26,6	74,3	34,2
SUL	84.056	0,843	32,8	17,1	55,9	39,0
NOROESTE	129.800	0,89	58,5	21,7	73,5	37,9
CENTRO	277.426	0,935	8,7	6,8	21,6	8,1

FONTE: ObservaPoA/IBGE 2010 (CGVS 2015) e CGAB.

IDHM = Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; SB = Saúde Bucal; ESB = Equipe de Saúde Bucal; ESF = Equipe de Saúde da Família; Cobertura AB, ESF e ACS: Cobertura populacional estimada pela Atenção Básica, pelas Equipes de Saúde da Família e por Agente Comunitário de Saúde (SISPACTO, DAB/MS).

Gráfico . Correlação entre cobertura populacional pela Atenção Básica em dezembro de 2016 e Índice de Desenvolvimento Humano – Geral (IBGE 2010 CGVS 2015) por Distrito Sanitário em Porto Alegre



FONTE: ObservaPOA; CGAB/SMS/PMPA.

Para o atendimento de população específica na Atenção Primária em Saúde (APS) existem: dois Consultórios na Rua, uma Unidade de Saúde Indígena, duas Unidades de Saúde Prisional (quatro Equipes de Saúde Prisional) e seis Unidades de Saúde Socioeducativas (FASERS).

Tabela 22. Lista de serviços de atenção à saúde de população específica, Porto Alegre

Tipo de Serviço	Nome da Unidade / Equipe		Gerência Distrital
US Indígena	EMSI Aldeia Kaingang Fag NHIN		PLP
Consultório na Rua	eCR Centro		Centro
	eCR Hospital Nossa Senhora Conceição		NHNI
US Prisional	Madre Pelletier		GCC
	Presídio Central	ESP PCPA 1	PLP
		ESP PCPA 2	
		ESP PCPA 3	
US Socioeducativa	FASERS		GCC
	CASE PC		
	CASE I		
	CASE II		
	CSE		
	CASEF		

FONTE: SCNES.

US = Unidade de Saúde; eCR = Equipe Consultório na Rua; ESP = Equipe de Saúde Prisional; EMSI = Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena; USSE = Unidades de Saúde Socioeducativa.

Das 189 equipes de atenção primária à saúde que participaram do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), 153 apresentaram desempenho mediano ou abaixo da média (81%). Vinte e seis equipes foram classificadas como acima ou muito acima da média. Somente três tiveram desempenho insatisfatório. Sete equipes foram excluídas. Esse resultado aponta para a necessidade de ações de gestão que enfoquem a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos, particularmente através do aprimoramento do acesso e da qualificação da Atenção Primária. Da mesma forma, o monitoramento do acolhimento, as atualizações dos territórios adscritos, a informatização e a ampliação do rol de procedimentos ofertados pelas Unidades de Saúde ainda não são suficientes para diminuir as iniquidades de acesso aos serviços.

A vinculação dos cidadãos às equipes de saúde da APS se dá preferencialmente por área adscrita pelo endereço de residência dos mesmos. O acesso de não residente no território de uma unidade de saúde é limitado ao acesso por demanda espontânea de urgência. Além disso, a forma de marcação de consultas e atendimentos é somente presencial, exceto para idosos e pessoas com deficiências.

Apoio Matricial

Atualmente, 43,4% (99/228) das ESFs contam com o apoio matricial da Atenção Primária em Porto Alegre. São nove NASF e dois NAMAB (Tabelas 23 e 24). Dos nove NASF cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), apenas cinco recebem efetivamente incentivo financeiros do Ministério da Saúde.

Tabela 23. Distribuição dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF, Porto Alegre

NASF	Gerência Distrital	Unidade de Saúde Sede	N Equipes
NASF Cruzeiro/Cristal	GCC	US Vila dos Comerciantes	9
Equipe 4 - NASF - Barão Bagé	LENO	US Barão de Bagé	8
NASF LENO	LENO	US Mato Sampaio	10
Equipe 2 - NASF - JD Leopoldina	NEB	US Jardim Leopoldina	8
NASF Novo Horizonte	NEB	US Santo Agostinho	10
Equipe 1 - NASF – Unidade Conceição	NHNI	US Conceição	8
Equipe 3 - NASF – Jardim Itu	NHNI	US Jardim Itu	8
NASF Lomba	PLP	US Lomba do Pinheiro	10
NASF Sul	SCS	US Campos do Cristal	9

FONTE: SCNES e CGAB

Tabela 24. Distribuição dos Núcleos de Apoio Matricial da Atenção Básica - NAMAB, Porto Alegre

NAMAB	Gerência Distrital	CNES	N Equipes
Centro	Centro	6883435	9
Restinga	Restinga	6883176	10

FONTE: SCNES e CGAB

Especificamente na área de saúde mental, 99 equipes são atualmente matriciadas em saúde mental por NASF ou NAMAB. As demais 129 são matriciadas com profissionais que compõem Equipes Especializadas em Saúde Mental Adulto (EESMA) ou Equipes Especializadas em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA), de acordo com a demanda. As unidades de saúde da atenção primária contam também com apoio matricial em saúde do trabalhador pela equipe do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Enfermeiros e médicos das unidades de saúde têm acesso a teleconsultoria pelo canal 0800 644 6543 do TelessaúdeRS. Em 2016 foram recebidos 931 pedidos de consultoria por médicos e 272 por enfermeiros. O total de consultorias

(1.203) representa 0,9 teleconsultoria para cada 1.000 habitantes em 2016. Esse resultado coloca Porto Alegre na 271ª posição em número de teleconsultorias por habitante entre os municípios do Rio Grande do Sul.

Esse número reduzido de acessos à teleconsultoria soma-se à inexistência de outras estratégias de tecnologia de informação e comunicação, de educação permanente, de apoio à tomada de decisão nas unidades de saúde e à limitada oferta de acessos a exames e consultas especializadas. Juntos, esses aspectos são condicionantes de saúde e influenciam os percentuais de internações por condições sensíveis à atenção básica na população do município (Anexo 5), que refletem os acessos não concretizados da população à APS.

As condições sensíveis à atenção primária são um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da APS diminuiria o risco de internações. Nos últimos anos, houve aumento no número e na proporção de internações por condições sensíveis às ações da atenção primária (Tabela 25), particularmente as relacionadas ao grupo de asma, bronquite, hipertensão arterial e infecção no rim e trato urinário e infecção da pele e tecido subcutâneo (Anexo 5).

Tabela 25. Número e proporção de Internações por condições sensíveis à atenção primária por ano, Porto Alegre

Número de internações	Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Por Condições sensíveis à Atenção Básica	N	11.089	12.497	13.026	12.827	13.455	13.229	13.379	14.338	11.455
	%	23,1	25,4	26,4	26,8	27,3	27,2	28,4	29,2	29,9
Total de internações clínicas	N	48.025	49.221	49.385	47.869	49.280	48.676	47.161	49.064	38.311

FONTE: SIH/TABWIN; consulta em 14/12/16.

Conforme Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 e Nota Técnica 70 DAI/SGEP/MS.

Além das estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos, a **Atenção Domiciliar de nível um (01)**, executada nas unidades de APS, é um dispositivo assistencial indispensável na manutenção da qualidade de vida de pacientes crônicos acometidos pelas condições sensíveis à atenção primária, descritas acima.

2.3.2 Atenção à Saúde Mental

A Política de Atenção Psicossocial tem como fundamento legal a Lei Federal nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001a), a Lei Estadual nº 9.716/1992 (RIO GRANDE DO SUL, 1992) e a Portaria MS/GM nº 3.088/2011/13 (BRASIL, 2011c), que dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionam o modelo assistencial em saúde mental, e instituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS.

Além do papel estruturante da APS no cuidado das pessoas com sofrimento psíquico, a Rede de Atenção Psicossocial em Porto Alegre oferece múltiplos serviços com o objetivo de oferecer cuidado integrado às pessoas em sofrimento psíquico e/ou portadoras de transtornos mentais. Tem como premissa o cuidado integral, a ênfase no cuidado ambulatorial, a desinstitucionalização, a atenção às urgências e a hospitalização apenas quando estritamente necessária, além da reabilitação psicossocial.

Para tanto, a RAPS conta com 141 unidades de atenção primária, 12 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (três CAPS I, quatro CAPS II, três CAPS AD III, dois CAPS AD), nove EESMA, nove EESCA e Plantões de Emergência em Saúde Mental (PESM) no Centro de Saúde IAPI e no Centro de Saúde Vila dos Comerciários. Além disso, conta com atendimento de urgência em saúde mental nas demais portas de urgência, leitos de saúde mental em hospitais gerais, leitos contratualizados em clínicas psiquiátricas e em hospitais psiquiátricos e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) Nova Vida (tipo II) e Cristiano Fischer (tipo I), disponibilizando um total de 12 vagas. Há, também, um esforço de reabilitação centralizado no Geração POA e monitoramento da desinstitucionalização por meio da estratégia De Volta Para Casa, além de um esforço para implantar um sistema de monitoramento e vigilância focado em duas situações: tentativa de suicídio e transtornos mentais ligados ao trabalho.

2.3.3 Atenção Especializada 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 de resolução. 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.

Pela especificidade de cada um, no município existem diferentes tipos de serviços especializados ambulatoriais:

- os previstos em portarias estaduais ou federais, com incentivo mensal específico (CAPS, Centro de Especialidades Odontológicas, Residenciais Terapêuticos e comunidades terapêuticas);
- os previstos em portarias federais e com remuneração por produção (Serviços de Atendimento Especializados, Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, Centro de Testagem e Aconselhamento, Oxigenoterapia, Serviço de Estomaterapia e Centro de Reabilitação Física);
- os que funcionam como ambulatórios de especialidades médicas e não médicas (como fonoaudiologia e nutricionista para adultos) e com pequena capacidade de apoio diagnóstico;
- os ambulatórios de equipe multidisciplinar para uma população ou agravo específico (EESCA, EESMA, Centro de Referência para Tuberculose e Ambulatório de Práticas Integrativas em Saúde);
- e os ambulatórios especializados dos hospitais próprios e contratualizados.

Outros serviços especializados não hospitalares, por serem referências únicas nas respectivas especialidades, não têm a possibilidade de serem regionalizados e atendem todas as regiões da cidade. São eles: CEREST; Serviço de Atendimento Especializado em Hepatites (SAE Hepatites); Serviço de Oxigenoterapia Vila dos Comerciantes; Oficina de Geração de Renda (GeraçãoPOA); Centro de Referência na Atenção Integral de Crianças e

Adolescentes Vítimas de Violências (CRAI HMIPV); e o Ambulatório de Práticas Integrativas em Saúde (PIS) Modelo.

Há ainda duas Comunidades Terapêuticas conveniadas para atendimento a dependentes químicos e a Casa de Apoio Viva Maria, que é um serviço de acolhimento a mulheres e seus filhos em situação de violência doméstica com risco de vida.

O quadro a seguir demonstra as diferentes formas de acesso e de regulação entre os serviços. Essas diferenças na forma de regulação geram iniquidade de acesso e não garantem a transparência necessária aos serviços públicos.

Quadro 5. Serviços especializados ambulatoriais e formas de acesso e regulação

Tipos de Serviços	Regionalizado	Sistema de Regulação	Via de Acesso
CEO	Sim	SISREG	Atenção básica
SAE DST/HIV	Não	GERCON	Atenção básica
CTA	Não	Não	Direto
Serviço de Estomaterapia	Sim	Capacidade do serviço	Atenção básica
Centro de Reabilitação – CSVC e CSI-API	Sim	SISREG	Atenção básica
Oxigenoterapia	Não	Capacidade de equipamentos disponíveis em contrato	Direto ao serviço
Ambulatório de Práticas Integrativas	Não	GERCON	Atenção básica
Ambulatório de Especialidades	Não	GERCON	Atenção básica e especializada
Serviço de Apoio Diagnóstico	Sim	SISREG	Atenção básica e especializada
CAPS	Sim	Não	Matriciamento/alta hospitalar e PASM
AESMA	Sim	Não	Matriciamento/ alta hospitalar e PASM
AESCA	Sim	Não	Matriciamento/ alta hospitalar e PASM
Residencial Terapêutico (RT)	Não	Capacidade do serviço	Avaliação da área técnica
Oficina de Renda – GeraçãoPOA	Não	Capacidade do serviço	Direto no serviço com DRCR

Casa de Apoio Viva Maria	Não	Capacidade do serviço	Demanda judicial
CEREST- consultas	Não	GERCON	Atenção básica e especializada
CRTB	Sim	Não	Atenção básica e Alta Hospitalar

FONTE: CGAE/SMS.

Quadro 6. Especialidades disponíveis nos ambulatórios de especialidades por Gerência Distrital, Porto Alegre

GD Centro: Ambulatórios de Especialidades Santa Marta	Forma de Regulação	Nº de Profissionais
Cardiologia Adulto	GERCON	01
Dermatologia	GERCON	UFCSPA
Infectologia Adulto	GERCON	01
Oftalmologia Pediátrica	GERCON	01
Ortopedia Geral Pediátrica	GERCON	01
Proctologia Adulto	GERCON	01
Otorrino Adulto e Pediátrica	GERCON	02
Neurologia Pediátrica	GERCON	01
Fonoaudiologia	GD	02
Endocrinologia Sobrepeso/Obesidade	GERCON	01
Nutricionista Sobrepeso/Obesidade	GERCON	01
Reumatologia	GERCON	01
Nutricionista	GD	02
GD Centro: Ambulatório de Práticas Integrativas Modelo	Forma de Regulação	Nº de Profissionais
Homeopatia	GERCON	02
Acupuntura	GERCON	03
Fitoterapia	GERCON	01
GD Restinga Extremo Sul	Forma de Regulação	Nº de Profissionais
Nutricionista (* localizada em uma US)	GD	01
GD Norte Eixo Baltazar	Forma de Regulação	Nº de Profissionais
Fonoaudiologia (* localizada em uma US)	GD	01
Nutricionista (* localizada em uma US)	GD	03
GD Sul Centro Sul – Ambulatório de Especialidades Camaquã		
Nutricionista	GD	02
GD Lomba do Pinheiro: Ambulatório de Especialidades Murialdo	Forma de Regulação	Nº de Profissionais
Cardiologia Adulto	GERCON	01
Ginecologia Geral Adulto	GD	02
Ginecologia Geral Adulto	GERCON	01
Proctologista	GERCON	01
Homeopatia	GERCON	01
Fonoaudiologia	GD	01
Nutricionista	GD	01
Urologista	GERCON	01
GD Glória Cruzeiro Cristal: Ambulatório de Especialidades Vila dos Comerciantes	Forma de Regulação	Nº de Profissionais
Cirurgia Vascular Adulto	GERCON	01
Dermatologia Adulto	GERCON	01
Endócrino Adulto	GERCON	01
Fisiatria	GERCON	01
Fonoaudiologia	GD	01

Gastro Adulto	GERCON	02
Otorrino Geral	GERCON	02
Reumatologia	GERCON	01
Infectologia	GERCON	01
Cardiologia	GERCON	01
Urologia	GERCON	01
GD Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas: Ambulatório de Especialidades IAPI	Forma de Regulação	Nº de Profissionais
Cardiologia Adulto	GERCON	04
Dermatologia	GERCON	02
Endócrino Adulto	GERCON	01
Gastro Adulto	GERCON	02
Gastro Pediátrica	GERCON	01
Ginecologia Colo Uterino	GERCON	01
Neurogeriatria	GERCON	01
Otorrino Geral	GERCON	01
Pneumologia Adulto	GERCON	02
Proctologia Adulto	GERCON	01
Fonoaudiologia	GD	01
Reumatologia	GERCON	01
Urologia	GERCON	01
Planejamento Familiar(Assistente social)	GD	01
Nutricionista	GD	01
Gerência Leste Nordeste: Ambulatório de Especialidades Bom Jesus	Forma de Regulação	Nº de Profissionais
Neurologia	GERCON	01
Nutricionista	GD	02
Fonoaudiologia	GD	01

FONTE CGAE

2.3.4 Atenção às Urgências

A rede de urgência é composta pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), pelos pronto atendimentos, pelas Unidades de Pronto Atendimento (habilitadas em nível federal) e pelas portas de urgência hospitalares.

Quadro 7. Referências às Urgências e Emergências Pré-Hospitalar Fixa e Móvel, Porto Alegre, Porto Alegre

Serviço		
Pré-Hospitalar	Móvel	SAMU 192
	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 do Hospital Restinga – Extremo Sul (DS Restinga)	
	Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (GD Cruzeiro)	
Emergência Odonto	Plantão de Emergência em Saúde Mental – IAPI (DS Noroeste)	
	Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (GD Cruzeiro)	

FONTE: CGMU/SMS (RAG, 2016).

O número de atendimentos e desistências nos pronto atendimentos e também da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacyr Scliar (Zona Norte) aparece na tabela 26.

Tabela 26. Distribuição do número total (clínica e pediatria) de atendimentos médicos e Desistências nas Unidades de Pronto Atendimento, Porto Alegre, 2016 e 2015

Atendimento Geral - Clínica e Pediatria	Nº Boletins emitidos			Nº Atendimentos			Nº Desistências		
	2016	2015	Variação (%)	2016	2015	Variação (%)	2016	2015	Variação (%)
PACS	80.066	96.947	-17,41	71.990	81.959	-12,16	8.076	14.998	- 46,15
Pronto atendimento Bom Jesus	110.671	110.276	0,35	100.226	98.674	1,57	10.445	11.302	- 7,58
Pronto atendimento Lomba do Pinheiro	79.765	77.056	3,52	74.235	72.475	2,43	5.733	4.581	25,15
UPA Moacyr Scliar	91.579	84.268	8,68	68.152	62.879	8,39	20.432	21.389	-4,47
Total	362.081	368.547	-1,75	314.603	315.987	-0,44	44.686	52.660	- 15,14

FONTE: SIHO/AMB, Hospital Restinga e GHC.

Percentual de desistências= Total de desistências/total de boletins emitidos x 100.

Perfil de Classificação de Risco nos Pronto Atendimentos

A tabela 27 mostra que o ano de 2016, quando comparado com 2015, teve redução no percentual de pacientes classificados como emergência (- 433 casos) e muito urgentes (- 2.095 casos). Embora tenha ocorrido redução no atendimento desse perfil de pacientes, a permanência dos mesmos na Sala de Observação ainda está acima do preconizado pela Portaria GM/MS 342/2013 (BRASIL, 2013a), a qual indica um tempo máximo de 24 horas para que os pacientes permaneçam no PA.

Tabela 27. Distribuição do número total de atendimentos médicos e proporção segundo classificados e gravidade de risco, Unidades de Pronto Atendimento, Porto Alegre, 2016 e 2015

Perfil do Usuário por Gravidade de Risco	Ano					
	2016		2015		Variação do N° de Usuários	
	N°	%	N°	%	N°	%
Emergência - Vermelho	566	0,18	999	0,27	- 433	-43,34
Muito Urgente – Laranja	21.794	6,91	23.889	6,3	- 2.095	- 8,77
Urgente - Amarelo	49.284	15,65	59.269	15,75	- 9.985	- 16,85
Pouco Urgente - Verde	210.600	66,87	237.264	63,06	- 26.664	- 11,23
Não Urgente -Azul	8.481	2,69	11.398	3,03	- 2.917	- 25,59
Total com registro de CR	290.725	92,30	333.008	88,51	- 42.283	- 12,7
Total sem registro de CR	24.264	7,70	43.228	11,49	-18.964	- 43,86
Total de atendimentos	314.989	100,0	376.236	100,0	- 61.247	-16,28

FONTE: SIHO/AMB, Hospital Restinga e GHC.

Emergência em Saúde Mental

A tabela 28 mostra o cenário vivenciado nas portas de emergência em saúde mental. Os dados revelam uma leve redução no volume de boletins emitidos (- 5,9%), assim como no total de pacientes atendidos (- 3,6%). Em contrapartida, houve um aumento de 13,5% no quantitativo de pacientes que permaneceram em Sala de Observação; desses, 52,2% foram transferidos para outras instituições para continuidade da terapêutica, percentual menor do que o registrado em 2015 (68,2%). Cabe aqui ressaltar que as indicações de internações hospitalares estão em curva descendente, tendo alcançado patamares inferiores a 27% no último quadrimestre do ano.

Tabela 28. Perfil geral dos atendimentos em urgência em saúde mental, 2016 e 2015, Porto Alegre

Perfil dos atendimentos em Urgência em Saúde Mental	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	% ¹	Nº	% ¹	Nº	% ¹
Total de boletins emitidos	21.967	-	23.355	-	- 1.368	- 5,9
Total de pacientes atendidos	20.966	95,45	21.749	93,1	- 783	- 3,6
Desistências	1.001	4,55	1.606	6,9	- 605	- 37,7
Pacientes < 18 anos atendidos	1.200	5,46	1.264	5,8	64	- 5
Total Paciente em Sala de Observação	11.399	51,89	10.044	46,2	1.355	13,5
Tempo Médio de Permanência / dias	2,51	-	2,0	-	0,51	25,5
² Dependência Química em Sala de Observação	4.275	37,5	4.033	40,2	242	6
² Transtorno Humor Bipolar Sala de Observação	1.504	13,2	1.172	11,7	332	28,4
² Depressão Sala de Observação	1.682	14,75	905	9,0	777	85,8
² Esquizofrenia Sala de Observação	950	8,33	938	9,3	12	1,2
Transferências para Internação Hospitalar de pacientes em Sala de Observação	5.987	52,2	6.851	68,2	- 864	- 12,7

FONTE: SIHO/AMB e Hospital Mãe de Deus

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 X100

Emergência em Saúde Bucal

O Setor de Odontologia do PACS, criado em 1989, atende aproximadamente 1.300 pacientes em situação de urgência por mês. Desenvolve suas atividades assistenciais com base em protocolo clínico desenvolvido pela equipe e publicado em 2014. Nesse 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 três consultórios completos e um aparelho de RX. Seu corpo clínico é composto de 16 Cirurgiões Dentistas e 11 Auxiliares de Consultório Dentário.

Tabela 29. Distribuição do número de atendimentos odontológicos e desistências em saúde bucal nas Unidades de Pronto Atendimento, Porto Alegre, 2016

Atendimentos Odontológicos	ANO
	2016
Nº de Boletins emitidos	12.264
Nº de Atendimentos	12.078
Nº de Desistências	186
Percentual de Desistências	1,51

FONTE: SIHO/AMB.

Percentual de desistências = Total de desistências / total de boletins emitidos x 100.

Conforme demonstrado na tabela 29, durante o ano de 2016, foram realizados 12.078 atendimentos pela equipe da odontologia do PACS. Desses atendimentos, 60 pacientes foram admitidos e evoluídos em Sala de Observação. Dos 60, 43 receberam alta na instituição e 10 necessitaram internação em hospitais especializados. O percentual de desistência foi de 1,51%. Como esse indicador somente passou a ser mensurado em 2016, não foi possível fazer a comparação com a produção de 2015.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU

Apesar de ter sido atingida a meta de manter as regulações necessárias e sem meios do SAMU no atendimento pré-hospitalar (APH) primário abaixo de 2% (1,6% em 2016), persiste o desafio da renovação e manutenção da frota, mantendo assim a agilidade no atendimento a população de Porto Alegre.

Tabela 30. Distribuição do número de regulações necessárias e sem meios do SAMU, Porto Alegre, 2016

Classificação do Médico Regulador	2016
	Nº
Intervenção Necessária e Possível	33.770
1ª Decisão: Intervenção Necessária e Sem Meios	8.604
Total	42.374
2ª Decisão: Intervenção Necessária e Sem Meios	685

FONTE: Sistema de Informação Pré-hospitalar (SAPH).

O ano de 2016 mostra um leve aumento no número total de ligações feitas para o SAMU 192 (3,70%).

Tabela 31. Distribuição do número e proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações e comparativo, Porto Alegre, 2016 e 2015

Perfil das ligações	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Trote	55.467	14,34	63.394	17,0	- 7.927	-12,5
Regulação	81.307	21,02	83.018	22,3	- 1.711	- 2,06
Outros	250.015	64,63	226.568	60,7	23.447	10,34
Total de Ligações	386.789	100,0	372.977	100,0	13.812	3,70
Média Diária (Ligações)	1053					

FONTE: Sistema de Informação Pré-Hospitalar (SAPH).

Os trotes correspondem a 14,34% do total de ligações recebidas. Embora esse número seja menor do que o obtido em outros anos, ainda é necessário manter as campanhas educativas contra os trotes.

Tabela 32. Distribuição do número e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU segundo a causa e comparativos, Porto Alegre, 2016 e 2015

Tipo de Atendimento SAMU	Ano					
	2016		2015		Variação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Caso Clínico	18.883	51,7	19.070	48,7	- 187	- 0,99
Traumático	11.459	31,3	12.794	32,7	- 1335	- 10,4
Transporte	2.225	6,1	2.804	7,2	- 579	- 20,6
Obstétrico	624	1,7	739	1,9	- 115	- 15,6
Não Registrado	241	0,6	0	0,0	241	0,6
Psiquiátrico	3.112	8,5	3.755	9,6	- 643	-17,12
Orientação	-	-	0	0,0	0	0
Total de APHr	36.544	100,0	39.159	100,0	- 2.615	- 6,7

FONTE: Sistema de Informação Pré-Hospitalar (SAPH).

Houve redução de 6,7% no número total de APHr realizados em 2016 em comparação a 2015. Os demais parâmetros não mostram alteração significativa.

Tabela 33. Distribuição do número de óbitos em relação aos Atendimentos Pré-Hospitalares (APH) realizados pelo SAMU, Porto Alegre, 2016 e 2015

Comparativo entre APH e óbitos	Ano		
	2016	2015	Variação
APH	36.544	39.159	- 6,67
Óbitos	1.056	1.028	2,72
Percentual de óbito	2,88	2,6	10,76

FONTE: Sistema de Informação Pré-Hospitalar (SAPH).

2.3.5 Atenção Hospitalar

Dedica-se à implementação das portarias 3.390/2013 (BRASIL, 2013d), Política Nacional de Atenção Hospitalar, 3.410/2013 (BRASIL, 2013c), Diretrizes de Contratualização e 142/2014 (BRASIL, 2014a), 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. A regulação de leitos hospitalares é realizada pela Central de Regulação de Internações Hospitalares (CERIH) e está em processo de informatização para integração em tempo real com todos os serviços hospitalares.

Os hospitais de Porto Alegre são referência da rede de atenção a urgências para a primeira, segunda 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, eletrochoqueterapia, 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 casos adultos; e procedimentos complexos hepáticos.

Quadro 8. Hospitais de Porto Alegre por localização de Gerência Distrital

	Hospital	Localização por Gerência Distrital
Complexo Hospitalar Santa Casa	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	Hospitais da Criança Conceição	NHNI
	Hospital Cristo Redentor	NHNI
	Hospital Fêmeina	Centro
	Hospital Nossa Senhora da Conceição	NHNI
	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Centro
	Hospital Álvaro Alvin (pertencente ao HCPA)	Centro
	Hospital Divina Providência	GCC
	Hospital Independência (pertencente ao HDP)	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	Centro
	Hospital Mãe de Deus	SCS
	Hospital Moinhos de Vento	Centro
	Hospital Parque Belém	GCC
	Hospital Porto Alegre	Centro
	Hospital Psiquiátrico São Pedro	PLP
	Hospital Sanatório Partenon	PLP
	Hospital São Lucas da PUCRS	Centro
	Hospital Vila Nova	SCS
	Instituto de Cardiologia	Centro
	Hospital Restinga Extremo Sul	RES

FONTE: SMS/PMPA.

NHNI = Noroeste/Humaitá/Navegantes; LENO = Leste/Nordeste; SCS = Sul/Centro Sul; PLP = Partenon/Lomba do Pinheiro; RES = Restinga Extremo Sul.

Nos procedimentos ambulatoriais eletivos, as referências seguem uma pactuação estabelecida na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), onde ficou acordado um percentual ofertado para Porto Alegre e região metropolitana (55%) e demais regiões de saúde do estado (45%) do total de consultas contratualizadas pelo município de Porto Alegre, conforme descrito na CIB 237/11 - Implantação da regulação Ambulatorial e CIB 021/11 - Liquidação de Consultas e outras medidas.

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), precisará ser modernizada de maneira que a base esteja de acordo com as portarias ministeriais e também dentro de diretrizes mais modernas e que premiem a eficiência.

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV)

É um hospital materno-infantil de média complexidade e presta atendimento especializado em diversas áreas, em nível secundário e terciário. Possui o título de Hospital Amigo da Criança desde 2000 e atua em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH). Atua como hospital de ensino, por meio de residências médicas nas áreas de pediatria, pediatria intensiva, neonatologia, medicina fetal, ginecologia, obstetrícia, psiquiatria e residência integrada multidisciplinar. O Hospital tem como Missão “Oferecer assistência de média e alta complexidade, com qualidade, humanismo e ética, articulada com a rede de saúde, às mulheres, crianças e adolescentes, bem como desenvolver atividades de ensino e pesquisa, visando transformar-se em centro de excelência e referência para Porto Alegre e Região Metropolitana”.

Tem capacidade instalada de 156 leitos de internação e 20 leitos UTI, sendo 10 leitos para atendimento pediátrico e 10 leitos para atendimento neonatal. O HMIPV é referência para a cidade de Porto Alegre em alta complexidade em saúde materno-infantil, como patologias neonatais, partos e gestações de alto

risco, assim como para afecções respiratórias pediátricas (com incremento de leitos na área nos meses de inverno) e psiquiatria, tanto no âmbito de internações quanto de ambulatório. É ainda referência estadual para o atendimento de situações de violência sexual contra crianças e adolescentes, através do CRAI, e está inserido entre os hospitais de referência nas situações de abortamento legal.

Apesar dos serviços já prestados, a instituição enfrenta entraves para a ampliação da resolubilidade do atendimento. São elas:

- inexistência do Centro de Diagnóstico;
- insuficiência de alguns exames especializados, exigindo encaminhamento ou transferência;
- baixa complexidade da UTI Adulto;
- dificuldades para o contrarreferenciamento de pacientes para os quais o hospital é referência, quando da necessidade do tratamento complementar do paciente em especialidades como oncologia, que necessitam terapia adjuvante (químico e radioterapia), planejamento familiar, medicina fetal e pré-natal de alto risco, especialmente cirurgias e ortopedia, entre outras.

O Hospital caracteriza-se pela alta complexidade na assistência obstétrica (patologia da gestação e medicina fetal) e alto número de internações na UTI Neonatal, o que mantém uma taxa de ocupação próxima a 100%. Exemplos são os prematuros extremos (peso menor de 500g) e bebês portadores de múltiplas malformações. Esses últimos exigem maior tempo de permanência na UTI, ocasionando diminuição na rotatividade dos atendimentos e necessitando de exames de alta complexidade, como ressonâncias magnéticas e tomografias, que são realizados por prestadores.

Para a próxima gestão será necessário readequar a missão estratégica do hospital de acordo as necessidades assistenciais da rede de atenção à saúde.

Hospital de Pronto Socorro (HPS)

O HPS tem como missão a atenção às urgências e emergências com foco no trauma agudo, priorizando o atendimento das causas externas sem excluir os demais casos agudos e de risco de morte, por procura espontânea ou devidamente regulados.

A implantação do núcleo interno de regulação (NIR) propiciou subsídio em tempo real para os complexos reguladores, permitindo decisões que aproximem o paciente do ponto de atendimento com os melhores recursos disponíveis, no menor tempo possível. Em consequência desse processo de qualificação, o HPS foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como Hospital Especializado tipo II e Centro de Trauma tipo III (ambos correspondem ao mais alto grau de qualificação no país).

A reestruturação permitiu o aumento do número de leitos de UTI adulto para 20 leitos. Esses leitos passaram por aprimoramento em conjunto com os demais leitos intensivos (quatro leitos em UTI queimados e oito leitos em UTI pediátrica de trauma) e foram reclassificados como de mais alta qualificação/complexidade (tipo III). O HPS conta com classificação de risco, que estratifica os pacientes por gravidade, garantindo a priorização do atendimento aos pacientes que apresentam maior risco. Também passou a contar com a informatização total do atendimento da emergência: boletim de atendimento eletrônico estruturado, exames laboratoriais e de imagem.

Uma característica que distingue o HPS das demais instituições é que, todos os dias, a emergência do HPS atende um total de pacientes que corresponde a mais de três vezes a sua capacidade de internação. O nível de eficiência atingido permite que, apesar do volume, não ocorram fechamentos, mantendo a assistência ininterrupta aos usuários. Isto se manteve mesmo durante a reforma completa do setor.

Na missão do HPS também está registrada a promoção do ensino e da pesquisa, o estímulo ao aprendizado e a produção científica mantendo a

educação permanente no seu foco. Com este mote, foram formalizadas parcerias com outras instituições formadoras e também convênios. Com isso, o Hospital se firmou como campo de aprendizagem e prática para acadêmicos de medicina e enfermagem, entre outros, e também para residentes de Cirurgia Geral e Trauma, Pediatria, Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Bucomaxilofacial, Medicina de Emergência e outros.

Conta com programas próprios de residência em Cirurgia Geral, Cirurgia do Trauma, Medicina de Emergência e Psicologia Hospitalar, e com Residência Multiprofissional; esta última conta com programas nas áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social e Nutrição.

Tendo em vista o alto custo do atendimento qualificado, e ainda que os recursos são disponibilizados via Secretaria da Fazenda, através do Fundo municipal de Saúde, o hospital ampliou a captação de recursos e a qualificação do faturamento. Houve êxito, entre outros, para o financiamento da emergência, dos plantões presenciais e orçamentação do Ministério da Saúde. O processo de modernização trouxe a oportunidade de iniciar a implantação de centros de custos melhor estruturados.

A implantação de um serviço de ouvidoria presencial permitiu que os usuários obtivessem respostas mais rápidas e precisas aos seus questionamentos e demandas e também serviu como importante instrumento de gestão e monitoramento.

A utilização de indicadores e relatórios diários (alguns obtidos várias vezes ao dia) permitiu que a gestão tomasse medidas mais rápidas e precisas. São obtidos relatórios de plantão através do NIR e da enfermagem, relatório de internações, movimentação do centro cirúrgico, disponibilidade de leitos e intercorrências. O sistema implantado permite observar em tempo real o panorama de atendimento da emergência, tanto geral, como por especialidade, bem como os tempos de espera e de atendimento, trajeto do paciente dentro do Hospital, prescrições e recursos utilizados.

Dentro do plano de estruturação e qualificação, foi disponibilizado centro

cirúrgico completamente renovado e ampliado, com quatro salas de cirurgia e recuperação para 10 pacientes. O HPS passou a contar com unidade própria de coleta e transfusão de sangue e hemocomponentes, permitindo diminuir a dependência do Hemocentro e também contribuindo com outras instituições quando necessário.

Como para o HMIPV, resta ao HPS a atualização da estrutura organizacional interna da instituição, de forma a atender às exigências de qualidade e atribuição de competências entre os gestores das Unidades de Trabalho do hospital.

Em Porto Alegre, não existe plantão na especialidade de cirurgia da mão à disposição. Essa especialidade é exigida pelo Ministério da Saúde para os Sistema Hospitalar de Atendimento de Urgências e Emergências (Portaria MS 3.642/1998) (BRASIL, 1998) devido à crescente necessidade de atendimento qualificado e também porque o traumatismo da mão corresponde à maior causa de afastamento do trabalho no Brasil (DataSUS). No HPS, os pacientes são atendidos por Ortopedistas ou por Cirurgiões Plásticos ou Cirurgiões Gerais. Essa oferta não atende a necessidade do usuário e não tem a resolubilidade preconizada. Para o próximo quadriênio é necessária a criação desta especialidade dentro do âmbito da SMS/PMPA, permitindo a realização de concurso e a criação da equipe de plantão presencial para o atendimento integral ao trauma de mão dentro do HPS.

Com exceção das áreas já renovadas que foram citadas, o HPS está instalado em uma construção de mais de 70 anos e que não sofreu grandes atualizações na sua maioria. Para que seja possível integrar novas tecnologias, aprimorar os processos de trabalho com ênfase na qualidade e ampliar a oferta de leitos e áreas assistências, é fundamental que o plano diretor de reformas tenha continuidade na vigência do próximo plano. Isso se justifica pela relevância da instituição e pela participação cada vez maior das causas externas dentre os agravos que acometem a população. A prioridade é a renovação e ampliação da unidade especializada no tratamento de grandes queimados. Há constante fila de

espera para o acolhimento desses pacientes. Também há a necessidade de adequação às normas reguladoras atuais que determinam modificações nas áreas físicas e fluxos.

2.3.6 Atenção Domiciliar

O Programa Melhor em Casa, instituído por Portaria Ministerial em 2011, constitui-se em serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar e ao atendimento ambulatorial. Tem por objetivo evitar internações desnecessárias, bem como proporcionar o abreviamento de internações hospitalares, contribuindo, dessa forma, para a otimização da oferta de leitos hospitalares. O atendimento é feito por equipes multiprofissionais, formadas por médicos, profissionais de enfermagem, fisioterapeuta e assistente social (EMAD). Outros profissionais (fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo e farmacêutico) poderão compor as equipes multiprofissionais de apoio (EMAP).

Considerando a totalidade de equipes a serem implantadas, temos no momento 73.3% de cobertura. Estão fora das áreas de atendimento as regiões Leste, Lomba do Pinheiro, Partenon, Humaitá, Navegantes e Ilhas. As 11 equipes EMAD e duas equipes EMAP estão distribuídas nas seguintes sedes:

- quatro equipes EMAD sediadas no Grupo Hospitalar Conceição (GHC);
- cinco equipes EMAD sediadas no Hospital Vila Nova (HVN);
- duas equipes EMAD sediadas na CS Modelo;
- três equipes EMAP sediadas no HVN.

No que se refere aos dados de atendimento, os mesmos são incipientes, já que o e-SUS AD, em utilização desde janeiro de 2016, ainda não permite a geração de relatórios nem disponibiliza recursos de gestão e monitoramento do Programa. Os dados de que dispomos têm sido informados no Relatório de Gestão.

A fim de consolidar a assistência domiciliar como uma política importante e resolutiva na rede de atenção à saúde e incidir sobre a taxa de permanência

hospitalar, ainda é necessário aproximar as equipes do corpo clínico dos hospitais e apresentar a atenção domiciliar como uma alternativa de continuidade de cuidado, antecipando altas. É necessário, também, sediar algumas equipes de atenção domiciliar em hospitais estratégicos e, assim, favorecer a necessária aproximação entre a rede hospitalar e a atenção domiciliar. Essas iniciativas são fundamentais para consolidar a estratégia de busca ativa de pacientes ainda hospitalizados e que podem ter o seu cuidado de saúde continuado em domicílio por nossas equipes.

2.3.7 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é uma política de saúde garantida pela Lei 8.080/90 em seu artigo 6º (BRASIL, 1990a), pela Política Nacional de Medicamentos (PNM) e pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Também é produto das conferências de saúde em todos os âmbitos, em especial da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre (Anexo 6) com a proposta de Implantar a Política Municipal de Assistência Farmacêutica.

Segundo dados do Conselho Regional de Farmácia (CRF) do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2017), o município conta com 692 farmácias e drogarias privadas. Dessas, 351 atendem ao Programa Aqui tem Farmácia Popular, com distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão, diabetes e asma. Está disponível à população uma unidade do Programa Farmácia Popular, em convênio com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e com a Farmácia de Medicamentos Especiais da Secretaria Estadual de Saúde. O Conselho Regional de Farmácia/RS, em parceria com a Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, oferece à sociedade um Centro de Informações de Medicamentos (CIM) que promove o acesso à informação científica e atualizada.

A assistência farmacêutica na SMS é representada pelos dispensários nas Unidades Básicas de Saúde (133, sendo quatro em serviços de populações específicas), por 10 farmácias distritais e farmácias especializadas (quatro

unidades dispensadoras de medicamentos/SAEs e uma homeopática), pelas farmácias internas das unidades de atendimento pré-hospitalar e hospitalar (três e duas, respectivamente), compreendendo todos os níveis de complexidade, serviços estes distribuídos nas oito Gerências Distritais. Os fármacos selecionados para a atenção primária do município estão na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), atualizada em 2016 pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, ainda não publicada. As padronizações das unidades de pronto atendimento e hospitais são realizados por comissões de cada instituição, conforme perfil e característica de atendimento e incorporam medicamentos diferentes da atenção primária.

As atividades da assistência farmacêutica, bem como a sua organização e funcionamento, estão estabelecidos na Instrução Normativa 011/2015, que foi fundamentada na legislação sanitária, profissional e administrativa vigente à época. A Instrução Normativa foi avaliada e estudada junto com o Conselho Municipal de Saúde e a Procuradoria Geral do Município. Sua principal mudança está no atendimento exclusivo a moradores de Porto Alegre. Precisa ser atualizada após as mudanças ocorridas desde a publicação.

Tabela 34. Receitas atendidas nas farmácias e dispensários e recursos financeiros aplicados, 2013 a 2016

Receitas Atendidas	2013	2014	2015	2016
Total de Receitas	2.449.813	2.296.269	2.524.375	1.808.672
Total de unidades distribuídas	269.364.729	251.093.813	186.800.437	162.907.926
Recurso financeiro utilizado (R\$)	23.511.172,36	26.785.593	18.106.898,00	15.539.532,05

FONTE: COORAF/SMS.

Os recursos aplicados são aqueles referentes às aquisições de medicamentos pela PMPA, pois alguns itens da REMUME são disponibilizado via Ministério da Saúde.

Tabela 35. Atendimento aos pacientes do Programa de Distribuição de Insumos do Diabetes nas Farmácias e Dispensários e recursos financeiros aplicados, 2015-2016

Gerências	2015#	2016#
Total de entregas realizadas	20.092 ¹	30.683
Total de unidades distribuídas	6.242.616	5.726.686
Recurso financeiro utilizado	1.904.370,44	1.943.151,48

FONTE: COORAF/SMS.

#A partir do ano de 2015, a aquisição dos insumos do diabetes entraram nas aquisições da Assistência Farmacêutica.

¹Os dados do primeiro quadrimestre não foram contabilizados, pois a organização do cadastro iniciou em abril.

Há necessidade de atualização do financiamento da assistência farmacêutica básica bem como maior controle na gestão de estoque, através da ferramenta de auditorias, sistemas de informação e planejamento dos locais de distribuição de medicamentos. Da mesma forma, a distribuição dos medicamentos é realizada pela própria SMS-POA, com muitos aspectos a serem melhorados. O processo de dispensação está em fase de informatização, o que garantirá melhor programação e compra, estocagem, distribuição e dispensação junto aos cidadãos. Outro desafio é avançar rumo à assistência farmacêutica com valorização do papel do profissional farmacêutico no cuidado de pacientes na atenção primária, principalmente os portadores de doenças crônicas.

2.3.8 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

São os serviços que têm a função de realizar exames de imagem, gráficos ou coleta de exames laboratoriais de baixa tecnologia e custo, de uso frequente e que podem ser realizados fora do ambiente hospitalar. Alguns são regulados via Sistema Nacional de Regulação (SISREG), como RX, ecografias e audiometrias, enquanto outros são disponibilizados pela GD. As espirometrias são regulados pelo TelessaúdeRS-UFRGS (Convênio Respiranet) e pelo setor de exames da Unidade de Saúde IAPI, quando por indicação dos pneumologistas da rede, como demonstra o quadro 9.

Atualmente, a dificuldade de execução desses serviços está nos processos de manutenção dos equipamentos, uma vez que a evolução tecnológica dos serviços não foi acompanhada pelas áreas meios de suporte da SMS às áreas de atenção à saúde.

Os exames listados não contemplam a necessidade da população. Por isso, o município precisa contratualizar esses exames com outros prestadores. Mesmo assim, existe demanda reprimida. Os parâmetros para definição desses exames podem ser dimensionados pela Portaria MS 1.631 de 2015 (BRASIL,

2015b), como demonstra o capítulo que versa sobre Regulação do Sistema de Saúde. Além da definição da necessidade, é preciso que haja um sistema de informações que englobe solicitação, regulação e resultado desses exames no prontuário do usuário, estando disponíveis a todos os pontos de atenção.

Não há regulação para as coletas de exames laboratoriais e o acesso é direto do usuário ao serviço de coleta. De acordo com o Manual de Apoio aos Gestores do SUS – Organização da Rede de Laboratórios Clínicos (BRASIL, 2001b), os serviços laboratoriais devem ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a fim de buscar garantir a universalidade, a oportunidade de acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços, a integralidade da atenção, a equidade na alocação de recursos e no acesso e a subordinação das diretrizes às políticas para essa área ao controle social.

O município de Porto Alegre possui três laboratórios próprios, estando suas unidades distribuídas no HMIPV, no HPS e no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (Laboratório Central – LABCEN), que absorvem apenas parte da demanda de exames laboratoriais para a população do município. Para complementar o número de exames necessário para atendimento da rede de atenção à saúde básica e especializada, a Secretaria Municipal de Saúde conta com 13 laboratórios contratados, dentre os quais 12 são empresas privadas e um é público (Laboratório da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

Com a capacidade instalada existente para exames laboratoriais SUS em Porto Alegre, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.631 de 1º de Outubro de 2015, conclui-se que, para atender à demanda da população do município de Porto Alegre para exames de análises clínicas, é necessário disponibilizar um quantitativo anual de 372.412 exames, ou seja, um aditivo de cerca de 31.035 exames mensais (Tabela 36).

Quadro 9. Exames executados nos serviços diagnósticos próprios por Gerência Distrital

GD Centro: Serviço Diagnóstico Santa Marta	Forma de Regulação	Status	Nº de Oferta de Exames Mês
Audiometria	SISREG	Funcionando	120
Rx Odontológico	SISREG	Funcionando	964
Ecografia Obstétrica	SISREG	Funcionando	144
Eletrocardiograma	SISREG	Funcionando	640
Espirometria	TELESSAUDE	Funcionando	308
Rx Odontológico	SISREG	Funcionando	964
GD GCC: Serviço Diagnóstico Vila dos Comerciantes	Forma de Regulação	Status	Nº de Oferta de Exames Mês
Ecografia Obstétrica	SISREG	Funcionando	160
Ecografia Transvaginal	SISREG	Funcionando	96
Eletrocardiograma	GD	Funcionando	500
Serviço de Coleta de Análises Clínicas – LABCEN	Demanda das Unidades e SAEs	Funcionando	6000
GD Leste Nordeste: Serviço Diagnóstico Bom Jesus	Forma de Regulação	Status	Nº de Oferta de Exames Mês
Ecografia	SIRREG	Em Manutenção	00
Eletrocardiograma	GD	Funcionando	80
GD Norte Eixo Baltazar – US Assis Brasil	Forma de Regulação	Status	Nº de Oferta de Exames Mês
Ecografia Obstétrica	GD	Funcionando	90
Ecografia Transvaginal	GD	Funcionando	90
US Ramos e Domenico Fioli	GD	Funcionando	120
GD Sul Centro Sul: Serviço Diagnóstico Camaquã	Forma de Regulação	Status	Nº de Oferta de Exames Mês
Rx Odontológico	SISREG	Funcionando	72
GD Lomba do Pinheiro: Serviço Diagnóstico Murialdo	Forma de Regulação	Status	Nº de Oferta de Exames Mês
Ecografia Transvaginal	SISREG	Funcionando	208
Ecografia Obstétrica	SISREG	Funcionando	108
Ecografia Mamária	SISREG	Funcionando	44
Ecografia Abdominal Total	GD	Funcionando	70
Ecografia Abdominal Total com Vias Urinárias e prostática	GD	Funcionando	11
Eletrocardiograma	GD	Funcionando	100
Serviço de Coleta de Análises Clínicas -	Demanda das US e SAE	Funcionando	650
GD Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas: Serviço Diagnóstico IAPI	Forma de Regulação	Status	Nº de Oferta de Exames Mês
Ecografia Transvaginal	GD	Funcionando	142
Ecografia Obstétrica	GD	Funcionando	166
Eletrocardiograma	GD	Funcionando	320
Espirometria	GD/TELESSAUDE	Funcionando	320
Rx Odontológico	SISREG	Funcionando	392
Serviço de Coleta de Análises Clínicas	Demanda das US e SAE	Funcionando	1900

FONTE: CGAE/SMS.

Tabela 36. Oferta de exames de análises clínicas do município de Porto Alegre e quantidade que falta ser disponibilizada para atendimento da demanda, dados de janeiro de 2017

Serviços	Oferta anual de exames
Hospital Restinga	120.000
Hospital Vila Nova	60.120
Hospital de Clínicas	237.876
Hospital Independência	72.000
Instituto de Cardiologia	306.000
Hospital São Lucas da PUCRS	540.000
Santa Casa de Misericórdia	1.121.172
Hospital Fêmeina (GHC)	90.600
Hospital Conceição (GHC)	1.380.000
Presidente Vargas (HMIPV)	165.036
Total Produção Hospitalar	4.092.804
45% - estimativa produção p/outros municípios	1.841.762
Total Produção Hospitalar Município POA	2.251.042
Laboratório Central do Município	216.000
Laboratórios Contratados	3.204.540
Total Produzido para Município	5.671.582
Total necessário Portaria GM/MS 1.631	6.043.994
Quantidade de exames faltantes	372.412

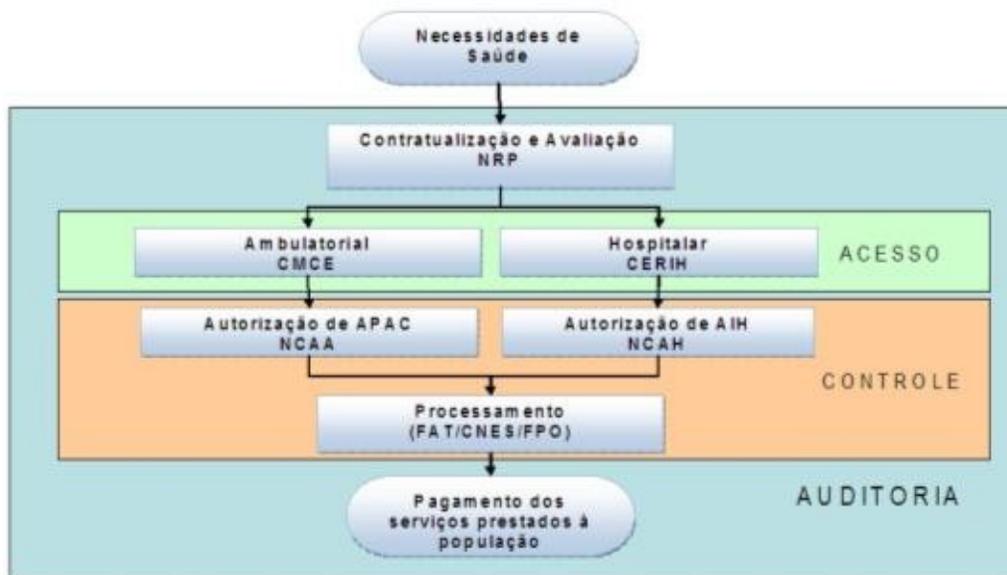
FONTE: site http://ww2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_seção=928; sistema de gestão de laboratório Madya; Tabwin.

2.3.9 Regulação do Sistema de Saúde

Segundo a Portaria MS/GM nº 1.559/2008 (BRASIL, 2008a), que estabelece a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, a Regulação da Atenção à Saúde é efetivada pela contratação de serviços de saúde, pelo controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, pela regulação do acesso à assistência e pela auditoria assistencial.

A Figura 2 representa o macroprocesso de regulação:

Figura 2. Macroprocesso de Regulação



FONTE: GRSS/SMS.

2.3.9.1 Contratualização dos serviços de saúde

O processo de contratualização é recente na SMS. Os primeiros contratos foram firmados em meados dos anos 2000, sendo a portaria regulamentadora publicada somente em 2013. A Portaria MS/GM nº 3.410/2013 (BRASIL, 2013c) estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar, conforme Portaria MS/GM nº 3.390/2013 (BRASIL, 2013d). No entanto, ainda não há diretrizes publicadas em relação à contratualização de serviços ambulatoriais.

A contratualização da SMS segue o modelo hospitalar e é composta de um instrumento contratual com cláusulas gerais de funcionamento, de obrigações a serem cumpridas por parte do contratado e da SMS e de um documento descritivo assistencial, onde constam metas físicas e financeiras, assim como metas assistenciais de qualidade e suas respectivas pontuações. É utilizado o modelo de orçamentação global para os prestadores hospitalares próprios, orçamentação parcial (componente pré-fixado e pós-fixado) para os demais prestadores hospitalares e orçamentação pós-fixada para os prestadores ambulatoriais.

São 66 serviços nos diferentes estágios de contratualização (contratos firmados e atualizados, em fase de chamamento público, em elaboração de protocolos de cooperação entre entes públicos, em renovação de contrato e mesmo aqueles ainda não contratualizados). Entre eles, são contabilizados três serviços federais, dois estaduais, duas clínicas de psiquiatria, dois serviços de métodos gráficos, um de exames de gastroenterologia, duas clínicas de traumatologia-ortopedia, cinco clínicas de imagem, três de reabilitação e fisioterapia, sete clínicas de fisioterapia, quatro clínicas de exames citopatológicos, 12 laboratórios de análises clínicas, sete clínicas de nefrologia e 16 hospitais.

A negociação com os prestadores, complexa e detalhada, exige um tempo que muitas vezes gera atraso nos trâmites, o que pode resultar em períodos de assistência descobertos de instrumento contratual, visto que não é viável cessar atendimento à população enquanto o processo transcorre.

Avaliação

O processo de avaliação dos contratos é realizado pela mesma equipe que contratualiza os serviços. Ele é realizado através das Comissões de Acompanhamento de Contratos (CAC). A CAC é instância prevista nas diretrizes nacionais e regulamentada pela Portaria Municipal 1.583/2015, onde está estabelecido que é a comissão responsável por encaminhar ao gestor da saúde relatórios de desempenho do contrato, inclusive com possíveis apontamentos de descontos referente a metas (financeiras e de qualidade) que não foram cumpridas nos períodos de avaliação (quadrimestrais). Todas as reuniões de acompanhamento em 2015 e 2016 foram realizadas, com forte participação do Controle Social.

2.3.9.2 Regulação do acesso

A análise situacional da Regulação do acesso se dará sob dois aspectos: o de processos de regulação e através de parâmetros assistenciais.

Processos da regulação do acesso

Compete às Centrais de Regulação de Porto Alegre (CERIH, CMCE e Central de Regulação do SAMU) a regulação do acesso à assistência na rede de serviços sob gestão do município, de acordo com as regulamentações, pactuações e/ou contratos em vigor. Objetiva promover o acesso equânime dos pacientes dentro de um processo de ordenamento da fila de espera, conforme a prioridade clínica e os recursos disponíveis.

A CERIH regula as internações hospitalares em caráter de urgência, que demandam transferência hospitalar. As internações reguladas correspondem, em média, a 1.800 internações mensais, o que corresponde a 12% do total de internações. Ainda, um grande número de internações totais refere-se a hospitais com emergências de portas abertas 24 horas e que admitem e internam grande volume de pacientes, sendo solicitantes e executantes de suas próprias internações. O acesso às internações eletivas ocorre quando o próprio executante solicita a internação, indicada por médico do serviço, para paciente atendido em consulta especializada previamente regulada pela CMCE/SMS/POA ou pela Central de Regulação Ambulatorial do Estado (CRA/SES).

A CMCE regula o primeiro acesso aos serviços e exames especializados, ou seja, os encaminhamentos das Unidades de Saúde da Atenção Primária. As primeiras consultas correspondem, em média, a 18,5% do total de consultas especializadas realizadas na rede de saúde. A SMS não controla sistematicamente todas as listas de espera por procedimentos eletivos, as chamadas filas internas nos hospitais.

Verificam-se fragilidades no processo regulatório em relação ao controle da oferta de leitos, consultas de retorno e serviços diagnósticos e terapêuticos na Rede de Atenção à Saúde. Há deficiências na integração entre os sistemas informatizados de regulação, os sistemas dos serviços de saúde e os sistemas de avaliação e controle dos serviços prestados e de faturamento. Além disso, existem poucos protocolos de regulação implantados, gerando solicitações de acesso a consultas, exames ou internações sem informações mínimas necessárias para o processo regulatório, gerando possíveis demandas desnecessárias e/ou regulações inadequadas.

Porto Alegre, conforme as pactuações existentes (abaixo), é referência em alta complexidade para o Estado. As pactuações estaduais em vigor são: Cardiologia, Traumato-ortopedia, Terapia Nutricional, Nefrologia, Oncologia e Neurologia. O Plano Estadual da Oftalmologia está em construção, assim como as referências da Obesidade.

Parâmetros na regulação do acesso

A Portaria MS/GM nº 1.631/2015 aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Com base nos parâmetros, restam analisadas abaixo as necessidades apontadas pela Portaria, em comparação com a produção aprovada realizada em Porto Alegre em 2016. Esta análise contemplou tanto as necessidades de consultas médicas e exames, bem como a necessidade de leitos para uma cobertura adequada à população. Uma das fragilidades da Portaria em questão é que não há parâmetros assistenciais definidos para serviços não médicos, como fisioterapia, por exemplo.

Com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, foi utilizada exclusivamente a população de referência para o SUS nas necessidades ambulatoriais (51,2% e 78,87%). No levantamento da necessidade de leitos hospitalares foram desconsiderados o total de usuários que contam com cobertura privada hospitalar (18,9%).

Tabela 37. População SUS X população planos suplementares

Local Residência	População	População SUS	População com Plano de Saúde Suplementar	População com Plano de saúde com cobertura Hospitalar
Porto Alegre	1.416.714	51,20%	48,80%	38,21%
Interior	9.353.889	78,87%	21,13%	16,03%
Total	10.770.603	75,23%	24,77%	18,94%

FONTE: IBGE/2012 e ANS set/2016.

Atenção Especializada

Para os serviços ambulatoriais do Município foi utilizado o percentual pactuado para atendimento de não residentes na Resolução CIB 237/2011, 45% da população de referência. Não foi possível a análise dos dados de produção, nem apurar a origem dos pacientes em virtude de 85% do total de procedimentos terem sido faturamentos via Boletim de Atendimento Ambulatorial Consolidado (BPA-C), que não individualiza os registros.

Atenção Hospitalar

Para estipular a população de referência do interior do Estado que acessa os leitos hospitalares da capital, utiliza-se a proporção de internações em não residentes como um fator de ajuste na fórmula de cálculo (Pt. MS/GM nº 1.631/2015). Por esse motivo, foi descontado o percentual de 18,9% da população de Porto Alegre, visto que, se fosse utilizado o percentual de 38,2%, o número de leitos seria subestimado. O percentual do fator de ajuste (internações dos não residentes) correspondeu a 42,8% no período analisado.

Tabela 38. Análise das taxas de internação (/1.000) realizada X recomendada

Tipo de Leito	Mín Recom	Máx Recom	Situação de Porto Alegre	
Neonatologia	82,4	168,0	138,91	Dentro do Recomendado
Pediatria clínica	27,8	48,8	35,11	Dentro do Recomendado
Pediatria cirúrgica	8,4	19,4	8,61	Dentro do Recomendado
Clínica – 15 a 59 anos	13,8	24,6	20,94	Dentro do Recomendado
Clínica – 60 anos e mais	72,4	116,8	90,48	Dentro do Recomendado
Cirurgia – 15 a 59 anos	21,5	35,7	24,53	Dentro do Recomendado
Cirurgia – 60 anos e mais	44,0	72,6	37,79	Abaixo do Recomendado

FONTES: SIH/DATASUS.

A tabela 38 mostra que a proporção de internações está dentro dos limites estipulados pela portaria, motivo pelo qual foram utilizados os dados reais de Porto Alegre no método de cálculo de necessidade de leitos.

Tabela 39. Análise das médias de permanência (dias) realizada X recomendada

Tipo de Leito	Mín Recom	Máx Recom	Situação de Porto Alegre	
Obstetrícia	2,4	3,1	3,22	Acima da Recomendada
Neonatologia	6,5	8,2	4,46	Abaixo da Recomendada
Pediatria clínica	4,6	5,7	4,6	Dentro da Recomendada
Pediatria cirúrgica	2,4	3,9	3,8	Dentro da Recomendada
Clínica – 15 a 59 anos	6,5	8,5	7,8	Dentro da Recomendada
Clínica – 60 anos e mais	7,4	9,7	9,1	Dentro da Recomendada
Cirurgia – 15 a 59 anos	3,6	4,4	4,4	Dentro da Recomendada
Cirurgia – 60 anos e mais	4,6	6,5	7,0	Acima da Recomendada

FONTES: SIH/DATASUS.

Verifica-se na tabela 39 que, nos leitos gerais, as médias de permanência estão dentro do recomendado pela portaria, exceto nos leitos de obstetrícia e cirurgia para idade acima de 60 anos.

Tabela 40. Proporção de internações em UTI realizada X recomendada, Porto Alegre

Tipo de Leitos	Proporção de internações com UTI esperada	Situação de Porto Alegre	
Obstetrícia	0,66%	0,67%	Acima da Recomendada
UTI Neonatologia	39,79%	29,71%	Dentro da Recomendada
UTI Pediatria clínica	5,04%	5,90%	Acima da Recomendada
UTI Pediatria cirúrgica	5,61%	10,54%	Acima da Recomendada
UTI Clínica – 15 a 59 anos	6,24%	6,55%	Acima da Recomendada
UTI Clínica – 60 anos e mais	9,85%	10,31%	Acima da Recomendada
UTI Cirurgia – 15 a 59 anos	6,25%	7,35%	Acima da Recomendada
UTI Cirurgia – 60 anos e mais	18,46%	20,98%	Acima da Recomendada

FONTES: SIH/DATASUS.

A tabela 40 evidencia que os serviços hospitalares em Porto Alegre encaminham muito pacientes para UTI, pois, exceto na UTI Neonatal, todas as proporções estão acima do esperado.

Tabela 41. Análise das médias de permanência (dias) em UTI realizada X recomendada, Porto Alegre

Tipo de Leito	Mín Recom	Máx Recom	Situação de Porto Alegre	
Obstetrícia	2,87	4,59	10,06	Acima da recomendada
Neonatologia	8,8	11,9	22,88	Abaixo da recomendada
Pediatria clínica	7,78	14,1	11,1	Dentro da recomendada
Pediatria cirúrgica	5,97	8,36	9,3	Dentro da recomendada
Clínica – 15 a 59 anos	6,79	9,08	7,4	Dentro da recomendada
Clínica – 60 anos e mais	7,39	9,52	7,1	Dentro da recomendada
Cirurgia – 15 a 59 anos	4,48	5,92	6,4	Acima da recomendada
Cirurgia – 60 anos e mais	4,64	6,24	6,6	Acima da recomendada

FONTES: SIH/DATASUS.

As médias de permanência em UTI/UCI estão acima do recomendado, chegando a se aproximar do dobro nos leitos de UTI em Obstetrícia e Neonatologia. Pode-se inferir que as médias de permanência podem aumentar em função da demora na efetivação da ocupação desses leitos de UTI, em virtude da insuficiência do quantitativo dos mesmos, o que contribui para agravamento do estado de saúde dos pacientes.

As fragilidades apontadas em todos os quadros acima demonstram que, caso os serviços reduzissem suas médias de permanência em leito de UTI para o máximo recomendado, deveríamos ainda ter oferta 10% maior desses leitos em

Porto Alegre. Caso atingíssemos nível considerado ótimo (média), poderíamos reduzir o número total de leitos de UTI, no entanto permaneceria a necessidade de ampliação de leitos de UTI Neonatal.

2.3.9.3 Controle e avaliação

O controle e avaliação da produção é, atualmente, focado nos procedimentos de alto custo e nas internações hospitalares. O método de cobrança da produção ambulatorial para os prestadores de serviço passou a ser por Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), não sendo mais possível cobrança de maneira consolidada. Essa mudança visa a ampliar o controle, identificando quais os pacientes realizaram cada procedimento, identificados pelo Cartão SUS, e possibilita o cruzamento de dados, ampliando a integração das áreas de regulação do acesso e de controle da produção, conforme prevê a Política Nacional de Regulação.

Autorizações de Procedimentos Alto Custo (APAC)

Os procedimentos ambulatoriais de alto custo possuem como forma de cobrança a APAC. Mensalmente, são avaliadas em média 17.700 contas, que movimentam em média R\$ 10.000.000,00/mês. Os principais procedimentos em que são necessárias essas autorizações são: nefrologia (terapia renal substitutiva e litotripsia); oncologia (radioterapia, quimioterapia); tratamento decorrente de doenças raras; reabilitação física (órteses e próteses); e oftalmologia (glaucoma e catarata).

Para o controle mais efetivo dos procedimentos, identifica-se a necessidade de sistema de informação com registro de biometria dos pacientes. Faltam protocolos de condutas e as decisões são tomadas individualmente ou em conjunto para cada situação, sem adequada padronização nas avaliações.

Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Para as AIH são analisadas em média 8.500 contas hospitalares. As internações são analisadas de maneira ampla, tanto quanto ao procedimento principal como aos secundários, com destaque para órteses, próteses, matérias especiais e diárias de UTI, entre outras. A exceção são alguns hospitais públicos (Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital de Pronto Socorro, Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas e Hospital de Clínicas), que autorizam seus próprios procedimentos com base no Manual da AIH do Ministério da Saúde.

Nas avaliações das AIH, são apontadas divergências sobre o cobrado na fatura em relação ao realizado, tanto do ponto de vista técnico como financeiro, evitando pagamentos indevidos. Não há registro no sistema dos motivos de glosa, assim como não são feitos apontamentos de forma padronizada pela equipe.

O Sistema de Informação utilizado (ACH-Procempa) não é integrado ao sistema de regulação do acesso, conforme preconiza a Política Nacional de Regulação.

Processamento

O processamento é o componente de controle da regulação, visto que possui uma composição de sistemas de informação que dão base aos registros da produção de serviços SUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informação Ambulatorial (UMA), Sistema de Internações Hospitalares (SIH), Ficha de Programação Orçamentária (FPO) e Sistema de Comunicação Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIH-A) . Esses sistemas não somente tem a finalidade de cruzar dados dos procedimentos, como também de disponibilizar os dados para gerenciamento e formulação de políticas públicas de saúde e embasar pesquisas com este escopo.

O CNES é composto por 3.992 estabelecimentos de saúde e inclui todos os estabelecimentos (pessoas físicas e jurídicas), privados ou públicos, que prestam serviços particulares, convênios e ao SUS. Deve-se buscar a fidedignidade dos

registros incluídos no cadastro, visto que a alimentação do cadastrado é realizada pelos próprios estabelecimentos.

O UMA é responsável pelo registro dos procedimentos ambulatoriais, tanto os cobrados através de boletim de produção ambulatorial (BPA-I e BPA-C), quanto os cobrados através do E-SUS, APAC. O UMA se baseia no cadastro do CNES e na FPO para processar as informações. Na FPO, são informados os tetos contratados, com a finalidade de cumprimento dos tetos estabelecidos nos contratos firmados. Em estabelecimentos ainda não contratados, é determinado um limite de recursos, que são estipulados pela gerência.

O SIH é responsável pelo registro das internações hospitalares. Também utiliza o CNES como base. Os tetos contratuais são controlados pela equipe responsável, que realiza os cortes de AIH, priorizando as contas que podem ser reapresentadas, visto que podem ser reapresentadas no limite máximo de 6 meses após a alta do paciente.

Os arquivos de faturamento dos estabelecimentos não próprios são enviados por correio eletrônico para o processamento, acarretando sobrecarga no sistema, pois os arquivos são extremamente grandes. Além disso, utiliza-se para disponibilização dos relatórios finais e de críticas uma área de ftp do Datasus/Ministério da Saúde (MSBBS) que está prestes a ser desativada.

Ambos os problemas (recebimento e devolução dos arquivos) seriam sanados se fosse criada uma área de acesso ao servidor com possibilidade de recebimento dos arquivos por todos os prestadores e disponibilização dos relatórios finais, comunicados, avisos, etc.

Outro problema constatado neste processo são os relatórios finais do UMA enviados ao financeiro através de planilhas eletrônicas elaboradas de forma manual e que são passíveis de erro.

O sistema de comunicação de informações de internações e ambulatorial (CIH-A) é o sistema que trata dos atendimentos particulares, obrigatório a todas as instituições que prestam serviços de saúde. O Ministério da saúde utiliza as informações do CIH-A para a certificação de entidades de assistência social

(mínimo 60% SUS), estabelecida pela Lei 12.101, de 27 de novembro de 2009 através da produção de serviços particulares. Os estabelecimentos de saúde enviam a produção em qualquer momento, normalmente quando o prestador com processo de renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) junto ao MS.

2.3.10 Redes Temáticas

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre implantou redes temáticas de Atenção à Saúde apontadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014c), a saber: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, além da Rede de Saúde Bucal, estabelecida pelo próprio município.

2.3.11 Vigilância em Saúde

O reconhecimento da Vigilância em Saúde como responsabilidade indelegável e como um componente indissociável do SUS é a base estratégica do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Cabe à Vigilância em Saúde atuar no âmbito de proteção contra danos, riscos, agravos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população através da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS).

A CGVS atualmente se encontra dividida em equipes nas seguintes áreas:

- Epidemiológica – Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis, subdividida em Núcleo de Vigilância de Doenças Crônicas, Núcleo de Vigilância de Doenças Agudas e Núcleo de Imunizações;
- Sanitária – Equipe de Vigilância de Alimentos, Equipe de Vigilância de Serviços e Produtos de Interesse à Saúde, subdividida em Núcleo de Produtos, Núcleo de Serviços e Núcleo de Engenharia;

- Ambiental – Equipe de Vigilância em Saúde Ambiental, Equipe de Vigilância da Qualidade da Água de Consumo Humano, Equipe de Vigilância de Zoonoses, subdividida em Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores e Núcleo de Vigilância de População Animal e Equipe de Fiscalização Ambiental.
- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Vigilância Epidemiológica

Esta área é responsável por ações no âmbito das doenças transmissíveis, doenças agudas e imunizações, doenças crônica e eventos vitais. Exemplos de ações são descritas a seguir.

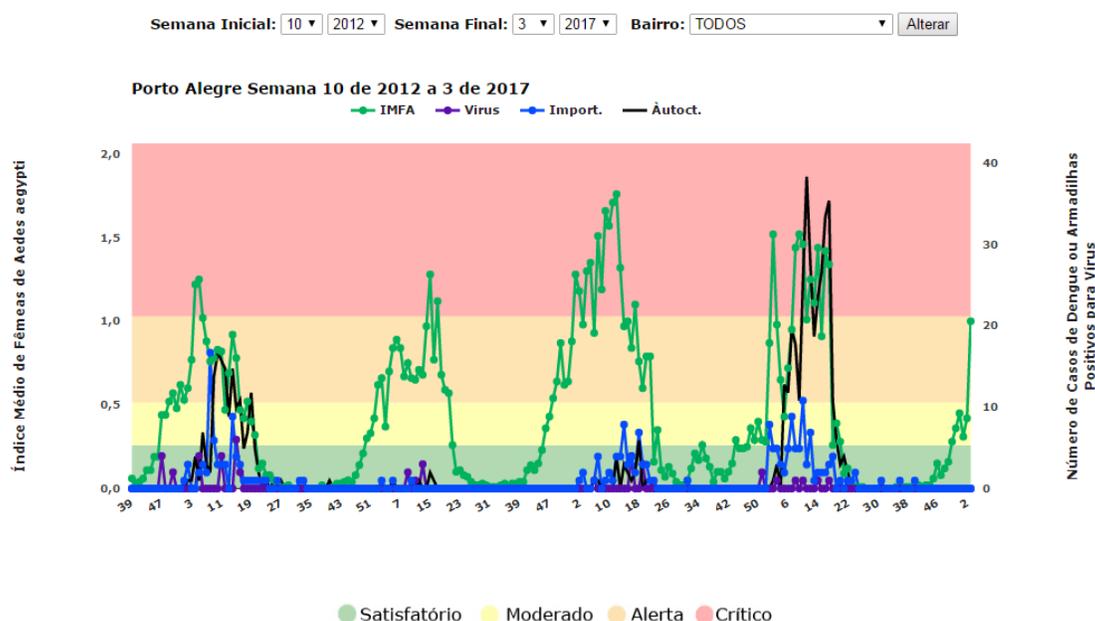
Controle vetorial do *Aedes Egypti*

Desde 2010, quando foram registrados os primeiros casos de dengue autóctone em Porto Alegre, a Secretaria Municipal de Saúde tem incrementado as políticas de prevenção e combate ao vetor, tendo como marco o ano de 2012, quando foi implantado na cidade o Monitoramento Inteligente da Dengue (MI Dengue). Em 2016, com a circulação de três vírus em Porto Alegre (dengue, chikungunya e febre zika), o MI Dengue passou a ser denominado MI *Aedes*, já que o vetor dos é o mesmo. Para o período 2018 a 2021, indica-se manutenção e ampliação da vigilância do *Aedes aegypti*, com o uso de armadilhas de captura do vetor na fase adulta e maior utilização da tecnologia visando à produção de mapas de infestação populacional do vetor atualizados em tempo real, mapas de circulação viral atualizados semanalmente, índices entomológicos e epidemiológicos semanais, além de sistemas avançados de gestão de equipes e controle de qualidade.

Até o início de 2017, o sistema MI *Aedes* estava instalado em 31 bairros de Porto Alegre, com 935 armadilhas de monitoramento vistoriadas semanalmente por 21 Agentes de Combate a Endemias. A partir da utilização da metodologia, entre 2012 e 2016, a SMS pode acompanhar, semanalmente, o Índice Médio de

Infestação de Fêmeas do Aedes (IMFA), seja no período sazonal, seja fora da sazonalidade característica do inseto vetor em Porto Alegre (novembro-abril). Em 2016, passam a ser monitorados e analisados também os exemplares de *Culex*, já que não há confirmação de que esta espécie de mosquito não transmite o vírus zika. O IMFA é obtido pela equação fêmeas coletadas/número de armadilhas. O gráfico 30 mostra a distribuição das frequências do IMFA (linha verde), a presença viral (linha roxa) e a quantidade de casos confirmados (linha azul, importados; linha preta, casos autóctones) por semana epidemiológica (SE), de outubro de 2012 até a SE 03 de 2017 (período total de monitoramento pelo Sistema MI Aedes).

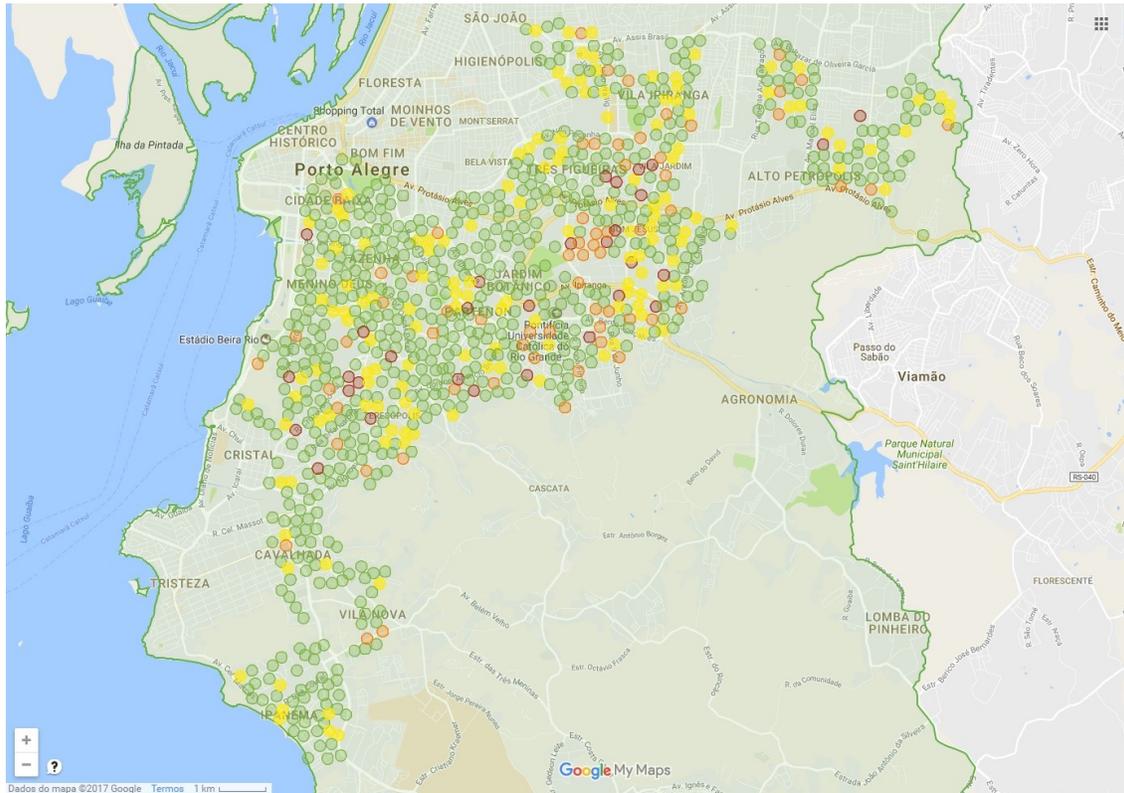
Gráfico . Índice de infestação de fêmeas adultas de *Aedes aegypti*, presença viral e quantidade de casos confirmados por semana epidemiológica (outubro de 2012 a SE 03 de 2017), Porto Alegre



FONTE: PMPA/CGVS/Equipe de Vigilância de Roedores e Vetores.

O mapa da Figura 3 mostra todas as armadilhas instaladas na cidade. Cada círculo verde, amarelo, laranja ou vermelho corresponde a uma armadilha de monitoramento. A área corresponde ao perímetro urbano da Capital com maior vulnerabilidade para as doenças transmitidas pelo *Aedes*. A ampliação da cobertura progressivamente para as demais áreas urbanas da cidade é proposta para o período 2018-2021.

Figura 3. Bairros onde estão instaladas armadilhas para captura de mosquitos adultos de *Aedes aegypti*, Porto Alegre



FONTE: www.ondeestaoedes.com.br

O MI Aedes é um sistema de monitoramento completo, que inclui desde a instalação das armadilhas, a captura das fêmeas e a análise viral de todos os exemplares de insetos capturados nas armadilhas Mosquitrap. A adoção dessa tecnologia viabilizou um conhecimento mais fidedigno acerca dos locais de maior risco para a transmissão das viroses citadas, uma vez que permite que a infestação seja acompanhada de forma contínua e que se verifique a presença viral antes mesmo de se tenha casos notificados. Além disso, o sistema proporciona verificar a eficácia das ações de controle sobre as populações adultas do mosquito em questão, uma vez que a quantidade de mosquitos capturados demonstra os índices de infestação antes e depois das ações feitas.

O conhecimento do IMFA contribui para qualificar o mapeamento de risco obtido a partir da análise de sazonalidade, monitoramento vetorial e acompanhamento da situação epidemiológica. A experiência da capital demonstra que o sistema MI Aedes proporciona confiabilidade e racionalidade administrativa,

além de conferir um valor preditivo de risco maior.

Para incrementar a divulgação das ações referentes à prevenção às doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, desde 2015 a Secretaria Municipal de Saúde mantém no ar o site Onde Está o Aedes? (www.ondeestaoedes.com.br), para oferecer aos cidadãos, imprensa, gestores, profissionais de saúde e interessados na prevenção ao mosquito *Aedes aegypti* todas as informações sobre as ações da prefeitura. Aliado na gestão das políticas de controle, monitoramento e prevenção ao vetor, o site necessita de incrementos tecnológicos, além da criação de versão mobile e de aplicativos para dispositivos móveis. A ferramenta oferece mapas temáticos a todos os interessados, permitindo acompanhamento da infestação vetorial na cidade, da localização de casos confirmados das doenças, além de dados sobre a situação epidemiológica dentro de seus territórios de trabalho, qualificando, assim, o sistema de notificações realizado pela rede de serviços de saúde da cidade.

Vigilância Ambiental

A Vigilância em Saúde Ambiental consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde. É também atribuição da Vigilância em Saúde Ambiental a vigilância epidemiológica das doenças e agravos à saúde humana, associados a contaminantes ambientais (BRASIL, 2017). A seguir, descrevem-se algumas ações realizadas.

Fiscalização em Ambiente de Trabalho

A Equipe de Vigilância em Saúde Ambiental e do Trabalhador (EVSAT) realiza ações voltadas para a vigilância da saúde humana exposta a riscos do ambiente natural poluído e a riscos dos ambientes de trabalho. Tem como objetivo geral identificar e monitorar fatores de riscos biológicos e não biológicos nos ambientes de trabalho, e não biológicos relacionados a contaminantes ambientais,

qualidade do ar, do solo, poluição eletromagnética e desastres naturais, de forma a minimizar os danos causados por doenças e agravos decorrentes da exposição da população. No que diz respeito ao ambiente de trabalho, desenvolve um conjunto de atividades que se destina à promoção e proteção à saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos gerados pelas atividades produtivas, formais ou não, nas diversas formas de representação desses ambientes.

Cabe salientar que a competência desta EVSAT é investigar e fiscalizar as condições de ambientes de trabalho, as medidas de controle de risco e de proteção coletiva e individual, bem como outras infrações sanitárias de competência da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde-CGVS. Não se confunde com as competências da SRTE/UMA/RS, conforme a ADIN nº 70005412986 TJERGS de 03/11/2003, pois não aplicamos nenhuma Norma Regulamentadora (NR) trabalhista.

Em meados de 2012, a EVSAT estabeleceu ,junto ao Sistema 156POA, um canal direto para entrada de reclamações, disponível à população de Porto Alegre, cujo serviço se chama, atualmente, SMS – Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Tabela 42. Distribuição das denúncias recebidas e vistorias realizadas em Porto Alegre, 2012-2016

Variáveis	2012	2013	2014	2015	2016	Total
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Denúncias	01	83	90	58	40	272
Vistorias	03	*83	*90	*58	79	*313

FONTE: EVSAT, 2012-2016.

Esclarecemos que o número de 313 vistorias totais, bem como os relativos há 2013, 2014 e 2015, estão subdimensionados, pois somente a partir do ano 2016 passamos a contabilizar as vistorias. Cada denúncia, geralmente, requer duas vistorias, pois temos de retornar ao local da infração a fim de verificar a implantação das melhorias solicitadas ao empregador para regularizar sanitariamente o ambiente de trabalho.

Os números demonstram a relevância deste tema e sua latência. Porém não é possível estabelecer uma tendência, pois se tratam de demandas espontâneas oriundas da população. Esclarecemos que recebemos muitas demandas destinadas à Superintendência Regional do Trabalho e Emprego/UMA, as quais são encaminhadas via Ofício e, geralmente, retornam com a informação dos procedimentos adotados pelo órgão. Tal parceria tende a ser reforçada num futuro próximo, pois já no início deste ano teremos ações em conjunto.

Em conjunto com a Secretaria Municipal do Meio Ambiente (SMAM), a Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde tem participação no Licenciamento Ambiental dos Projetos Especiais (Grandes Empreendimentos) e nos

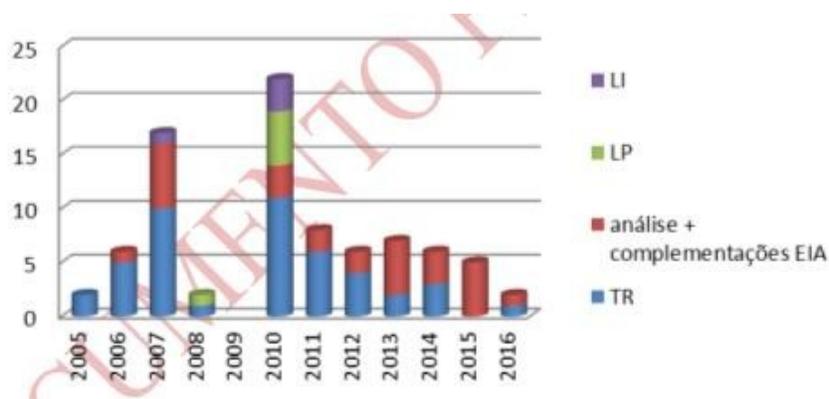
Licenciamentos de Estações Rádio Base (ERBs), avaliando seus impactos na saúde das populações em seus territórios.

Licenciamento Ambiental

O Licenciamento Ambiental de Empreendimento Especiais em Porto Alegre é intersetorial, o que demanda um gerenciamento complexo de vários setores da Prefeitura Municipal de Porto Alegre para garantir a qualidade ambiental e a saúde da população ao final do processo. Manter esse processo intersetorial e garantir que os impactos sobre o ambiente e, especialmente, sobre a saúde das populações atingidas sejam mitigados e/ou compensados adequadamente é um dos desafios para os próximos quatro anos.

O número de processos recebidos, analisados e respondidos varia a cada ano conforme a demanda existente de solicitações na SMAM. Na série histórica apresentada abaixo, pode-se verificar a flutuação no número e na etapa dos processos analisados e respondidos, por ano, no período de 2005 a 2016.

Gráfico . Número de processos de licenciamento ambiental de empreendimentos, Porto Alegre, 2005 a 2016



FONTE: EVSAT/CGVS/2017.

Licenciamento Ambiental de Estações Rádio Base (ERB)

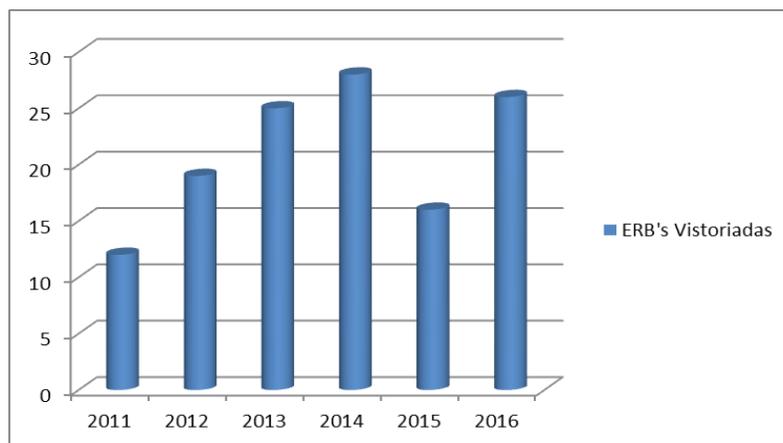
As ERB são conhecidas com “antenas de celulares”, ou seja, um conjunto de dispositivos aptos a emitir ou captar ondas eletromagnéticas no espaço. A cidade de Porto Alegre foi pioneira ao considerar as questões de exposição

humana às radiações não-ionizantes, visando a proteção do meio ambiente e da saúde pública, tendo por base o Princípio da Precaução.

A questão da poluição eletromagnética é abordada pela Lei Nº 8.896/02 (Lei das ERB's), alterada Lei Nº 11.685, de 30 de setembro de 2014, onde se estabelece que o licenciamento ambiental será realizado pela Comissão de Análise Urbanística e Ambiental de ERB (CAUAE), atualmente junto ao Escritório Geral de Licenciamentos e Regularização Fundiária (EGLRF) da Prefeitura.

O número de vistorias para licenciamento ambiental de ERB's reflete a demanda de solicitações na CAUAE e, portanto, pode variar em cada ano. Na série histórica apresentada abaixo, pode-se verificar essa flutuação no período de 2011 a 2016. Os dados agrupados remontam 126 processos analisados no período compostos por 12 processos em 2011, 19 em 2012, 25 em 2013, 28 em 2014, 16 em 2015 e 26 em 2016. Verificou-se uma queda do índice em 2015 devido à insegurança dos requerentes sobre os novos procedimentos implantados no final de 2014.

Gráfico . Número de ERBs vistoriadas



FONTE: CGVS/2017.

O desafio para o futuro está na implantação dos procedimentos de medição da potência irradiada por ERB, a fim de criar um banco de dados próprio sobre estas emissões e incorporar esta análise ao Licenciamento Sanitário nos “locais críticos” estabelecido na Lei N° 8.896/02, alterada Lei N° 11.685, de 30 de setembro de 2014. Nessas leis, entendem-se como locais críticos as edificações de hospitais, clínicas, escolas, creches e instituições de longa permanência de idosos, localizadas no raio de até 50 m da instalação da ERB.

Vigilância da Qualidade da Água de Consumo Humano

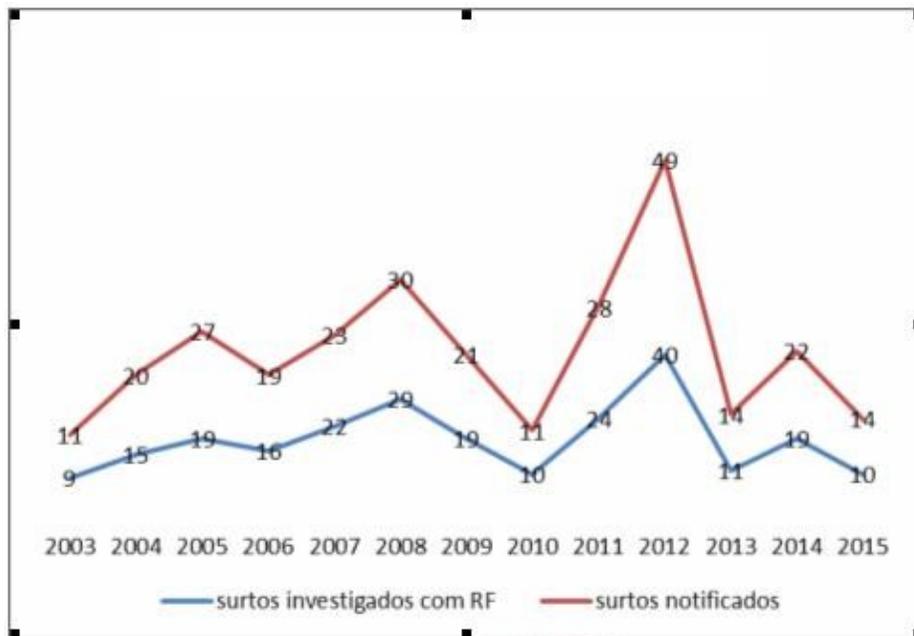
A Vigilância da Qualidade da Água integra as ações de vigilância em saúde ambiental da Secretaria Municipal de Saúde e tem entre suas atribuições o monitoramento da qualidade da água para consumo humano e controle de vetores.

Vigilância Sanitária

Área responsável pela vigilância dos alimentos e serviços e produtos de interesse à saúde. Algumas de suas principais ações são descritas abaixo.

Investigações de surtos de doenças transmitidas por alimentos (DTA)

Gráfico . Distribuição dos surtos de doenças transmitidas por alimentos, Porto Alegre, 2003 a 2015



FONTE: EVDTA/CGVS/SMS.

Tabela 43. Distribuição anual de agentes causadores de surtos, Porto Alegre, 2003 a 2015

Agentes	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	Total %
Salmonella	1	2	4	3	2	8	2	0	2	3	1	1	1	30	11,32
E. Coli	1	1	3	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	9	3
S. Aureus	3	3	3	1	4	4	1	1	4	2	1	2	0	29	10,94
B. cereus	1	2	3	6	3	5	3	1	5	8	1	4	0	42	16
Cl. Perfringens	0	2	1	2	4	6	4	2	3	4	5	4	3	40	15
Cl. Botulinum	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Listeria	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Shigella	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Coliformes fecais	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Não Identificado	2	5	5	5	7	8	9	6	12	34	3	8	6	110	42
Total	10	15	21	19	22	31	19	10	27	51	11	19	10	265	100

FONTE: EVDTA/CGVS/SMS.

O município de Porto Alegre investiga 100% das notificações de surto de DTA recebidas. A maioria das notificações é recebida através da ouvidoria Fala Porto Alegre (156).

A partir de 2012, a investigação epidemiológica e sanitária dos surtos passou a ser realizada somente pela Equipe de Vigilância de Alimentos, dando maior agilidade e rapidez na investigação, qualificando o serviço.

A situação de Porto Alegre segue a tendência mundial de subnotificações de surto, dificultado pela subnotificação dos serviços de saúde e também da população. O principal fator dificultador das investigações de surto em Porto Alegre é a grande ocorrência de casos onde o surto torna-se inconclusivo, ou seja, não se identifica o agente causal e nem mesmo o alimento incriminado (42%). Várias são as causas que contribuem para esta situação:

- notificação tardia;
- ausência de sobras;
- limitação de agentes (microbiológicos, químicos, etc.) pesquisados nas amostras coletadas, e enviadas ao LACEN, ou seja, detecta-se somente aquilo que o laboratório tem condições de analisar.
- Demora na entrega dos laudos por parte do LACEN/RS
- Dificuldade de contato com o notificante, através das informações prestadas pelo 156.
- Dificuldade de entrevista de todos os comensais envolvidos no episódio

Cabe ressaltar que o município de Porto Alegre segue uma tendência diferente dos demais municípios do RS, e do Brasil, onde o principal agente envolvido em surtos de DTAs ainda é a bactéria *Salmonella*. O principal agente identificado em Porto Alegre é o *Bacillus cereus*, estando a *Salmonella* no 3º lugar de ocorrência. Esta situação pode ser justificada pelas ações de vigilância que o Município vem realizando ao longo dos anos, reprimindo a prática de utilização de ovos clandestinos e utilização de ovos crus em preparos culinários, reduzindo

drasticamente o perigo da ocorrência de um surto causado por *Salmonella*. Com a redução da ocorrência de um determinado agente, ocorre o favorecimento do crescimento de ocorrência de outros agentes, ocasionados por outros desvios durante o processo.

2.3.12 Políticas Públicas de Saúde

Nos últimos anos, a Secretaria Municipal de Saúde tem desenvolvido políticas específicas relacionadas aos ciclos de vida ou grupos prioritários. As principais são descritas sucintamente abaixo.

2.3.12.1 Saúde da Criança e do Adolescente

A Política de Saúde Integral à Criança tem por finalidade a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação à saúde, no sentido da defesa dos direitos à vida e à saúde da criança. Em conformidade com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a Política de Saúde Integral à Criança de Porto Alegre apresentou seu plano em 2015, que consta dos seguintes eixos estratégicos:

- atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido;
- aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral, incluindo o Programa Primeira Infância Melhor, em Porto Alegre intitulado PIM-PIA;
- atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas;
- atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura e paz e
- vigilância e prevenção do óbito infantil e fetal.

2.3.12.2 Saúde das Mulheres

O Objetivo da Política de Saúde da Mulher é reduzir a morbimortalidade pelos agravos mais prevalentes na população feminina, realizando ações transversais e articuladas intersetorialmente visando à promoção da saúde e da cultura da paz, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e recuperação de condições de saúde, qualificando assim a saúde das mulheres no município.

2.3.12.3 Saúde dos Homens

As políticas públicas de saúde voltadas ao cuidado da saúde da população masculina são muito recentes. A institucionalização formal da política deu-se pela Portaria GM/MS nº 1.944 de 27 de agosto de 2009.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) explicita o reconhecimento de determinantes econômicos, sociais, étnicos e culturais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade. Considera-se que representações sociais sobre a masculinidade vigente comprometem o acesso à atenção integral, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e risco para a saúde. O Programa da Saúde do Homem é uma das poucas políticas setoriais de saúde instituída por Lei Municipal em Porto Alegre (Lei Municipal nº 11.992, de 30 de dezembro de 2015).

Baseada na própria PNAISH e nas diretrizes assistenciais da SMS para o PMS 2018-2021, a Política visa a implementação e consolidação dos seus eixos prioritários:

- doenças prevalentes na população masculina;
- acesso e acolhimento do público masculino nos serviços de saúde;
- prevenção de violências e acidentes

2.3.12.4 Saúde dos Idosos

Porto Alegre é a capital brasileira com o maior percentual de idosos, representando 15% da população geral. A manutenção da autonomia e independência dos idosos, assim como a qualidade de vida no envelhecer, é reforçada por estratégias que contemplem capacitações e medidas educativas entre os profissionais de saúde e entre os idosos. Essas demandas de promoção e prevenção da saúde da população idosa e as implementações de ações específicas de recuperação e reabilitação no município de Porto Alegre são norteadas pelas diretrizes contempladas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 (Envelhecimento Ativo):

- atenção integral e integrada à Saúde da Pessoa Idosa (com foco na funcionalidade do idoso, especial atenção às especificidades desta faixa etária, assim como suas vulnerabilidades, fragilidades e síndromes geriátricas);
- estímulo às ações intersetoriais visando à integralidade da atenção;
- implantação de serviços de atenção domiciliar a partir de equipes do Programa “Melhor em Casa” do Ministério da Saúde;
- acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco;
- provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- fortalecimento da participação social;
- formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- promoção de Cooperação Nacional e Internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.

2.3.12.5 Saúde da População em Situação de Rua

A Política Nacional para a População em Situação de Rua estabelece quatro condições para a caracterização como pessoa em situação de rua: pobreza extrema; vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; inexistência de moradia convencional regular; e utilização dos logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento (BRASIL, 2009).

Abaixo são descritas as ações de atenção à saúde da população em situação de rua em processo de estruturação no município:

- reformulação do trabalho do Consultório na Rua CENTRO;
- ações intersetoriais de cuidados em saúde no território para a População em Situação de Rua (encontros “Socialização Rua” nas praças/ comunidade);
- supervisão clínico-institucional promovida pelo Projeto REDES/SENAD para os serviços das GD Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas e Centro;
- formulação do Projeto de Contratação de Ações em Redução de Danos pelo Grupo de Trabalho de Governo PopRua.

2.3.12.6 Saúde Prisional

A situação de atenção à saúde para a população carcerária brasileira é bastante deficiente. Várias doenças infectocontagiosas, em especial, tuberculose e Aids, atingem níveis epidêmicos alarmantes nessa população. A alta incidência de problemas de saúde decorre, em muito, do ambiente prisional que contribui para proliferação de doenças e contágios, doenças respiratórias, gastrintestinais e alérgicas são comumente relatadas pelos presos.

Em Porto Alegre além das unidades prisionais privadas de liberdade do Presídio Central de Porto Alegre e Presídio Feminino Madre Pelletier, também está o Instituto Penitenciário Forense, instituição que abriga pacientes internos que cometeram delitos e que necessitam de tratamento pela situação de doença mental e de custódia.

2.3.12.7 Saúde do Trabalhador

A política de saúde do trabalhador e da trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Os objetivos prioritários dessa política são o de contemplar todos os trabalhadores, priorizando entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade e aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção.

O CEREST Porto Alegre – Centro de Referência à Saúde do Trabalhador – é um centro habilitado junto ao Ministério da Saúde como CEREST Regional, ou seja, responsável por Porto Alegre e referência para mais 47 municípios das regiões Metropolitana, Carbonífera e do Litoral Norte, compreendendo a 2ª e 18ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS/RS). Tem como responsabilidade promover a integração da rede de serviços de saúde do SUS na incorporação da Saúde do Trabalhador em sua atuação rotineira. Não obstante, devido à amplitude da área de abrangência, apresenta dificuldade para atender seus objetivos e atribuições. Por esse motivo, há a solicitação de alteração de abrangência deste, habilitando-o como CEREST Municipal. Esta solicitação está amparada na Portaria 2728/GM/MS de 2009 e alinhado com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. Ainda aguarda aprovação estadual.

Além do fortalecimento do CEREST e habilitação como municipal, é considerada prioritária a integração do CEREST com a Vigilância em Saúde do Trabalhador, com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde. Para tanto, é necessário articular a produção conjunta de protocolos, normas técnicas e atos normativos, com harmonização de parâmetros e indicadores, para orientação da Rede de Atenção à Saúde.

Também são realizadas atividades de matriciamento do CEREST com Unidades de Atenção Primária. Além disso, a vigilância em saúde do trabalhador precisa avançar nas notificações na rede de atenção à saúde de forma geral mas, também, a partir das unidades sentinela. Além do CEREST, em Porto Alegre, são identificados os seguintes estabelecimentos com potencial de serem unidades sentinelas:

- Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sentinela para todos os agravos em saúde do trabalhador;
- Pavilhão Pereira Filho da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, sentinela para Pneumoconioses;
- Ambulatório de Dermatologia do Centro de Saúde Santa Marta, sentinela para dermatoses ocupacionais;
- Equipes de Saúde Mental, Centros de Atenção Psicossocial e Núcleos de Apoio à Saúde da Família do Município, sentinelas para Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho;
- Serviço de Apoio Diagnóstico do Centro de Especialidades Santa Marta, MNS clínicas (contratado), Serviços de Fonoaudiologia e Otorrino do Hospital de Clínicas (contratado), Hospital Nossa Senhora da Conceição (contratado) e Hospital da PUC (contratado), sentinelas para Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR);
- Centros de Reabilitação Física do município (Centro de Saúde Vila dos Comerciários e Centro de Saúde IAPI), Centro de Reabilitação Santa Teresinha (contratado), Clínica Reumato Medicina Física (contratado), Fisioterapia Fisio Abreu (contratado), Instituto de Fisioterapia Professor Livio Rocco (contratado), SEFIL Serviço Especializado de Fisioterapia (contratado), Ortopedia Carlos Barbosa (contratado), Sultrauma (contratado), Urgeclin (contratado), sentinelas para Lesões por Esforços Repetitivos e Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (LER/DORT).

2.3.12.8 Saúde da População Negra

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) surge como resposta do Ministério da Saúde para as situações de iniquidades históricas que acompanham a população negra em nosso país. Em 10 de novembro de 2006, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a PNSIPN e, em 13 de maio de 2009, o Ministério da Saúde a instituiu, por meio da Portaria MS/GM nº 992. Em Porto Alegre a Saúde da População Negra é desafio recente; passou a existir, efetivamente, a partir de 2010. A constituição nasce da organização do Controle Social, através da Comissão de Saúde da População Negra.

A implementação da PNSIPN em Porto Alegre inicia com a educação permanente ofertada através do Curso de Promotores em Saúde da População Negra (2012) – formato de curso de extensão com carga horária de 96 horas e, em parceria com a UFRGS. O objetivo foi o de preparar trabalhadores, estudantes do campo saúde e sociedade civil sobre a temática do Racismo Institucional em Porto Alegre, considerando este uma das principais barreiras de acesso da população negra aos serviços de saúde.

Foram criados oito Comitês Técnicos de Saúde da População Negra formados pelos promotores formados, controle social e sociedade civil e os localiza nas regiões de saúde com caráter de assessoramento na implantação da transversalização da PNSIPN por dentro do SUS e, a partir da porta de entrada que é a Atenção Primária (Portaria Municipal 723/2015).

Outras ações prioritárias foram realizadas ao longo dos últimos anos, com o foco de ampliar o acesso com qualidade da população negra ao SUS, e estão descritas abaixo:

- homenagem a Mulher Negra que Faz Diferença no SUS;
- monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde para a População Negra;
- curso de Ilerá Tiyé;
- curso de Crioulo Haitiano

- “Te acolho em minha casa”;
- I Simpósio Internacional de Saúde da População Negra.

2.3.12.9 Saúde dos Povos Indígenas

Conforme censo do IBGE 2010, Porto Alegre tem 3.308 indígenas, representando 0,23% da população geral. Na capital vivem indígenas pertencentes a três etnias: Guarani-Mbyá, Kaingang e Charrua. No mapa atual da cidade localizamos oito comunidades Kaingang habitando nos bairros Lomba do Pinheiro, Lami-Varejão, Belém Novo, Tristeza, Santa Tereza, Jardim Protásio Alves, Jardim Verde e Agronomia; três comunidades Guarani-Mbyá nos Bairros Lomba do Pinheiro, Lami e Cantagalo e um comunidade Charrua, no Bairro Lami. Em dezembro de 2016, 551 indígenas de oito aldeias (três Guarani-Mbyá, quatro Kaingang e uma Charrua) foram cadastrados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

No âmbito do SUS, há o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) (Lei nº 9.836/99). A partir do SASI, houve a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (Portaria MS 254/2002). A implementação dessa política requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos povos indígenas a efetivação desse direito, considerando as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas.

No país, são 34 Distritos Especiais de Saúde Indígena – DSEI, com a coordenação da SESAI/MS. Porto Alegre pertence à área do DSEI 28 – Litoral Sul, que se estende desde o litoral do estado do Rio de Janeiro até o do Rio Grande do Sul.

A PMPA realiza projetos, programas e políticas públicas direcionadas aos Povos Indígenas. Já realizou o assentamento de quatro comunidades indígenas (das etnias Kaingang, Guarani-Mbyá e Charrua) em locais homologados como áreas de interesse cultural do município. No interior dessas áreas municipais,

adquiridas para uso exclusivo pelas comunidades indígenas, há atendimento primário à saúde conforme prevê a PNASPI. Além dessas, há áreas indígenas ainda não regularizadas e áreas federais (homologadas ou em processo).

A capital dispõe de mecanismos próprios de cuidado aos indígenas. A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) de Porto Alegre tem base na Unidade de Saúde Indígena Fág Nhin (Lomba do Pinheiro), na GD Partenon/Lomba do Pinheiro. Implementada em 2013, a equipe itinerante é responsável pela ABS em cinco aldeias indígenas. As demais comunidades indígenas têm como referência as unidades dos territórios onde se localizam.

2.3.12.10 Saúde Nutricional

A Política Municipal de Alimentação e Nutrição orienta as ações de promoção de hábitos alimentares saudáveis em todas as faixas etárias e condições, com ênfase no aleitamento materno, na alimentação complementar saudável e no fortalecimento da autonomia do indivíduo na escolha de práticas alimentares a partir de uma reflexão crítica.

As diretrizes que integram a PMAN indicam as linhas de ações para o alcance do seu propósito, capazes de modificar os determinantes de saúde e promover a saúde da população. São elas:

- organização da atenção nutricional;
- Promoção da alimentação adequada e saudável;
- vigilância alimentar e nutricional;
- gestão das ações de alimentação e nutrição;
- participação e controle social;
- qualificação da força de trabalho;
- controle e regulação dos alimentos;
- pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição;
- cooperação e articulação para a segurança alimentar e nutricional.

2.3.12.11 Práticas Integrativas em Saúde

As Práticas Integrativas em Saúde (PIS) são recursos terapêuticos complexos que têm em comum uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano. A OMS também as denomina de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (WHO, 2002).

No Brasil, as técnicas de Acupuntura/Medicina Tradicional e Complementar, Medicina Antroposófica, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Homeopatia e Termalismo/Crenoterapia foram aprovadas para serem utilizadas no SUS em 2006 pela portaria ministerial nº 971 que deu origem à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) (BRASIL, 2006). No Rio Grande do Sul, a Resolução nº 695/13 – CIB/RS aprova em 20/12/2013 a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares – PEPIC/RS. E a Lei nº 11.476 institui no Município de Porto Alegre a Política de Plantas Medicinais, Condimentares e Aromáticas e de Fitoterapia (PORTO ALEGRE, 2013b). No município, a Política Municipal de Práticas Integrativas em Saúde – PMPIS será apreciada pelo Conselho Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CMS/SMS/POA.

Atualmente, outras técnicas foram inseridas no SUS pela portaria ministerial nº 404 de 15/04/2016, que incluiu na atenção básica os procedimentos das PIS: terapia comunitária, dança circular/biodança, yoga, oficina de massagem/automassagem, sessão de massoterapia, tratamento com termalismo, auriculoterapia e práticas corporais em medicina tradicional chinesa (BRASIL, 2016e). Por sua vez, a portaria nº 145 de 11/01/2017 incluiu na atenção básica os procedimentos das PIS: arteterapia, meditação, musicoterapia, tratamento naturopático, sessão de tratamento osteopático e reiki. A OMS, através da Estratégia 2014 – 2023 incentiva os Estados Membros a implementarem nas redes de saúde as práticas integrativas, naturais e tradicionais de saúde para a promoção e prevenção na saúde mediante regulamentação das práticas, produtos e profissionais. É necessária avaliação dessas portarias frente a capacidade instalada do município a fim de organizar a oferta de PIS na cidade.

2.3.12.12 Controle dos Agravos Transmissíveis

HIV/AIDS

Porto Alegre é a capital e a cidade do país com maior taxa de detecção de casos de Aids (74,0 casos/100.000 habitantes em 2015), com tendência de queda. Com o objetivo de diminuir os casos de Aids e controlar a epidemia, foram implementadas diferentes estratégias, em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, dentre elas:

- descentralização da testagem para o HIV (2012), com a implantação do uso do teste rápido (por punção digital) na APS. Englobou a disponibilização de teste rápido para sífilis e hepatites virais, a capacitação de 100% dos profissionais da APS, com recomendação da realização do teste rápido por livre demanda e sem necessidade de territorialização. Um desafio é realizar essas capacitações várias vezes ao longo dos quatro últimos anos, devido à rotatividade profissional;

- realização de eventos de testagem em grande escala em locais de maior fluxo da população, como o Centro, o Gasômetro e o Parque Farroupilha, entre outros, objetivando a ampliação do diagnóstico precoce para o HIV.

Outro ponto foi a elaboração do protocolo e fluxos de atendimento para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) sexual. A PEP para acidentes com material biológico já havia sido implementada em anos anteriores. Os fluxos da PEP foram revistos, atualizados e simplificados, tendo como base o novo protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV (BRASIL, 2015a), no qual a escolha pela utilização do esquema profilático passou a ser baseada na avaliação do risco da exposição e não na categoria de exposição (sexual ou por acidente com material biológico).

Dois projetos de prevenção do HIV foram iniciados em 2012, a saber: Ponto de Encontro e Galera Curtição. O Ponto de Encontro é um projeto de distribuição gratuita de insumos de prevenção (preservativos masculinos e gel lubrificante), para “casas de pegação” masculina, ou seja, locais de sociabilidade sexual gay e

de homens que fazem sexo com homens (HSH), como videolocadoras, boates e saunas. Em 2016 a abrangência geográfica desse projeto foi ampliada, com a disponibilização dos insumos para casas de sexo pago, onde trabalham mulheres, travestis e mulheres transexuais profissionais do sexo, incluindo nos insumos o preservativo feminino.

A linha de cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) foi implementada em 2014, com o estabelecimento de fluxos para solicitação dos exames de rotina, carga viral e CD4 na rede de APS. Além disso, foram estabelecidos critérios para o cuidado compartilhado neste nível de atenção à saúde: o usuário deve ser virgem de tratamento, apresentar CD4/CD8 maior que 350mm^3 e não apresentar coinfeções. Até esse ano, as PVHVA eram atendidas em serviços especializados. O acompanhamento deste usuário na rede básica de saúde conta com apoio matricial para a clínica ampliada nas unidades de atenção primária, pois o tratamento antirretroviral (TARV) pode ser prescrito nestes serviços.

Em 2015, Porto Alegre assinou a Carta de Paris do UNAIDS se comprometendo com o alcance das metas 90-90-90 até 2020: 90% das pessoas que tem HIV sabendo que tem o vírus (diagnosticadas); 90% das pessoas com HIV/Aids recebendo tratamento e 90% destas com carga viral indetectável. Essa meta é uma ofensiva global frente à disseminação do HIV, cujo objetivo final é o controle efetivo da epidemia, prevendo-se sua “eliminação” até 2030, por intermédio de estratégias alicerçadas no diagnóstico precoce e no acesso irrestrito aos antirretrovirais, como forma de eliminação da carga viral circulante (UNAIDS, 2015).

Conforme mostrado no Gráfico 13, que aparece na seção sobre Agravos Transmissíveis, é possível identificar que Porto Alegre está próximo de atingir 90% dos casos diagnosticados, porém é preciso incrementar o vínculo do usuário nos serviços de saúde para continuidade do tratamento antirretroviral e ampliar enormemente o número de pessoas em tratamento e com carga viral suprimida.

Quanto à mortalidade por Aids, o coeficiente de mortalidade em Porto Alegre também é o maior no Brasil, também com tendência de queda. Entre outras ações, contribuíram para a mudança deste cenário a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce e rápido e o início imediato do tratamento.

O Comitê de Mortalidade por Aids em 2011 (formalizado pela Lei nº 11.425, de 22 de abril de 2013) que tem como objetivos investigar os óbitos por Aids, envolvendo gestores, profissionais e serviços de saúde e sociedade civil em ações de monitoramento da mortalidade e incentivar a integração entre instituições e profissionais. O Comitê avalia periodicamente os principais problemas observados nos estudos de óbitos e as ações implementadas para reduzi-los. O Comitê também propõe iniciativas para a melhoria da qualidade no atendimento aos casos de HIV/Aids. Como exemplo, em 2016 foi publicada a nota técnica referente à atenção à detecção de casos de Síndrome Retroviral Aguda (SRA) (PORTO ALEGRE, 2016d) como oportunidade para o diagnóstico precoce do HIV.

Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Congênita

A eliminação da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV constitui uma prioridade para a região da América Latina e do Caribe e está contida no documento Iniciativa da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis nas Américas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do UNICEF (PAHO, 2014). Em 2014, a OPAS criou o Comitê Regional para Validação da Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e Sífilis, certificando os países que alcançarem cobertura de testagem para HIV e sífilis em gestantes 95% e taxa de transmissão vertical do HIV $\leq 2\%$, ou taxa de incidência de até 0,3 caso/mil nascidos vivos; taxa de incidência de sífilis congênita de $\leq 0,5$ caso/ mil nascidos vivos; cobertura de pré-natal (pelo menos 1 consulta) $\geq 95\%$; cobertura de TARV $\geq 95\%$ em gestantes HIV positivas e cobertura $\geq 95\%$ de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis.

O Ministério da Saúde tem desenvolvido ações e recomendações para aprimorar a prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância da sífilis, dentre as quais: a possibilidade de o teste rápido ser realizado por técnicos e auxiliares de

saúde, sob supervisão de enfermeiro; a priorização do uso de penicilina benzatina para gestantes e parcerias sexuais, já que esta é a única opção de tratamento seguro e eficaz na gestação para a prevenção da sífilis congênita; e a realização de oficinas regionais do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2016b), visando à formação de multiplicadores (médicos e enfermeiros) tendo como prioridade o manejo da sífilis. Recomenda-se, ainda, a instituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical nos Estados, regiões de saúde, capitais e/ou municípios que apresentarem elevados números de casos de sífilis congênita.

A taxa de transmissão vertical do HIV em Porto Alegre está em 3% e apresenta tendência de queda, o que está em consonância com a queda de 42,7% observada na taxa para o Brasil nos últimos 10 anos, mas ainda se encontra em patamares acima do recomendado pela OPAS. No sentido de diminuir essa taxa e eliminar a transmissão vertical, várias estratégias vem sendo adotadas pelo município, destacando-se entre elas:

- a implementação do Comitê de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV e sífilis congênita em 2013 (formalizado pelo Decreto No. 19.008, de 17 de abril de 2015) (PORTO ALEGRE, 2015b);
- a implementação do monitoramento e acompanhamento diário do diagnóstico das gestantes, por meio de link específico do teste rápido realizado pela APS;
- o monitoramento das gestantes da atenção básica que apresentam resultado positivo para o HIV desde a saída da Unidade de Saúde até o pré-natal HIV, utilizando também, mensalmente, dados gerados pelo SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos);
- a realização de capacitações sistemáticas para manejo de testes rápidos (HIV, sífilis e hepatites) para maternidades;
- a distribuição e acompanhamento de insumos vinculados à TV junto às maternidades (AZT oral e injetável, nevirapina, cabergolina, fórmulas lácteas e testes rápidos);

- a distribuição e acompanhamento de insumos vinculados à TV junto a rede APS (testes rápidos e fórmulas lácteas);
- os processos de busca ativa, juntamente com a APS, de gestantes faltosas no pré-natal HIV;
- oferta de outros métodos contraceptivos (Implanon e DIU Mirena) para pacientes HIV moradoras de Porto Alegre e
- publicação da Resolução no. 01 de 2016 que institui a realização da carga viral do HIV ao nascimento de criança exposta ao HIV pela gestação/parto, para o diagnóstico precoce da infecção em Porto Alegre.

Apesar dos avanços obtidos, várias ações ainda precisam ser desenvolvidas, como, por exemplo, estratégias intersetoriais terapêuticas e de cuidados em saúde (FASC e SMS) nos territórios para as gestantes em situação de rua e/ou que se encontram em situação de alta vulnerabilidade social, visando a garantir o acolhimento integral e a alta hospitalar qualificada, entre outros elementos; maior acompanhamento das equipes de monitoramento das GD; ampliação das ações de prevenção nas GD que apresentam maiores taxas de transmissão vertical do HIV, como a GD Leste/Nordeste (taxa de 3,9%), GD Partenon/Lomba do Pinheiro (4,9%) e GD Restinga (8,1%).

A notificação de sífilis em gestantes mostra tendência de aumento ao longo do período analisado, mas ainda se mantém abaixo do número de casos de SC, relação que deveria ser contrária. Ou seja, deveria haver mais casos de sífilis em gestante que tratadas, não se tornariam caso de sífilis congênita. Entretanto, nos últimos anos, 30% dos casos de sífilis congênita notificados não incluíam o registro da realização de pré-natal.

Sífilis Adquirida

A vigilância da sífilis adquirida iniciou em 2011, principalmente por notificação laboratorial. Em 2012 foram notificados 1.204 casos e em 2015, 2.497, ou seja, houve um aumento de mais de 100%. A GD Centro é a que mais

apresenta mais notificações até o ano de 2015, seguindo-se a GD Partenon/Lomba do Pinheiro e GD Sul/Centro-Sul. Uma das prioridades do município, portanto, é a implementação de ações emergenciais voltadas para a contenção e redução dos casos de sífilis adquirida.

Em janeiro de 2017 foi realizada uma capacitação sobre manejo clínico da sífilis para médicos da APS, que deverá ser replicada. Em 2013, devido à diminuição da oferta de penicilina benzatina – medicação recomendada para o tratamento por ser a mais eficaz –, foram criados critérios de prioridade para tratamento com esta medicação, contemplando as gestantes e suas parcerias sexuais como populações prioritárias. No entanto, ainda faz-se necessário revisar estes critérios, com vistas ao tratamento da sífilis adquirida na população em geral.

Hepatites Virais

Em 2011, o Ministério da Saúde introduziu os testes rápidos para triagem de hepatites virais B e C, sendo uma das estratégias adotadas para o enfrentamento desses agravos. A testagem rápida para HV foi implementada em Porto Alegre em 2012. Os resultados reagentes exigem confirmação por testes moleculares para a detecção de ácidos nucleicos do HCV (HCV-RNA), comprovando a presença do vírus. Estes testes são disponibilizados no LACEN do município e em laboratórios conveniados.

O exame de elastografia hepática é indispensável para a tomada de decisão terapêutica, conforme diretrizes do Ministério da Saúde. No final de 2016 a SMS fez a aquisição de equipamento com uma nova tecnologia, denominada elastografia hepática por ARFI, que permite avaliar o grau da doença em quase 80% dos pacientes sem a necessidade da realização de biópsia de fígado.

O município conta com sete serviços de atendimento especializado para HV e em 2013 foi inaugurado o SAE Hepatites, localizado no HMIPV.

A prevenção da hepatite C, para a qual atualmente não há vacina, se dá pela adoção de medidas como o sexo protegido, o não compartilhamento de

objetos que contenham sangue ou secreção de outras pessoas, a adoção de medidas de biossegurança nos estabelecimentos de saúde, bem como o diagnóstico precoce e o tratamento dos que vivem com a doença. Assim, as estratégias de prevenção prioritárias incluem a qualificação do acesso à informação a realização de teste rápido para as hepatites B e C (juntamente com o teste rápido para sífilis e HIV). Outra medida necessária é a disponibilização da vacinação para a hepatite B para todas as faixas etárias.

Tuberculose

A tuberculose (TB) continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Ainda obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, ou seja, de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública (BRASIL, 2011d).

Em 2012 foi iniciado o processo de descentralização (para a APS) do tratamento de pessoas com tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial e sorologia negativa para o HIV, que até então era realizado em Centros de Referência para TB (CRTB). Os profissionais de todas as gerências distritais foram capacitados, sendo esta uma necessidade permanente devido à alta rotatividade dos profissionais na APS.

A taxa de cura da TB em 2015 em Porto Alegre foi de 52%, estando abaixo da taxa preconizada pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que é de 85% e também pela preconizada pelo Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT-RS) (RIO GRANDE DO SUL, 2011), 75%. A taxa de abandono nesse mesmo ano é de 28%, muito abaixo dos 5% preconizado pelo PNCT.

Para o diagnóstico de TB o município dispõe de laboratório de microbiologia que realiza baciloscopias, culturas líquidas e sólidas e teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB). O TRM-TB detecta o DNA do *M. Tuberculosis* e a presença de resistência ao medicamento Rifampicina, um dos principais fármacos do

Esquema Básico para TB. Em Porto Alegre são quatro equipamentos disponíveis, distribuídos da seguinte forma: Laboratório Municipal de Porto Alegre (2), Presídio Central de Porto Alegre (1) e Hospital Vila Nova (1). O Hospital Santa Casa de Misericórdia e o Hospital Nossa Senhora da Conceição também dispõem desse equipamento (TRM-TB), obtido por meio de projetos de pesquisa em parceria com o Ministério da Saúde.

Porto Alegre conta com quatro CRTB, além do Ambulatório de Tuberculose do Hospital Sanatório Partenon (órgão estadual) que atende a região Partenon/Lomba do Pinheiro como CRTB. A retaguarda técnica das APS e suas GD são os CRTB, locais onde são realizados os procedimentos de elucidação diagnóstica, de tratamento de pacientes com TB sem confirmação laboratorial, de TB extrapulmonar, de tratamento de pessoas que apresentam comorbidades e/ou coinfeção pelo HIV, além do tratamento de crianças e gestantes com TB. Em 2016 os fluxos de assistência à saúde de pessoas com TB foram revisados e atualizados.

Em 2016 a SMS (GPPS – Transmissíveis), em conjunto com o Conselho Regional de Medicina (CREMERS) promoveu o I Fórum de Tuberculose do CREMERS, que contou com a participação de médicos gestores e assistenciais, além de vários outros profissionais de outras categorias, das mais diversas instituições de saúde de Porto Alegre. Desse evento resultou um Grupo de Trabalho de enfrentamento da TB com representatividade de médicos da SMS, SES, GHC, HCPA, CREMERS e Telessaúde com o objetivo de traçar estratégias para o controle da TB. Uma delas, que se trata de uma campanha direcionada para chamar a atenção dos médicos para esse agravo, será lançada em março de 2017.

2.3.12.13 Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

Com certeza, este é conjunto mais importante de morbidades que merece a atenção da SMS-POA nos próximos 4 anos de gestão. Cerca de 75% da morbidade e mortalidade são decorrentes das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) (SCHMIDT 2011). Em Porto Alegre, a vigilância das DCNT é frágil, motivo pelo qual tem-se dados de morbidade apenas da literatura, como o referido acima, e dados de mortalidade (item 2.2.2.3 deste Plano Municipal de Saúde).

Para este enfrentamento, a reorganização proposta da rede assistencial com forte componente clínico embasado em linhas de cuidado que partam da APS e alcancem todo o espectro do cuidado nos níveis assistenciais é fundamental. Ênfase deve ser dada na promoção da atividade física, da alimentação saudável, no combate ao tabagismo e ao sobrepeso e à obesidade, com ações próprias da saúde e intersetoriais.

Propõe-se, também, a criação e/ou fortalecimento de linhas de cuidado em Asma/DPOC, Risco Cardiovascular, Cardiopatia Isquêmica, Insuficiência Cardíaca Congestiva, AVC, Depressão/Risco de suicídio, Distúrbios de ansiedade e Dor Lombar. Além disso, importante definir uma carteira de serviços que contemple a identificação e o manejo dos principais fatores de risco para as DCNT, tais como: sedentarismo, obesidade, hipertensão, diabetes, dislipidemias, uso abusivo de álcool e tabagismo. Da mesma forma, implantar protocolos de rastreamento para neoplasias e outras DCNT poderão incidir sobre este mais importante grupo de morbidades em relação à perda de anos vividos com qualidade (DALYs) e morte.

2.3.12.14 Violências

A Secretaria Municipal de Saúde de POA, em consonância com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/GM/MS de 2001) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (Portaria MS/GM nº 2.446, de 2014) (BRASIL, 2014b), reconhece a violência como um dos principais problemas de saúde pública, buscando compreender sua complexidade e diversidade.

Os eixos operacionais Política Nacional de Promoção à Saúde: Territorialização; Articulação e Cooperação Intrasetorial e Intersetorial; Rede de Atenção à Saúde; Participação e Controle Social; Gestão; Educação e Formação; Vigilância Monitoramento e Avaliação; Produção e Disseminação de Conhecimentos e Saberes e Comunicação Social e Mídia são considerados estratégias para concretizar ações de promoção da saúde de forma a produzir impacto nos agravos em decorrência da Violência.

As diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências são: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

O Programa Acesso Mais Seguro (UMA) é uma das alternativas para enfrentar a exposição à violência que atinge os profissionais da saúde no exercício do trabalho e foi implantado e implementado na Secretaria Municipal de saúde no ano de 2016. O UMA é uma ferramenta usada pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) com a finalidade de mitigar a violência e preparar as Sociedades Nacionais a trabalhar nos diferentes contextos em que atua. Como

objetivo geral se propõe a melhorar o acesso aos serviços públicos de saúde em áreas afetadas pela violência armada a partir da gestão diária da segurança. Tem como princípios a adaptação ao contexto local de violência armada (riscos, intensidade e realidades); a autonomia para gestão diária da segurança pelos serviços de saúde nos territórios; suporte e monitoramento Distrital e Central pelos níveis hierárquicos da SMS e a responsabilidade compartilhada.

Os objetivos específicos do UMA na SMS em Porto Alegre são estabelecer junto aos profissionais de cada serviço de saúde um Plano Local de Acesso Mais Seguro, o qual se embasa na identificação e classificação dos sinais e sintomas de risco real relacionado à situação de violência armada, bem como na utilização de medidas de segurança e proteção (gestão dos riscos); promover, previamente à situação de violência armada, a pactuação de regras de comunicação e de segurança entre os profissionais dos serviços de saúde, gestão distrital e gestão central da Secretaria Municipal de Saúde; Implantar um sistema de notificação; monitorar os incidentes de violência armada, identificados pelos serviços de saúde; constituir uma rede de suporte aos profissionais para as consequências da violência armada (Gestão da crise e Gestão do estresse); e incentivar a constituição de uma rede intersetorial de segurança nos territórios impactados pela violência armada.

2.4 GESTÃO EM SAÚDE

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

Neste contexto, cabe ressaltar que o SUS realiza ações e serviços públicos

de relevância pública. As ações de saúde não são exclusivas do Estado, mas exigem, permanentemente, o exercício do poder e da autoridade estatal, para serem executadas conforme as necessidades da população. A qualidade da gestão pública implica a adoção de métodos e instrumentos de gestão adequados, eficazes e eficientes, que favoreçam o alcance de padrões elevados de desempenho e qualidade.

Cabe à gestão estar atenta às principais necessidades de saúde da população e do sistema de saúde para, a partir daí, nortear a equipe sob sua abrangência gerencial. Além disso, é responsabilidade do gestor municipal a gestão da saúde na cidade, não apenas dos serviços e ações vinculadas ao SUS, mas também aquelas relacionadas à saúde suplementar e à iniciativa privada. Nestas duas últimas situações, é importante tanto priorizar a qualidade dos serviços e a segurança dos pacientes, de acordo com normas da Vigilância em Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, como também corroborar para o desenvolvimento do setor saúde como um impulsionador do desenvolvimento econômico e social da capital.

2.4.1 A Estratégia

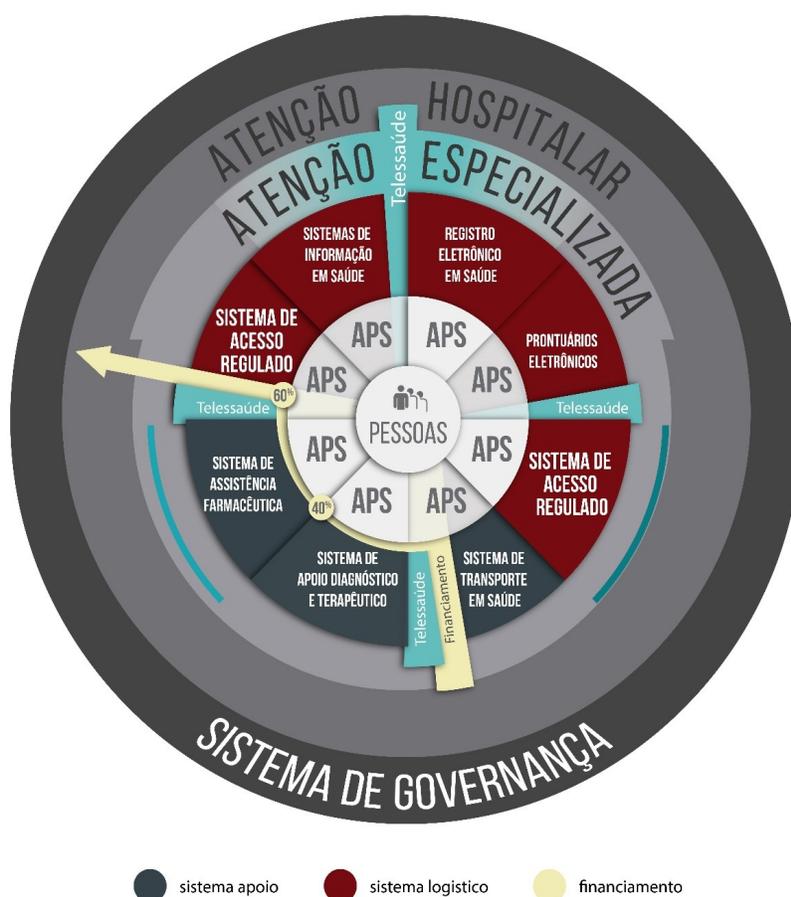
Para qualificar as ações e os serviços de saúde e garantir o cuidado integral dos cidadãos, a gestão da SMS atuará com base nos seguintes eixos prioritários:

- **Atenção Primária à Saúde** como coordenadora do cuidado à saúde, com ampliação do acesso, longitudinalidade do cuidado, ampliação da carteira de serviços;
- **Regulação do Sistema de Saúde** como motor da coordenação do cuidado, da regulação do fluxo de pacientes entre serviços de complexidades distintas, incluindo transição do cuidado e garantia da qualidade assistencial, segurança assistencial e da equidade;
- **Rede de Atenção à Saúde** como integração entre os diferentes pontos assistenciais por meio de linhas de cuidado e atribuições explícitas das responsabilidades;
- **Uso intensivo de Tecnologias de informação e Comunicação em Saúde** como apoio à tomada de decisão, monitoramento e avaliação de qualidade, com foco nos processos e resultados centrados nas pessoas;
- **Uso de indicadores internacionalmente reconhecidos** como base para o estabelecimento de metas prioritárias;
- **Educação permanente e valorização dos trabalhadores** por meio de avaliação de desempenho e de novas formas de comunicação e participação;
- **Transparência e Controle Social**, com aproximação da sociedade civil (cidadãos, prestadores e demais instituições); e
- **Enfrentamento de condições de saúde prioritárias**, como a materno-

infantil, condições agudas (Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV e outras), crônicas (saúde mental, osteomusculares e outras), causas externas (acidentes e violências) e doenças emergentes ou reemergentes (influenza H1N1, doenças causadas pelo Aedes Egypti, a leishmaniose, a tuberculose, entre outras).

A Figura 4 abaixo representa o norte de reorganização para o Sistema de Saúde de Porto Alegre, a partir dos eixos norteadores.

Figura 4. Representação gráfica da proposta para reorganização do Sistema de Saúde de Porto Alegre



FONTE: Schmitz CAA, et al. Telehealth as health metaservice: organizational axis of 21st century universal health care systems. Em preparação.

Mapa estratégico

Como forma de organizar a instituição para o cumprimento da estratégia, focado nos eixos prioritários, abaixo está apresentado o Mapa Estratégico da SMS.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MAPA ESTRATÉGICO



Visão estratégica: Ser referência no bem-estar em saúde, pela excelência nas ações dos serviços prestados e focados nos cidadãos e no modelo de gestão pública, sendo reconhecida internacionalmente.

Missão institucional – Promover o bem-estar em saúde, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e com a participação da iniciativa privada em caráter complementar, por meio de gestão única que garanta aos cidadãos o acesso universal, equânime e o cuidado integral, com participação social e respeitando as pactuações interfederativas.

Perspectivas

Cidadão/ Sociedade

- Centralizar todos os processos assistenciais nas pessoas/cidadãos;
- Garantir o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde;
- Melhorar a satisfação dos cidadãos no uso dos serviços públicos de saúde;
- Alcançar melhores índices nas condições de saúde prioritárias da população;
- Garantir um sistema de governança sensível à participação dos cidadãos e da sociedade civil em geral (cidadãos, prestadores e demais instituições) por diferentes formas de interação;
- Ampliar a transparência das ações de saúde.

Processos internos

- Tornar a Atenção Primária o grande eixo ordenador do cuidado em saúde, com ampliação do acesso, longitudinalidade e coordenação do cuidado, ampliação da carteira de serviços;
- Ampliar a regulação clínica do fluxo de pacientes entre serviços de complexidades distintas, incluindo transição do cuidado e garantia da qualidade assistencial, segurança assistencial e da equidade;
- Integrar os diferentes pontos assistenciais por meio de linhas de cuidado e atribuições explícitas das responsabilidades;
- Intensificar o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde, como apoio à tomada de decisão, monitoramento e avaliação de qualidade;
- Priorizar a utilização de indicadores internacionalmente reconhecidos como base para o estabelecimento de metas prioritárias;
- Adequar a estrutura física dos serviços de Atenção Primária para atender a critérios de qualidade e resolutividade demandados pela população.

Financeira/ Sustentabilidade

- Controlar e avaliar o uso dos recursos públicos;
- Qualificar os processos de contratualização, monitoramento, fiscalização e avaliação na relação com os prestadores;
- Qualificar os processos integrados de planejamento e orçamentação dos recursos da saúde;
- Ampliar os processos de captação de recursos;
- Avaliar as possibilidades de ampliação das parcerias público-privadas;
- Aumentar o controle sobre o uso dos insumos (materiais e equipamentos);
- Incrementar e qualificar a matriz de financiamento dos recursos da saúde;
- Aplicar os recursos de acordo com os dispositivos constitucionais e legais vigentes.

Aprendizado/ Crescimento Institucional

- Direcionar as ações pelas melhores evidências científicas disponíveis e adequadas ao Sistema Único de Saúde;
- Potencializar a educação permanente;
- Valorizar os trabalhadores por meio de avaliação de desempenho e de novas formas de comunicação e participação.

Programa de Metas (PROMETA)

Além dos instrumentos normativos de gestão do SUS, o Programa de Metas (Prometa) é a ferramenta a ser validada no legislativo municipal até o terceiro mês da nova gestão. Inspirado no Programa Cidades Sustentáveis, o Prometa está inserido nas leis orgânicas municipais de municípios de 19 Estados brasileiros e nos municípios argentinos de Mendoza, Maipú, San Martín de los Andes e Córdoba. O Prometa foi incluído na Lei Orgânica do Município de Porto Alegre em agosto de 2015 e determina que o executivo deve

[...] apresentar, em até 90 (noventa) dias após a data de sua posse, o Programa de Metas (Prometa), que compreenderá os 4 (quatro) anos de sua gestão, devendo conter as prioridades, os indicadores de desempenho e as metas quantitativas e qualitativas para cada um dos eixos estratégicos de políticas públicas estabelecidos para a Administração Municipal.

No documento encaminhado pelo executivo ao legislativo no prazo estabelecido acima, deverão estar incluídas as “diretrizes apresentadas na campanha eleitoral, os programas e as ações de governo em andamento, as leis orçamentárias e as deliberações das assembleias do Orçamento Participativo”.

As metas pactuadas no Prometa (Anexo 9), que inicia e é concluído junto com a gestão eleita, deve ser amplamente divulgado, apresentado em audiência pública e reavaliado anualmente. Vê-se que o documento do Prometa inicia e termina um ano antes do Plano Municipal de Saúde e do Plano Plurianual, exigindo adequação de prazos e metas nos referidos documentos para que sejam compatibilizados.

Além da estratégia e como parte dela, é fundamental que a gestão se embase no seguinte arcabouço prático e normativo, relacionado nos itens a seguir.

2.4.2 Intersetorialidade

A Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, em seu artigo 4º, parágrafo V, tem como um dos seus princípios:

a intersetorialidade, que se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns (Portaria MS nº 2.446, 2014).

O desafio de efetivar a intersetorialidade entre as políticas sociais no município de Porto Alegre, em especial saúde, assistência social e educação, vem sendo alvo de estratégias e iniciativas pontuais de profissionais e gestores para a realização dessa articulação. Além dos setores já citados, as áreas da segurança, mobilidade urbana, infraestrutura, emprego, cultura, lazer, acesso à moradia e meio ambiente, também são fundamentais nessa integração, para que as populações mais vulneráveis possam de fato ter um atendimento visando à integralidade e universalidade.

Portanto, é responsabilidade da gestão municipal estimular e apoiar a intersetorialidade das políticas públicas por meio de programas e ações conjuntas, entre setores da prefeitura, que possam intervir de forma efetiva e integral nas melhorias das condições de vida da população mais vulnerável.

2.4.3 Relações Interfederativas

No Brasil, as relações interfederativas são concretizadas a partir de instâncias representativas envolvendo todos os entes federados (União, Estados e Municípios). Estes participam de forma integrada no planejamento e na tomada de decisões sobre a política pública de saúde, a partir das comissões intergestoras: Comissão Intergestora Bipartite – CIB, Comissão Intergestora Tripartite – CIT e Comissão Intergestora Regional – CIR. Além disso, se organizam em conselhos de gestores (CONASEMS e CONASS), de forma a fortalecer a governança das esferas municipal e estadual do SUS frente à esfera federal.

Um desafio nas relações interfederativas do SUS é o lugar ocupado por Porto Alegre na execução da RAS, considerando ser uma Capital estadual. Como grande parte dos serviços de média e alta complexidade foram construídos e ofertados a partir da Capital, a descentralização e o respeito à regionalização estadual ainda ocorre de forma incipiente.

Ferramentas como Planos de Ação temáticos (Oncologia, Traumatologia, Rede de Urgência e Emergência, etc.) precisam ser elaborados e/ou revisados respeitando as regiões de saúde e respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde. Da mesma forma, o cofinanciamento deve ser considerado neste processo, de forma a possibilitar a concretização destes planos e da regionalização como um todo.

Outras ferramentas utilizadas nas relações interfederativas como estratégia indutoras são definidas pelo Ministério da Saúde, como o 'Sistema de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – SISPACTO (Anexo 10) e o Sistema de Apoio a Elaboração do Relatório de Gestão – SARGSUS. Além desses, existem as portarias sobre redes de atenção à saúde, sobre cofinanciamento da saúde, sobre planos de áreas estratégicas instituídos nacionalmente.

Complementar ao conjunto de normas e instâncias de gestão intersetorial, é fundamental que a gestão municipal esteja aberta a um diálogo franco e cordial com os demais gestores municipais do estado, com o gestor estadual e federal, assim como com os órgãos de fiscalização e controle.

2.4.4 Planejamento

No âmbito do SUS, o planejamento em saúde 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).

Na SMS, todas as áreas se envolvem com o planejamento em saúde: a gestão centralizada, a partir das decisões tomadas e planos estratégicos definidos

pelo Gabinete (Secretários e assessores) e coordenadorias-gerais; a gestão descentralizada, por meio das Gerências Distritais, equipes de monitoramento e fóruns de serviços e áreas, como a Saúde Mental; e o controle social, pela via da participação de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde na fiscalização de serviços e na avaliação e proposição de planos para implementação pela SMS.

O planejamento no SUS é norteado por princípios, legislação e instrumentos específicos. Os principais requisitos serão demonstrados a seguir.

- É atividade obrigatória e contínua;
- Ascendente e integrado;
- Deve ser integrado ao planejamento governamental geral;
- Respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite;
- Articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS;
- Deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde; e
- Considera as necessidades de saúde da população.

A legislação principal que trata sobre os instrumentos de planejamento e gestão no SUS é a seguinte: Art. 165 a 169 da CF/1988; Art. 36 da Lei n° 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990a); Lei n° 8.142, de 1990 (BRASIL, 1990b); Lei Complementar n° 101, de 2000 (BRASIL, 2000b); Decreto n° 7.508, de 2011 (BRASIL, 2011b); Lei Complementar n° 141, de 2012 (BRASIL, 2012); Portaria n° 2.135, de 2013 (BRASIL, 2013b); e Emenda Constitucional n° 95/2016 (BRASIL, 2016c).

O ciclo de planejamento precisa estar sincronizado com essa lógica para permitir a harmonia das políticas de saúde com as demais políticas governamentais, bem como para promover o monitoramento e avaliação contínua das ações. Os principais instrumentos de planejamento em saúde e gestão são:

Quadro 10. Principais instrumentos de planejamento em saúde e planejamento governamental

Planejamento em Saúde	Planejamento Governamental
Plano Municipal de Saúde	Plano Plurianual
Programação Anual de Saúde	Lei de Diretrizes Orçamentárias
Relatório de Gestão	Lei Orçamentária Anual

FONTE: ASEPLA/SMS.

No esforço de aprimorar a execução da Política de Saúde, diversos instrumentos norteadores são elaborados. No município, recentemente, planos e políticas setoriais foram construídas, em consonância com diretrizes regionais e nacional, são elas:

- ✓ **Diretrizes Municipais para Atenção Básica** – Aprovado em 2013 (Resolução 09/2013); - validada/apresentada ao CMS;
- ✓ **Plano Municipal de Saúde da Pessoa com Deficiência** – Aprovado em 2016 (ainda sem Resolução); validada/apresentada ao CMS;
- ✓ **Política Municipal de Assistência Farmacêutica** – Aprovado em 2016 (ainda sem Resolução); - validada/apresentada ao CMS;
- ✓ **Política Municipal de Saúde do Trabalhador** – Aprovado em 2016 (ainda sem Resolução); - validada/apresentada ao CMS;
- ✓ **Plano Municipal de Vigilância a Populações Expostas aos Agrotóxicos** (em elaboração – CGVS);
- ✓ **Plano de Preparação e Resposta a Desastres** (necessita da validação – CGVS);

Diante dos avanços obtidos, tanto pela existência de normativas específicas, quanto pelas ações coordenadas e planejadas em co-gestão, os desafios ainda existentes para o planejamento em saúde em Porto Alegre são:

- integração dos instrumentos normativos de planejamento e gestão, em especial no monitoramento e avaliação (M&A) integrados;
- planejamento estratégico visando a previsão de recursos, o equacionamento de dificuldades estruturais/organizacionais, a manutenção das políticas públicas intersetoriais; a educação

permanente, a qualificação dos processos de trabalho e a descentralização do planejamento (incluindo o M&A).

- consolidação da democracia representativa ampliada e da democracia participativa na construção dos Planos Municipais de Saúde, Programações Anuais de Saúde e na composição das Equipes de Monitoramento Regional;
- Automatização da elaboração dos instrumentos de gestão e a criação de uma sala de situação de saúde, que propicie o Monitoramento e a Avaliação permanentes sobre os principais processos de trabalho e resultados em saúde esperados.

Com o planejamento descentralizado, compartilhado, apoiado por ferramentas tecnológicas que propiciem a ampliação da participação e o monitoramento constante, espera-se garantir o desenvolvimento institucional direcionado à melhoria dos indicadores de saúde da população.

2.4.5 Financiamento

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.

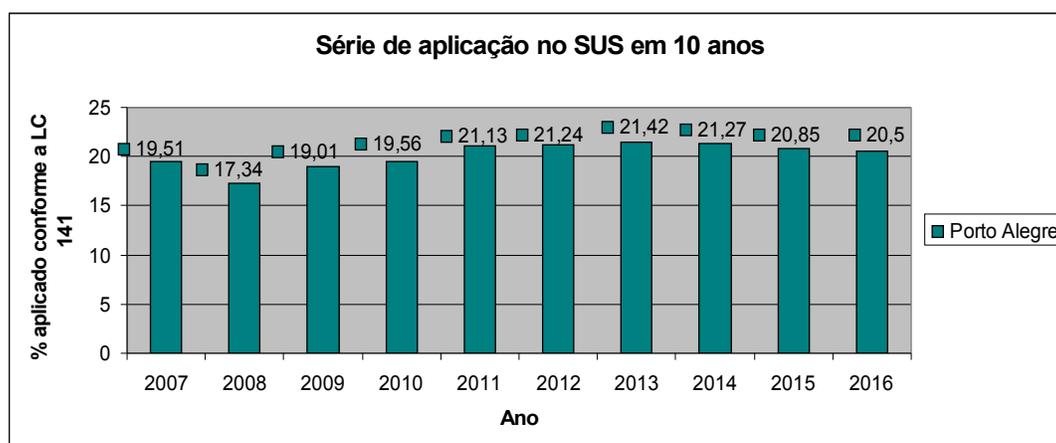
Para operacionalizar essas ações, a Lei Complementar nº 141/2012 preceitua que as despesas com saúde deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio de fundos de saúde, que são unidades orçamentárias gerenciadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (BRASIL, 2000a).

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 Ações e Serviços de Saúde.

Aporte de recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde

Sobre a aporte regular e obrigatório dos municípios em Ações e Serviços de Saúde (LC 141/2012), de no mínimo 15% da arrecadação dos impostos próprios acrescidas das transferências constitucionais, o município de Porto Alegre vem cumprindo o disposto (Gráfico 34). Além disso, em 2011 foi firmado um ‘Termo de Compromisso Municipal para a Saúde’, que objetiva garantir a aplicação de 20% dos recursos municipais para a área.

Gráfico . Percentual de aplicação municipal em saúde em Porto Alegre, 2007 a 2016



FONTE: SIOPS, em Janeiro de 2017.

A Tabela abaixo demonstra que Porto Alegre é a 11ª capital com os maiores percentuais da receita de impostos aplicados em saúde. Contudo, é necessária uma análise mais detalhada sobre a representatividade e a relevância deste indicador. A simples indicação de que Porto Alegre aplica mais de 20% da receita

de impostos próprios acrescidas das transferências constitucionais não evidencia que este percentual mínimo seja suficiente e adequado para as necessidades em saúde da população assistida.

Tabela 44. Ranking das capitais com os maiores percentuais aplicados em saúde – comparativo 2012 – 2015, conforme a LC nº 141/2012

Capitais	2012	2013	2014	2015	Total
Teresina	28,77	27,74	33,04	32,93	30,87
Campo Grande	26,13	31,21	30	32,67	30,15
Fortaleza	23,53	26,28	25,56	26,17	25,44
Natal	24,21	24,68	25,7	26,25	25,28
São Luis	21,09	26,41	26,45	24,59	24,71
João Pessoa	22,4	23,65	24,15	24,8	23,84
Cuiabá	21,1	22,15	24,59	25,38	23,51
Maceió	20,38	23,23	24,9	23,03	22,98
Manaus	23,25	21,84	20,61	22,23	21,92
Aracaju	21,28	20,08	20,88	22,88	21,34
Porto Alegre	21,24	21,42	21,27	20,85	21,18

FONTE: SIOPS, em Janeiro de 2017.

Na análise *per capita*, a evolução dos gastos em saúde no município entre 2012 e 2015 mostra que, no primeiro ano, o gasto foi de R\$ 806,85 por habitante/ano e, em 2015, o valor foi de R\$ 955,34 por habitante/ano. Houve um aumento do gasto *per capita* entre 2012 e 2015, contudo, em 2015 o valor foi menor que o gasto do ano anterior (966,54 em 2014).

No comparativo do gasto *per capita* com outras capitais, Porto Alegre se destaca como a quarta capital brasileira que mais aplica em saúde, conforme apresentado na Tabela 45, a seguir.

Tabela 45. Ranking das 10 capitais brasileiras com maior aplicação per capita dos recursos na saúde – comparativo 2012 – 2015

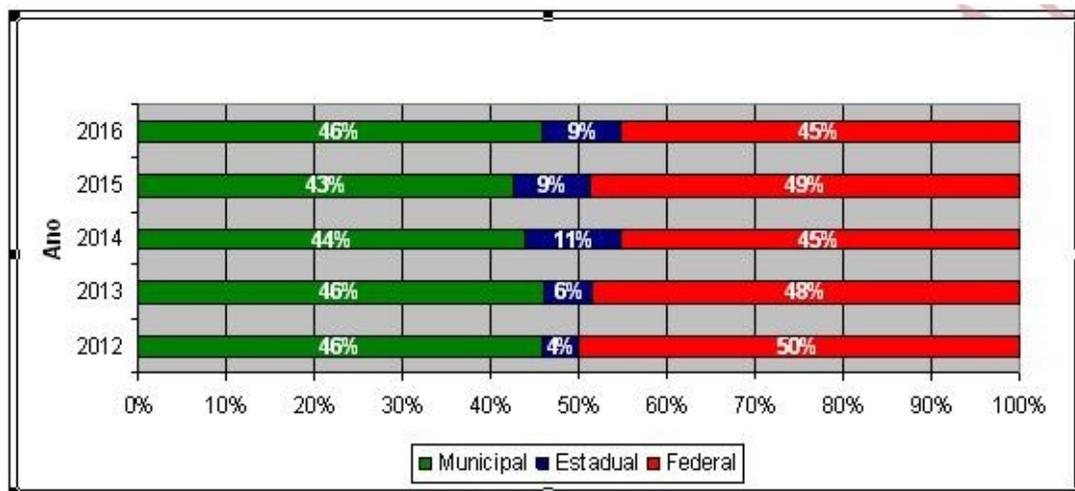
Capitais	2012	2013	2014	2015	Total
Belo Horizonte	R\$ 900,93	R\$ 1.076,07	R\$ 1.278,47	R\$ 1.273,95	R\$ 1.134,82
Campo Grande	R\$ 856,56	R\$ 955,69	R\$ 1.061,60	R\$ 1.173,23	R\$ 1.014,22
Teresina	R\$ 775,03	R\$ 945,47	R\$ 1.002,74	R\$ 1.044,75	R\$ 942,62
Porto Alegre	R\$ 806,85	R\$ 836,17	R\$ 966,54	R\$ 955,34	R\$ 892,12
Cuiabá	R\$ 653,01	R\$ 767,82	R\$ 893,79	R\$ 1.013,03	R\$ 833,57
Aracaju	R\$ 702,40	R\$ 747,47	R\$ 782,00	R\$ 904,57	R\$ 785,88
Goiânia	R\$ 733,53	R\$ 782,03	R\$ 799,43	R\$ 809,17	R\$ 781,80
João Pessoa	R\$ 713,12	R\$ 741,30	R\$ 790,33	R\$ 796,28	R\$ 761,03
Vitória	R\$ 667,79	R\$ 787,10	R\$ 786,19	R\$ 796,77	R\$ 760,74

FONTE: SIOPS, em Janeiro de 2017.

Apesar deste dado situar o município numa boa colocação, o mesmo não deve servir como alicerce para justificar que é atendida a demanda completa da população. Enquanto o financiamento da saúde for insuficiente para a real necessidade, este indicador deve ser continuamente criticado e revisado.

As informações que podem ser compreendidas do Gráfico 35 são de que a fonte de recursos municipal aumentou em valores monetários, de R\$ 524.149.374,00 em 2012, para R\$ 680.895.540,65 em 2016. Em termos relativos a contribuição percentual do município oscilou entre 46% em 2012, caindo para 43% em 2015 e retornando a 46% em 2016.

Gráfico . Evolução percentual de recursos aportados para o SUS em Porto Alegre



FONTE: RAG e Sistema de Contabilidade da PMPA.

Já a contribuição estadual oscilou aumentando de 4% em 2012 para 11% em 2014 e demonstrou queda para 9% em 2015, permanecendo o mesmo em 2016. No entanto, mesmo assim, a contribuição estadual é pequena se comparada à contribuição dos outros entes. Importante salientar, também, que a participação federal caiu para 45% em 2016, além disso, dos anos analisados, foi o único em que os recursos federais foram menores que os aportados pelo Município.

Blocos de Financiamento

Pela existência de recursos disponíveis nas três esferas de gestão do SUS, sua plena utilização representa um enorme desafio. Neste aspecto, destaca-se a divisão de recursos em Blocos de Financiamento (conforme Portaria nº 204 de 29 de Janeiro de 2007), bem como as regras para uso dos recursos estaduais e municipais, considerando os sistemas orçamentários e financeiros de ambos.

Outra análise possível é quanto à execução financeira por Bloco de Financiamento. Os Blocos de Financiamento mais representativos no financiamento do SUS para o município são: 'Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC)' e 'Atenção Básica'. O primeiro aportou em 2014 R\$ 913.241.123,54 e teve despesas empenhadas superiores a 916 milhões de reais, o que pode ser justificado pela divergência de competências. O segundo contribuiu com R\$ 321.423.877,33 e, como o primeiro, apresentou despesas empenhadas superiores (322 milhões de reais).

Ainda sobre os Blocos, interessante observar que: 1) os recursos municipais são maiores que dos outros entes apenas no Bloco Vigilância em Saúde; 2) que no ano de 2014 não houve repasse municipal para o Bloco Assistência Farmacêutica; 3) houve maior aporte de recursos próprios para a Atenção Básica a partir de 2015; e 4) os recursos do Bloco Investimentos na Rede de Serviços de Saúde são irrisórios se comparado ao valor total de receitas.

Orçamento

O orçamento da SMS foi ampliado consideravelmente de 2012 a 2016, passando de R\$ 1.094.958,292 no primeiro ano analisado para R\$ 1.606.366,150 no último ano referenciado (Tabela 46).

Tabela 46. Orçamento da SMS – comparativo 2012 a 2016

Orçamento	2012	2013	2014	2015	2016
Orçamento Inicial	R\$ 1.094.958.292,00	R\$ 1.333.648.557,00	R\$ 1.517.324.382,00	R\$ 1.504.616.728,00	R\$ 1.606.366.150,00
Orçamento Final	R\$ 1.254.500.769,80	R\$ 1.387.687.611,89	R\$ 1.615.646.494,00	R\$ 1.564.464.176,21	R\$ 1.635.832.799,22
Orçamento Executado (empenhado)	R\$ 1.172.434.627,96	R\$ 1.227.342.774,72	R\$ 1.402.949.104,36	R\$ 1.410.910.185,46	R\$ 1.452.002.361,74
Diferença entre Inicial e Executado	R\$ (77.476.335,96)	R\$ 106.305.782,28	R\$ 114.375.277,64	R\$ 93.706.542,54	R\$ 154.363.788,26

FONTE: Sistema de Contabilidade da PMPA.

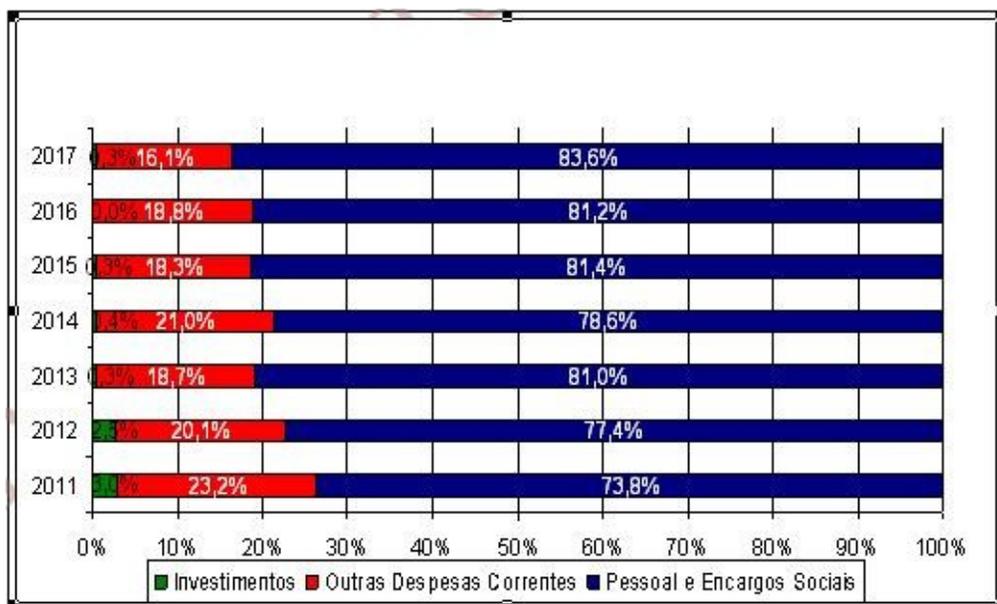
O orçamento inicial para o ano de 2017 está previsto em R\$ 1.560.119,283 o que demonstra uma redução superior a quarenta e seis (46) milhões de reais, sendo, inclusive, inferior ao orçamento inicial de 2015. De acordo com a LOA 2017 (PORTO ALEGRE, 2017b), no quadro consolidado das dotações por órgãos do governo e da administração, a dotação prevista para a SMS é da ordem de 22,45% (PORTO ALEGRE, 2017b, p. 53) do total das dotações do município, patamar inferior à dotação fixada em 2016, a qual representou 24,31% (LOA 2016, p. 65), e da dotação prevista em 2015, que foi de 24,36% (LOA 2015, p. 64).

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Rio Grande do Sul perdeu entre o ano de 2015 e o ano de 2016 um total de 79.402 beneficiários de planos de saúde particular, passando o universo de segurados de 2.722.284 para 2.642.882 beneficiários (Fonte: *Website* da ANS – Dados e Indicadores do Setor – consulta em janeiro de 2017). Por sua vez, a taxa de desemprego em Porto Alegre aumentou de 5,2% da população economicamente ativa, em janeiro de 2015, para 8,7% em dezembro de 2016. Na Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA) o desemprego passou de 5,7% para 10,7% (FEE, PED-RMPA, consulta feita em janeiro de 2017).

Quanto ao orçamento de recursos municipais definidos para ASPS, de 2011 a 2016 o orçamento final foi ampliado de R\$ 485.708.191,80 para R\$ 691.495.088,22. Já o orçamento inicial para o ano de 2017 prevê um total de R\$ 694.579.320,00 em recursos municipais para aplicação em ASPS.

A maior fatia dos recursos municipais são utilizadas para pessoal e encargos sociais, cuja participação no orçamento de recursos próprios passou de 73,8% em 2011 para 81,2% em 2016 e previsão para 2017 de participação ainda maior. Em sentido inverso, o recurso municipal para despesas com investimentos caiu de 3% em 2011 para praticamente 0% em 2016 Gráfico abaixo:

Gráfico . Série histórica do orçamento de recursos municipais por natureza da despesa



FONTE: Sistema de Gerência Orçamentária (GOR) da PMPA

Emendas Parlamentares

Um importante instrumento de captação de recursos para a saúde é através de emendas parlamentares (§ 9º, Art. 166, da CF/88) (PORTO ALEGRE, 1990). No ano de 2016 ocorreu um importante incremento no número de emendas, passando de 1 emenda em 2015 para 10 emendas em 2016. O montante de recursos, somados os dois anos, atinge quase 3 milhões e 500 mil reais. Salienta-se que, após a data de ingresso, o recurso financeiro possui 2 anos para que possa ser aplicado, conforme escopo determinado pelo objeto de cada emenda parlamentar.

Como desafio para os próximos anos está ampliar e reforçar a captação de recurso financeiro junto aos parlamentares, além de monitorar, junto às áreas finalísticas, a aplicação dos recursos dentro do período de 2 anos.

Com a edição do chamado “orçamento impositivo”, “as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade deste percentual será

destinada a ações e serviços públicos de saúde”. (§ 9º, Art. 166, da CF/88). O orçamento impositivo significaria quase R\$ 10 bilhões (R\$ 9,69 bilhões) em emendas, sendo que metade desse valor seria aplicada na saúde, o que inclui o custeio do SUS (Câmara Notícias, website Câmara dos Deputados).

Diagnóstico Geral

A situação econômica do município sofre impactos consideráveis da crise financeira pela qual atravessa o país. Espera-se grandes dificuldades no financiamento para atender à demanda crescente em serviços de saúde.

Merece atenção a Emenda Constitucional 95 (BRASIL, 2016c), que instituiu o Novo Regime Fiscal com o objetivo de no médio e longo prazo reverter o desequilíbrio fiscal existente. Durante a vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) equivalerão, a partir de 2018, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos pela inflação do período, apurada pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Esse cenário gera uma enorme pressão para ampliar os recursos investidos no setor, o que leva a um desafio para sustentar o financiamento público de saúde de forma persistente, econômica e criativa.

2.4.6 Auditoria

A Auditoria é um componente do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), e deve atuar de forma sistêmica e integrada com os demais componentes (Estadual e Federal). São realizadas auditorias de conformidade e operacionais com atuação preventiva e corretiva, com as seguintes finalidades: preservar padrões estabelecidos, apontar não-conformidades; avaliar a qualidade, propriedade e efetividade dos serviços; bem como produzir informações que contribuam para o aperfeiçoamento de gestão do sistema.

A equipe de auditoria da SMS-POA está evoluindo na padronização dos seus processos de trabalho, com auxílio do Departamento Nacional de Auditoria

do SUS (DENASUS), através de capacitações. No entanto, há a necessidade que este trabalho seja ordinário, garantindo assim, maior integração com os demais componentes do SNA e qualificação do serviço.

Cabe ressaltar que algumas das ações ainda realizadas pela equipe não se encaixam no conceito de auditoria, tais como: reavaliação de contas hospitalares de pacientes encaminhados via Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) e pacientes encaminhados para Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

Atualmente não há programação anual estabelecida, trabalhando a equipe com demandas ordinárias (Homônimos e divergências no faturamento, Clínica de psiquiatria, duplicidades de cartão do SUS e AIHs em Alta Complexidade – oncologia, neurologia e traumatologia), bem como, demandas extraordinárias advindas do Conselho Municipal de Saúde, Ouvidoria, Ministério Público, Defensoria Pública, dos demais componentes do SNA, da Gerência da GRSS e do Gestor Municipal.

Verificam-se algumas fragilidades do processo de auditoria relacionado ao planejamento estratégico de ações, bem como da necessidade de ampliação do escopo de atuação da auditoria, visto que hoje possui caráter essencialmente assistencial e prioritariamente voltado para a Atenção Hospitalar. Diante do exposto, identifica-se a necessidade de ampliação da cobertura para os serviços de Atenção Básica e Especializada. Para que isso ocorra, faz-se necessária a inclusão de outros profissionais, inclusive das áreas jurídica, administrativa, contábil e financeira.

2.4.7 Judicialização da Saúde

Sendo o município o principal executor dos serviços de saúde, esse sofre a pressão dos cidadãos e, conseqüentemente, é alvo direto de demandas judiciais. O fenômeno crescente por acesso a serviços e medicamentos pela via judicial é denominado de judicialização da saúde. A situação tem trazido preocupação, pois influencia tanto na gestão da política de saúde quanto na alocação dos recursos

financeiros. A tabela a seguir demonstra as principais demandas judicializadas em Porto Alegre:

Tabela 47. Número de processos demandados por via judicial em Porto Alegre, por assuntos relacionados à Saúde

Assunto	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Medicamentos	105	167	200	216	230	918
Internação psiquiátrica/residencial terapêutico	27	43	88	91	148	397
Cirurgia	46	59	54	58	63	280
Internação hospitalar	11	23	43	53	63	193
Consulta/exames	39	25	43	32	38	177
Fraldas Descartáveis	23	40	21	34	47	165
Alimentos/outros insumos	11	15	25	25	62	138
Outros	24	28	37	18	29	136
Atenção Domiciliar	1	3	6	7	8	25
Políticas públicas em saúde	-	1	-	1	3	5
Total	287	404	517	535	691	2.434

FONTE: Banco de Dados PGM/PMPA

Pode-se perceber, pela tabela acima, que o acesso à medicação é o tema mais judicializado da saúde do município. A partir de uma análise mais detalhada sobre as causas das demandas judiciais, verifica-se que a falta de condições financeiras, falta de medicamentos e também a falta de informação da população são os motivos mais recorrentes das ações (SILVEIRA, 2015).

Destaca-se que a SMS ainda não possui dados suficientes quanto ao impacto financeiro dessas ações judiciais. Dessa forma, faz-se necessário adotar critérios de controle e sistematização para quantificação dos gastos e mapeamento dos processos judiciais. De posse das informações, será possível traçar estratégias de racionalização da judicialização como, por exemplo: melhorar o planejamento e a gestão dos recursos, ampliar a comunicação pública, em linguagem acessível e que atinja ao maior número de pessoas sobre o funcionamento, acessos e ofertas nos serviços públicos.

2.4.8 Humanização

Por Humanização compreendem-se as atitudes que valorizam dimensões subjetivas e sociais em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS. Envolve

também a oferta de atendimento de qualidade que fortaleça o compromisso com os direitos do cidadão e articule os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. O estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão e da atenção estimula o aumento do grau de responsabilização na produção de saúde (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Humanização (PNH) nasceu em 2003 no MS com a proposta de alterar padrões de atenção à saúde dos usuários, mas também de qualificar a participação de trabalhadores, gestores e usuários na gestão das práticas de saúde (BRASIL, 2004). Com a instituição do Comitê Municipal de Humanização por meio da aproximação de representantes de todas as Gerências Distritais, Hospitais, Pronto Atendimentos, CGVS, GSSM, GRSS, Urgência e Emergência essa equipe passou, também, a atuar como multiplicadora da PNH em Porto Alegre. Com o passar dos anos houve o enfraquecimento das atividades do Comitê, mas por outro lado a política foi criando identidade própria e as bases e diretrizes foram sendo incorporadas às estruturas da SMS.

A diretriz mais desenvolvida da PNH pela SMS é a do acolhimento. Foram estabelecidas formas de acolhimento e inclusão do usuário, com destaque para as Unidades de Saúde, de forma a promover a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema. Em 2016, 79% das Unidades de Saúde estavam certificadas como acolhedoras, ou seja 111 das 141 Unidades de Saúde atuantes no município. Também são realizadas atividades de classificação de risco, qualificação da ambiência e de educação permanente em todos os níveis de atenção voltadas para a humanização. Mesmo com os avanços obtidos, no que tange aos desafios para o próximo quadriênio, estão:

- o alinhamento, a priorização e a apropriação da proposta da PNH como estratégica para a consolidação do SUS, incluindo o acolhimento, a valorização do trabalho em saúde, a educação permanente e, especialmente, a criação e o fortalecimento do vínculo do profissional com o usuário, medida esta fundamental

para a humanização das relações;

- estímulo à co-gestão, através da consolidação das Equipes de Monitoramento, da qualificação das reuniões de equipe e dos Conselhos de Saúde, bem como da instituição de planos regionais de saúde;

- fomento à Educação Permanente em Saúde sobre Humanização nas Equipes de Monitoramento e nos Grupos de Trabalho sobre Humanização (GTHs);

- qualificação do trabalho e do trabalhador, através de valorização de ações ampliadas envolvendo as equipes de saúde e os espaços de análise reflexiva do trabalho em equipe.

2.4.9 Gestão do Trabalho

A Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores da Saúde (CGADSS) 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 2018-2021 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

A força de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde compõem-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 terceirizados, nos quais trabalhadores de área-meio (portaria, limpeza, vigilância, motoristas e recepção) são contratados mediante a realização de processo licitatório e ainda por postos de trabalho gerenciados por prestadores de serviços de saúde contratualizados.

O Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, no somatório dos vínculos de contratação apontados, conta com uma força de trabalho de 32.433 trabalhadores envolvidos com a saúde pública no Município, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para o período de competência dezembro/2016. Com os profissionais da iniciativa privada, a abrangência de trabalhadores atinge um universo de 39.118 trabalhadores atuantes na prestação de serviços de saúde. Com isso, a prestação de serviços SUS absorve 82,9% da força de trabalho em saúde atuante em Porto Alegre.

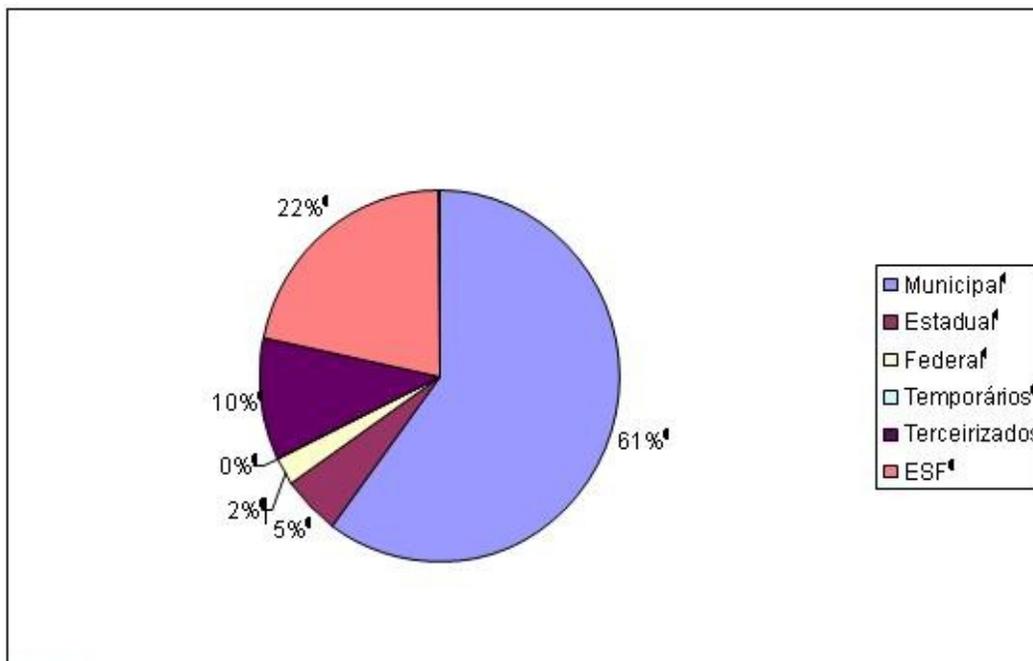
Destaca-se, no entanto a possibilidade da subnotificação ou supernotificação dos cadastros de profissionais atuantes no SUS e na iniciativa privada, ambas influenciadas por dois fatores: sistemática de alimentação e compreensão de uso do banco de dados em questão. Essa afirmação remete à necessidade 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.

Tabela 48. Evolução da força de trabalho da SMS, por tipo de vínculo, período 2012-2016

Vínculo	2016		2015		2014		2013		2012	
	Nº	%								
Municipal	4.791	60,25	4.778	60,57	4.758	56,95	4.656	57,06	4.706	58,01
Estadual	407	5,12	440	5,58	483	5,78	516	6,32	576	7,10
Federal	188	2,36	200	2,54	227	2,72	253	3,10	277	3,41
Temporários	02	0,03	0	0,00	0	0,00	0	0,00	50	0,62
Terceirizados	832	10,46	708	8,98	702	8,40	896	10,98	877	10,81
ESF	1.732	21,78	1.762	22,34	2.184	26,14	1.839	22,54	1.626	20,04
Total	7.952	100%	7.888	100%	8.354	100%	8.160	100%	8.112	100%

FONTE: Sistema ERGON/ PMPA apud Relatório Anual de Gestão 2012-2016.

Gráfico . Força de Trabalho por vínculo, Porto Alegre, 2015 a 2016



FONTE: Sistema ERGON/ PMPA *apud* Relatório Anual de Gestão 2015-2016.

No gráfico 37, verifica-se que, dentre os quantitativos da força de trabalho na SMS nos anos de 2016 e 2015, os servidores (municipais, estaduais e federais) respondem por 65,37% e 66,15%, respectivamente. Observa-se uma redução no período, embora o quantitativo de servidores municipais tenha apresentado crescimento de 0,27%, ocorreu diminuição na quantidade de servidores municipalizados (estaduais e federais) em 13,50%, impactando o somatório dos servidores efetivos. A tabela abaixo apresenta a baixa evolução no período de 2012 a 2016, no aumento do quantitativo de municipais, em contrapartida ao contínuo decréscimo dos servidores municipalizados, o que ocasiona um déficit progressivo no quadro de servidores.

Na Estratégia de Saúde da Família houve, em 2011, a criação do Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família (IMESF), o qual atua nas ações de recrutamento, seleção e gestão dos recursos humanos que atuam nas Unidades de Saúde da Família, na estrutura da Atenção Básica. Verifica-se, no ano de 2015, um total de 1.762 contratados e, em 2016, 1.732 tendo havido decréscimo de 1,70%.

Tabela 49. Evolução da força de trabalho da SMS, por origem (2012-2016)

Vínculo	2016		2015		2014		2013		2012	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Municipal	4.791	89	4.778	88,19	4.791	88,95	4.778	88,19	4.656	85,94
Estadual	407	7,56	440	8,12	407	7,56	440	8,12	440	8,12
Federal	188	3,49	200	3,69	188	3,49	200	3,69	200	3,69
Total	5.386	100	5.418	100	5.386	100	5.418	100	5.418	100

FONTE: Sistema ERGON/ PMPA *apud* Relatório Anual de Gestão 2016 e 2015.

Destaca-se, que categorias profissionais, como os médicos, apresentam importante rotatividade, muitos ingressam e logo se exoneram, ou mesmo diversas especialidades, a exemplo da anestesiologia, ortopedia e traumatologia, em que os profissionais prestam o concurso, porém não chegam a tomar posse no cargo. Em face dessa situação, deverá ser investimento da SMS para o quadriênio de 2018 a 2021, aprimorar a leitura de cenário que permita planejar, juntamente com a central de governo da PMPA, ações de retenção desses profissionais. Também há outros cargos que necessitam ter seu quantitativo ampliado, bem como os que demandam revisão de atribuições com as adequações cabíveis, como o caso do farmacêutico bioquímico.

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% para 25% de municipalizados sendo que, atualmente, se encontra em 89% municipais para 11% municipalizados. A reposição dos municipalizados é feita com servidores municipais, o que envolve autorização superior de gestão, extrapolando os limites da Secretaria. A referida reposição vem sendo efetuada, no entanto, ela é impactada pela vacância dos servidores municipalizados, os quais iniciaram em 1996 com 2.400 servidores e, atualmente, estão em 595 servidores.

No atual contexto, a SMS será, nos próximos anos, afetada pelas vacâncias por aposentadoria, o que acarretará mudanças de quantitativos de servidores apontando, inexoravelmente, para os temas reposições e dimensionamento de pessoal sendo que as dificuldades em obter autorizações para nomeações terão

que ser superadas com argumentos técnicos demonstrando a necessidade 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.

Dimensionamento de pessoal

Para a continuidade da prestação dos serviços em saúde, a necessidade de recursos humanos específicos e qualificados para compor a gestão do trabalho da Secretaria Municipal da Saúde consta no planejamento da gestão, alinhado à necessidade de dimensionamento de pessoal e a alteração da estrutura da Secretaria.

O avanço no que tange ao dimensionamento de pessoal, teve como ponto de partida, em 2016, a formação do Grupo de Trabalho – GT de Dimensionamento de Pessoal, tendo como pauta dos encontros, realizar diagnóstico de dimensionamento de pessoal, conforme consta na Programação Anual de Saúde 2016/2017, tendo como meta da GIQ para o 1º Quadrimestre – Pactuação das áreas a serem dimensionadas na programação anual de saúde 2016; 2º Quadrimestre – Constituição do GT – Dimensionamento de Pessoal nas áreas de Atenção Básica e Assistência Farmacêutica, conforme PAS. Elaboração do cronograma de execução do projeto e dos relatórios de diagnósticos das duas áreas citadas; e 3º Quadrimestre – Constituição do GT – Dimensionamento de Pessoal nas áreas de Urgências e Especialidades, conforme consta na PAS. Elaboração do cronograma de execução do projeto e dos relatórios de diagnósticos das duas áreas citadas. A formalização do Grupo de Trabalho do Dimensionamento foi publicada no DOPA em 15/08/2016.

Como metodologia para o andamento trabalho proposto pelo GT de Dimensionamento o grupo direcionou seu trabalho, estabelecendo os elementos importantes para compor o relatório de diagnóstico das áreas, sendo a situação atual (número de profissionais), situação desejada (número de profissionais necessários) e a legislação pertinente relativa a cada área. Com base nesses

itens o GT pautou os seguintes critérios pra a realização do diagnóstico: 1) Unidade de trabalho; 2) Estrutura (capacidade) física das unidades; 3) Área – população atendida, de acordo com os parâmetros assistenciais; 4) Cargos; 5) Carga horária mínima; e 6) Vínculo – forma de contratação.

Desafios do quadriênio 2018-2021

Há situações de Gestão do Trabalho que apresentam interface, inclusive, com outras esferas da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, e que seguirão com ênfase e destaque para o quadriênio do Plano Municipal de Saúde, dando sequência à qualificação da gestão, em consonância com a prefeitura como um todo.

A conclusão do diagnóstico de dimensionamento de pessoal, identificando áreas de maior déficit funcional, é um desafio primordial para a organização da política de gestão de recursos humanos, permitindo a reestruturação das áreas e setores dos serviços de saúde e a adequada prestação do serviço, com qualidade e eficiência no alcance das metas em saúde.

Há de se mencionar, igualmente, a importância do Registro Eletrônico de Efetividade, iniciado em 2011, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em cumprimento à decisão de gestão em nível de Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), bem como se adequando a um Termo de Ajuste de Conduta, emitido pelo Ministério Público. Para o período de 2018-2021 deverá ser consolidada a taxa de utilização do sistema de modo que seja possível o registro e o consequente acompanhamento da efetividade dos servidores na Secretaria como um todo.

A implantação do registro eletrônico de efetividade, que foi concluída na SMS somente em 2014, modificou o cotidiano dos trabalhadores e exige uma nova relação de trabalho para gestores e trabalhadores, o que merece a revisão desses e de outros pontos em torno do novo sistema. Na mesma linha é preciso referir as Horas Extras, atualmente necessárias para a manutenção dos serviços. Sobre este aspecto, para o período de 2018-2021, a SMS dará sequência à gestão das mesmas no intuito de fazer as adequações necessárias sem

comprometer a qualidade na prestação dos serviços.

Avanços em termos de alterações no Plano de Carreira, cujo estudo, para Prefeitura Municipal de Porto Alegre como um todo, chegou a ser realizado em 2014, deverão ser analisados para o quadriênio, verificando-se a viabilidade de aplicação, em especial por tratar-se de impacto financeiro.

Saúde Ocupacional

Corroborando com as Diretrizes da NOB RH SUS o quadriênio de 2018 - 2021 carece de olhar aprofundado no tocante à qualificação estrutural da saúde ocupacional do trabalhador do SUS de Porto Alegre.

Nesse sentido, como já esteve previsto no quadriênio 2014 a 2017, o absenteísmo permanece como um desafio a ser enfrentado na gestão do trabalho no SUS, sendo o mesmo caracterizado como todas as ausências dos trabalhadores no processo de trabalho devido a algum 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 repartição terá que realocar um servidor para cobrir a vaga do servidor ausente.

A SMS caracteriza-se pela prevalência de licenças saúde devidas a doenças osteomusculares e comportamentais, carecendo, portanto, de ações que possam dar conta de compreender e amenizar tais afastamentos dentro do que houver governabilidade interna para tal.

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 esse momento era inviável. Desse modo, entre 2014 e 2017, qualificou-se a identificação e acompanhamento das causas de afastamento por agravos, embora ainda não se tenha a lotação específica dos servidores que se afastam, sendo esse desafio a ser superado.

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, Delimitações de tarefas/Readaptações e Regulamentações e Procedimentos Disciplinares nas Relações de Trabalho. A atuação para a prevenção do absenteísmo merece destaque para o quadriênio 2018 – 2021 considerando discussões de pautas afins com o tema: Grupo de Trabalho sobre a VIOLÊNCIA, TERRITÓRIO SEGURO, CSST/SMS, aproximando, inclusive, ações locais bem sucedidas que são realizadas nos serviços e que podem ser replicadas de forma macro, impactando de modo mais amplo para evitar ausências ao trabalho.

Como foi mencionado, há grande destaque para afastamentos por questões comportamentais. Nesse momento, a PMPA dispõe de estrutura de acompanhamento funcional realizado fora da SMS. 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/SMS, Comissões de Segurança e Saúde do Trabalhador /SMS,

Gerência de Acompanhamento Funcional, vinculada à Administração da Prefeitura, Unidade Médico Pericial Previdenciária e Procuradoria Municipal Setorial/PGM para abordar os elementos geradores de absenteísmo, tais como: Licença para Tratamento de Saúde, Licença Acidente de Trabalho, Licença Tratamento de Familiar, Licença Gestante / Benefício Assistencial (BAS), Delimitações de Tarefas, Readaptações, Movimentação de Pessoal (Banca de Remanejamento), Licença Interesse, Benefício do Artigo 94, da LC 133/85 que concede direito de redução de carga horária a servidores que tenham filho portador de necessidades especiais e aposentadorias.

2.4.10 Educação Permanente

A Educação Permanente na SMS está estruturada em dois eixos de atuação: a Qualificação Profissional e a Integração Ensino e Serviço, sendo que há um processo de aproximação e articulação visando definir e instituir a Política de Educação permanente da SMS.

A partir da Comissão Permanente de Ensino foi criado o Grupo de Trabalho da Educação Permanente buscando discutir e elaborar a Política de Educação da SMS. Atualmente a SMS possui quatro Núcleos de Educação em funcionamento que são: Assessoria de Ensino e Pesquisa – ASSEP, Comissão Multiprofissional de Ensino Serviço e Pesquisa – COMESP, NEP Vigilância em Saúde, NEP SAMU.

Eixo Qualificação

A reestruturação e reposicionamento do eixo podem ser visualizadas nas diversas ações que vêm sendo desenvolvidas e que permanecerão como foco no quadriênio 2018-2021.

Visando implantação da Política de Educação houve qualificação do processo de análise, redefinição de fluxo e estabelecimento de normas para as solicitações dos servidores para afastamentos com objetivo de aprimoramento e capacitação profissional. Atualmente a SMS é a Secretaria que possui o maior

número de afastamentos para eventos externos à PMPA, o que gera um volume de trabalho expressivo e necessidades de regramentos diferenciados se comparado aos outros órgãos da Prefeitura. Cabe ressaltar que o profissional da saúde, pela natureza do seu trabalho, necessita de constante atualização e aprimoramento profissional visando manter a qualidade do serviço prestado a população.

Destacam-se como desafios para o quadriênio:

Avançar na discussão e possível implementação do Calendário Único de atividades de capacitações/ formação dos servidores da SMS.

Elaborar estratégias que deem visibilidade às ações de educação permanente, incentivando os trabalhadores a participarem desses momentos de discussões, troca de conhecimentos e experiências.

Elaborar e implementar a Política de Educação Permanente da SMS.

Promover espaços de formação para Coordenadores, Gerentes e Coordenadores da AB.

Avançar nas parcerias com as Instituições de Ensino para promoção de atividades de capacitação e desenvolvimento dos colaboradores.

Avançar no alinhamento com a EGP da SMA para a promoção de atividades de capacitação e disponibilização de infraestrutura, bem como o desenvolvimento dos gestores através dos cursos previstos na Matriz de Desenvolvimento da PMPA.

Eixo Integração Ensino e Serviço

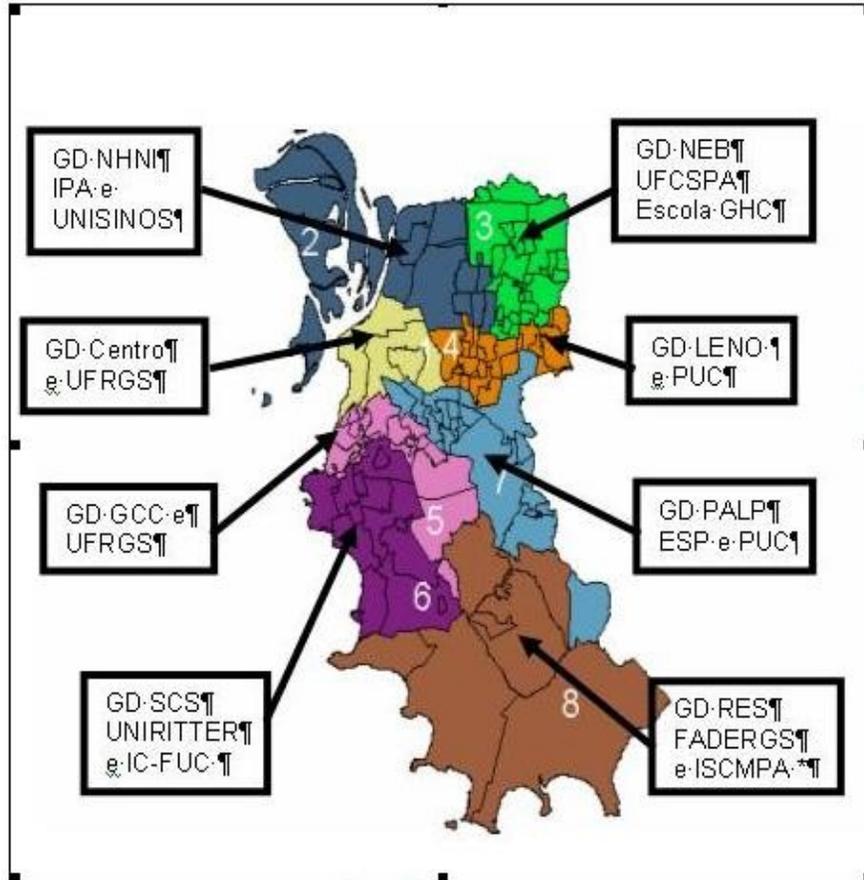
No que compete ao eixo da Integração Ensino e Serviço, a SMS tem uma política já consolidada, que se expressa na atuação da Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES), na estrutura de Distritos Docentes Assistenciais (DDAs) e na formalização, gestão e acompanhamento da parceria com as Instituições de Ensino, através dos Termos de Cooperação Técnica, e da inserção dos alunos e dos projetos de extensão nos cenários de prática, através dos Planos de

Atividades.

A CPES realiza a coordenação e aperfeiçoamento da Política de Integração Ensino e Serviço da SMS, através de um processo de discussão que integra as representações das Coordenações da SMS e do CMS. Na CPES, sistematicamente são avaliadas, articuladas e formalizadas as propostas de Cooperação e as ações de ensino e extensão das Instituições de Ensino, de acordo com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde e as prioridades e o Planejamento em Saúde da SMS. Assim, através da CPES, a SMS realiza uma efetiva gestão da integração ensino e serviço, organizando e formalizando as ações nessa área, de maneira a direcionar as ações para as prioridades de saúde do Município e garantir um monitoramento da alocação dos alunos e das atividades nos territórios, através dos Planos de Atividades de Ensino em Serviço e dos Termos de Compromisso.

Com exceção da GD Restinga/Extremo Sul, todas as Gerências Distritais contam com Distritos Docentes Assistenciais (DDAs) estruturados, com Comissões de Gestão e Acompanhamento Local – CGAL (instâncias compostas pelas instituições de ensino que atuam no território, a gestão e o Controle Social) com funcionamento sistemático, com a seguinte distribuição territorial das Instituições de Ensino:

Figura 5. Distritos docentes-assistenciais por Gerência Distrital



FONTE: CGADSS/SMS

Ao considerar a consolidação dos DDAs, faz-se importante assinalar duas deficiências da nossa rede assistencial, que tem se acentuado, em parte em decorrência do aumento de demanda de campo para as atividades de ensino, dificultando o avanço do processo de transformação da rede assistencial em uma efetiva “rede escola”:

- a estrutura e ambiência: as condições de muitos serviços continuam inadequadas (falta de salas para reuniões e atividades de grupo, de consultórios para atendimentos, de equipamentos de informática, etc.), colocando-se como um obstáculo para a ampliação e qualificação das ações de ensino em serviço;
- dimensionamento de pessoal dos serviços: vários serviços e equipes não apresentam dimensionamento de pessoal adequado para

possibilitar um acolhimento qualificado das atividades de ensino e dar conta das questões pedagógicas, sendo que em algumas profissões não temos nenhum profissional nos campos (como por exemplo: Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Educação Física, Terapia Ocupacional), o que inviabiliza a entrada de alunos dessas formações nos seus DDAs.

Também é importante assinalar o avanço na aproximação entre os Comitês de Ética em Pesquisa da SMS e a CPES, visando criar as condições para a Secretaria passar a ter um quadro das pesquisas realizadas na Secretaria e começar a incidir no direcionamento das pesquisas, para que essas passem a atender as prioridades do sistema de saúde municipal. Com esse objetivo, a CPES constituiu um GT com representação dos dois CEPs para elaboração de uma proposta de fluxo para avaliação da viabilidade operacional e autorização para a realização de pesquisas nos serviços da Secretaria. Especificamente em relação aos Comitês de Ética foi acordado a unificação dos formulários e fluxos.

O preenchimento das vagas de estágio 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, 2016b), que regulam as atividades de estágio, enquanto 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 (SMA), através do Termo de Compromisso de Estágio (TCE).

Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde conta com 779 vagas de estágio remunerado no Programa Rotativo e Projetos, sendo que destas 509 encontram-se ocupadas, isto é, com Termos de Compromisso Ativo (conforme Relatório de Gestão do 3º quadrimestre de 2016).

Comitê de Ética em Pesquisa

O Comitê de Ética em Pesquisa da SMS (CEP SMSPA) foi criado em 2005, a partir das disposições expressas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 196/1996. Teve o seu credenciamento na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) efetivado em 16/09/05, através da Carta N° 937 CONEP/CNS/MS, passando por períodos de renovação a cada três anos. Os membros do CEP SMSPA foram designados pelas portarias do Secretário Municipal de Saúde, n° 374, n° 558, n° 711, n° 1.561 e a atual portaria n° 1.562 (PORTO ALEGRE, 2017a), com a composição de membros indicados para a gestão 2016-2018. Desde sua criação até 2016, foram mais de 1.200 projetos de pesquisa avaliados.

O CEP SMSPA constitui-se em um colegiado interdisciplinar e independente, criado para salvaguardar: a integridade, a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes, contribuindo para que as pesquisas desenvolvidas em instituições do nível municipal de gestão atendam aos padrões éticos das normas brasileiras.

A submissão de projetos de pesquisa é realizada exclusivamente através da Plataforma Brasil (a Plataforma Brasil é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/CONEP, acessível pela internet).

O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, podendo aprovar, emitir pendências ou não aprovar a realização da pesquisa, independente da apreciação de outro CEP eventual.

No município de Porto Alegre, o CEP SMSPA está constituído por uma equipe multidisciplinar e multiprofissional, incluindo representantes da área da saúde e de outras áreas do conhecimento, conforme a Portaria com a sua composição. A participação como membro do CEP é voluntária, sendo que a escolha para cada mandato é realizada através da candidatura dos profissionais

interessados, através de edital público disponibilizado em meios eletrônicos e nos sites da Prefeitura.

Tabela 50. Quantitativo de projetos submetidos ao CEP SMSPA (2015, 2014 e 2013)

Ano	Projetos analisados	SMS como coparticipante	SMS como proponente	Aprovados	Pendentes	Retirado	Não aprovado
2015	94	78 (83%)	15 (17%)	84 (89%)	5 (5,3%)	3 (3,2%)	2 (2,5%)
2014	131	110 (84%)	21 (16%)	108 (82,5%)	9 (7%)	3(2%)	11 (8,5%)
2013	71	65 (91%)	6 (8,5%)	47 (66%)	18 (25%)	3 (4%)	1 (1%)

FONTE: CEP SMSPA.

2.4.11 Comunicação em Saúde

Cabe à Assessoria de Comunicação qualificar a comunicação interna e externa da Secretaria e, com isso, potencializar as ações descentralizadas desenvolvidas pelos serviços junto às comunidades. Entre suas atribuições está implantar campanhas que favoreçam a promoção de 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. 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.

O setor realiza o controle de informações publicadas nos veículos de comunicação através do relacionamento com os profissionais do jornalismo. As redes sociais da secretaria (twitter e facebook) estão focadas na prestação de serviços ao cidadão, aumentando a amplitude de nossas ações. Grande parte das ações são desenvolvidas em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde e o Ministério da Saúde.

2.4.12 Ouvidoria

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

Este canal de comunicação pode ser acessado pelo telefone 156 – Fala Porto Alegre (24 horas – opção 6 – Ouvidoria da Saúde), pela internet (www2.portoalegre.rs.gov.br/sms), por carta ou pelo atendimento presencial e, neste, têm suas demandas encaminhadas diretamente por uma assistente social e por estagiárias do Serviço Social, orientadas para o trabalho. Em todos os atendimentos, o cidadão recebe um número de protocolo para acompanhamento do processo e garantia da resolução da demanda.

Considerando todas as formas de acesso, foram recebidas 24.139 demandas em 2016, ou seja, 2.845 a mais em comparação a 2015, que teve total de 21.294 demandas. Entre todas as formas de acesso dos usuários à Ouvidoria, destaca-se o atendimento pelo 156, o atendimento presencial e os acessos ao Ouvidor SUS (136), do Ministério da Saúde.

Para aperfeiçoar a comunicação, foram realizadas capacitações para todos os servidores da rede municipal que recebem e respondem a demandas da Ouvidoria. O objetivo foi sensibilizar os profissionais para a importância da solução das demandas em tempo hábil com linguagem clara e acessível.

A comunicação da Ouvidoria com os cidadãos foi reforçada com o incentivo dos gestores que, ao longo do ano divulgaram na mídia os serviços prestados por este importante canal de comunicação e incentivaram a população a utilizá-los. Essa nova postura da população deverá contribuir no aperfeiçoamento e melhoria contínua da prestação de serviços do SUS, sua estruturação, acolhimento e

articulação com a comunidade, e servirá como mediadora na relação entre usuários, trabalhadores e instituições de saúde.

Como proposta para o próximo quadriênio, a atuação conjunta com as Gerências Distritais e coordenadores de serviços, bem como a aproximação ainda maior com a população serão dois focos importantes.

Destaca-se, ainda, que o Termo de Cooperação Técnica entre a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e a Prefeitura já foi firmado, permitindo a SMS o acesso ao nível 1 do Sistema Ouvidor SUS (136).

2.4.13 Tecnologia da Informação

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde.

Para atender esta premissa foi criada pelo Decreto 18.505 de 19 de dezembro de 2013 (PORTO ALEGRE, 2013a), a Gerência de Tecnologia da Informação (GTI) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que tem como missão ser um serviço de excelência em gestão de tecnologia da informação e comunicação, em sintonia com o Planejamento Estratégico da SMS, articulada com todas as áreas e campos de atuação, buscando com ética, eficiência e eficácia, a disponibilização de equipamentos de informática, softwares, sistemas de informação e de tomada de decisão para o pleno atendimento dos objetivos do Plano Municipal de Saúde (PMS).

No que se refere ao parque tecnológico, a SMS possui cerca de 11.600 itens ativos de equipamentos de informática incluindo: computadores, monitores, impressoras, projetores, notebooks, tablets, etc. Também fazem parte desta infraestrutura 86 sistemas de informações pertencentes ao Município, Estado e União, sendo que, muitos desses, já se encontram defasados tecnologicamente, especialmente, os de propriedade do Ministério da Saúde.

Como pode-se verificar no gráfico a seguir, em um período de dez anos houve um incremento substancial no parque tecnológico da SMS de computadores, chamando a atenção para o ano de 2015, no qual foram recebidas doações de equipamentos do Ministério da Saúde e do Estado para atender ao Programa Nacional da Atenção Básica.

Este incremento possibilitou a implantação dos sistemas de informação para atender ao Programa Nacional da Atenção Básica, além de substituição de um sistema de regulação de terceiros por um sistema de regulação próprio.

Gráfico . Quantitativo de computadores distribuídos no período 2007 a 2016



FONTE: CBP/SMF.

Analisando o gráfico abaixo referente ao quantitativo de impressoras, pode-se verificar que em um período de dez anos houve um incremento, principalmente, no ano de 2012, visto que foram adquiridas impressoras térmicas para atender ao Projeto Complexo Regulador. As doações do Ministério da Saúde e do Estado do RS também contribuíram para esta ampliação.

Gráfico . Quantitativo de impressoras distribuídas, Porto Alegre, 2007 a 2016



FONTE: CBP/SMF.

Para atender à ação de Modernização da Rede de Atenção à Saúde do Plano Plurianual 2014-2017 foram investidos em torno de R\$ 10.000.000,00 em equipamentos de informática e infraestrutura lógica, priorizando a Atenção Básica onde todas as unidades de saúde da SMS foram equipadas com pontos lógicos, fibra ótica, Wi-Fi, computadores e impressoras. Também os Centros de Saúdes receberam infraestrutura lógica e equipamentos de informática.

Também foi possível investir em infraestrutura lógica para colocação de 92 alarmes nas unidades de saúde, restando apenas 27 unidades para atingir a totalidade de unidades com alarmes mais eficazes, eficientes e inteligentes, visto seu controle ser feito usando tecnologia VOIP.

2.2 Sistemas de Informação

Com relação aos sistemas de informação, destaca-se a implantação do Sistema de Prontuário Eletrônico do Ministério da Saúde em todas as Unidades de Saúde próprias do município. Denominado e-SUS o Prontuário Eletrônico atende todos os processos de trabalho dos profissionais da Atenção Básica, desde o agente comunitário de saúde até os profissionais de níveis superiores. Uma das evoluções que o e-SUS trouxe foi a padronização dos processos de trabalho e o foco no indivíduo, pois todas as suas funcionalidades estão direcionadas ao atendimento individual. Ficou pendente de implantação apenas no Centro

Avançado da PUC, a Unidade de Saúde da Ilha do Pavão e nas Unidades de Saúde Prisional. As Unidades de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição e a Unidade de Saúde Santa Cecília utilizam sistemas próprios e transferem sua produção para o e-SUS. Entretanto, há muitas dificuldades na obtenção de relatórios gerenciais com o e-SUS e também uma impossibilidade de integração do mesmo aos demais sistemas em uso na SMS-POA.

No que diz respeito à Regulação dos Serviços de Saúde foi priorizada a substituição do AGHOS (sistema de terceiros) por sistema próprio. Para tanto, está em desenvolvimento o novo Sistema de Informações da Gerência de Regulação desenvolvido pela empresa pública municipal de processamento de dados – Procempa, com linguagem web, e adequando processos de trabalho com ações integradas e articuladas em rede. Este sistema de informações possui em seu escopo o gerenciamento da oferta de consultas (GERCON), internações (GERINT) e procedimentos ambulatoriais (GERPAC) nos serviços de saúde de Porto Alegre, articulando e integrando os processos de regulação com os processos de autorização e controle (ACH) e sistemas de informações das unidades solicitantes e executantes da Rede de Atenção à Saúde do município. Pensado em módulos, hoje já está em pleno uso nos serviços da Rede de Atenção à Saúde o módulo GERCON – Primeiras Consultas, aguardando apenas o desenvolvimento de algumas funcionalidades e melhorias.

Com relação aos Sistemas de Gestão, foi implantado o Sistema de Gerenciamento de Almoxarifado (GMAT) em todas as Unidades Básicas de Saúde, Centros de Especialidades, Prédio Central, CGVS e no Hospital de Pronto Socorro. Ainda falta ser implantado nos seguintes locais: Pronto Atendimento Bom Jesus, Vila dos Comerciários, Lomba do Pinheiro e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

Referente ao Sistema de Dispensação de Medicamentos (DIS), implantado em todas as farmácias distritais, está em fase de desenvolvimento de melhorias principalmente no que tange à integração com o Sistema de Gerenciamento de Almoxarifado (GMAT). Esta integração facilitará o controle dos materiais que

entram e dos, que saem dos almoxarifados, não só das farmácias distritais, mas também das farmácias das unidades de saúde.

No que tange aos sistemas clínicos foi implantado o Sistema Hospitalar (SIHO) com as melhorias desenvolvidas pela Procempa salientando a classificação de risco, nos seguintes locais: Hospital de Pronto Socorro (HPS) e Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS). Está em processo de implantação no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) o módulo ambulatorial. Ainda falta implantar o SIHO nos setores das emergências e demais áreas hospitalares do Hospital Presidente Vargas, além e nos Pronto Atendimentos Bom Jesus (PABJ) e Lomba do Pinheiro (PALP).

A implantação do SIHO será finalizada, visto estarem programadas as seguintes etapas: Customização e Implantação Urgência do HMIPV, Customização e Implantação Setor de Alto Risco do HMIPV, Customização e Implantação PABJ, Customização e Implantação PALP, Integração com Sistema de Imagens – PACS, Módulo de Visitantes/Acompanhantes, Módulo do Balanço Hídrico, Integração com o sistema DIS, Integração com o sistema GMAT (após implantação do GMAT na farmácia dos hospitais e Pas), Integração das bases através do Cartão Nacional de Saúde – Identificação Única do Paciente. Também está previsto a implantação do SIHO AMB nos Centros de Saúde do IAPI, Modelo , Santa Marta e Cruzeiro do Sul já prevendo a integração com o Gercon Primeiras Consultas.

Com relação ao SAMU, foi feita uma licitação para contratação de um sistema de gerenciamento e regulação dos chamados do 192, o qual não é integrado a nenhum sistema próprio da SMS. Está prevista a substituição deste sistema, porém ainda não está programada a especificação e desenvolvimento.

O Sistema de Alvarás da Vigilância está em fase de homologação juntamente com a SMAM e a SMIC para o desenvolvimento de uma nova tecnologia para substituição do processo atual.

Abaixo, segue o mapeamento dos sistemas de informações utilizados pela Secretaria Municipal da Saúde.

Tabela 51. Mapa estratégico de alinhamento de TI a PMPA – SMS Secretaria Municipal da Saúde

Gestão		
Sistema	Descrição	Tecnologia
FALA 156	Intranet de apoio aos serviços de atendimento à população	Próprio
GERCON	Sistema de Gerenciamento de Consultas especializadas	Próprio
AGHOS	Sistema de Regulação de consultas especializadas e Internação	Terceiro
ERGON	Sistema Integrado de Recursos Humanos	Próprio
REF	Registros Funcionais	Próprio
RHA	Folha de Pagamento – Genus	Próprio
RHWEB	Recursos Humanos Web	Próprio
DOPA ONLINE	Dopa Eletrônico	Próprio
CEP	Cadastro de Estágios da PMPA	Próprio
GOR	Sistema de Gerência Orçamentária	Próprio
SDO	Sistema de Despesa Orçamentária	Próprio
SPO	Sistema de Proposta Orçamentária	Próprio
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	MS
CTB CONTÁBIL	Sistema de Contabilidade Pública	Próprio
CBP	Cadastro de Bens Patrimoniais	Próprio
GMAT	Sistema de Gestão de Materiais	Próprio
REM GMAT	Sistema de Requisição de Materiais integrado ao GMAT	Próprio
CDM	Cadastro de Medicamentos	Próprio
DIS	Dispensação de Medicamentos	Próprio
CADWEB	Cartão SUS	MS
ASMCLIENT	Sistema de Helpdesk	Próprio
GENESIS	Sistema de criação de logins	Próprio
GUARDIAO	Sistema de Segurança de Acesso a Sistemas	Próprio
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde	MS
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial	MS
DST	Sistema do Ambulatório DST/AIDS	MS
RAAS	Registro das Ações Ambulatoriais da Saúde	MS
ESUS AB	e –SUS Atenção Básica e Atenção Domiciliar	MS
BOLSA FAMILIA	Sistema de Informação que apoia o Programa Bolsa Família	MS
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento de Gestantes	MS
TABWIN	Informações em Saúde	MS
SISREG	Sistema de Gerenciamento de Complexo Regulatório	MS
ECOVEC	Sistema de Monitoramento da Dengue	Terceiro
GUD	Gerenciamento de Usuários com Deficiência	SES
SIHD	Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado	MS
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos	MS
FNS	Fundo Nacional em Saúde	MS
SAS	Secretaria de Atenção a Saúde	SES
UMA	Sistema de Informação Ambulatorial	MS
ACH	Avaliação e Controle Hospitalar	Próprio
SISRCA	Sistema de Regulação, Controle e Avaliação	MS

SIHO AMB	Sistema Hospitalar Ambulatorial	Próprio
PSE	Programa de Saúde na Escola	MS
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial	MS
PIM PIA	Primeira Infância Melhor – Porto Infância Alegre	MS
FORMSUS	Serviço de Criação de Formulários do SUS	MS
SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização	MS
SISAGUA	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água	MS
SINANNET	Sistema de Informação de Agravos de Notificação pela Internet	MS
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade	MS
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos	MS
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação	MS
PRANENE	Cadastro do Recém Nascido	Próprio
SISCOLO	Sistema de Informação do câncer do colo do útero	MS
SISMAMA	Sistema de Informação de câncer de mama	MS
SISCAN	Sistema de Informação de câncer	MS
SIHO	Sistema Hospitalar Médico	Próprio
MADYA	Sistema de Gerenciamento Laboratorial	Terceiro
FAT	Faturamento Ambulatorial e Hospitalar	Próprio
PRA	Projeto da Rede Assistencial	Próprio
ESUS AB TERRITÓRIO	Sistema de Informação dos Agentes Comunitário de Saúde	MS
ESUS AD	Sistema de Informação da Atenção Domicilia	MS
TRUE	Sistema de Regulação do SAMU	Terceiro
192	Sistema de chamadas do SAMU	Próprio

FONTE: GTI/SMS.

Outro projeto em que se deve evoluir neste período é relativo à Telemedicina compreendida como o uso de tecnologias da informação e comunicação na assistência médica a pacientes em locais remotos. Com a Telemedicina, médicos especialistas podem interagir com seus colegas não importando a distância que os separam.

Em Porto Alegre, a Telemedicina é amplamente utilizada no atendimento do SAMU podendo ser ampliada a outras áreas assistenciais.

Para ter a tecnologia de informação e comunicação como eixo central da modernização da gestão, ainda é necessário investir na atualização dos sistemas próprios e integração de sistemas de terceiros como, para que se possa evoluir na integração da informação clínica dos pacientes por toda sua trajetória de cuidado na rede de atenção à saúde própria e/ou contratualizada.

2.4.14 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 da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. Tem 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 operacional 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” (BRASIL, 1990b).

Em Porto Alegre, por conta da própria organização dos movimentos sociais, especialmente do campo popular e comunitário, o Conselho de Saúde se construiu a partir de espaços regionalizados de participação e que tiveram, ao longo do tempo, uma distribuição geográfica que acompanhou a regionalização geral da cidade. Desta forma, cabe a cada Distrito Sanitário um Conselho Distrital de Saúde (CDS) o qual, por sua vez, representa o conjunto de territórios assistenciais dos serviços de saúde existentes no respectivo Distrito. Por razões de estratégias para a organização e mobilização da população, alguns CDS agregam mais de um Distrito, como é o caso do CDS Sul e Centro Sul, e do CDS

Glória, Cruzeiro e Cristal. A rede descentralizada de Controle Social no SUS prevê ainda a constituição de instâncias colegiadas (Conselhos Locais de Saúde – CLS) em todos os serviços da rede de APS, nos serviços especializados e substitutivos (esclarece-se que a previsão regimental é de que se constitua um CLS em cada prédio, mesmo que ele agregue diferentes tipos de serviços), em todos os serviços de urgência e em todos os hospitais que atendem o SUS. A meta para o quadriênio 2010-2014 previa a instalação desses espaços colegiados em 70% da RAS. Entretanto, a conceituação e identificação do indicador que passou a ser medido (Instância descentralizada de controle social constituída e em pleno funcionamento) de forma regular e sistemática trouxe para o debate as dificuldades de mobilizar os atores envolvidos nesta tarefa, que é essencialmente política e de caráter voluntário, sendo uma expressão de exercício da cidadania. Conforme os dados do RAG 2016 a rede prevista de CLS atingiu 54,8%. Cabe ressaltar, a esse respeito, que a quase totalidade destes CLS encontram-se distribuídos na rede de APS, onde a atuação conjunta SMS e CMS é estratégia e fundamental para a organização e fomento dessas estruturas. Na rede de Urgência apenas o Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro tem Conselho de Saúde, o que reflete a dificuldade de entendimento sobre a importância desses colegiados nesse componente da RAS, o mesmo se refletindo nos serviços da RAPS (CAPS e equipes de saúde mental). Entre os Centros de Especialidades, somente o IAPI constituiu Conselho Local de Saúde. Outra dificuldade é constituir os Conselhos nos Hospitais, pois somente o Hospital Nossa Senhora Conceição/Criança Conceição constituiu Conselho, que se mantém em efetivo funcionamento. Outros Hospitais (Fêmeina, Cristo Redentor, Pronto Socorro e Presidente Vargas) já implantaram Conselhos porém os mesmos não se mantiveram ativos, necessitando que se retomem essas instâncias de controle social. Como desafios para o quadriênio, além da ampliação da rede de controle social no município, também há necessidades de melhorias em estrutura física e de apoio. Com relação ao CMS/POA, destaca-se o local das reuniões (auditório) que é insuficiente e desconfortável. Mantém-se a insuficiência de estrutura disponível para o CDS Nordeste e CDS Sul/Centro Sul, que ainda não contam

com espaços adequados para as reuniões do Núcleo de Coordenação e do Plenário e para guarda e arquivamento de sua documentação oficial. Há necessidade de um local com privacidade e acesso a telefone e internet. Da mesma forma ocorre com boa parte dos CLS, que não tem espaços destinados para seu funcionamento nos serviços de saúde. Nesse caso, pode ser espaço compartilhado, uma vez que a maior parte dos serviços não dispõem de espaços específicos, o que pode ser previsto nas novas plantas. Em relação ao apoio técnico-administrativo, o CMS ainda não conta com assessoria jurídica, contábil e de comunicação, bem como se mantém as dificuldades na disponibilidade de profissionais de apoio para o funcionamento dos conselhos distritais e locais. Em 2016 o CMS/POA selecionou, capacitou e lotou 6 estagiários de nível médio para o apoio aos Conselhos Distritais e Locais, com vistas ao acompanhamento dos processos eleitorais, registro das atas, elaboração de documentos, arquivo e controle de presenças, etc. Entretanto essa estratégia não se mostrou efetiva, na medida em que todos os estagiários desistiram do trabalho, sendo que ainda não se concluiu uma análise mais aprofundada sobre esse processo para que se possa propor ou não a sua retomada.

A questão do deslocamento dos Conselheiros e Assessoria Técnica, é outro ponto a ser mencionado pois, nas suas atribuições o CMS tem atividades em todo o território da cidade, como representação em diversas atividades e assessoria técnica nos conselhos Locais e Distritais, sendo necessário veículo, que muitas vezes não está disponível para o Conselho.

Para a discussão e subsídio temático, o CMS/POA conta, em sua estrutura, com diversas Comissões Temáticas e Executivas, as quais tem necessidade de ampliar a participação, especialmente de usuários.

Sobre a execução orçamentária, o CMS tem sido contemplado com dotação orçamentária capaz de atender as suas necessidades programadas, no entanto, a execução do orçamento encontra diversas dificuldades, morosidade, empecilhos burocráticos e administrativos, que tem resultado em atraso crônico na confecção das agendas anuais e outros materiais.

3. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

1ª DIRETRIZ - Centralização de todos os processos assistenciais nas pessoas.

1º Objetivo - Promover o cuidado integral das pessoas na Rede de Atenção à Saúde.

Meta 1. Implantar a carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) em 100% das Unidades de Saúde.

2º Objetivo - Integrar os dados clínicos disponibilizados na Rede de Atenção à Saúde.

Meta 2. Implantar sistema de integração de dados clínicos das pessoas durante toda a trajetória de cuidado em 100% da Rede de Atenção à Saúde.

2ª DIRETRIZ - Potencialização e priorização da Atenção Primária à Saúde.

1º Objetivo - 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.

Meta 3. Ampliar a resolutividade na Atenção Primária à Saúde (APS) para 85% (PROMETA).

Meta 4. Ampliar a cobertura de equipes completas de Estratégia de Saúde da Família para 60% (PROMETA).

Meta 5. Implantar o horário de funcionamento estendido (até 22 horas) em 8 Unidades de Saúde (PROMETA).

Meta 6. Ampliar para 75% a cobertura populacional estimada pela Atenção Básica.

Meta 7. Ampliar a cobertura de equipes de saúde bucal na Atenção Primária para 42% da população.

2º Objetivo - Integrar os pontos assistenciais por meio de linhas de cuidado

e atribuição explícita de responsabilidades clínicas entre os componentes da Rede de Atenção à Saúde.

Meta 8. Elaborar e implantar 100% das linhas de cuidado prioritárias (asma/doença pulmonar obstrutiva crônica, risco cardiovascular, cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, pré-natal com foco no tratamento da sífilis, depressão/risco de suicídio, transtornos de ansiedade, dor lombar, infecções sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS, tuberculose, hepatites).

3ª DIRETRIZ - Atenção às condições de saúde prioritárias.

1º Objetivo - Melhorar a saúde materno-infantil, com priorização do pré-natal e enfrentamento à sífilis congênita.

Meta 9. Reduzir a taxa de incidência da sífilis congênita para 13 /1.000 nascidos vivos.

Meta 10. Reduzir a taxa de mortalidade infantil para 8,5 /1000 nascidos vivos.

Meta 11. Manter a Razão de Mortalidade Materna abaixo de 35/100.000 nascidos vivos (PROMETA).

2º Objetivo - Qualificação da atenção às condições agudas de saúde.

Meta 12. Diminuir para 65% o número de pacientes classificados como verdes e azuis nos PA durante o horário de funcionamento das Unidades de Saúde.

Meta 13. Instituir a agenda que garanta acesso ao médico por demanda espontânea (em todos os turnos de funcionamento) em 100% das Unidades de Saúde.

Meta 14. Manter a média do tempo de resposta dos chamados pertinentes ao SAMU 192 Porto Alegre abaixo de 15 minutos (preconizado pelo parâmetro internacional).

3º Objetivo - Qualificação da atenção às condições crônicas de saúde.

Meta 15. Diminuir o percentual de internações por insuficiência cardíaca em 25%

(de 3,26 para 2,44%).

Meta 16. Diminuir o percentual de internações por doenças respiratórias crônicas em 25% (de 7,53 para 5,65%).

Meta 17. Aumentar a razão da realização do exame Citopatológico (CP) do colo do útero para 0,35 em mulheres de 25 - 64 anos.

Meta 18. Aumentar a razão da realização de mamografia para 0,35 em mulheres de 50 - 69 anos.

Meta 19. Aumentar a proporção de pacientes oriundos da Atenção Hospitalar para a atenção domiciliar para 85%.

4º Objetivo - Reduzir o impacto das violências na situação de saúde da população.

Meta 20. Ativar a rede intersetorial e realizar o seguimento do cuidado de 75% das mulheres, crianças, adolescentes e idosos com notificação de violência.

5º Objetivo - Ampliar o acesso e qualificar os serviços de Saúde Mental.

Meta 21. Reduzir a taxa de reinternação de saúde mental em 20%.

Meta 22. Ampliar o número de CAPS de 12 para 15, incluindo ao menos 1 CAPSi III e 1 CAPS AD.

6º Objetivo - Ampliar a resposta na prevenção e no atendimento às infecções sexualmente transmissíveis, HIV e AIDS.

Meta 23. Aumentar para 70% o número de pessoas com diagnóstico de HIV/Aids em tratamento antirretroviral.

Meta 24. Reduzir a transmissão vertical do HIV para índices iguais ou menores que 2%.

7º Objetivo – Qualificar o enfrentamento às doenças emergentes e reemergentes.

Meta 25. Aumentar a taxa de cura de novos casos de tuberculose para 80% (PROMETA).

4ª DIRETRIZ - Ampliação das estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças.

1º Objetivo - Atuar com intersectorialidade no enfrentamento de doenças e agravos em saúde.

Meta 26. Estabelecer um plano de ações intersectoriais programáticas sobre determinantes sociais dos processos saúde-doença para leishmaniose, tuberculose, hepatites, acidentes de trânsito, agravos em saúde do trabalhador e doenças crônicas não transmissíveis (agravos condicionados pela falta de exercícios físicos, tabagismo e alimentação), infecções sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS em todos os distritos de saúde.

Meta 27. Realizar mensalmente ações de promoção da alimentação saudável em 100% dos Distritos Sanitários.

Meta 28. Realizar mensalmente ações de promoção da prática de atividade física em 100% dos Distritos Sanitários.

Meta 29. Disponibilizar o tratamento para o controle do tabagismo em 100% das Unidades de Saúde..

Meta 30. Garantir 70% de acompanhamento das famílias beneficiárias do Bolsa Família.

2º Objetivo - Manter as ações de vigilância a saúde.

Meta 31. Realizar o controle vetorial e Pesquisa Vetorial Especial em 100% dos casos de infestação predial identificados pelas armadilhas e dos casos confirmados de arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*.

Meta 32. Ampliar para 85% a cobertura vacinal para as vacinas contra a poliomielite, pentavalente e tríplice viral em crianças menores de um ano.

5ª DIRETRIZ - Ampliação da Regulação dos Serviços Próprios e Contratualizados.

1º Objetivo - Potencializar o papel da Regulação na coordenação do cuidado

em saúde.

Meta 33. Reduzir para 30 dias o tempo médio de espera para consulta com especialistas de pacientes classificados como muito alta (vermelho) ou alta (laranja) prioridade (PROMETA).

Meta 34. Garantir que todos os exames classificados como alta prioridade sejam realizados em 30 dias (PROMETA).

2º Objetivo - Qualificar os mecanismos de contratualização com prestadores externos.

Meta 35. Ampliar para 100% o percentual de serviços hospitalares e ambulatoriais com contratos vigentes, com apreciação do Conselho Municipal de Saúde conforme legislação em vigor no período.

Meta 36. Reduzir em 15% o tempo médio de duração da internação em leitos clínicos contratualizados (PROMETA).

Meta 37. Monitorar em tempo real 100% dos leitos hospitalares contratualizados (PROMETA).

6ª DIRETRIZ - Equidade, transparência, inovação e eficiência na gestão da saúde.

1º Objetivo - Priorizar os atos de gestão para a população mais vulnerável.

Meta 38. Instituir indicador de vulnerabilidade em saúde em 100% dos territórios das Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde (APS).

2º Objetivo - Ampliar a transparência na gestão da SMS.

Meta 39. Divulgar 100% dos fluxos assistenciais da RAS (linhas de cuidado prioritárias) aos usuários e trabalhadores.

Meta 40. Realizar avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) em 100% das Unidades de Saúde, 1 vez por ano.

3º Objetivo - Estabelecer processos, fluxos e prazos de trabalho para os atos de gestão.

Meta 41. Mapear, elaborar, instituir, divulgar e fiscalizar instruções normativas, com fluxos e prazos, para o gerenciamento interno e fiscalização de 100% dos processos de infraestrutura e apoio logístico (contratos de serviços terceirizados; processos de aquisição e distribuição de materiais; manutenção e reformas).

Meta 42. Contratualizar diretrizes, objetivos e metas, a partir do Plano Municipal de Saúde (PMS) e demais planos e políticas pactuados, com 100% das coordenadorias gerais e gerências distritais.

4º Objetivo - Diminuir a segmentação entre o setor público e privado na cidade, conforme os princípios e diretrizes do SUS.

Meta 43. Instituir, pactuar e publicar indicadores de qualidade e segurança do paciente para 100% dos hospitais, públicos ou privados, de Porto Alegre.

7ª DIRETRIZ - Financiamento adequado e sustentável que atenda às necessidades da Rede de Atenção à Saúde

1º Objetivo – Cumprir os dispositivos legais de aplicação dos recursos financeiros em Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Meta 44. Ampliar o percentual de recursos aplicados na Atenção Primária à Saúde (APS) para 25% do total executados na saúde.

Meta 45. Aplicar, anualmente, 20% de recursos próprios municipais em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS).

Meta 46. Adequar o Fundo Municipal de Saúde à legislação vigente.

2º Objetivo - Buscar novas fontes de financiamento por meio da captação de recursos, para além dos previstos no Tesouro Municipal, Estadual e Federal.

Meta 47. Aplicar 100% dos recursos financeiros oriundos de emendas parlamentares, dentro do prazo legal.

8ª DIRETRIZ - Tomada de decisão baseada em informação de qualidade.

1º Objetivo - Utilizar Tecnologias de Informação e Comunicação como forma de inovar, monitorar, avaliar e decidir com base em dados e informações de

qualidade, por meio de indicadores reconhecidos que possibilitem o estabelecimento e cumprimento de metas.

Meta 48. Implantar relatórios gerenciais de dados clínicos das pessoas sobre a trajetória de cuidado em 100% da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Meta 49. Monitorar 100% da trajetória dos medicamentos no ciclo da assistência farmacêutica (aquisição, estoque, distribuição, prescrição e dispensação).

Meta 50. Implantar a teleconsultoria em 50% das linhas de cuidado prioritárias (asma/doença pulmonar obstrutiva crônica, risco cardiovascular, cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, pré-natal com foco no tratamento da sífilis, depressão/risco de suicídio, transtornos de ansiedade, dor lombar, infecções sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS, tuberculose, hepatites).

2º Objetivo - Potencializar as ações de vigilância epidemiológica.

Meta 51. Implantar a vigilância epidemiológica para 50% dos agravos não transmissíveis relacionados às linhas de cuidado prioritárias (asma/doença pulmonar obstrutiva crônica, risco cardiovascular, cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, depressão/risco de suicídio, transtorno de ansiedade, dor lombar).

9ª DIRETRIZ - Fortalecimento do controle social.

1º Objetivo - Aproximar o Sistema de Saúde à sociedade civil (cidadãos, prestadores de serviços e instituições).

Meta 52. Elaborar e divulgar a carta de serviços da Secretaria Municipal de Saúde para o Cidadão, conforme a Lei 13.460/2017, revisando o conteúdo anualmente.

Meta 53. Ampliar para 60% os conselhos locais de saúde da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

2º Objetivo - Criar novos mecanismos de participação social, por meio de novas tecnologias de informação e comunicação.

Meta 54. Instituir os Observatórios de Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde para o Estímulo à Participação Social no SUS em 100% das Gerências Distritais.

Meta 55. Monitorar a utilização e o impacto de 100% das tecnologias de informação e comunicação implantadas pelo controle social/CMS.

10ª DIRETRIZ - Qualificação e formação de Recursos Humanos.

1º Objetivo - Promover a educação permanente, a produção de conhecimento e ampliar a residência médica e multiprofissional.

Meta 56. Criar o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e multiprofissional na SMS.

Meta 57. Cumprir o calendário anual do Ciclo de Debates sobre temas de destaque na Rede de Atenção à Saúde.

Meta 58. Tornar os dois hospitais municipais (HPS e o HMIPV) hospitais de ensino.

2º Objetivo. Valorizar os servidores por meio de avaliação de desempenho.

Meta 59. Instituir a avaliação de desempenho em 100% das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS).

Meta 60. Mensurar e monitorar 100% das causas de adoecimento dos servidores da SMS com Licença para Tratamento de Saúde (LTS) superior a 15 dias.

Meta 61. Implantar a mesa de negociação do SUS.

11ª DIRETRIZ - Ambiência da infraestrutura e fixação dos profissionais nos serviços.

1º Objetivo - Qualificar a capacidade instalada da SMS.

Meta 62. Implantar 8 Clínicas da Família.

Meta 63. Qualificar a estrutura física dos dois hospitais próprios (HPS e HMIPV) a partir da atualização do plano diretor de cada instituição.

Meta 64. Qualificar 100% dos Pronto Atendimentos em UPA (MS).

Meta 65. Ampliar e qualificar a estrutura das unidades de Atenção Primária à Saúde e da Atenção Especializada conforme revisão, atualização e pactuação anual da planilha de obras junto aos distritos sanitários e ao controle social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Casa Civil. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Constituição (1990a). **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Constituição (1990b). **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>.

BRASIL (1998). Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.642, de 18 de setembro de 1998**. DO 180-E, de 21/9/98.

BRASIL. Casa Civil. Constituição (2000a). **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF, 13 set. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>.

BRASIL. Casa Civil (2000b). **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, DF, 4 mai. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Constituição (2001a). **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 06 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 05 ago. 2016.

BRASIL (2001b). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Manual de Apoio aos Gestores do SUS Organização da Rede de Laboratórios Clínicos**, Brasília, DF, Série A, n. 115, 2001. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/apoio_sus.pdf>.

BRASIL (2004). Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização**. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e

gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>.

BRASIL (2006). Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>.

BRASIL (2008a). Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 1º ago. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>.

BRASIL. Casa Civil. Constituição (2008b). **Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008**. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nºs 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória no 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Brasília, DF, 25 set. 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/lei/11788.htm>.

BRASIL (2011a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**, Brasília, DF, 2011. 92 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/pr ojeto_sb2010_relatorio_final.pdf>.

BRASIL (2011b). Casa Civil. Constituição. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/at o2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>.

BRASIL (2011c). Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.

BRASIL (2011d). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**, Brasília, DF, 2011. 288 p. (Série A. Normas e

manuais técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf>.

BRASIL. Casa Civil. Constituição (2012). **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>.

BRASIL (2013a). Ministério da Saúde. **Portaria nº 342, de 4 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. (Redação dada pela PRT MS/GM nº 104 de 15.01.2014). Brasília, DF, 4 mar. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html>.

BRASIL (2013b). Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 25 set. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>.

BRASIL (2013c). Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013**. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília, DF, 30 dez. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html>.

BRASIL (2013d). Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF, 30 dez. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>.

BRASIL (2014a). Ministério da Saúde. **Portaria nº 142, de 27 de janeiro de 2014**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), de que trata a Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília, DF, 27 jan. 2014. Disponível em: <<http://bvsmms.sau>

de.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0142_27_01_2014.html>.

BRASIL (2014b), Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF, 11 nov. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>.

BRASIL (2014c). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**, Brasília, DF, 2014. 160 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>.

BRASIL (2015a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV**, Brasília, DF, 2015a. 54 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58168/pcdt_pep_20_10_1.pdf>.

BRASIL (2015b). Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 1º out. 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html>.

BRASIL (2016a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2015**. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015, Brasília, DF, 2016. 170 p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf>.

BRASIL (2016b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**, Ano V, Brasília, DF, v. 47, n. 35, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/2016_030_sifilis_publicacao2_pdf_51905.pdf>.

BRASIL. Casa Civil (2016c). **Emenda Constitucional nº 95, de 15 dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>.

BRASIL (2016d). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico do HIV/Aids**, Ano V, Brasília, DF, v. 1, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf>.

BRASIL (2016e). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Práticas Integrativas e Complementares. **Práticas Integrativas e Complementares crescem na rede SUS de todo o Brasil**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2205>.

BRASIL (2017). Ministério da Saúde. Vigilância Ambiental. **Vigilância em Saúde Ambiental**. 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/vigilancia-ambiental>>.

Fundação de Economia e Estatística (FEE). Pesquisa de Emprego e Desemprego da Região Metropolitana de Porto Alegre (PED-RMPA). **Série Histórica Mensal (julho/2017)**. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/publicacoes/ped-rmpa/serie-historica-mensal/>>. Acesso em: jan. 2017.

IBGE (2010). **Dados demográficos de Porto Alegre, 2010**. Porto Alegre, RS, 2017. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=918>. Acesso em: 07 fev. 2017.

IBGE (2016). **Dados demográficos de Porto Alegre, 2016**. Porto Alegre, RS, 2017. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431490>>.

MALTA, D. C.; et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, Dec. 2014.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine*, London, v. 15, n. 3, p. 651-659, Aug. 1985.

PAHO (2014). 2014 Update: Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas. Washington, DC: PAHO, 2014. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31357/9789275118528-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

PORTO ALEGRE (1990). Prefeitura Municipal. Procuradoria Geral do Município. **Lei Orgânica do Município de Porto Alegre, de 03 de abril de 1990, § 9º, Art. 166**. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000022938.DOCN.&l=20&u=%2Fnetahtml%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>>.

PORTO ALEGRE (2008). Prefeitura Municipal. Procuradoria Geral do Município. **Decreto nº 16.132, de 25 de novembro de 2008**. Consolida disposições sobre estágio obrigatório e não-obrigatório de estudantes de ensino médio, educação profissional, educação superior, educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos, na

Administração Centralizada, Autarquias e Fundação Municipais, e dá outras providências. Porto Alegre, RS, 25 nov. 2008. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000030143.DOCN.&l=20&u=/netahtml/sirel/simples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>>.

PORTO ALEGRE (2013a). Prefeitura Municipal. Procuradoria Geral do Município. **Decreto nº 18.505, de 19 de dezembro de 2013**. Altera o inc. XII do art. 2º do Decreto nº 9.391, de 17 de fevereiro de 1989 – que Consolida a Estrutura Geral da Administração Centralizada do Município, lota Cargos em Comissão e Funções Gratificadas criados pelas Leis nº 6309, de 28 de dezembro de 1988, Lei nº 6151, de 13 de julho de 1988 e dá outras providências –, alterando a estrutura organizacional, a denominação, a classificação e lotação de postos de confiança da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Porto Alegre, RS, 19 dez. 2013. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/netahtml/sirel/atos/Decreto%2018505>>.

PORTO ALEGRE (2013b). Prefeitura Municipal. Diário Oficial de Porto Alegre. **Lei nº 11.476, de 3 de setembro de 2013**. Institui, no município de Porto Alegre, a Política Intersetorial de Plantas Medicinais, Aromáticas e Condimentares e de Fitoterápicos. Porto Alegre, RS, 6 set. 2013. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-ordinaria/2013/1147/11476/lei-ordinaria-n-11476-2013-institui-no-municipio-de-porto-alegre-a-politica-intersectorial-de-plantas-medicinais-aromaticas-e-condimentares-e-de-fitoterapicos-2013-09-03.html>>.

PORTO ALEGRE (2014a). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Inquérito sobre Atendimentos por Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) em Capitais, Distrito Federal e municípios selecionados.**, Porto Alegre, RS, 2014. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/inquerito_atendimentos_viva_relatorio_2014.pdf>.

PORTO ALEGRE (2014b). Prefeitura Municipal. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p_secao=240>.

PORTO ALEGRE (2015a). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Saúde - 2015**. Porto Alegre, RS, 2016. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_2015.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2017.

PORTO ALEGRE (2015b). **Decreto nº. 19.008, de 17 de abril de 2015**. Diário Oficial de Porto Alegre, Ano XX, Edição 4993, 27 abr. 2015. Disponível em: <http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/1395_ce_20150427_executivo.pdf>.

PORTO ALEGRE (2016a). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde.

Documento Orientador para Equipes de Saúde Mental Adulto.

PORTO ALEGRE (2016b). Prefeitura Municipal. Procuradoria Geral do Município. **Decreto nº 19.496, de 9 de setembro de 2016.** Altera o inc. IX do art. 10, o art. 12, os §§ 1º, 3º, 4º e 5º no art. 13 e inclui o § 2º ao art. 1º e renomeia o parágrafo único, o art. 1-A, os §§ 8º e 9º ao art. 13 e os arts. 17-A, 17-B, 17-C, 17-D todos do Decreto 16.132, de 25 de novembro de 2008 - que consolida as disposições sobre estágio obrigatório e não-obrigatório de estudantes de ensino médio, educação profissional, educação superior, educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos, na Administração Centralizada, Autarquias e Fundações Municipais - conceituando termos do Decreto, excluindo a atividade voluntária como forma de estágio, alterando as disposições para concessão do recesso do estagiário e estabelecendo formas de seleção para a sua contratação. Porto Alegre, RS, 9 set. 2016. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/netahtml/sirel/atos/Decreto%2019496>>.

PORTO ALEGRE (2016c). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão - 2016.** Porto Alegre, RS, 2016. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_final_2016.pdf>.

PORTO ALEGRE (2016d). Prefeitura Municipal. **Nota Técnica/2016/GAB/SMS – CGPP–Transmissíveis.** Diário Oficial de Porto Alegre, Ano XXI, Edição 5377, p. 18, Porto Alegre, RS, 9 nov. 2016. Disponível em: <http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/1896_ce_20161109_executivo.pdf>.

PORTO ALEGRE (2017a). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Procedimentos para submissão de projetos de pesquisa com seres humanos na Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura de Porto Alegre.** Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=912>.

PORTO ALEGRE (2017b). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento Estratégico e Orçamento. **Lei Orçamentária Anual (LOA), 2017.** Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/loa/loa-2017>>.

PORTO ALEGRE (2017c). Observa POA. **Observatório da Cidade de Porto Alegre.** Porto Alegre, RS, 2017. Disponível em: <http://www.observapoa.com.br/default.php?reg=379&p_secao=17>.

RIO GRANDE DO SUL (1992). Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. **Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992.** Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras

providências. Porto Alegre, RS, 07 ago. 1992. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281>.

RIO GRANDE DO SUL (2011). Secretaria da Saúde. **Resolução nº 237/11 – CIB/RS.**

Porto Alegre, RS, 29 jul. 2011. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/wp-content/uploads/2015/03/resolucao-237_2011.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL (2015). **Boletim Epidemiológico HIV/Aids e Sífilis**, n. 1. Rio Grande do Sul: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Departamento de Ações em Saúde, Coordenação Estadual de DST/Aids do Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em: <<http://atencabasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201511/27150336-boletim-aids-coletiva-1.pdf>>.

RIO GRANDE DO SUL (2017). **Conselho Regional de Farmácia.** Disponível em: <<https://www.cfrs.org.br/portal/pdf/transparencia/informacoes-ao-cidadao/quantos-somos-1135.pdf>>. Acesso em: 1º fev. 2017.

SCHMIDT, M.I., DUNCAN, B.B., AZEVEDO E SILVA, G., MENEZES, A.M., MONTEIRO, C.A., BARRETO, S.M., CHOR, D.; MENEZES, P.R. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SILVEIRA, A. M. (2015) **A judicialização da concessão de medicamentos: estudo da situação de Porto Alegre – Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal – Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, 2015.

UNAIDS (2015). 90-90-90 - **Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS.** Genebra, 2015. Disponível em: http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf

WHITEFORD, H. A.; BAXTER, A. J. The Global Burden of Disease 2010 Study: what does it tell us about mental disorders in Latin America?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 111-112, Apr-Jun. 2013.

World Health Organization (WHO). The World Health Report 2001. Mental health new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.

World Health Organization (WHO). Traditional Medicine Strategy: 2002-2005. Geneva: World Health Organization, 2002.

World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível em:

<http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/fs_20120926e/en/>.

Bibliografia adicional

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e Indicadores do Setor**. Consultado no website <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>, em janeiro de 2017.

BELO HORIZONTE. **Índice de Vulnerabilidade da Saúde**. Ana Pitchon [et al.]. – Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/>.

BRASIL (1998). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Políticas de Saúde: Metodologia de Formulação**, Brasília, DF, 1998. 15 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_politicas.pdf>.

BRASIL (2002). Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.060, de 05 de junho de 2002**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html>. Acesso em: 12 set. 2015.

BRASIL (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**, Brasília, DF, 2004. 16 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>.

BRASIL. Casa Civil. Constituição (2004). **Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF, 02 dez. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em: 03 ago. 2015.

BRASIL (2006). **Portaria nº 698 GM/MS, de 30 de março de 2006**. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM_698_30marco_2006.pdf>.

BRASIL (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, DF, 2008. 72 p. (Série E.

Legislação em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf>.

BRASIL. Casa Civil. Constituição (2009). **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília, DF, 25 ago. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 25 set. 2015.

BRASIL. Casa Civil. Constituição (2009). **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF, 23 dez. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>.

BRASIL (2009). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS**: uma construção coletiva: formulação de políticas específicas de saúde, Brasília, DF, v. 7, 2009. 28 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v7.pdf>.

BRASIL (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase: monitoramento e avaliação**: manual de capacitação do em M&A - caderno do participante, Brasília, DF, 2009. 75 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://www.morhan.org.br/views/upload/cardeno_participantes_hanseniase.pdf>.

BRASIL (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**, Brasília, DF, 2009. 18 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf>.

BRASIL (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>.

BRASIL (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**, Brasília, DF, 2010. 24 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf>.

BRASIL (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**, Brasília, DF, 2011. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>.

BRASIL (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Plano Operativo para Implementação de Ações em saúde da população em Situação de Rua 2012-2015**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPDH/PLano_Operativo_para_Implementa%C3%A7%C3%A3o_de_A%C3%A7%C3%B5es_em_Sa%C3%BAde_da_Pop_em_situa%C3%A7%C3%A3o_de_Rua_2012-2015.pdf>.

BRASIL (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Resolução nº 459, de 10 de outubro de 2012**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0459_10_10_2012.html>.

BRASIL (2012). Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>.

BRASIL (2012). Ministério de Minas e Energia. Secretaria de Geologia, Mineração e Transformação Mineral. **Relatório Anual 2012 - Serviço Geológico do Brasil**. Companhia de Pesquisa de Recursos Minerais (CPRM), 2012. Disponível em: <http://www.cprm.gov.br/publique/media/informacao_publica/rel_anual_2012.pdf>.

BRASIL (2012). Ministério da Saúde. **Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012**. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html>.

BRASIL (2012). Casa Civil. Constituição. **Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012**. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html>. Acesso em: 25 set. 2015.

BRASIL (2013). Ministério de Minas e Energia. Secretaria de Geologia, Mineração e Transformação Mineral. **Relatório Anual 2013 - Serviço Geológico do Brasil**. Companhia de Pesquisa de Recursos Minerais (CPRM), 2013. Disponível em: <http://www.cprm.gov.br/publique/media/informacao_publica/rel_anual_2013.pdf>.

BRASIL (2013). Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde / Ministério

da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 124 p. : il. – (Série Ecos – **Economia da Saúde para a Gestão do SUS** ; Eixo 1, v. 1)

BRASIL (2014). **Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014**. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nºs 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm>.

BRASIL (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil**: Indicadores epidemiológicos e operacionais, Brasília, DF, 2014. 92 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama%20tuberculose%20brasil_2014.pdf>.

BRASIL (2014). Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. 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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>.

BRASIL (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano**, Brasília, DF, 2014. 38 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_Rua.pdf>.

BRASIL (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**, Brasília, DF, 2014. 86 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf>.

BRASIL (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por Inundação**, Brasília, DF, 2014. 36 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_contingencia_emergencia_saude_inundacao.pdf>.

BRASIL (2015). **Lei Brasileira de Inclusão nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da

Pessoa com Deficiência). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>.

BRASIL (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**, Brasília, DF, 2015. 68 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58551/manual_tecnico_hv_pdf_75405.pdf>.

BRASIL (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**, Brasília, DF, 2016b. 124 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/miolo_pcdt_ist_15_08_pdf_22990.pdf>.

BRASIL (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**, Brasília, DF, 2015. 154 p. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab40>>.

BRASIL (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**, Brasília, DF, 2015. 156 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf>.

BRASIL (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015**, Brasília, DF, 3ª ed, v. 1, 2015. 156 p. (Série Articulação Interfederativa). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015_2edicao.pdf>.

BRASIL (2016). Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de planejamento no SUS**, Brasília, DF, v. 4, 2016. 138 p. (Série Articulação Interfederativa). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>.

BRASIL (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV**, Brasília, DF, 2017. 48 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2017/59401/manual_tecnico_cascata_final_web_pdf_64715.pdf>.

CÂMARA NOTÍCIAS. **Promulgada emenda constitucional do orçamento impositivo**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/Politica/483652-PROMULGADA-EMENDA-CONSTITUCIONAL-DO-ORCAMENTO-IMPOSITIVO.html>> Acesso em: jan. 2017.

CANAL, Heloise. **Memorial de Elaboração dos quadros descritivos sobre alguns setores de risco da CPRM e equipamentos de saúde** – município de Porto Alegre, 2013.

CARRARA, S. V.; CONTI, P. C. R.; BARBOSA, J. S. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. **Dental Press Journal of Orthodontics**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 114-120, jun. 2010.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

CONASEMS. SUS LEGAL: Conasems, Conass e Ministério pactuam **novo modelo de repasse de recursos do SUS**. Consultado no website <http://www.conasems.org.br/sus-legal-conasems-conass-e-ministerio-pactuam-novo-modelo-de-repasse-do-sus/> em janeiro de 2017.

DE GOES, P. S. A.; et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, suppl., p. S81-S89. 2012.

DE MORAES, A. M. S. M.; MAGNA, L. A.; MARQUES-DE-FARIA, A. P. Prevenção da deficiência mental: conhecimento e percepção dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 685-690, mar. 2006.

Diretrizes para a **detecção precoce do câncer** de mama no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

Estimativa 2016: **incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer

FIGUEIREDO, N.; DE GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, fev. 2009.

GARIB, D. G.; et al. Tomografia computadorizada de feixe cônico (Cone beam): entendendo este novo método de diagnóstico por imagem com promissora aplicabilidade na Ortodontia. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 139-156, mar./abr. 2007.

GONÇALVES, D. A.; et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 623-632, mar. 2014.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: **INCA**, 2015. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/2114ef804d5084d68367f3b91f33dc93/Ata+16-12-2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=2114ef804d5084d68367f3b91f33dc93>>.

LAI, M. C.; LOMBARDO, M. V.; BARON-COHEN, S. Autism. **Lancet**, Reino Unido, v. 383, n. 9920, p. 896-910, mar. 2014.

LOTHAIRE P.; et al. Molecular markers of head and neck squamous cell carcinoma: promising signs in need of prospective evaluation. **Head & Neck**, New York, v. 28, n. 3, p. 256-269, mar. 2006.

MARI, J. J.; et al. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care settings in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 6, p. 501-507, Dec. 1987.

MARZULO, S. G.. Desastres Naturais em Porto Alegre: **O Impacto da Inundação de 2013. Monografia (Especialização). Universidade Federal do Rio de Janeiro/Instituto de Estudos em Saúde Coletiva**, 2014.

MURRAY, C. J.; et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, Reino Unido, v. 380, n. 9859, p. 2197-2223, dez. 2012.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório mundial sobre a deficiência 2011**. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo, SP: SEDPcP, 2012. 334 p. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/document/s/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf>.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. N Esp, p. 73-78. 2006.

PIRES, A. L. C.; et al. Atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Sul: análise descritiva da produção especializada em municípios com Centros de Especialidades Odontológicas com base no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 20, n. 3, p. 325-333, set./dez. 2016.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Mapas e Indicadores das Vulnerabilidades Sociais**. Porto Alegre: Editora da Cidade, 2016. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/mapas_e_indicadores_vulnerab_social_fasc_suas.pdf>.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Constituição (2010). **Lei nº 10.819, de 13 de janeiro de 2010**. Estabelece a possibilidade do agendamento telefônico de consultas para pacientes idosos e para pessoas com deficiência já cadastrados nas unidades de saúde do Município de Porto Alegre e dá outras providências. Porto Alegre, RS, 13 jan. 2010. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000030878.DOCN.&l=20&u=/netahtml/sirel/simples.html&p=1&r=1&f=G&d=ato&SECT1=TEXT>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

PORTO ALEGRE. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, **Doenças e Agravos não Transmissíveis**. Porto Alegre, RS, 2017. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=919. Acesso em: 13 fev. 2017.

PORTO ALEGRE. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Equipe de Vigilância de **Doenças Transmissíveis**. Porto Alegre, RS, 2017. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=920. Acesso em: 13 fev. 2017.

PORTO ALEGRE. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Tuberculose**. Porto Alegre, RS, 2017. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p_secao=32. Acesso em: 03 fev. 2017.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Diário Oficial de Porto Alegre. **Resolução nº 01/2016** – Secretaria Municipal de Saúde. Ano XXI - Edição 5400 - Quarta-feira, 14 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/1925_ce_20161214_executivo.pdf>.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Anuário Estatístico - 2010**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre/Gabinete de Programação Orçamentária/Gerência de Estatística, 2012.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Anuário Estatístico 2010**. Dados do desempenho das indústrias do petróleo, do gás natural e dos biocombustíveis e do sistema de abastecimento nacionais no período 2000-2009. Porto Alegre, RS, 1º ago. 2010. Disponível em: <<http://www.anp.gov.br/wwwanp/publicacoes/anuario-estatistico/2435-anuario-estatistico-2010>>.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Garantia de Acesso – Atendimento à diversidade**. Orientações para profissionais de saúde. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **GEOSAÚDE**. Disponível em: http://mapas.procempa.com.br/mapa_base_sms/

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Plano de enfrentamento da Epidemia de HIV/Aids em Porto Alegre** – Com ênfase em gays, HSH, travestis, transexuais e mulheres. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde/Programa das Nações

Unidas para o Desenvolvimento – PNUD Brasil, 2013.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Novembro de 2015.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Procuradoria Geral do Município. **Lei nº 11.425, de 22 de abril de 2013**. Institui o Comitê Municipal de Mortalidade por AIDS, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), do Município de Porto Alegre e dá outras providências. Porto Alegre, RS, 22 abr. 2013. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000033422.DOCN.&l=20&u=%2Fnetahtml%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>>.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria de Planejamento Municipal. **Plano Diretor de Planejamento Urbano Ambiental**. Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Brasil, 2010.

PUSTAI, A.; BELLO, M. I.; MARZULO, S. G.. **Plano de Preparação e Resposta a Desastres da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde 2014**. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

RELATÓRIO DE GESTÃO DE POA, Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2016.

Relatório do Comitê de Morte Materna 2015 Município de Porto Alegre. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_cmm_2015_final.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. **Portaria nº 201/2012** – Regime de Origem. Resolução n 695/13 CIB/RS. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares e dá outras providências em 20 dezembro de 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. **Resolução CIB/RS nº 655/2014**.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Estadual de Controle da Tuberculose**. Rio Grande do Sul: CEVS/PECT-RS, 2011. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1339784445_Plano%20Estadual%20de%20Controle%20da%20Tuberculose.pdf>.

RONCALLI, A. G. Panorama do acesso à saúde bucal no Brasil. Revista Brasileira de Odontologia e Saúde Coletiva, Porto Alegre, Suplemento Especial, XVII Enatespo:20, 2002.

SANTOS, B.S. CHAÚÍ, M. Direitos Humanos, **democracia e desenvolvimento**.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos – Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. São

Paulo: Saberes Editora, 2019.

São Paulo: Cortez Editor, 2014.

SILVA, B. S. M.; MERCES, M. C.; DE ARAUJO, T. M. Interface entre saúde, ambiente e trabalho na ótica da sustentabilidade. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz, Ano IV, v. 4, n. 2, abr./jun. 2014.

SILVA, Bianka Souza Martins; MERCES, Magno Conceição das; ARAUJO, Tânia Maria de. **Interface entre saúde, ambiente e trabalho na ótica da sustentabilidade**. Rev Epidemiol Control Infect. Ano IV – Vol. 4, Nº 2, 2014.

UFRGS. **Relatório dos Estudos Quanti-qualitativos sobre a População em Situação de Rua de Porto Alegre/RS**. Cadastro e Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre/RS - Contrato 023/2015 – UFRGS/FASC. Porto Alegre, UFRGS, outubro de 2016.

UFRGS-FASC. **Cadastro de crianças e adolescentes em situação de rua de Porto Alegre/RS** – Relatório Final. Porto Alegre: UFRGS-FASC, 2016.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **A Importância do planejamento na gestão do SUS**/Célia Regina Rodrigues Gil; Isaías Cantóia Luiz; Maria Cristina Rodrigues Gil (Org.)- São Luís, 2016.

ANEXOS

ANEXO 1 – Caracterização dos Distritos Sanitários

1) Distrito Sanitário Restinga

A região é composta pelo bairro Restinga e integra a região 08 do Orçamento Participativo. Tem 38,56 km² (8,10% da área do município). O território possui 59.786 habitantes, sendo 52,37% do sexo feminino. Representa 4,24% da população do município, com densidade demográfica de 1.574,92 habitantes por km². No quesito raça/cor, 38% se autodeclararam negros, acima da média de Porto Alegre (20,2%). Mais de 90% das moradias são tipo casa, sendo que em 22,13% moram 5 ou mais pessoas. Em 13,65% das residências o tratamento de esgoto é por fossa séptica.

O 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 infecto-contagiosas, como tuberculose e HIV.

O Distrito possui 07 Unidades de Saúde, sendo 05 Unidades com Saúde da Família, 01 Unidade de Saúde mista e 01 Unidade sem Saúde da Família. Destas, duas não possuem Equipes de Saúde Bucal. A cobertura da Atenção Básica é de 56,9% e 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 um Núcleo de Apoio Matricial. O Centro de Referência em Tuberculose (CRTB) da região foi fechado 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, o qual ainda não está com sua capacidade plena de atuação. Além destes serviços, a região conta com CREAS, Conselho Tutelar e Ação Rua.

A taxa de mortalidade Infantil em 2014 foi de 11,71/1000 nascidos vivos, enquanto a de Porto Alegre foi de 9,71.

A região apresenta grande número de casos de tuberculose (em 2014 foram 53,05 a mais que o estimado), com uma taxa de abandono de tratamento de 37,7% (acima da média de Porto Alegre, de 28%). A taxa de incidência de gestantes com HIV também é considerada alta (3,14 em 2015), acima da média do município (2,16). Assim como a taxa de incidência de sífilis congênita (55,21 em 2015), a maior em Porto Alegre.

2) Distrito Sanitário Extremo Sul

O Extremo Sul é composto pelos bairros Belém Novo, Chapéu do Sol, Lageado, Lami e Ponta Grossa e integra a região 13 do Orçamento Participativo. É um extenso território de 116,01 km² (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 33.798 habitantes, sendo 51,2% feminina. Representa 2,4% da população do município, com densidade demográfica de 300,60 habitantes por km². Dos 10.772 domicílios, 93,4% são tipo casa, 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 4,79% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 2,92 salários-mínimos, sendo que 49,6% das famílias recebem menos que um salário-mínimo.

O número de usuários de álcool e drogas na região é crescente, sendo esta

uma das principais causas de abandono de tratamento de doenças infecto-contagiosas, como tuberculose e HIV.

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. Em 2014, a taxa de abandono de tratamento da tuberculose foi de 55,6%, bem superior à de Porto Alegre (28%). Esta distância também influencia na permanência dos profissionais de saúde, que comumente solicitam remanejamento, o que interfere na criação de vínculos com a comunidade.

O território possui 05 Unidades de Saúde, sendo 04 Unidades com Saúde da Família (SF) e 01 Unidade de Saúde mista. Não há Serviços de Atenção Especializada. A cobertura da Atenção Básica é de 112,4% e 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.

A taxa de mortalidade Infantil em 2014 foi de 9,67/1000 nascidos vivos.

No Distrito, as doenças mais prevalentes são a tuberculose (18 casos em 2014) e DSTs, com uma incidência de AIDS de 41,04/100.000 hab. E de sífilis congênita de 17,13/1000 nascidos vivos (2015).

3) Distrito Sanitário Sul

O Distrito Sul é composto pelos bairros Espírito Santo, Guarujá, Hípica, Ipanema, Jardim Isabel, Pedra redonda, Serraria, Tristeza, Vila Assunção e Vila Conceição apresentam uma população de 84.056 habitantes, sendo que 44.553 são mulheres (53,0%) e 39.503 são homens (46,9%) e 12.408 são idosos (14,8%). Das mulheres residentes no território, 59% encontram-se em idade fértil, o que corresponde a um total de 28.251 mulheres. Crianças de 0 a 9 anos correspondem a 11,4% da população num total de 9.620 crianças. A densidade demográfica é de 2.802,29 habitantes por km², semelhante a densidade do município que é 2.837,52 habitantes por km².

No que se refere ao número de domicílios, esses totalizam 28.532 nos quais em 11,9% residem mais de 5 pessoas. O território possui uma cobertura de 99,5% de abastecimento de água e 81,89% de esgoto tratado e 99,88% de coleta de lixo. No quesito raça/ cor/ etnia, 85,9% da população é auto declarada branca e 13,3% 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 escolaridade de média 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.

No distrito há alguns residenciais para abrigo de crianças e adolescentes, sendo que uma parcela significativa destes usuários necessita de atendimento das unidades e do EESCA.

Esta região também tem vários residenciais geriátricos, 26 no total, dados de 2012 que demandam assistência das unidades de saúde do território.

O distrito tem um território ocupado por comunidade indígena que é atendida por Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena que é itinerante. A Unidade de Saúde de referência no distrito é a US Tristeza.

Em relação ao Conselho Local de Saúde, das 07 Unidades de Saúde do distrito, 03 tem Conselho Local de Saúde e as outras 04 não tem o Conselho Local ativo.

Dentre as principais causas de óbito neste distrito a mais prevalente é de doenças do aparelho circulatório, (26,47%) neoplasias, (24,66%) e doenças do sistema nervoso (10,98%). Em relação a faixa etária, 85,11% dos óbitos ocorrem acima de 50 anos, sendo que destes 67,67% são acima dos 65 anos (dados de 2015).

Com relação às mulheres em geral a prevalência continua sendo neoplasia de Mama doenças do aparelho circulatório (198 casos), porém nas mulheres em idade fértil a Neoplasia é prevalente (42 casos) e Neoplasia de Órgãos Genitais está em 2º lugar (28 casos).

O Coeficiente de Mortalidade Infantil do distrito sul em 2014 foi de 6,3, significativamente inferior a taxa do município que foi de 9,19 por mil nascidos vivos. Importante salientar que foi um ano atípico. Como causas prevalentes dos óbitos a região mostra como principal causa as Afecções Congênitas ao contrário das demais regiões da cidade cuja causa principal são as Afecções Peri Natais.

O Distrito Sul apresenta-se entre as regiões da cidade como a que apresenta menor número de casos por morte violenta, entretanto, em alguns locais específicos tem se destacado por apresentar situações de violência com repercussão nas equipes de saúde que ali atuam.

Quanto à taxa de transmissão vertical de HIV, o distrito apresentou taxa de 0% em 2014, número inferior ao do município de Porto Alegre. No ano de 2015, a taxa de incidência de sífilis congênita foi 25,53 por mil nascidos vivos, taxa inferior ao do município que é de 29,8 por mil nascidos vivos. Apresentou um crescimento significativo nos últimos anos (13,2%) e se mostra alto comparado aos dados do município.

Em relação à tuberculose, o Distrito Sul apresentou 52 casos novos no ano de 2015, apresentando uma taxa de cura de 65% e uma taxa de abandono de 19%. O que aponta dados melhores em relação ao município que apresenta uma taxa de cura de 52% e de 28% de abandono.

No ano de 2016 ocorreram 10 casos de dengue autóctone neste distrito o que equivale a 3,3% do número de casos do município que foi de 301 casos. Os bairros onde ocorreram os casos foram: Aberta dos Morros (7), Espírito Santo (1), Serraria (1) e Tristeza (1).

O distrito conta com 7 Unidades Básicas de Saúde em seu território que são: Tristeza, Ipanema, Guarujá, Morro dos Sargentos, Vila Nova Ipanema, Beco do Adelar e Moradas da Hípica o que corresponde a uma cobertura de 55,9% de atenção básica, sendo destas 32,8% com cobertura de ESF e 17,1% com cobertura de ACS, o que dificulta o acesso da população a rede de atenção. A região tem uma equipe de NASF composta por nutricionista, fisioterapeuta, psiquiatra, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga e psicóloga, que realiza apoio

matricial em 07 unidades de saúde dos distritos sul e centro sul.

Em relação à saúde bucal, esta apresenta uma cobertura de 39%. As consultas especializadas apresentam uma alta taxa de absenteísmo, possivelmente explicada por este atendimento ser realizado fora do território, nos CEOs Santa Marta e Vila dos Comerciários.

A referência, para o atendimento à população do Distrito Sul, no que diz respeito: Equipe de Saúde Mental Adulto (ESMA), Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA), CAPS AD e Farmácia Distrital é realizado no Distrito Centro Sul, cujo acesso é dificultado por estar em região pouco atendida por transporte público e geograficamente distante. Salienta-se ainda que o Centro de Especialidades Camaquã conta com apenas um profissional nutricionista.

Quanto a serviços diagnósticos, a região conta somente com radiologia odontológica, sendo as demais demandas referenciadas a outras regiões, o que dificulta a resolutividade dos serviços. Particularmente, os serviços de Saúde Mental apresentam grande demanda reprimida, tanto adulta como infantil.

Nesta região estão localizados 11 abrigos e casas lares para crianças e adolescentes, conveniados à FASC, e um NAR no bairro Ipanema que abrigam menores oriundos de várias regiões da cidade, totalizando 254 crianças/adolescentes, todos em situação de extrema vulnerabilidade psicossocial. Estes usuários recebem atendimento nas unidades de saúde da região e demandam também atenção no EESCA SCS, especialmente na área de saúde mental muitas vezes determinados por ação judicial, com uma demanda reprimida de 193 crianças. Considera-se, portanto, de extrema importância a ampliação da oferta de atendimentos de saúde mental neste distrito, principalmente infantil para facilitar o acesso desta população.

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 (CSV), Serviço de Oxigenioterapia (CSV). Como referência obstétrica o distrito tem os hospitais: Fêmea 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 atendimento especializado são atendidos pelo Programa Melhor em Casa composto por 02 equipes que atendem vários distritos da região.

4) Distrito Sanitário Centro-Sul

O Distrito Centro-Sul é composto pelos bairros Camaquã, Campo Novo, Cavalhada, Nonoai, Teresópolis e Vila Nova. Apresenta 107.625 habitantes, sendo que 57.655 (53,6%) são mulheres, 49.970 (46,4%) são homens e 15.195 (14,11%) são idosos acima de 60 anos. Das mulheres residentes no território, 34.387 (59,6%), encontram-se em idade fértil, semelhante ao percentual do município, de 58,7%. As Crianças de 0 a 9 anos são 12.436 (11,56%). A densidade demográfica é de 3.847,64 habitantes por Km², superior à registrada no município, que apresenta 2.986,86 habitantes por Km². 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 59%, com um percentual de 7,94% de domicílios em área precária.

No quesito raça/cor/etnia, a região apresenta 78% de pessoas auto declaradas brancas, 20% 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 têm renda de até 1 salário-mínimo. O IDHM do território é de 0,797, inferior ao do município, o qual apresentou IDHM de 0,805 no ano de 2010.

Nesta região também se encontram diversos lares geriátricos, pelos dados de 2012, são 17 instituições, entre eles a SPAAN que demandam atendimento das unidades desta região.

Em relação ao Conselho Local de Saúde, das 11 Unidades de Saúde do distrito, 08 tem Conselho Local de Saúde e as outras 03 não tem o Conselho Local ativo.

Dentre as principais causas de óbito neste distrito, aparecem as doenças do Aparelho Circulatório (28.03%), Neoplasias (24.49%) e doenças do Aparelho Respiratório (7.83%). Em relação à faixa etária, 85.48% dos óbitos ocorrem acima dos 50 anos, sendo que 63.76%, acima dos 65 anos (dados de 2015), o que demonstra uma tendência à maior longevidade desta população.

Com relação às mulheres em geral, a prevalência continua sendo de doenças do aparelho circulatório (263 casos), porém nas mulheres em idade fértil a Neoplasia de Mama é prevalente (50 casos) e Neoplasia de Órgãos Genitais está em 2º lugar (31 casos).

As Mortes por causas externas não são prevalentes no Distrito Centro Sul, porém existem regiões com violência localizada, como Morro dos Sargentos, Beco do Adelar, Monte Cristo e Cohab Cavalhada, o que também demanda atenção das Equipes para estas questões.

O coeficiente de mortalidade infantil do distrito centro sul em 2014 foi de 11,39 por mil nascidos vivos, superior à taxa do município que foi de 9,71 por mil nascidos vivos. Importante salientar que foi um ano atípico. No ano de 2014 o coeficiente foi de 11,39 por mil nascidos vivos. Como principal causa de óbito infantil na região estão as afecções congênitas, ao contrário das demais regiões da cidade cuja causa principal são as afecções perinatais.

Quanto à taxa de transmissão vertical de HIV, o distrito apresentou taxa de 0% em 2014, número inferior ao do município de Porto Alegre, que ficou em 3%. No ano de 2015, o índice de transmissão de sífilis congênita foi 26,34 por 1000 nascidos vivos, o que, apesar de inferior ao do município (29.8), apresentou crescimento significativo nos últimos anos (10.9%) e se mostra alto quando comparado ao aumento médio da cidade.

Em relação à tuberculose, o distrito Centro Sul apresentou 55 casos novos no ano de 2015, com uma taxa de cura de 55%, superior à de Porto Alegre que é

de 52%. A taxa de abandono foi de 26%, também inferior à do município. (28%).

Neste distrito no ano de 2016 ocorreram 83 casos de dengue autóctone, o que equivale a 27,5% do número de casos do município que foi 301 casos. O maior número de casos ocorreu nos bairros Vila Nova (75 casos) e Camaquã (5 casos).

O distrito Centro Sul conta com 11 unidades de atenção básica em seu território: Alto Erechim, Nonoai, São Vicente Mártir, Camaquã, Jardim das Palmeiras, Calábria, Campos do Cristal, Campo Novo, Monte Cristo, Cohab Cavahada e Cidade de Deus, o que corresponde a uma cobertura de 63,4% de atenção primária, percentual bem inferior ao do município que é de 71,2%. O Distrito possui 24 equipes de Saúde da Família, o que corresponde a uma cobertura populacional de ESF de 51,3%, inferior à do município, que está em 55,8%. É uma das mais baixas coberturas da cidade (cobertura de ACS de 32,6%), o que dificulta o acesso da população à rede de atenção. A região tem uma equipe de NASF composta por nutricionista, fisioterapeuta, psiquiatra, psicóloga, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga, que realiza apoio matricial em 7 unidades de saúde dos distritos Sul e Centro Sul. Em relação à saúde bucal, apresenta uma cobertura de 31,3%, à apresentada pelo município de Porto Alegre que é de 37%, apresentando uma alta taxa de absenteísmo nas consultas especializadas, possivelmente explicada por este atendimento ser realizado fora do território, nos CEOs Santa Marta e Vila dos Comerciantes.

A região conta ainda com serviços especializados localizados no Centro de Saúde Camaquã, que atendem aos distritos centro sul e sul: Equipe de Saúde Mental Adulto (EESMA), Centro de Especialidades Camaquã, no momento contando somente com uma nutricionista, Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA), CAPS AD e Farmácia Distrital. Quanto a serviços diagnósticos, a região conta somente com radiologia odontológica, sendo as demais demandas 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. Nesta região estão localizados 11

abrigos e casas lares para crianças e adolescentes, conveniados à FASC, que abrigam menores oriundos de várias regiões da cidade, totalizando 174 pessoas e um NAR no bairro Ipanema com cerca de 80 abrigados, todos em situação de extrema vulnerabilidade psicossocial. Estes usuários recebem atendimento nas unidades de saúde da região e demandam também atenção no EESCA SCS, especialmente na área de saúde mental, muitas vezes determinados por ação judicial, com uma demanda reprimida de 193 crianças. Considera-se, portanto, de extrema importância a ampliação da oferta de atendimentos de saúde mental neste distrito, principalmente infantil, para facilitar o acesso desta população.

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 Oxigenioterapia (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 atendimento especializado são atendidos pelo Programa Melhor em Casa composto por 02 equipes que atendem vários distritos da região.

5) Distrito Sanitário Glória

O Distrito Glória é composto pelos bairros Belém Velho, Cascata e Glória, e apresenta em torno de 57.436 habitantes, sendo 27.241 (47,4%) homens, e 30.195 (52,5%) mulheres. O número de idosos do distrito é de 6.698 (11,6%), enquanto o número de crianças de 0 a 9 anos é de 8.139 (14,1%). Sua densidade demográfica é de 2.324,68 habitantes por km², inferior à registrada no município, que apresenta 2.837,52 habitantes por km², e pode ser explicada pelas diversas áreas rurais existentes no bairro Belém Velho. A vasta oferta de terra, nesse caso, acaba sendo foco de invasões populares, como no entorno da Travessa Mariante, que cresceu consideravelmente nos últimos anos, criando a necessidade de mais

uma unidade básica de saúde no local. O território possui 98,4% de abastecimento de água nos domicílios, e 68,6% de esgoto rede geral, havendo portanto a necessidade de se ampliar a cobertura de esgoto com o intuito de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e diminuir os fatores de risco para a ocorrência de doenças infecto-contagiosas.

No quesito raça/cor, a região apresenta 73% de pessoas autodeclaradas brancas, e 26% negros, o que representa uma porcentagem de negros superior ao encontrado no município de Porto Alegre, o qual apresenta 20,2% da população composta por negros. Destaca-se, no Distrito Glória, a existência de uma comunidade quilombola nos Altos do Morro Alpes, onde vivem 62 famílias. Com a crescente visibilidade desse espaço, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul vem investindo em Projetos de Pesquisa na região, sugerindo-se para os próximos anos Projetos de Intervenção que dêem mais potência a esse espaço. O elevado número de população negra no distrito demonstra a necessidade de oferta de cuidado para este grupo, de monitoramento das doenças e agravos, assim como a capacitação dos profissionais para este atendimento.

A taxa de analfabetismo é de 3,29% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 2,80 salários-mínimos, sendo que 43,5% das famílias têm renda de até 1 salário-mínimo. O IDH do território é de 0,733, inferior ao do município, o qual apresentou IDH de 0,805 no ano de 2010.

O distrito conta com 10 unidades de atenção básica em seu território (US Alto Embratel, US Aparício Borges, US Belém Velho, US Estrada dos Alpes, US Glória, US Graciliano Ramos, US Jardim Cascata, US Nossa Senhora de Belém, US Primeiro de Maio, e US Rincão), o que corresponde a uma cobertura de 104,5% de Atenção Básica, e 96,1% em Saúde da Família. Em relação à saúde bucal, apresenta uma cobertura de 36%, cobertura esta semelhante à apresentada pelo município de Porto Alegre (36,8%). A região conta ainda com a Equipe de Saúde Mental e Matriciamento Adulto da Gerência Distrital Glória/ Cruzeiro/ Cristal. No distrito Glória, também está presente uma unidade de saúde prisional, dentro da Penitenciária Feminina Madre Pellitier.

No ano de 2015, o distrito apresentou 58 mortes por causas externas, o que representa 12,8% do total de óbitos ocorridos no ano. Destes, 38 foram causadas por homicídios, sendo 100% do sexo masculino, 81,5% brancos e 18,4% negros. A metade destes óbitos ocorreram entre os 15 e 29 anos. A causa de morte mais prevalente é por disparo de arma de fogo (22 mortes), ficando acima dos óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio (18 mortes).

Das mulheres residentes no território, 62,4% encontram-se em idade fértil, o que corresponde a um total de 18.845 mulheres. Quanto à taxa de transmissão vertical de HIV, o distrito apresentou taxa de 0% em 2014, número inferior ao do município de Porto Alegre, que ficou em 3%. No ano de 2015, taxa de incidência de sífilis congênita do distrito ficou em 28,3 casos a cada mil nascidos vivos, levemente abaixo dos números municipais, os quais registraram 29,8 casos a cada mil nascidos vivos. Quanto a taxa de mortalidade infantil, o distrito apresentou uma taxa de 10,22 óbitos a cada mil nascidos vivos em 2014, superior a do município, a qual ficou em 9,71. Estes últimos dados nos sinalizam a necessidade de qualificação do Pré-natal (PN), já que somente 72,2% das gestantes receberam acompanhamento adequado.

Em relação à Tuberculose, o distrito Glória apresentou 49 casos no ano de 2015, apresentando uma taxa de cura de 51%, e uma taxa de abandono de 40,8%, números que apontam a elevada taxa de abandono da região e a desigualdade em relação aos dados do município de Porto Alegre, o qual apresentou 52% de taxa de cura, e 28% de taxa de abandono.

6) Distrito Sanitário Cruzeiro

O Distrito Cruzeiro é formado por um conglomerado de vilas populares, alberga os bairros Medianeira e Santa Tereza, e compõe a chamada “Grande Cruzeiro”. Atualmente, encontra-se com o seu território em constante mudança em função de obras de melhoria da mobilidade urbana, o que gerou a necessidade de realocação de famílias e provoca inúmeros transtornos na região em função da demora das obras, como a ocorrência de alagamentos e esgotos a céu aberto. A região é conhecida pela sua grande capacidade de articulação e participação

popular, a qual se faz presente na luta em busca dos direitos humanos, e atualmente tem estado envolvida em ações de promoção à Cultura da Paz.

Na região, residem 61.450 habitantes, sendo 28.773 (46%) homens, e 32.677 (53,2%) mulheres. O número de idosos do distrito é de 8.435 (13,7%), similar ao número de crianças de 0 a 9 anos (8.445). Sua densidade demográfica é de 9.590,62 habitantes por km², aproximadamente quatro vezes superior à registrada no município (2.837,52). O território possui cobertura de 99,7% de abastecimento de água e 94% de esgoto tratado.

No que se refere ao número de domicílios, esses totalizam 20.714, nos quais em 17% residem mais de 5 pessoas. No quesito raça/cor, 69,5% da população é autodeclarada branca e 30,8% negros, dados que expressam uma significativa diferença em relação ao município de Porto Alegre, o qual apresenta 20,2% da população composta por negros, e demonstra a necessidade de oferta de cuidado para este grupo, de monitoramento das doenças e agravos, assim como a capacitação dos profissionais para este atendimento.

A taxa de analfabetismo é de 4,13%, enquanto na população negra chega a 6,3%. 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 da maioria das famílias, já que 40,7% das famílias recebe menos que um salário mínimo. O IDH do território é de 0,779, abaixo do município de Porto Alegre, o qual apresentou IDH de 0,805 no ano de 2010.

O distrito conta com 10 unidades de saúde em seu território (US Cruzeiro do Sul, US Mato Grosso, US Nossa Senhora Medianeira, US Orfanotrófio, US Osmar Freitas, US Santa Anita, US Santa Tereza, US Tronco, US Vila dos Comerciantes e US Vila Gaúcha), o que corresponde a uma cobertura de 96% de Atenção Básica e 73% de Saúde da Família. Em relação à saúde bucal, somente duas das dez unidades possuem profissionais de saúde bucal, totalizando uma cobertura de 22,5%, configurando-se como a região de menor cobertura em saúde bucal do município, o qual apresenta uma cobertura de 36,8%. Os dados sinalizam a existência de uma grande demanda reprimida e a necessidade de

ampliação da cobertura de saúde bucal nesse território.

Quanto aos demais dispositivos de saúde, o território alberga ainda o Centro de Especialidades Vila dos Comerciários, o Ambulatório de Especialidades, o Laboratório Central, a Farmácia Distrital Vila dos Comerciários, o Serviço de Estomatoterapia, o NASF, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), a Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA), o Centro de Referência em Tuberculose (CRTB), o Centro de Reabilitação (CR), o Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS (SAE), e o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, todos localizados no Centro de Saúde Vila dos Comerciários.

No ano de 2015, o distrito apresentou 85 mortes por causas externas, o que representa 12,8% do total de óbitos ocorridos no ano, correspondendo a principal causa de morte neste distrito e, destes, 58 são decorrentes de homicídios, o que pode nos sinalizar uma elevada exposição a fatores de riscos, vulnerabilidade local e tráfico de drogas. Destaca-se que entre os 58 homicídios, 67,2% são brancos e 32,7% negros, sendo a faixa etária mais acometida a de 15 a 29 anos (70,6%), e a sua grande maioria composta por homens (91,3%). A partir disso, é clara a necessidade de políticas públicas e ações intersetoriais, como as Olimpíadas da Grande Cruzeiro, movimento realizado em parceria com a secretaria da saúde, universidade, e associações locais e que tem entre outros objetivos promover a Cultura de Paz e resgatar as opções de cultura e lazer na região.

Das mulheres residentes no território, 57,8% encontram-se em idade fértil, o que corresponde a um total de 19.182 mulheres. Quanto ao índice de transmissão vertical de HIV, a região apresentou 3,3% em 2014, índice superior ao do município de Porto Alegre, e que nos sugere a necessidade de qualificação do Pré-natal, já que somente 72,3% das gestantes receberam atendimento conforme preconizado. A taxa de incidência de sífilis congênita do distrito no ano de 2015 ficou em 25,16, enquanto a taxa de mortalidade infantil foi de 13,07 óbitos a cada mil nascidos vivos em 2014.

Em relação à Tuberculose, o Distrito Cruzeiro apresentou 76 casos no ano

de 2015, obtendo 42% de cura e 28,9% de abandono, sendo a taxa de cura inferior ao do município.

7) Distrito Sanitário Cristal

O Distrito Cristal é composto pelo bairro Cristal, e apresenta em torno de 30.282 habitantes, sendo 14.055 (46,4%) homens e 16.227 (53,6%) mulheres. O número de idosos do distrito é de 4.127 (13,6%), similar ao número de crianças de 0 a 9 anos (3.913), o que corresponde a uma proporção de 12,9%. Sua densidade demográfica é de 7.056,38 habitantes por km², superior à registrada no município, que apresenta 2.837,52 habitantes por km², que pode ser explicada pelos inúmeros prédios e condomínios crescentemente incorporados à região. O território possui cobertura de 99,1% de abastecimento de água e 85,4% de esgoto rede geral.

No quesito raça/cor, a região apresenta 74% de pessoas autodeclaradas brancas e 24% de negros. A taxa de analfabetismo é de 2,28% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 5,26 salários-mínimos, sendo que 34,9% das famílias tem renda de até 1 salário-mínimo. O IDH do território é de 0,809, superior ao do município de Porto Alegre, o qual apresentou IDH de 0,805 no ano de 2010.

O distrito conta com 5 unidades de saúde em seu território (US Divisa, US Cristal, US Nossa Senhora das Graças, US São Gabriel, e US Vila Cruzeiro), o que corresponde a uma cobertura de 74,3% de Atenção Básica e 57% em Saúde da Família. Em relação à saúde bucal, apresenta uma cobertura de 34,2%. Situa-se ainda na região Cristal, o Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), o Centro de Atendimento Psicossocial Adulto (CAPS II) e o Residencial Terapêutico Nova Vida (SRT). A região também conta com seis equipes de saúde sócio-educativas, pertencentes à FASE (Fundação de Atendimento Sócio-Educativo).

No ano de 2015, o distrito apresentou 7 mortes por causas externas, o que representa 12,7% do total de óbitos ocorridos no ano. Dos 4 homicídios ocorridos na região, 75% foram do sexo masculino, 50% encontravam-se na faixa etária de

15 a 29 anos, e 100% eram brancos. A outra causa de morte que chama a atenção neste distrito é a Doença de Alzheimer, com 5 óbitos no ano de 2015.

Das mulheres residentes no território, 59,8% encontram-se em idade fértil, o que corresponde a um total de 9.704 mulheres. Quanto à taxa de transmissão vertical de HIV, a região apresentou 0% em 2014. A taxa de incidência de sífilis congênita do distrito ficou em 90,14 no ano de 2015, números preocupantes e que apontam uma enorme diferença em relação aos encontrados no município de Porto Alegre, o qual registrou no mesmo ano 29,8 casos a cada mil nascidos vivos e nos apontam a necessidade de qualificação do Pré-natal (PN), no qual somente 73,7% das gestantes apresentaram um acompanhamento adequado. Apesar destes dados, a taxa de mortalidade infantil no distrito ano de 2015 foi zero.

Em relação à Tuberculose, o Distrito Cristal apresentou 28 casos no ano de 2015, obtendo 46,4% de taxa de cura, e 46,4% de taxa de abandono, enquanto o município de Porto Alegre apresentou 52% de taxa de cura, e 28% de taxa de abandono. Estes resultados nos sugerem a necessidade de ampliação da até então baixa cobertura de saúde da família no distrito com o intuito de aproximar a comunidade do serviço de saúde, antecipar o diagnóstico, e qualificar a busca ativa.

8) 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 Antonio, São José e Vila João Pessoa. A população do distrito é de 113.307 habitantes (IBGE, 2010), sendo 53% do sexo feminino e 47% do sexo masculino. No quesito raça/cor a distribuição é a seguinte; 71% são brancos e 28% são negros.

Com área de aproximadamente de 14,57Km² que é equivalente a 3,06 % da área do município de Porto Alegre, a região do Partenon abriga cerca de 10% da população da capital, tendo uma densidade demográfica de 8.162,18 hab/km², caracterizando os aglomerados, típicos das grandes cidades e a presença de ocupações em áreas consideradas de risco ambiental.

A renda média de responsáveis por domicílio 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 com a realidade sócio-econômica da maioria da população.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é de 0,764 e a taxa de analfabetismo de 2,9%. No ano de 2015, a taxa de mortalidade geral foi de 7,51 e as principais causas de óbito foram as neoplasias, seguidas das doenças dos aparelhos circulatório e respiratório, respectivamente. A taxa mortalidade infantil, no ano de 2014, foi a maior dos últimos 10 anos, sendo de 10,56. O Distrito Partenon também abriga altos índices associados às doenças infectocontagiosas, como HIV, Sífilis e Tuberculose. A incidência de sífilis congênita, por exemplo, foi de 52,7, sendo a terceira maior da cidade. Esse dado em conjunto com a taxa de mortalidade infantil, nos sugere a necessidade de uma atenção ao cuidado materno-infantil.

A região do Partenon possui um histórico expressivo no que diz respeito às 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 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, Instituto Psiquiátrico Forense, Presídio Central, Escola de Saúde Pública e Pontifícia Universidade Católica do RS (PUC RS).

Os demais serviços de saúde do distrito Partenon são: 08 Unidades de Saúde com Equipe(s) de Saúde da Família; 04 Unidades de Saúde sem Equipe Saúde da Família; 01 Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD III); 01 Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente (EESCA) e 01 Equipe de Saúde Mental Adulto. Assim, a cobertura de atenção primária com saúde da família na região é de 74,5% e a cobertura por cuidado em saúde bucal de 36,5%.

Cabe ainda destacar a presença de uma equipe de saúde prisional lotada no Presídio Central, que é responsável pelos cuidados em saúde da população carcerária de um dos maiores presídios do país, além dos estabelecimentos prisionais Albergue Feminino, Casa do Albergado Padre Pio Buck e Instituto Miguel Dario, que abrigam população carcerária do regime semiaberto e demandam por ações dos serviços de saúde da região. Além destes, destacamos também a presença de três Serviços Residenciais Terapêuticos pertencentes ao Hospital Psiquiátrico São Pedro que tem como referência a rede de saúde da região.

9) 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 58.182 habitantes (IBGE, 2010), sendo 51,35% do sexo feminino e 48,65% do sexo masculino. No quesito raça/ cor a população apresenta a seguinte distribuição: 66% de brancos, 32% de negros e tendo como destaque que 0,34% da população constitui-se de indígenas, das etnias Kaingang e Charrua.

Com uma área geográfica de aproximadamente de 50,65 Km², que 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/km². Nos últimos anos, tem-se observado uma constante expansão populacional na região, que se caracteriza 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, contrapostos às moradias de classe média alta. Além da presença de algumas moradias com características rurais.

No que se refere à renda média dos responsáveis por domicílio, esta 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 rede de serviços de saúde no distrito Lomba do Pinheiro é composta por

08 Unidades de Saúde com Equipe de Saúde da Família e 01 Unidade de Saúde sem Equipe Saúde da Família, 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família e 01 Equipe de Saúde Indígena Itinerante que atende a população indígena aldeia do município de Porto Alegre, além de 1 Unidade de Pronto Atendimento. Dessa forma, 83% da população está assistida por Equipes de Saúde da Família e 62,3% tem cobertura em saúde bucal, o que é bastante superior a cobertura populacional do município. Um dos importantes dispositivos de promoção de saúde do território Lomba do Pinheiro é a horta comunitária de administração e uso de toda a comunidade.

A taxa de mortalidade geral no distrito Lomba do Pinheiro, no ano de 2015, foi de 6,88, sendo inferior a do município, no entanto, a mortalidade infantil (2014) de 10,62 é superior a encontrada no município. As principais causas de morte na região são respectivamente, 245^o do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas. Em relação às morbidades mais frequentes, destacam-se as doenças infectocontagiosas como HIV, Sífilis e Tuberculose.

Por fim, faz-se importante destacar que o Distrito Lomba do Pinheiro encontra-se em uma região afastada do Centro da Cidade, o que dificulta o acesso dos usuários aos serviços de saúde especializados, complementares e de apoio diagnóstico.

10) Distrito Sanitário Leste

O distrito Leste é composto por 08 bairros: Bom Jesus, Chácara das Pedras, Jardim Carvalho, Jardim do Salso, Jardim Sabará, Morro Santana, Três Figueiras e Vila Jardim. A Região tem 111.569 habitantes, representando 7,9% da população do município, com área de 15,41 Km², representa 3,24% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 7.417,85 habitantes por Km². A população feminina é de 53,16% e a masculina é de 46,83%. 72% são brancos e 26% são negros. 13,9% da população são idosos e 18,42% são crianças, resultando numa relação de jovens/idosos de 1,3, semelhante à relação de Porto Alegre, que é de 1,27. A expectativa de vida ao nascer é de 77,42 anos, semelhante à do município, que é de 76,42 anos. A taxa de analfabetismo é de

2,62% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 4,77 salários mínimos. 2,76% dos domicílios são indigentes (renda até ¼ salários mínimos). 28,84% da população não possui rendimento, enquanto que 4,85% da população tem renda acima de 10 salários mínimos. O índice de carência do distrito é de 57,35%. FONTE: Observapoa

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 carentes, como Bom Jesus 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, insegurança. 19,66% dos domicílios estão em áreas precárias, 0,91% não têm acesso à rede de água, 5,03% tem esgoto inadequado e 6,47% têm esgoto a céu aberto. 1,82% dos domicílios ainda não tem acesso à energia elétrica. 7,87% dos domicílios têm acúmulo de lixo no logradouro.

A cobertura de saúde da família no distrito é de 55,7% e da atenção básica é de 80%, sendo a rede 246ínimo246ênci composta por 01 Centro de Especialidades; 01 Farmácia Distrital; 01 NASF; 01 ESMA; 01 EESCA; 01 Serviço de Tisiologia; 03 US; 04 US conveniadas GHC; 01 US PUC e 07 US com saúde da família, sendo 03 com equipe dupla e as demais com equipe simples. 14 unidades têm equipe de saúde bucal, resultando numa cobertura de 61,1% para a população.

Em 2014 o coeficiente de natalidade foi de 15,61/1.000 habitantes. Nasceram 1.737 crianças, 69,37% brancas e 30,40% negras. 10,31% nasceram com baixo peso e 73,58% dos das mães destas crianças haviam realizado 7 ou mais consultas no pré-natal(a meta do município era de 73%). O coeficiente de mortalidade infantil do distrito foi de 13,82/1.000 nascidos vivos (NV) em 2014, o pior índice da cidade registrado naquele ano. Foram a óbito 25 crianças menores

de 01 ano, 1,44% dos NV. No mesmo anos, 16,81% das gestantes eram adolescentes, sendo que entre as gestantes negras esta proporção sobe para 23,86%.

A incidência de HIV na gestação foi de 1,54/100.000NV em 2015, e a incidência de sífilis congênita foi de 35,69 casos/1.000NV(a meta do município era de no máximo 14,2 casos/1.000NV). Apenas 4,2% dos NV realizaram a primeira consulta até o 7º dia de vida (hoje o preconizado é até o 5º dia), sendo que a meta para o ano era de no mínimo 30%. Não houve mortes maternas no distrito em 2014.

Em 2014 a razão de realização de citopatológico foi de 0,1 exame por mulher de 25 a 64 anos. A meta anual para este indicador era 0,39 exame por mulher na faixa etária prevista. A mortalidade proporcional por câncer de colo do útero entre as mulheres foi de 0,7%. No mesmo ano, a razão de realização de mamografias foi de 0,09 exame por mulher na faixa 247ínimo de 40 a 59 anos, enquanto a meta anual era de 0,16 exame por mulher na faixa etária prevista. A mortalidade proporcional por câncer de mama na população feminina foi de 3,97%. A incidência de AIDS em 2015 foi de 70,03/100.000 habitantes.

Em relação à tuberculose, em 2014 a incidência foi de 104,2 casos/100.000 habitantes, sendo que foram diagnosticados 109% dos casos esperados. Em 2015, o desfecho do tratamento para a tuberculose foi o seguinte: 42,7% dos novos casos tiveram alta por cura (a meta do município era de 75%) e 35,4% por abandono do tratamento (a taxa adequada seria de no máximo 12%). Em 2014 o coeficiente de mortalidade geral foi de 8,17/1.000 habitantes, praticamente igual ao do município, que foi de 8,38/1.000 habitantes. A primeira causa de mortalidade foram as doenças do aparelho cardiocirculatório, seguidas pelas neoplasias e causas externas. Entretanto, chama a atenção que na população negra masculina a causas externas são a primeira causa de mortes. O coeficiente de mortalidade por causas externas em 2014 foi de 0,77/1.000 habitantes, enquanto que no município foi de 0,87/1.000 habitantes.

11) Distrito Sanitário Nordeste

O distrito compreende o bairro Mário Quintana, tem 39.393 habitantes, representando 2,64% da população do município. Destes, 61% são brancos e 38% são negros. A população feminina é de 51,23% e a masculina, 48,76%. O distrito é o que apresenta a menor proporção de população idosa da cidade (6,51%). Por outro lado, é o distrito com a maior proporção de crianças na população: 23,95%. A proporção de jovens/idosos é de 2,96 (no município é 1,27). A área é de 6,78 km² e representa 1,42% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 5.491,74 habitantes por km². O distrito é uma das regiões de maior vulnerabilidade social do município, havendo uma certa uniformidade nos indicadores. A taxa de analfabetismo é de 5,8 % e a taxa de analfabetismo funcional é de 27,76%, estando atrás apenas do distrito Ilhas. Apenas 2,82% da população com mais de 25 anos tem curso superior, o pior índice do município, cuja média fica em 27,76% da população. O rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 1,68 salários mínimos. 37,33% da população não possui rendimento e 11,56% das pessoas têm renda de até ¼ salário mínimo, enquanto que apenas 0,6% tem renda maior do que 10 salários mínimos. A expectativa de vida ao nascer é de 71,67 anos, enquanto que a da cidade é de 76,42 anos (Observapoa).

O distrito Nordeste tem IHD 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, etc. Em 2010, quando foi realizado o último censo do IBGE, apenas uma destas regiões tinha área de ocupação irregular, por isso a maioria dos indicadores não reflete condiz com a situação atual, que piorou bastante. 44,03% dos domicílios estão em áreas precárias, 0,57% não têm acesso à rede de água, 18,67% têm esgoto inadequado e 16,85% têm esgoto a céu aberto. 1,96% dos domicílios não têm acesso à energia elétrica e 12,07% têm acúmulo de lixo no logadouro. O 248º nível de carência é o segundo pior do município (83,82%). A região também vem enfrentando um aumento nos índices de criminalidade nos

últimos anos, com expressivo aumento no número de homicídios, especialmente entre homens jovens de cor negra.

A cobertura de saúde da família no distrito é de 140,1% e da atenção básica é de 135,8%, sendo a rede de serviços composta por 01 US mista com 02 equipes de saúde da família e 07 US com saúde da família. Destas, 01 US conta com equipe tripla, 03 com equipe dupla e 03 com equipe simples. 06 unidades têm equipe de saúde bucal, resultando numa cobertura de 70,1% da população.

Em 2014 o coeficiente de natalidade foi de 17,61/1.000 habitantes (POA: 13,6). Nasceram 691 crianças, 63,97% brancas e 35,75% negras; 10,27% nasceram com baixo peso e 67,44% das mães destas crianças haviam realizado 7 ou mais consultas de pré-natal. A taxa de mortalidade infantil no distrito foi de 10,13/1.000 nascidos vivos (NV). Foram a óbito 07 crianças menores de 01 ano, 1,01% dos NV. No mesmo ano, 23,01% das gestantes eram adolescentes, não havendo grande variação entre brancas e negras. Não houve mortes maternas em 2014. A incidência de HIV em gestantes no ano de 2015 foi de 4,34/100.000NV, o terceiro pior índice da cidade. No mesmo ano, a incidência de sífilis congênita foi de 44,4 casos/1.000NV, o 4º pior índice da cidade.

Em 2014, a razão de realização de citopatológicos foi de 0,17 exame por mulher na faixa etária de 25 a 64 anos, enquanto a razão no município foi de 0,09 exame por mulher nesta faixa etária, e a meta do município para aquele ano era de 0,39. Não houve mortes por câncer de colo do útero no distrito em 2014. A razão de realização de mamografias foi de 0,13 exame por mulher na faixa etária de 40 a 59 anos, enquanto a razão no município foi de 0,09 e a meta para o ano era de 0,16 exame por mulher na faixa prevista. A mortalidade proporcional por câncer de mama no distrito foi de 1,09% no ano de 2014. A incidência de AIDS em 2015 foi a terceira maior da cidade, com 99,3 casos/100.000 habitantes.

Em relação à tuberculose, no ano de 2014 a incidência foi de 121,10/100.000 habitantes, a segunda mais alta do município, sendo que foram diagnosticados 119% dos casos esperados. Em 2015, o desfecho do tratamento para a tuberculose foi o seguinte: 48,6% dos casos novos tiveram alta por cura,

enquanto que 22,9% tiveram alta por abandono do tratamento, o que demonstra a necessidade de desenvolver estratégias mais eficazes de seguimento dos casos diagnosticados. O coeficiente de mortalidade em 2014 foi de 5,45/1.000 habitantes, bem menor do que o do município, que foi de 8,38/1.000 habitantes. A primeira causa de mortalidade foram as doenças do aparelho cardiocirculatório, seguida das causas externas e neoplasias. As causas externas são a primeira causa de mortalidade entre a população masculina negra. No mesmo ano, o coeficiente de mortalidade por causas externas foi de 1,02/1.000 habitantes.

12) Distrito Sanitário Norte

A Região é composta pelo bairro Sarandi que possui 98.571 habitantes, sendo 52,53% do sexo feminino. A área abrange 28,76 km², representando 6,48% da área do município, com densidade demográfica de 3.176,84 habitantes por km². O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal da região é 0,729, o que é considerado alto (Observatório Poa, 2016).

A população de cor branca representa 77% dos habitantes e da cor preta é 21%. 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. 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, 2016).

O território realiza ações de vigilância em saúde em conformidade com o proposto no plano municipal de saúde do município, realizando ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, como as Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais, Dengue, Chikungunya e Zika Vírus, Tuberculose, entre outros.

No ano de 2016 o total de óbitos no território foi de 790, sendo 24,43% por causas do aparelho circulatório e 13,41% por causas externas (Eventos Vitais,

2017). Em 2014, o índice de mortalidade infantil foi igual a 7,98 óbitos de crianças com até 364 dias de vida a cada mil nascidas vivas, registrado no território. O indicador de mortalidade materna, analisado mais recentemente em 2014, igualou-se a 69,74% (Observatório Poa, 2016).

O distrito sanitário possui 14 unidades de saúde, sendo elas: Asa Branca, Jenor Jarros, Nova Gleba, Santo Agostinho, São Borja, Assis Brasil, Nova Brasília, Ramos, Santa Rosa, Sarandi, Vila Elizabeth, Nossa Senhora Aparecida, Santíssima Trindade e Parque dos Maias.

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%. 40,8% retrata o indicador de cobertura populacional relacionada aos agentes comunitários de saúde pertencentes ao distrito no período de dezembro de 2016 (Observatório Poa, 2016).

Das 14 unidades de saúde, 11 possuem equipes de saúde bucal, o que estabelece uma cobertura populacional, atingindo o percentual de 42% no ano de 2016 (PORTO ALEGRE, 2016c).

O distrito conta com 01 núcleo de apoio à saúde da família (NASF) bem como 01 equipe especializada de saúde mental adulto (EESMA) e 01 equipe especializada em saúde da criança e adolescente (EESCA).

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.

13) Distrito Sanitário Eixo Baltazar

A Região é composta pelos bairros Passo das Pedras e Rubem Berta que totalizam 91.968 habitantes, sendo 53,28% do sexo feminino. A área abrange 11,99 km², representando 2,52% da área do município, com densidade demográfica de 8.375,15 habitantes por km². O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é 0,779, o que é considerado alto (Observatório

Poa,2016).

A população de cor branca representa 74% dos habitantes e da cor preta é 25%. 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,2016).

O território realiza ações de vigilância em saúde em conformidade com o proposto no plano municipal de saúde do município, realizando ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, como as Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais, Dengue, Chikungunya e Zika Vírus, Tuberculose, entre outros.

No ano de 2016 o total de óbitos no território foi de 624, sendo 24,03% por causas do aparelho circulatório e 9,61% por causas externas. Em 2014, o índice de mortalidade infantil foi igual a 10,21 óbitos de crianças com até 364 dias de vida a cada mil nascidas vivas, registrado no território. O indicador de mortalidade materna registrados no ano de 2014 não chegou a taxa de 50 mulheres a cada 100 mil nascidos vivos (Observatório Poa,2016).

A cobertura populacional ponderada pela Atenção Básica registrada no distrito atingiu o percentual de 90 % em 2016, ao passo que o índice de cobertura populacional estimada pela ESF no mesmo período fez 75%. O indicador de cobertura populacional relacionada aos agentes comunitários de saúde pertencentes ao distrito no período de dezembro de 2016 foi igual a 45,6% (PORTO ALEGRE, 2016c).

O distrito sanitário possui 12 unidades de saúde, sendo elas: Unidade de Saúde Beco dos Coqueiros, Domênico Feoli, Esperança Cordeiro, Passo das Pedras I, Passo das Pedras II, Planalto, Rubem Berta, Santa Fé, Santa Maria, São

Cristóvão, Costa e Silva e Jardim Leopoldina.

O distrito Eixo Baltazar conta uma cobertura populacional em Saúde Bucal de 49,7%. 66,7% 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 2016 (PORTO ALEGRE, 2016c). 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.

14) Distrito Sanitário Noroeste

A Região é composta pelos bairros: Boa Vista, Cristo Redentor, Higienópolis, 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 Km², o equivalente a 4,35% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 6.310,17 habitantes por Km². 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 mínimo, sendo que 17,09% da população recebe 10 salários mínimo 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). 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 do ano de

2015 (SINASC), a cobertura de pré natal foi adequada em 85% do total de gestações, bem superior na raça branca (87%) em comparação com a raça negra (68%). Dos partos, 67% foram cesáreos, com uma diferença grande entre a raça branca, 70%, comparado à raça negra, 39%. O percentual de gestantes adolescentes (< 20 anos) foi de somente 4,9%, sendo mais frequente na raça negra, 25%, e de 3% na raça branca. Da mesma forma, escolaridade da mãe menor de 8 anos, foi muito superior na raça negra, 31%, em comparação com a raça branca, 4%, representando 5,8% do total das gestantes.

A incidência de sífilis congênita no ano de 2015 foi de 14,82 casos/1.000 nascidos vivos, um aumento de 83,3%, e a incidência de HIV em gestantes foi de 1,12 casos/1.000 nascidos vivos, um aumento de 7,7%. Em 2015, foram notificados 61 casos de Aids em maiores de 13 anos, com uma incidência de 46,88 casos/100 mil hab. No mesmo período, foram notificados 35 casos de tuberculose pulmonar confirmada laboratorialmente, com um coeficiente de incidência de 33,6 casos/100 mil hab. Historicamente a incidência de tuberculose nesta região é bem menor do que a incidência geral do Município, o que obriga a fazer uma reflexão se o cálculo de casos previstos está adequado para o território. O percentual de cura foi de 62,9% dos casos, com um abandono de tratamento de 14,3%. No mesmo período, foram registrados no território 11 casos autóctones de Dengue, sendo instaladas 71 armadilhas para monitoramento da infestação de fêmeas do *Aedes aegypti*. (SINAN/CGVS/PMPA, 2015).

Na avaliação da mortalidade do ano de 2014, o Coeficiente de Mortalidade Infantil (óbito em < 1 ano) no território foi de 6,78 óbitos/1.000 nascidos vivos. Dentre as causas gerais de morte (total de 1.005 óbitos), as mais frequentes foram doenças do aparelho circulatório (29,5%), neoplasias (29,3%), doenças do aparelho respiratório (7,5%) e causas externas (5%). (SIM/CGVS/PMPA,2015).

A Rede de Atenção Básica à Saúde é composta por cinco unidades de saúde da família: US Conceição/GHC, US Jardim Itú/GHC, US Floresta/GHC, US Nazaré e USF IAPI perfazendo uma cobertura de 58,5% no território, e duas unidades de Atenção Básica, US Vila Ipiranga e US IAPI. A cobertura de Atenção

Básica no território é de 73,5%.

Considerando a carga horária médica efetiva, a cobertura de Atenção Básica da US IAPI, é de apenas 21%, e da US Vila Ipiranga é de 40%.

A avaliação da cobertura do Programa Saúde nas Escolas (PSE) no território no ano de 2015 foi de 68,2% (15 de 22 escolas pactuadas).

A Atenção Especializada no território é composta pelo Centro de Especialidades IAPI, onde são oferecidas diversas especialidades médicas, Serviço de Apoio Diagnóstico (ECG, espirometria, RX odontológico, e ecografia), Fisioterapia, Estomaterapia (feridas, estomias e incontinências), Serviço de Assistência Especializada em HIV, AIDS, Hepatites e ISTs, Equipe Especializada de Saúde da Criança e Adolescente, Equipe de Saúde Mental Adulto, Centro de Especialidades Odontológicas, Bloco Cirúrgico Ambulatorial, Centro de Esterilização, Farmácia Distrital IAPI, Ambulatório de Oftalmologia/IAPI (Hospital Banco de Olhos), pelo CAPS AD III IAPI (Hospital Mãe de Deus), Emergência Psiquiátrica IAPI (Hospital Mãe de Deus), Casa de Apoio Viva Maria, três Hospitais do GHC (Nossa Senhora da Conceição, Criança Conceição e 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 CAPSi, 1 CAPS AD III. 1 CAPS II e 1 Centro de Especialidades Odontológicas, os quais servem de referência apenas para as Unidades de Atenção Primária do GHC.

15) Distrito Sanitário Humaitá-Navegantes

A Região é composta pelos bairros: Anchieta, Farrapos, Humaitá, Navegantes e São Geraldo. Possui uma área de 15,11 km², o que equivale a 12,45% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 2.891,40 habitantes por Km². 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 mínimo, porém destes, 70,94% vivem com dois salários mínimo 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). 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 a 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 materno infantis do ano de 2015, a cobertura de pré natal foi adequada em 73% do total de gestações, sem diferença entre as raças branca (74%) e negra (72%). Dos partos, 44,5% foram cesáreos, sendo um pouco mais frequente na raça branca, 46%, comparado à raça negra, 40%. O percentual de gestantes adolescentes (< 20 anos) foi de 16%, sendo maior na raça negra, 20%, e de 14% na raça branca. Da mesma forma, a escolaridade da mãe menor de 8 anos foi maior na raça negra, 31%, do que na raça branca, 15%, representando 19% do total de gestantes. (SINASC/CGVS/PMPA,2015)

No ano de 2015, a incidência de sífilis congênita foi de 29,67 casos/1.000 nascidos vivos e a incidência de HIV em gestantes foi de 2,49 casos/1.000 nascidos vivos. Neste ano, foram notificados 40 casos de Aids em maiores de 13 anos, uma incidência de 89,33 casos/100 mil hab. No mesmo período, foram notificados 36 casos de tuberculose pulmonar confirmada laboratorialmente, 100% do previsto, com um coeficiente de incidência de 80,4 casos/100 mil hab. Chama atenção o baixo percentual de cura, somente 47,2% dos casos, com um abandono de tratamento de 33,3%. No mesmo período, foram registrados no território 12 casos autóctones de Zika vírus (80% dos casos do Município) e 2 casos de Dengue, sendo instaladas 11 armadilhas para monitoramento da infestação de fêmeas do *Aedes aegypti*. (SINAN/CGVS/POA 2015)

Na avaliação da mortalidade do ano de 2014, o Coeficiente de Mortalidade Infantil (óbito < 1 ano) no território foi de 6,14 óbitos/1.000 nascidos vivos. Dentre

as causas gerais de morte (total de 304 óbitos), as mais frequentes foram neoplasias (26,9%), seguida das doenças do aparelho circulatório (22,9%), causas externas (15,1%) e doenças do aparelho respiratório (8,04%). Avaliando a mortalidade por causas externas, destaca-se o elevado número de homicídios (60%), a maior incidência do Município. (SIM/CGVS/PMPA, 2015)

A Rede de Atenção Primária à Saúde é composta por quatro unidades de saúde da família: US Mario Quintana, US Fradique Vizeu, US Farrapos e US Diretor Pestana, com cobertura de 74,5%, e por uma unidade básica, US Navegantes. A cobertura total de Atenção Básica no território é de 119,3%.

Considerando a carga horária médica efetiva, a cobertura de Atenção Básica da US Navegantes é de apenas 39%.

A avaliação da cobertura do Programa Saúde nas Escolas (PSE) no território no ano de 2016 foi de 68,8% (11 de 16 escolas pactuadas).

Na Atenção Especializada, o distrito conta com Centro de Referência em Tuberculose (CRTB) Navegantes, Farmácia Distrital Navegantes, Equipe de Saúde Mental Adulto (incompleta) e Equipe Especializada de Saúde da Criança e Adolescente Navegantes (incompleta).

A região apresenta marcos de poluição ambiental importantes por estar circundada pelas BR's 290 e 448, Arena do Grêmio (que provocou uma intensa migração de pessoas para morar em grandes empreendimentos imobiliários na região), Aeroporto e pelo grande número de indústrias. Em função desta característica, o Programa VIGIAR (CEVS/SES/RS) é desenvolvido em 3 Unidades de Saúde que realizam ações de educação e vigilância ambiental, visando minimizar os efeitos nocivos à saúde da população.

16) 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. O Arquipélago tem uma área de 44,2 km², o equivalente a 9,28% da área do município, com densidade demográfica de 188,46 habitantes por km². 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). 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, um das maiores do Município. A expectativa de vida ao nascer é de 73,3 anos.

Com relação aos indicadores materno infantis do ano de 2015, a cobertura de pré natal foi adequada em 67,7% do total de gestações, muito 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, 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 2015 foi de 30,08 casos/1.000 nascidos vivos e a incidência de HIV em gestantes foi de 7,69 casos/1.000 nascidos vivos. Neste ano, foram notificados 7 casos de Aids em maiores de 13 anos, com uma incidência de 84,03 casos/100 mil hab. No mesmo período, foram notificados 6 casos de tuberculose pulmonar confirmada laboratorialmente, 90% do previsto, com um coeficiente de incidência de 72 casos/100 mil hab. O percentual de cura foi de 66,7% dos casos, com um abandono de tratamento de 33,3%. No mesmo período, 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/CGVS/PMPA, 2015)

A avaliação da cobertura do Programa Saúde nas Escolas (PSE) no território no ano de 2016 foi de 42,9% (3 de 7 escolas pactuadas).

Na avaliação da mortalidade do ano de 2015, o Coeficiente de Mortalidade Infantil (óbito em < 1 ano) no território foi de 27,59 óbitos/1.000 nascidos vivos, um dos maiores do Município, sendo os 3 casos ocorridos da raça branca. Não houve nenhuma ocorrência de morte materna. Dentre as causas gerais de morte (total de 35 óbitos), as mais frequentes foram neoplasias (27%), doenças infecciosas e parasitárias (8%), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (8%), doenças do aparelho circulatório (8%) e causas externas (8%). (SIM/CGVS/PMPA,2015)

A Rede de Atenção Básica à Saúde é composta por duas unidades de saúde da família US Ilha da Pintada e US Ilha dos Marinheiros, que perfazem uma cobertura de 122,9% no território, e de uma Unidade de Atenção Básica US Ilha do Pavão. A cobertura de Atenção Básica do Distrito Ilhas é de 109,3%.

17) Distrito Sanitário Centro

O Distrito Sanitário Centro é composto por 18 bairros e integra a região 16 do Orçamento participativo, Microrregião 8. A área é de aproximadamente 26,0 km² (5,46% da área do município) e a densidade demográfica é de 10.646,12

habitantes por km² (IBGE, 2010). A população é 277.426 habitantes, 19,68% da população do município. A população feminina é de 56,1%, a masculina é de 43,9%, tendo a maior área de concentração de idosos de Porto Alegre, com 21,74% da população residente. A taxa de analfabetismo é baixa, de 0,51% (Censo, 2010).

O IDH da Região Centro é de 0,935, porém apresenta características particulares e distintas por ter áreas de grande vulnerabilidade socioeconômica. Destaca-se a concentração de idosos e de população em situação de rua, contrapondo áreas com elevado nível socioeconômico. Essas características são atribuídas à grande extensão do território, concentração e diversidade populacional.

A Taxa de Mortalidade Infantil, em 2014, foi de 6,16, sendo menor que a Taxa de Porto Alegre (9,71). O Coeficiente de Mortalidade Geral foi 8,30, maior do que o coeficiente de Porto Alegre (8,15). O maior percentual de óbitos foi acima de 65 anos, vindo ao encontro da característica populacional da região. As três maiores causas de morte foram: 1^a Neoplasias, 2^a Doenças do Aparelho Circulatório e 3^a Doenças Respiratórias Crônicas.

Além da população residente e da população de rua, a demanda por serviços de saúde é acrescida daquela proveniente da população flutuante (não residente: trabalhadores, estudantes), que recorrem aos serviços deste território. Há também grande número de usinas de reciclagens, abrigos e albergues que demandam ações intersetoriais. O número de usuários de álcool e drogas na região é crescente, sendo esta uma das principais causas de abandono de tratamento de doenças infecto-contagiosas, como tuberculose e HIV.

Este é o território que possui a menor concentração de serviços de Atenção Básica (cobertura de 21,6%), onde destacam-se duas unidades de saúde com abrangência populacional maior que 100 mil habitantes e uma equipe de Consultório na Rua, atendendo quase o triplo do que é preconizado. A cobertura de Saúde da Família é de 8,7% e de saúde bucal 8,1%. Há muitos serviços especializados e hospitalares situados na região, totalizando 15 serviços

especializados, sendo alguns referência também para outros distritos ou para toda a cidade de Porto Alegre. Neste território há uma equipe do Programa Melhor em Casa que atende a população.

ANEXO 2 – Índice de Vulnerabilidade

FONTE	IBGE/Vitais CGVS ¹	ObservaPOA	SINAN ²	SINAN ³	SINAN	SIM	SIM	SINASC	IBGE	SINASC	Resultados	
Unidade de medida	n.º	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	Casos Novos/100.000 habitantes	Casos/1.000 nascidos vivos	Casos Novos/100.000 habitantes	n.º de mortes/10.000 habitantes	Incidência Gestantes HIV Maternas/100 nascidos vivos	% nascidos vivos com mães < ou = 19 anos	%	n.º mortos < 1 ano/ 1.000	(Soma Notas Padronizadas/ 08 variáveis) *100	Classificação
Distrito	2010	IDHM (2010****)	Incidência de Tuberculose (2014)	Incidência Sífilis Congênita (2015)	Incidência de AIDS/100.000 hab (2015)*	Morte por causas externas/100.000 hab (2015)**	Incidência Gestantes HIV(2015)***	Gestaçã o na adolescência (2015)	Analfabetismo (2010)	Mortalidade Infantil (2014)	Índice de Vulnerabilidade %	NOTA
Nordeste	39.393	0,638	121,10	44,41	99,3	109,75	4,34	20,68	5,8	10,13	94%	4
Restinga	59.786	0,685	111,20	55,21	83,77	132,36	3,14	19,7	4,03	11,71	91%	4
Cruzeiro	61.450	0,779	127,60	25,16	114,81	135,54	3,42	16,3	4,13	13,07	88%	4
Lomba do Pinheiro	58.182	0,683	110,50	41,83	90,05	95,25	2,72	20,93	4,03	10,62	88%	4
Ilhas	8.420	0,659	105,40	30,08	84,03	72,03	7,69	23,44	7,71	8,4	84%	4
Partenon	113.307	0,764	98,70	52,7	123,92	61,53	2,94	16,34	2,9	10,56	78%	4
Cristal	30.282	0,809	75,80	90,91	53,84	23,55	5,26	17	2,28	13,74	75%	3
Glória	57.436	0,733	65,70	28,3	69,94	101,41	2,26	16,92	3,29	10,22	72%	3
Humaitá / Navegantes	46.282	0,765	95,10	29,67	89,99	96,03	2,49	15,52	2,56	6,14	72%	3
Eixo Baltazar	91.968	0,779	80,70	29,94	58,1	85	1,94	12,72	1,92	10,21	66%	3
Leste	111.569	0,777	104,20	35,69	70,03	67,37	1,54	15,08	2,62	13,82	66%	3
Norte	98.571	0,729	79,70	33,86	63,66	93,43	2,46	13,66	3,43	7,98	63%	3
Extremo Sul	33.798	0,714	66,00	17,31	41,04	46,9	1,89	16,09	4,79	9,67	59%	3
Centro Sul	107.625	0,797	60,70	26,34	58,57	55,13	2,10	11,65	2,08	11,39	50%	2
Sul	84.056	0,843	38,80	25,53	36,99	62,04	2,08	9,37	1,99	6,3	47%	2
Noroeste	129.800	0,890	33,60	14,82	46,88	39,20	1,12	4,95	0,86	6,78	44%	2
Centro	277.426	0,935	54,75	15,12	65,27	38,94	1,47	3,91	0,51	6,16	41%	2
Total	1.409.351		0 até 31	0 até 0,5	0 até 20,5	Até - 44,89	0 até 2,6	Até - 9,57	0 até 1,45	0 até 6	% de Vulnerabilidade	Nota
Padronização dos dados			32 até 67,07	0,6 a 15	21 a 36,99	44,90 até 77,38	2,7 até 2,96	9,58 até 14,96	1,45 até 3,23	6,01 a 9,99	De 0,01% a 14,99%	1
			68 até até 80	16 a 35	37 a 73,54	77,38 até 109,87	2,97 até 4	14,97 até 20,35	3,23 até 5,01	10 a 12	De 15% a 50,99	2
			acima de 81	acima de 36	acima de 74	acima de 109,88	acima de 5	acima de 20,36	acima de 5,01	acima de 12,01	De 51% a 75,99%	3
Média Nacional			TB 31 casos/ 100.000 hab	SC<0,5	aids<20,5 por 100.000 hab		HIV<2,7			m<ou=9,9	De 76% em diante	4

¹ Fonte: CGVS - http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=919

² Fonte: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.pdf>

³ Casos de notificados no SINAN e SISCEL/SICLON até 30/06/2016

*Dados sujeitos a alteração

**SIM 2015 - dados preliminares - 18,5% dos óbitos por CE - 223 casos apresentam endereço ignorado (Distrito Sanitário) o que pode causar variações quanto ao índice

*** Dados referentes ao ano de 2014

****IDHM de Porto Alegre 0,805 (quanto mais próximo de 1, melhor a avaliação) - http://portoalegremanalise.procempa.com.br/?analises=2_114_0

ANEXO 3 – Dados populacionais das regiões distritais do município de Porto Alegre

Distrito	População	Raça/cor/etnia		Homem	Mulher	<1 ^a	1-4 ^a	5-9 ^a	10-14 ^a	15-19 ^a	20-59 ^a	60 e mais	Mulheres /idade/fértil
		%Branca	%Negra										10-49 ^a
Centro	277426	92	7	121912	155514	2024	6960	8924	10607	14409	174178	60324	84848
Centro Sul	107625	78	20	49970	57655	1208	4691	6537	7975	7951	64068	15195	34387
Cristal	30282	74	24	14055	16227	349	1478	2086	2468	2326	17448	4127	9704
Cruzeiro	61450	68	30	28773	32677	782	3181	4482	5321	5198	34051	8435	19292
Eixo Baltazar	91968	74	25	42961	49007	1142	4224	5991	7000	7269	54994	11348	29879
Extremo Sul	33798	83	15	16496	17302	451	1785	2475	3185	2956	18870	4076	10675
Glória	57436	73	26	27241	30195	797	3082	4261	5017	4823	32804	6652	18845
Humaitá/ Navegantes	46282	78	21	21710	24572	563	2385	3194	3625	3624	26902	5989	14951
Ilhas	8420	78	20	4312	4108	153	531	825	897	858	4346	810	2588
Leste	111569	72	26	52249	59320	1339	5151	7400	9090	8810	64205	15574	35646
Lomba do Pinheiro	58182	66	32	28311	29871	933	3625	5046	5875	5637	32102	4964	19195
Nordeste	39393	61	38	19211	20182	690	2749	4008	4489	4022	20869	2566	13256
Noroeste	129800	92	7	58472	71328	1079	4059	5463	6572	7538	79186	25903	39032
Norte	98571	77	21	46788	51783	1291	4905	6945	8055	7923	57371	12081	31706
Partenon	113307	71	28	53353	59954	1431	5413	7612	9141	9104	65337	15269	35876
Restinga	59786	60	38	28472	31314	941	3843	5284	6201	5590	32153	5774	19543
Sul	84056	86	13	39503	44553	916	3722	4982	6047	5988	49993	12408	26251
Total População	1409351	-	-	653789	755562	16089	61784	85515	101565	104026	828877	211495	445674

FONTE: Censos demográficos – IBGE/2010.

ANEXO 4 – Mortalidade Proporcional pelos principais Grupos de Causas, por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2015*

Grupos de Causas-Mortalidade	Porto Alegre	Humaitá/ Navegantes	Noroeste	Leste	Lomba do Pinheiro	Norte	Nordeste	Partenon	Restinga	Glória	Cruzeiro	Cristal	Centro Sul	Extremo Sul	Eixo Baltazar	Sul	Centro	Ilhas
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	5,55	5,86	3,75	6,50	7,23	5,71	7,59	6,50	6,92	7,10	6,67	9,68	5,18	4,47	5,23	6,62	3,89	8,33
Neoplasias	24,50	27,36	29,32	24,75	20,70	23,92	19,83	24,10	21,24	20,18	23,33	25,81	24,49	25,09	22,98	24,66	29,37	27,78
Doenças do Sangue, Órgãos Hematopoiéticos e Transtornos Imunitários	0,16	0,33	0,30	0,25	0,25	0,15	0,0	0,22	0,0	0,22	0,0	0,0	0,25	0,0	0,0	0,15	0,04	2,78
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	5,64	3,91	4,24	5,27	6,73	5,71	5,49	6,73	5,25	7,32	6,97	3,23	7,20	7,90	6,66	4,66	4,62	8,33
Transtornos Mentais e Comportamentais	0,71	0,98	0,49	0,98	1,50	0,46	1,27	1,57	1,43	0,89	0,76	0,0	0,38	0,69	0,63	0,45	0,13	2,78
Doenças do sistema Nervoso	6,55	5,54	9,67	5,27	3,24	3,70	5,49	6,28	1,91	4,21	6,36	9,68	6,44	6,53	4,28	10,98	9,37	2,78
Doenças do Aparelho Circulatório	26,09	20,85	29,52	26,23	24,94	26,85	24,05	23,99	23,87	25,28	23,94	20,97	28,03	29,90	26,62	26,47	28,08	8,33
Doenças do Aparelho Respiratório	8,22	8,14	7,50	8,21	9,23	7,72	7,17	8,86	6,44	7,32	7,42	4,84	7,83	8,25	9,19	7,82	9,07	5,56
Doenças do Aparelho Digestivo	3,79	3,26	3,85	3,68	2,49	2,78	1,27	4,15	2,15	4,21	5,30	1,61	5,43	2,75	3,80	3,61	4,23	5,56

Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	0,18	0,65	0,20	0,12	0,0	0,31	0,42	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,25	0,34	0,32	0,30	0,09	0,0
Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	0,51	0,65	0,49	0,86	0,25	0,15	0,42	0,45	0,72	0,67	0,30	0,0	1,01	0,34	0,32	0,45	0,43	2,78	
Doenças do Aparelho Geniturinário	1,71	1,63	1,88	1,84	1,50	1,39	1,69	1,68	1,19	1,77	1,36	1,61	1,39	1,72	1,27	1,50	1,94	2,78	
Gravidez, Parto e Puerperio	0,08	0,0	0,0	0,25	0,50	0,15	0,42	0,0	0,24	0,0	0,15	0,0	0,0	0,0	0,0	0,15	0,0	0,0	
Afecções Originadas no Período Perinatal	2,10	2,28	1,18	2,45	2,49	3,24	4,64	3,48	3,58	3,10	1,21	4,84	1,26	1,37	2,69	1,05	1,25	5,56	
Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	0,82	0,65	0,39	1,59	2,49	0,93	0,42	0,90	2,15	1,11	0,30	0,0	0,51	1,37	0,63	0,75	0,56	5,56	
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	2,92	3,91	2,17	2,45	2,74	1,85	2,11	3,14	4,06	3,77	3,03	6,45	2,90	4,12	2,85	2,56	2,25	2,78	
Causas Externas de Mortalidade	10,47	14,01	5,03	9,31	13,72	14,97	17,72	7,96	18,85	12,86	12,88	11,29	7,45	5,15	12,52	7,82	4,67	8,33	
Total (%)	100,00	100,00	100,00	100,0	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTE: Sistema de Informação sobre Mortalidade/CGVS/Porto Alegre. *Dados preliminares

ANEXO 5 – Número de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica grupo de condições sensíveis e por ano, Porto Alegre

Condições sensíveis	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Doenças preveníveis por imunização e outras DIP	329	349	346	415	682	583	599	739
Gastroenterites infecciosas e complicações	1.315	1.244	1.388	1.240	1.185	1.068	1.253	1.364
Anemia	37	52	81	63	36	32	23	41
Deficiências nutricionais	98	101	90	137	136	112	86	128
Infecções de ouvido, nariz e garganta	286	328	369	349	352	286	259	323
Pneumonias bacterianas	959	1.091	1.082	1.049	1.168	1.055	996	1.071
Asma	743	1.695	1.747	1.548	1.522	1.355	1.500	1.777
Bronquites	1.152	1.289	1.533	1.818	2.046	2.135	2.000	2.054
Hipertensão arterial	224	224	286	209	370	491	481	523
Angina	716	784	741	667	591	627	645	665
Insuficiência cardíaca	2.211	1.974	1.915	1.733	1.650	1.705	1.710	1.612
Diabetes mellitus	985	905	954	978	987	922	921	884
Epilepsias	689	712	705	710	782	795	731	822
Infecção no rim e trato urinário	651	814	883	896	955	1.065	1.184	1.242
Infecção da pele e tecido subcutâneo	223	347	387	521	561	626	720	787
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	468	587	519	494	432	372	271	306
Síndrome da Rubéola Congênita	3	1	0	0	0	0	0	0
Total	11.089	12.497	13.026	12.827	13.455	13.229	13.379	14.338

FONTE: SIH/TABWIN; consulta em 14/12/16.

* Conforme Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 e Nota Técnica 70 DAI/SGEP/MS

ANEXO 6 – Propostas da VII Conferência Municipal de Saúde

Classificação das Propostas da VII Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre	
Classificação	Propostas
1	Ampliar, fortalecer e implementar a Rede de Atenção Psicossocial: CAPSi, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, oficina de trabalho e renda, 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 Portarias vigentes.
2	Consolidar e fortalecer a equipe multidisciplinar de saúde indígena para atendimento a todos os indígenas em Porto Alegre, bem como a qualificação dos espaços nas unidades de saúde indígena.
3	Garantir que as Residências multiprofissionais em saúde sejam reconhecidas como título de pós-graduação voltada para a formação em serviço e, portanto garantir que seja valorizada em concurso público com pontuação superior a pós-graduação <i>latu sensu</i> .
4	Garantir a destinação de 25% dos royalties do Pré-Sal, de forma adicional, para o financiamento do SUS.
5	Implantar o Plano de Carreira, com isonomia salarial nas 3 esferas, no regime estatutário e com dedicação exclusiva, formulado através de amplo debate social.
6	Taxar as grandes fortunas como forma de justiça tributária e uma das formas de financiamento do SUS.
7	Ampliar o horário de atendimento das equipes de Atenção Primária e o número de profissionais das mesmas, com a implantação do terceiro turno em todas as regiões do município para contemplar a população trabalhadora.
8	Garantir a inclusão da temática da saúde da população negra/gênero nos projetos político-pedagógicos, dos cursos de saúde em todos os níveis de ensino, e todas as categorias de trabalhadores, considerando as diretrizes do SUS e das leis de diretrizes básicas, com recursos e prazos definidos.
9	Qualificar os atendimentos em saúde mental na rede de atenção primária, com ampliação do apoio matricial e investimento em serviços como centro de convivência e cultura.
10	Garantir a implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), conforme as normativas do Ministério da Saúde.
11	Aprovação da Carga Horária Máxima de trabalho para residentes de 44 horas semanais pensando na qualificação da formação e saúde do residente de acordo com deliberação do fórum nacional dos residentes em saúde.
12	Cumprir a resolução 09/2013 do Conselho Municipal de Saúde (CMS- que garante que a expansão da rede de atenção primária em saúde seja exclusivamente pública e contrária ao IMESF.
13	Garantir equipe de saúde bucal para todas unidades de saúde.
14	Votação urgente pelo Congresso Nacional pelo PLIP “Saúde mais 10” (Projeto de Lei de Iniciativa Popular 321/2013), que garante 10% da receita tributária bruta da união para saúde.
15	Realizar audiências públicas com participação do controle social para debater incorporação de novos medicamentos no SUS.
16	Ampliar a oferta aos serviços de reabilitação (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e outros).
17	Fortalecimento do Hospital Restinga.

18	Ampliar e criar serviços de urgência odontológica 24 horas e centros de especialidades odontológicas em todas as regiões do município.
19	Rejeitar a Emenda Constitucional 86 de 2015 – Orçamento impositivo que destina apenas 10% da renda tributária líquida da união e por emendas parlamentares. Lei 13019 de 2014 que abre a assistência à saúde ao capital estrangeiro, contra o artigo 199 parágrafo 3 da constituição que proíbe a participação do capital estrangeiro e o projeto de emenda constitucional 451 de 2014, de Eduardo Cunha, que obriga os empregadores a garantir serviços assistenciais de saúde afrontando a seguridade social.
20	Combater o processo de terceirização, privatização e precarização do trabalho, alertando os trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre os projetos de lei e emendas constitucionais que tramitam no Congresso Nacional e no Supremo Tribunal Federal.
21	Criar repasses de recursos federais específicos aos municípios para a atenção aos povos indígenas presentes em cidades.
22	Investimento na contratação de profissional de farmácia para atendimento em atenção básica substituindo técnico de enfermagem e ACS.
23	Promover a implantação das Práticas Integrativas em Saúde conforme previsto nas políticas nacional e estadual.
24	Que o financiamento para a Saúde Mental seja investido prioritariamente no serviço público de saúde e de acordo com a Política Nacional da Reforma Psiquiátrica.
25	Instituir processos de seleção que garantam ingresso de profissional com perfil para o trabalho do SUS, valorizando questões para além da prova teórica e dando ênfase ao currículo e experiências prévias (residências multiprofissionais e em áreas profissionais da saúde, especialização em saúde coletiva e participação comunitária e controle social).
26	Instituir uma Política de Promoção à saúde e prevenção de agravos para o trabalhador do SUS, incluindo a sua saúde mental.
27	Criar estrutura e fluxo em Porto Alegre de assistência domiciliar para a coleta de exames laboratoriais, atendimento de fisioterapia e fonoaudiologia em domicílio para os idosos.
28	Criar o cargo administrativo para as Equipes de Saúde da Família (ESF) a fim de que os profissionais de saúde não sejam designados a função administrativa, deixando de atender a população.
29	Diminuir a medicalização, ampliar formas de acolhimento, de redução de danos e de cuidado e manter o acompanhamento de usuários de saúde mental com alta hospitalar, entendendo a saúde mental como parte integral do indivíduo.
30	Implantar e implementar a Política de Educação Permanente para o controle social no SUS nas 3 esferas de governo, reafirmando o CMS no papel de implementar capacitação, fortalecendo a Educação Permanente como ferramenta de participação e pulverizando o conceito do caráter público.
31	Fortalecer vínculos de trabalhos efetivos e seguros, contratando através de concursos públicos e incentivando o regime jurídico único.
32	Retorno da cobrança de movimentação financeira atingindo o “andar de cima” poupando a classe média e os pobres de forma integral para a saúde pública.
33	Criar carreira única da saúde no regime estatutário conforme NOB-RH-SUS, para todos os trabalhadores e jornada máxima de 30 horas semanais, com salário digno que estimule a dedicação exclusiva, respeitando as especificidades de cada categoria.

34	Criar Centro de Referência para o idoso em cada região da cidade de Porto Alegre.
35	Ampliar as equipes de saúde da rede de atenção básica de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, incluindo um profissional administrativo, considerando a estrutura física e o número de usuários por equipe, visando a qualidade do cuidado e garantindo a acessibilidade aos usuários.
36	Garantir investimento financeiro para atenção integral a saúde do idoso, conforme preconiza o estatuto do idoso da atenção primária, alta complexidade e o programa de atenção domiciliar (PAD).
37	Divulgar os conselhos locais, observando as determinações legais, fortalecendo o papel dos Conselhos de Saúde através de campanhas anuais de divulgação, comprometendo os meios de comunicação social na divulgação da importância, papel e atividade do Conselho de Saúde.
38	Garantir a qualidade da gestão compartilhada entre atenção básica e serviços especializados no atendimento de pessoas com HIV/AIDS.
39	Incluir as Práticas Integrativas em Saúde orientadas para a saúde do trabalhador.
40	Aumentar as cotas de exames laboratoriais no Hospital Restinga.
41	Vincular a transferência de verba pública aos filantrópicos mediante quitação de folha e encargos.
42	Combater o processo de terceirização vinculando o recurso público ao serviço público.
43	Garantir que nas unidades de saúde da família com 3 ou mais equipes, 01 equipe atue em turno estendido.
44	Cumprir a Lei 141 que determina que a verba da saúde seja integralmente depositada no Fundo Municipal de Saúde e seja gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde.
45	Fiscalizar, reafirmar e garantir a efetivação das diretrizes e propostas mais votadas em todas as conferências de saúde 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.
46	Criar rubricas para gerenciar as verbas destinadas à saúde, que permitam a administração própria pelo serviço, incluindo a participação da coordenação destes no processo, juntamente com os conselhos locais.
47	Implantação de Planos de cargo, carreira e salários conforme diretrizes da NOB-RH e da mesa nacional de negociação com garantia de carga horária máxima de 30 horas semanais, independente do regime de trabalho.
48	Implementar projetos que visem à saúde do trabalhador com ênfase em saúde mental.
49	Garantir o direito assegurado em lei, de acesso ao vale-transporte para fazer tratamento aos usuários do Sistema Único de Saúde que se encontrem em situação de vulnerabilidade social, em especial, indígenas, quilombolas e usuários de saúde mental.
50	Incluir na atribuição dos profissionais da Atenção Básica a preceptoria, além de qualificar e incentivar financeiramente preceptores, tutores e docentes envolvidos com a formação de graduação e Residências Multiprofissionais.
51	Incluir no currículo de formação profissional da área da saúde Disciplina Sobre Controle Social e exigir a criação de grades curriculares nas instituições de ensino superior com aulas teórico-práticas de participação nos conselhos locais de saúde, para sensibilização e estimulação dos futuros profissionais.
52	Criar e implantar um plano único de carreira, cargos e salários para todos os trabalhadores do SUS.
53	Oferecer o serviço de prótese dentária aos usuários, na atenção básica.

54	Garantir um locus para a política da saúde da população negra nas 3 esferas de gestão (união, estado, município), com recursos humanos, infraestrutura e logística, com atenção especial às comunidades quilombolas.
55	Valorização e qualificação das terapias comunitárias, incluindo as Práticas Integrativas em Saúde(PIS).
56	Completar as Equipes Especializadas para Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA's), conforme equipe mínima exigida.
57	Fortalecer a produção nacional de medicamentos através dos laboratórios oficiais (públicos) e indústrias nacionais.
58	Implementar com qualidade linhas de cuidado que considerem os ciclos da vida (criança, adolescente, jovem, adulto, idoso) e as especificidades para atenção à saúde aos povos indígenas, quilombolas, comunidades tradicionais, ciganos, população em situação de rua e imigrantes.
59	Definir metas claras para a execução da política nacional de prevenção e controle do câncer no âmbito do SUS.
60	Transparência das contas e gastos dos hospitais filantrópicos, garantindo mecanismos de fiscalização das contratualizações do setor público com o setor privado e filantrópico, do início até a prestação de contas, com participação dos mecanismos de controle social e com restrição à prestação de serviços na área de atenção primária.
61	Regionalização do atendimento de pré-natal e de exames (ecografias etc) no Hospital Restinga.
62	Promoção efetiva durante todo o ano, da saúde da população negra e criação de hospital dia para cuidados de doenças falciformes.
63	Revogar todos os novos modelos de gestão, fundações públicas de direito privado, organizações sociais, OSCIPS e EBSEH.
64	Qualificar a gestão do SUS promovendo a formação para a gestão e ocupação dos cargos de gestão por profissionais concursados através de critérios de experiência, competência em saúde pública.
65	Desenvolver e reforçar ações e políticas intersetoriais visando a segurança alimentar da população.
66	Mais orçamento para a saúde igual a auditoria da dívida pública.
67	Criar dispositivo legal que garanta que os profissionais da saúde egressos de universidades públicas ou contemplados com bolsa, dediquem alguns anos de trabalho no SUS.
68	Desenvolver ações sistemáticas de educação permanente em saúde a partir da problematização dos processos de trabalho.
69	Criar serviço especializado em saúde do idoso (geriatria, etc).
70	Que se faça a regionalização da saúde no RS para que as pessoas do interior do estado não precisem vir a Porto Alegre.
71	Cumprimento do que é garantido na lei 9961/00 onde as operadoras de plano de saúde devem fazer ressarcimento ao SUS das pessoas que, tendo plano de saúde privado, usam o SUS. E que esse recurso fique no município onde foi usado o SUS.
72	Ampliar sistema de telefonia e percentual de consultas para melhor atendimento aos idosos por telefone.
73	Eliminar os subsídios públicos para os planos privados de saúde.
74	Ampliar a oferta de atenção especializada, conforme o perfil epidemiológico, de forma regionalizada, regulando o acesso e respeitando essa regionalização.
75	Fortalecer e aprimorar estratégias de comunicação para divulgação dos conselhos locais de saúde na comunidade,

	garantindo a educação permanente para o controle social.
76	Criação de novas unidades de saúde e melhoria das unidades de saúde existentes, respeitando o número de equipamentos de saúde necessários para atendimento à área adstrita.
77	Viabilizar o deslocamento e garantir diferencial financeiro aos trabalhadores dos territórios de difícil acesso.
78	Reconhecer e legitimar o residente como trabalhador no âmbito das políticas de saúde do trabalhador.
79	Promover a inclusão, nos espaços dos Conselhos de Saúde, de representações que buscam o enfrentamento das iniquidades em saúde, tais como: mulheres, idosos, população negra, indígenas, LGBT, PCD, situação de rua, campo, etc.
80	Garantir que os indígenas recebam atenção diferenciada, respeitando os sistemas tradicionais de saúde, promovendo o diálogo entre a biomedicina (medicina ocidental) e medicina tradicional das etnias indígenas.
81	Garantir o acesso às Práticas Integrativas em Saúde (acupuntura, fisioterapia, fonoaudiologia), valorizando os saberes dos povos indígenas.
82	Aumentar e garantir recursos para prevenção e promoção de saúde.
83	Exigir que os gestores/gerentes em todos os níveis hierárquicos tenham formação em gestão na saúde.
84	Criar núcleo permanente de segurança e saúde do trabalhador nos serviços de saúde.
85	Ampliar e integrar as equipes multidisciplinares (Equipes de saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família) à equipe de atenção básica, conforme normativas do ministério da saúde, incluindo o profissional administrativo.
86	Divulgar, para sensibilizar, de forma continuada e em linguagem acessível, informações qualificadas à população, sobre os fatores de adoecimento.
87	Estabelecer um tempo máximo de espera para consultas especializadas.
88	Implementar o prontuário eletrônico dos usuários utilizando tecnologias como cartão do SUS (cartão nacional de saúde) e o E-SUS.
89	Ampliar financiamento público para atingir 100% de cobertura pela APS (Atenção Primária em Saúde).
90	Reconhecer a participação dos trabalhadores nos espaços de controle social como parte do processo de trabalho.
91	Ampliação da Política de integração ensino-serviço-comunidade.
92	Garantir os 60% de financiamento para o público e 40% para o privado.
93	Ampliar e aprimorar o portal transparência visando identificar o destino das verbas para a saúde em geral, especificando sua divisão para os serviços.
94	Gerenciar o cuidado da saúde da população negra de maneira transversal nos diferentes níveis, levando em conta gênero e ciclo de vida.
95	Garantir incentivo financeiro para todos os profissionais que recebam alunos e profissionais residentes em formação.
96	Fortalecer a Política Nacional de Humanização, qualificando o profissional de saúde para melhorar o acolhimento e a resolutividade da queixa do usuário.
97	Fortalecer programas para saúde das mulheres em sua diversidade, conforme os direitos sexuais e reprodutivos.
98	Criar mecanismos em âmbito nacional para o acesso aos cargos através de concursos públicos para todos os profissionais.

99	Exigir que todos os agentes de saúde sejam capacitados na prevenção das doenças prevalentes da população negra.
100	Estabelecer critérios e parâmetros adequados à especificidade do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do Agente de Endemias (AE) no desenho da carreira, garantido a participação de forma efetiva na sua equipe.
101	Exigir que a temática do controle social seja contemplada no Programa de Saúde na Escola (PSE) e outros programas de saúde.
102	Ampliar os campos de formação em saúde mental que utilizem práticas coletivas.
103	Garantir protocolos assistenciais multiprofissionais para a atenção básica.
104	Repensar a dispensação de medicamentos de maneira progressiva somente através dos serviços públicos de saúde.
105	Promover, através dos espaços reservados ao governo nas diversas mídias, maior informação à população sobre os direitos e deveres dos cidadãos, exercício de cidadania bem como sobre o funcionamento do sistema de saúde no Brasil e divulgação da cartilha dos usuários do SUS.
106	Implantar um mecanismo de educação efetiva e continuada para os atores do controle social baseado na interlocução dos usuários da saúde, através de cursos e oficinas com apoio do conselho municipal de saúde, independente da troca de gestão.
107	Desvincular a contratação de Recursos Humanos para a área da saúde da Lei de Responsabilidade Fiscal, sem cedência para outra área de atuação.
108	Implantar Práticas Integrativas em Saúde, com a inserção de prescritores, assegurando o respeito aos diversos saberes em saúde das populações.
109	Implementar e garantir a formação para a cidadania e vivência de participação social dos alunos através de grêmios, associações, conselhos e movimentos sociais, durante toda a formação educacional, incluindo a discussão da temática “Políticas Públicas” nos currículos escolares.
110	Reafirmar o controle social, fortalecendo e inserindo mais conselhos locais e distritais, bem como em todos os serviços ofertados por prestadores de saúde, como instância base do controle social, promovendo eventos abertos à comunidade.
111	Aproximar as ações dos conselhos de saúde à cultura da comunidade, por meio da educação popular em saúde.
112	Fortalecer a formação em serviço através do aumento de programas de residências multiprofissionais e pela qualificação dos programas existentes.
113	Entender o financiamento como estratégico para a saúde pública de qualidade com garantia de gestão, regulação e regionalização, formação e capacitação continuada, controle social e desenvolvimento de ciência, tecnologia e inovação em convênios com as universidades públicas, planos de cargos, carreiras e salários com reposição dos trabalhadores, concurso público com vínculo estatutário.
114	Adequar todos os serviços de saúde, de acordo com as normas de vigilância sanitária nos aspectos referentes a biossegurança, acessibilidade e com equipe de segurança do trabalho. Que garanta a segurança dos equipamentos e dos profissionais, como forma de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, de acordo com as normas regulamentadoras do trabalho.
115	Ampliar e garantir os recursos para reforma, construção e manutenção da infraestrutura dos serviços de saúde, respeitando padrões técnicos de construção, assegurando a acessibilidade.
116	Promover o empoderamento dos usuários da atenção básica sobre o controle social, através de espaços como sala de espera e rodas de conversa na comunidade, mapeando os diferentes atores.

117	Instituir capacitação sobre controle social para conselheiros e trabalhadores.
118	Que os agentes de saúde das comunidades quilombolas sejam “exclusivos” para a população quilombola (independente do número de domicílios-famílias).
119	Implantar o SISCAN (sistema de informação do câncer) e divulgar os seus dados.
120	Exigir espaços físicos adequados e acessíveis para reuniões e ações do controle social, especialmente CMS.
121	Criar estratégias que viabilizem a participação dos usuários no conselho local de saúde com a realização das reuniões em horários que viabilizem a participação dos usuários.
122	Fiscalizar todas as formas de discriminação no atendimento do SUS.
123	Ampliar o tempo de estágio curricular no SUS, pactuando a atuação local.
124	Garantir, por meio da gestão da atenção básica, plena divulgação dos Conselhos de Saúde, incentivando participação máxima dos trabalhadores de saúde.
125	Garantir a formação e educação permanente para a participação social através das reuniões e instituição dos conselhos locais de saúde, nos atendimentos de saúde e nos equipamentos comunitários como escolas, associações e etc.
126	Construir e fortalecer os conselhos locais de saúde e desenvolver um processo de divulgação e incentivo da mobilização social através da criação de um grupo de trabalho (GT), ressaltando a importância da participação e do controle social.
127	Implantar Comitês de Educação Popular em nível municipal na Saúde.
128	Garantir o atendimento da criança e do adolescente, conforme a Constituição Federal de 1988.
129	Fixação de uma proporção mínima de divisão de recursos novos por níveis assistenciais.
130	Fortalecer a articulação entre os espaços da participação social em todas as políticas públicas com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais.
131	Fortalecer e criar comissões temáticas no CMS, como comissão de atividade física e comissão do idoso.
132	Formar trabalhadores para as funções de tutoria e preceptoria para integração ensino – serviço.
133	Instalar postos da Brigada Militar nas Unidades de Pronto Atendimento.
134	Garantir atividades do Programa de Saúde na Escola (PSE) também nas aldeias indígenas com enfoque em ações: alimentação saudável e atividade física.
135	Ampliar as ações de promoção de saúde para a comunidade, incluindo mais ações de saúde para o homem.
136	Garantir no Plano Municipal de Saúde metas que contemplem a saúde indígena.
137	Desenvolver formação para gerência /gestão do cuidado/linhas de cuidado, incluindo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Agente de Endemias (AE).
138	Garantir a continuidade do Incentivo Estadual a Atenção à Saúde da População Indígena (conforme Portaria Estadual nº41/2013), com repasses mensais.
139	Lutar pela aplicação em ações e serviços públicos de saúde, de no mínimo 12% da arrecadação dos impostos no estado.
140	Publicizar, por meios de amplo acesso os dados constantes dos sistemas informatizados do SUS, contemplados pelo DATASUS, bem como, dos sistemas que venham a lhes substituir.

141	Criar espaço deliberativo nas pré-conferências para avaliação da estrutura organizacional das mesmas, de modo que se criem propostas alternativas e diretrizes e espaços permanentes para acompanhamento e avaliação das propostas aprovadas nas conferências anteriores e divulgar amplamente as realizações efetivadas, a fim de auxiliar as discussões da conferência seguinte.
142	Universalizar a discussão da intolerância religiosa nos espaços de controle social, juntamente com os trabalhadores e gestores, fortalecendo um estado laico.
143	Fiscalizar a assistência disponibilizada pelas entidades privadas que prestam serviço ao SUS, avaliando a qualidade e resolutividade, divulgando os resultados.
144	Implementar uma Política democrática, participativa e colegiada de gestão do trabalho no SUS.
145	Diminuir rotatividade de profissionais nas Unidades de Saúde, aumentando o vínculo com os usuários e a qualidade da assistência prestada.
146	Criar núcleos de incorporação tecnológica em hospitais e secretarias de saúde em âmbito municipal, estadual e nacional, garantindo assento de representação ao controle social.
147	Avaliar e concluir o primeiro projeto do PROADI-SUS no RS (Hospital Restinga com sistema integrado de saúde Restinga-Extremo Sul-Porto Alegre) em desenvolvimento em parceria Hospital Moinhos de Vento x SUS.
148	Modificar o modelo de financiamento, não remunerando por procedimento mas por qualidade.
149	Exigir maior respeito da gestão e cumprimento em relação às demandas e deliberações do controle social, direcionando, a partir delas, seus investimentos. Quando não houver cumprimento das demandas do controle social, (independentemente do plano de governo atual ou anterior), exigir respostas, em prazos pré- estabelecidos, por parte do gestor.
150	Fortalecer os mecanismos de responsabilização de gestores da saúde de todos os níveis, sobre os processos de trabalho em saúde.
151	Democratizar os espaços de gestão dos processos de trabalho e formação em saúde, realizar eleições diretas dos gestores dos serviços de saúde pelos trabalhadores e comunidade, sendo elegíveis os componentes da equipe.
152	Garantir, no critério para seleção de agentes comunitários de saúde, residência mínima de um ano no território, com fiscalização do conselho local/ distrital.
153	Proporcionar a divulgação e transparência efetiva dos cursos, eventos e capacitações.
154	Garantir o acesso a exames de alta, média e baixa complexidade para os povos indígenas.
155	Manter a continuidade dos tratamentos nos serviços de alta e média complexidade, sem contra referenciar para a Atenção Primária após o diagnóstico.
156	Maior transparência nas prestações de contas quanto às compensações fiscais e filantropias.
157	Realizar campanha permanente sobre o alcance do SUS e suas realizações com prioridades de recursos financeiros.
158	Garantir troca e repasse das informações nas diferentes instâncias de controle social (conselho municipal, distrital e local), sobre os gastos públicos e privados em saúde.
159	Garantir a efetiva autonomia política, administrativa e financeira dos Conselhos de Saúde.
160	Participação social nas reuniões dos conselhos com um modelo informativo, educativo e mais abrangente desde o municipal e o distrital, e que sirva aos Conselhos Locais de Saúde (não padronizado ou fechado, mas dividido em fases ou momentos em que todos possam ser ouvidos e acolhidos).

161	Fomentar e incentivar o controle social junto às câmaras técnicas, nos hospitais públicos com administração privada.
162	Criar mecanismos que permitam a mobilidade dos trabalhadores do SUS no âmbito regional/intermunicipal/interestadual.
163	Garantir aos trabalhadores, atividades de formação e pesquisa, sem redução de salário.
164	Garantir incentivo financeiro para a função de coordenação de serviços.
165	Monitorar a produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra e indígena.
166	Abordar os conceitos de gerência durante a formação dos profissionais da saúde.
167	Criar mecanismos que possibilitem a efetiva transparência orçamentária da saúde nas três esferas do governo, isenções fiscais e filantropia.
168	Garantir a implementação dos conselhos de saúde dos povos e comunidades tradicionais em todas as instâncias.
169	Criar plataforma de avaliação de atendimento recebido na rede SUS para formar indicadores que devem ser utilizados na fiscalização de contratos pelo conselho.
170	Implantar o plano de carreiras, cargos e salários do SUS, com isonomia salarial nas três esferas de gestão por regime estatutário.
171	Oportunizar a participação do conjunto dos servidores nas atividades educativas dos Programas de Residência.
172	Implantar a Política Municipal de Assistência Farmacêutica

ANEXO 7 – Propostas da 1ª Conferência Municipal da Saúde das Mulheres de Porto Alegre

Classificação das Propostas da 1ª Conferência Municipal de Saúde das Mulheres de Porto Alegre	
Eixo I - O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres	
Classificação	Proposta
1	Defender a manutenção das conquistas e dos direitos atuais das trabalhadoras (es) e lutar contra as reformas da previdência e trabalhista, a privatização, a terceirização e a entrada do capital estrangeiro no SUS e toda e qualquer retirada de direitos.
2	Realizar a auditoria cidadã da dívida pública em todas as esferas de governo e publicizar os resultados de forma acessível por diferentes recursos e meios de comunicação.
3	Reafirmar o Estado Democrático de Direito fortalecendo a democracia e o SUS e SUAS como condições de promoção de saúde.
4	Garantir investimentos e orçamento público para a Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) de tecnologia e para a implementação da política nacional de saúde da mulher considerando as especificidades geracionais, de raça/etnia, identidade de gênero, orientação sexual, mulheres com deficiência, privadas de liberdade, vivendo com HIV/Aids, mulheres rurais, pescadoras artesanais e em situação de rua.
5	Reconhecer as comunidades tradicionais de pescadores, os territórios de pesca e as mulheres pescadoras profissionais artesanais, que além da pescaria, cuidam da casa, dos filhos, do pescado e dos petrechos de pesca.
6	Garantir conforme legislação vigente que o aborto seja tratado como uma questão de saúde pública e que todas as mulheres que necessitem deste serviço tenham acesso. Defendemos o aborto legal e seguro.
7	Implementar com prioridade a Lei Maria da Penha, garantindo financiamento próprio.
8	Ampliar as feiras ecológicas, oportunizando aos usuários consumirem alimentos saudáveis produzidos no seu território fomentando a cultura da agroecologia, garantido mais acesso aos agricultores à capacitações. Avançar nas discussões sobre áreas livres de agrotóxico na região rural da cidade.
9	Excluir a saúde dos limites previstos na Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei complementar 101, de 04 de maio de 2000.
10	Incluir gênero e raça na concepção de saúde.

Eixo II - O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres	
Classificação	Proposta
1	Garantir e fortalecer a educação permanente das/dos trabalhadores em saúde de todas as categorias, das questões referentes à população negra, tais como registro do quesito raça/cor, saúde e racismo, atendendo as especificidades desta população, visando o atendimento integral das mulheres negras no combate ao racismo institucional e outras formas de discriminação.
2	Instituir a obrigatoriedade da ampliação do auxílio maternidade para 6 meses em todas as empresas e instituições públicas e privadas (Âmbito; municipal, estadual e nacional), em caso de internação do recém-nascido em UTI Neonatal.
3	Garantir e fortalecer as políticas públicas de Saúde das Mulheres trabalhadoras assegurando que os direitos previstos na Constituição Federal de 1988 e na CLT sejam mantidos e ampliados.
4	Qualificar os trabalhadores do SUS com base na Política Nacional de Humanização por meio da Educação Permanente constante reflexão dos processos de trabalho fundamentada na perspectiva das reflexões de gênero, da divisão sexual do trabalho, da geração e de raça e etnia, assédio moral e violência de gênero, em todos os serviços de saúde. (Nacional, Estadual e Municipal).
5	Garantir o direito de acesso aos serviços de saúde para as mulheres trabalhadoras de instituições públicas e privadas sem prejuízo dos direitos trabalhistas.
6	Garantir acesso e integralidade do cuidado às famílias de pescadoras(es) e trabalhadoras(es) rurais.
7	Garantir o direito de acesso aos serviços de saúde e integralidade do cuidado para as mulheres trabalhadoras de instituições públicas e privadas e às famílias de pescadoras(es) e trabalhadoras(es) rurais, sem prejuízo dos direitos trabalhistas.
8	Possibilitar inserção dos movimentos sociais nas capacitações da força de trabalho da saúde, educação e assistência social, no âmbito nacional, estadual e municipal, levando em conta a expertise e vivências nas temáticas de HIV/AIDS, racismo, violência contra as mulheres, transfobia, lesbofobia, uso de álcool e outras drogas, deficiências, juventude, dentre outras temáticas.
9	Ampliar e fortalecer os serviços de saúde do trabalhador (CEREST) de formar que estes sejam capazes de atender as especificidades da saúde da mulher de seus múltiplos atravessamentos de classe, raça, gênero, sexualidade, etnia, mulheres com deficiência e etc (Nacional, Estadual e Municipal)
10	Instituir como obrigatório que os serviços de saúde do trabalhador realizem levantamento semestral dos dados sobre as causas do adoecimento no trabalho com recorte de gênero/raça/etnia e geração e publicizá-los.
11	Incluir pescadoras(es) e trabalhadoras(es) rurais em grupo prioritário para recebimento de imunizações

Eixo III - Vulnerabilidades nos ciclos de vida das mulheres na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Mulheres

Classificação	Proposta
1	<p>Incluir o aborto legal como prioridade política municipal de saúde, com a criação de mecanismos na gestão municipal que apresentem, entre suas metas e ações, os seguintes itens:</p> <p>1 – A criação de um fluxograma municipal de atendimento para os casos de aborto legal, bem como sua divulgação e disponibilização às unidades de saúde (fisicamente em UBS's e serviços de emergência por acesso remoto via serviços de telemedicina e websites oficiais);</p> <p>2 – Nas equipes responsáveis pelo atendimento de casos de aborto legal em serviços de referência, implementar o impedimento à contratação de profissionais que apresentem objeção de consciência para a realização de procedimentos. A secretaria de saúde, através do plano municipal de saúde, por meio da elaboração e aplicação de um termo de não objeção de consciência, obter consentimento de todos os plantonistas do serviço em questão para garantia do acesso do aborto legal;</p> <p>3 – A ampla distribuição de anticoncepção de emergência em todos os serviços de atendimento de saúde do município;</p> <p>4 – A elaboração de uma cartilha à população sobre aborto legal e seu fluxo de atendimento, a ser disponibilizada nas UBS e emergências;</p> <p>5 – A formação de uma equipe multidisciplinar de referência disponível para atuar na capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento e encaminhamento de casos de aborto legal, seja em forma de consultoria presencial ou à distância ou como equipe itinerante de capacitação;</p> <p>6 – A criação de um serviço telefônico, com número amplamente divulgado nos veículos de mídia de grande alcance, para informar e esclarecer quanto a direitos da mulher, centros de referência para atendimento, profilaxia pós exposição, anticoncepção de emergência e outras dúvidas;</p> <p>7 – A produção de materiais sobre violência sexual, aborto legal e direito sexual e reprodutivo da mulher que serão divulgados a população através de campanhas na televisão, jornais, rádio e Internet.</p>
2	<p>Implementar ações dirigidas e afirmativas para mulheres vivendo com HIV/AIDS (cis e trans), jovens, adultas e idosas; lésbicas e bissexuais; negras e indígenas; com deficiência; usuárias de álcool e outras drogas; profissionais do sexo; trabalhadoras das cidades, campo, águas e florestas; ciganas; quilombolas; pescadoras; extrativistas; de favela; em situação de rua; trabalhadoras rurais; e outras com maior suscetibilidade para o adoecimento para garantir: acesso rápido e com qualidade a exames de densitometria óssea, dosagem hormonal, exames neurológicos e cardiológicos; melhoria nos relatórios específicos de gênero, raça/cor, violência contra a mulher e sua relação com a infecção do HIV, promoção ao respeito dos direitos sexuais e reprodutivos nos serviços de saúde em sua integralidade, para além do sexo seguro, gravidez, maternidade e reprodução humana assistida.</p>

3	Acessibilidade universal no atendimento à mulheres com deficiência, inclusive com o cumprimento da carta dos direitos dos usuários da saúde, no direito do sigilo e discrição do atendimento ao paciente, garantindo para isso intérprete de libras e tecnologias assistivas para cegas, surdas e surdo-cegas, garantindo formação específica de profissionais da área de saúde, que devem incluir a identidade da mulher com deficiência entre as diversidades humanas, reconhecendo a relação indissociável entre educação e garantia de direitos.
4	Garantir o atendimento às necessidades em saúde mental das mulheres nos diferentes ciclos de vida, priorizando às populações vulneráveis (mulheres privadas de liberdade, situação de rua, institucionalizadas, vítimas de violência) em todos os componentes da rede de atenção psicossocial.
5	Garantir a atenção integral e intersetorial dos direitos humanos das mulheres, com relação aos direitos sexuais e reprodutivos, destacando-se a necessidade urgente da alteração da legislação federal 9263/96 suprimindo a obrigatoriedade do consentimento do companheiro para a realização da laqueadura tubária, fortalecendo a autonomia da mulher e a equidade considerando suas diferentes representações.
6	Qualificar a rede de proteção e saúde em todos os níveis de complexidade na atenção às violências nos diferentes ciclos vitais (criança, adolescente, adulta, mulher gestante, puerpério, idoso) em seus modos e condições de vida (profissionais do sexo, mulheres em situação de rua, mulheres com deficiência e outras situações de vulnerabilidade), utilizando como uma das estratégias a educação permanente dos profissionais e garantindo que a temática da violência seja um eixo transversal nas políticas de gestão em nível municipal.
7	Garantir o atendimento de urgência e deslocamento através do SAMU aos doentes falciformes em crise com a criação de protocolo específico para atendimento a usuários com esta condição
8	Implementação e/ou fortalecimento dos serviços de atendimento a saúde da mulher previstos na Lei Maria da (lei nº 11340/06) na busca da construção e efetivação de uma rede de enfrentamento à violência contra as mulheres com o objetivo de alcançar uma atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, buscando o desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que propiciem o empoderamento e construção da autonomia das mulheres, os seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência.
9	Criar e/ou efetivar nos municípios uma política diferenciada de saúde para as comunidades das zonas rurais, comunidades tradicionais (povos indígenas, quilombolas, pescadoras(es), profissionais artesanais), garantindo o atendimento adequado, de acordo com as particularidades de cada público específico tais como: - Garantir acesso às famílias das agricultoras/trabalhadoras rurais, e das pescadoras profissionais artesanais às vacinas da gripe e demais vacinas, devido a exposição a intemperes, aos animais peçonhentos.
10	Implantar e implementar política pública que garanta o empoderamento sobre sexualidade e gênero desde a escola.

Eixo IV – Políticas Públicas para Mulheres e Participação Social

Classificação	Proposta
1	Garantir a manutenção e estimular a participação das mulheres nos espaços e instâncias de Controle Social para monitoramento e aperfeiçoamento das políticas públicas.
2	Realizar mapeamento das vulnerabilidades das mulheres com deficiência no território de atendimento primário municipal, coletando dados epidemiológicos, e que inclua as transversalidades: social/classe, raça/etnia, geração, mulheres negras, indígenas, de diferentes orientações sexuais, em situação de rua, albergadas, em privação de liberdade.
3	Criar Política de combate ao racismo institucional, com ações de formação para todos os seguimentos do SUS.
4	Fortalecer e garantir a implementação das Portarias Municipal, Estadual e Nacional das Práticas Integrativas e Complementares (PICs), e incluir no atendimento as mulheres com deficiência, como parte de reabilitação continuada e tratamento de dor crônicas.
5	Implementar políticas públicas que contemplem os princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade) levando em consideração critérios epidemiológicos de acordo com raça/cor, geração, orientação sexual, identidade de gênero e jovens adolescentes em situação de violência doméstica.
6	Implementar capacitação continuada dos profissionais de saúde nas especificidades relativas às mulheres com deficiência, pois decisões tardias podem ser agravantes na condição geral de saúde, e o atendimento com baixa qualificação no sistema de saúde constitui violência contra a mulher com deficiência.
7	Garantir e monitorar o acesso às mulheres em situação de violência à cirurgia restaurativa prevista em lei com orçamento e serviços adequados.
8	Realizar atividades de formação política e de educação popular sobre direitos sociais e o papel do Estado, de forma articulada com os movimentos sociais e descentralizadas em escolas associações, presídios e outros espaços comunitários, através dos conselhos de saúde. (Âmbito; municipal, estadual e nacional).
9	Garantir que as políticas públicas direcionadas as mulheres indígenas tenham caráter permanente, independente das mudanças de gestão nos órgãos públicos.

ANEXO 8- Propostas da 2ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde de Porto Alegre

Propostas da II Conferência Municipal de Vigilância em Saúde de Porto Alegre	
Nº de votos	Propostas
152	Criar os cargos de profissional de educação física e sanitaria e garantir as atribuições específicas dos Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente Comunitário de Endemias (ACE) com contratação por meio de concurso público e vínculo direto com o município, tendo em vista o conceito ampliado de saúde que visa à prevenção, educação e promoção a saúde, no âmbito do SUS.
87	Criação de cargo do Profissional de Educação Física dentro do quadro de profissionais de saúde obrigatórios nos serviços de interesse à saúde.
83	Garantir o financiamento da vigilância em saúde nas três esferas de gestão do SUS, mesmo com a unificação dos blocos financeiros com recursos no mínimo iguais aos percentuais e uso específico em ações de vigilância em saúde, com criação do fundo municipal de vigilância em saúde.
73	Atribuir o critério de notificação compulsória à síndrome falciforme nas três esferas de gestão do SUS.
67	Garantir e fortalecer a vigilância em saúde, compondo o SUS como política de Estado, sob a responsabilidade de servidores de carreira pública para a vigilância, com formação de quadro funcional, obrigatoriamente estatutário e carreira de estado.
61	Construir indicadores de saúde que permitam monitorar o perfil epidemiológico e demográfico em todos os ciclos de vida com ênfase na saúde mental, saúde da população idosa afim de planejar ações que trabalhem a realidade apresentada, com publicização dos dados em nível municipal, estadual e federal.
57	Adequar a formação teórica e, sobretudo, as práticas e processos de trabalho das vigilâncias em consonância à política nacional de saúde integral da população negra nas três esferas de gestão do SUS, às necessidades e realidades das populações negras das cidades, povos e comunidades tradicionais.
45	Criação de Programas de Residências Multiprofissionais em Vigilância em Saúde com financiamento Federal MS/MEC com vagas para profissionais de saúde e das demais áreas do conhecimento que atuam na vigilância em saúde em suas quatro áreas.
43	Redefinição e garantia de recursos, estruturas, espaços, financiamento e pesquisas para o enfrentamento da Tuberculose, IST's, HIV/AIDS e coinfeção HIV/Tb.
43	Garantir a coleta qualificada do quesito raça/cor, análise e monitoramento e ampla publicização para usuários, trabalhadores, prestadores e gestores, orientando o planejamento e as ações em saúde, nas três esferas públicas.
41	Integração da Atenção Primária, através dos ACEs, gerências distritais e CGVS, com a organização de fluxos internos para a notificação de situações avaliadas pelos profissionais, com a garantia de retorno priorizado, numa lógica de prevenção das doenças e promoção de saúde, garantindo uma equipe de vigilância em saúde com o número de profissionais adequado às demandas.
40	Garantir as ações dos Laboratórios Públicos, visando qualificar as ações da Vigilância em Saúde.
38	Promover a integração da vigilância em saúde com órgãos públicos e entidades que atuem no enfrentamento à violência para construção de ações conjuntas, intercâmbio de informações, com estímulo a ações educativas e de organização de cidadãos para a busca de seus direitos, estabelecimento de fluxos e rotinas, fortalecendo a atuação da vigilância em saúde e aquelas

	redes de enfrentamento.
35	Incluir a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em todos os níveis de gestão aos saberes e tecnologias das vigilâncias: epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública.
34	Integrar as políticas de vigilância em saúde e de assistência social de forma a garantir a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e a proteção social às pessoas afetadas pela tuberculose, IST/HIV/Aids, hanseníase, hepatites virais e outras doenças negligenciadas, garantindo recursos financeiros específicos pelas três esferas de governo, para ações de vigilância em saúde.
31	Criar a estrutura de comunicação na vigilância para aprimorar canais de comunicação públicos que possibilitem acesso às informações produzidas pela vigilância em saúde para uso da gestão e dos cidadãos; garantir debate e transparência na destinação e uso de recursos de publicidade, em ações de vigilância em saúde e espaços gratuitos na programação dos meios de comunicação de concessão pública para difusão de informações essenciais para saúde pública, considerando critérios epidemiológicos, ambientais e sanitários.
31	Que a Smams, SMS e Smed promovam ampla campanha de educação ambiental (a exemplo do que é feito com a Dengue) visando o esclarecimento sobre a prevenção da leishmaniose, saneamento básico, limpeza urbana etc., com impressos (cartazes, flyers, folders) de distribuição gratuita nas associações comunitárias, postos de saúde, RME, entre outros locais.
29	Garantir o financiamento da política nacional e estadual de saúde do trabalhador bem como o repasse integral dos recursos destinados a totalidade das ações de vigilância em saúde com a participação do controle social defendendo a saúde do trabalhador como direito humano.
28	Garantir apoio tecnológico Intersetorial (informação, capacitação, orientação, entre outros) que proporcionem boas práticas às populações que exerçam atividades reguladas pela vigilância em saúde, levando em conta os aspectos socioculturais para sua subsistência.
26	Inserção das profissões regulamentadas em todas as práticas e processos de trabalho da Vigilância em Saúde, através de uma educação de caráter permanente em saúde, bem como a maior integração das políticas de saúde na formação dos profissionais.
26	Criar e institucionalizar o núcleo de assessoria comunitária e educativa permanente da vigilância em saúde, integrado com a atenção primária em saúde, rede de serviços, sociedade civil organizada e demais atores do território.
26	Garantir a participação dos produtores e processadores agroecológicos e consumidores, por meio da criação de uma Comissão no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, voltada para as questões agroecológicas. Municipal
25	Identificar estratégias e iniciativas que privilegiem o recorte territorial das bacias hidrográficas para o planejamento urbano/ambiental integrando os diversos órgãos públicos.
24	Instituir o recorte da Pessoa com Deficiência, por auto declaração, na notificação de violência e demais agravos, garantindo ações de acompanhamento à família e lugar seguro para tratamento e acolhimento, através das redes de atendimento e de enfrentamento à violência.
23	Incluir nas pactuações com os gestores, a elaboração, análise e divulgação de dados epidemiológicos das doenças e agravos mais relevantes nos municípios, regiões e estados, com participação dos conselhos de saúde por meio da implantação de comissões intersetoriais de vigilância em saúde junto aos conselhos de saúde.
23	Garantir que sejam constituídos espaços de interlocução entre gestão e sociedade civil, a exemplo dos comitês de enfrentamento da tuberculose, frentes parlamentares de Aids e tuberculose junto às Câmaras Municipais e Assembleias, sendo contemplada a participação da área da vigilância em saúde.

21	Ampliar fomento a órgãos de pesquisa em saúde para estudos de doenças negligenciadas (leishmaniose, tuberculose, hanseníase, malária, esquistossomose, entre outras) com incentivo do desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias para a vigilância e controle de vetores de arboviroses, leishmanioses e outros agravos.
21	Qualificar a comunicação, implementando sistema de informação específico da vigilância em saúde, unificando as informações relacionadas entre as diversas áreas da saúde, a fim de acelerar o monitoramento e ações no território de abrangência, garantindo o fácil acesso aos usuários.
20	Qualificar o sistema de informação ESUS integrando com os demais sistemas de informação para viabilizar o planejamento de políticas de saúde e execução das ações de forma regionalizada em nível municipal, estadual e federal. Instrumentalizar os trabalhadores para o registro e acesso aos dados gerados.
19	Revisar e atualizar o Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral com a participação das vigilâncias em saúde e demais setores da sociedade, por meio de seminários, debates e consulta pública.
17	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 epidemiológicos, ambientais, sanitários e saúde do trabalhador.
17	Implementar e fortalecer políticas inter e intrasetoriais, no território, através da institucionalização dos fóruns de monitoramento da saúde, visando assegurar a integralidade do cuidado e o enfrentamento dos agravos prioritários em cada território, de acordo com análise situacional de saúde, bem como fortalecer a integração ensino e serviço nestes fóruns de monitoramento.
17	Criar banco de dados das pessoas que adquiriram Deficiência Auditiva em todos os ciclos de vida.
16	Garantir que os grupos de monitoramento sejam fóruns técnicos regionais permanentes, compostos por representantes das gerências distritais, dos seus serviços de saúde, do controle social, instituições de ensino, equipe de planejamento e da Vigilância em Saúde.
16	Integração e compatibilidade de sistemas de vigilância e da Rede de Atenção à Saúde (incluindo a estratégia e-sus), com foco na transversalidade das ações e na autonomia do uso de dados e informações pelas esferas de gestão do SUS, melhorando a comunicação entre CGVS e os diferentes níveis de atenção à saúde, com empenho bilateral, e ampliando o acesso a sistemas de informações por determinados serviços.
15	Inserir disciplinas que contemplem vigilância em saúde nos currículos de formação profissional da área da saúde.
15	Garantir e fortalecer a implantação de comissões intersetoriais de saúde do trabalhador nos conselhos de saúde, assegurando o direito de participação dos trabalhadores na formulação, planejamento, avaliação, e controle das políticas e ações de saúde do trabalhador, inclusive de fiscalização nos ambientes de trabalho, garantindo o que já se conquistou na saúde do trabalhador em termos de legislação e participação popular .
14	Comprometer unidades de saúde e escolas sobre as questões ambientais, reconhecendo a necessidade de articulação intersetorial e a abordagem interdisciplinar para tratar a relação dessas questões com a saúde e as doenças das famílias, em um processo contínuo de comunicação em saúde e mobilização social com as comunidades em relação ao tema ambiental.
13	Garantir que a vigilância em saúde do trabalhador se integre efetivamente às práticas e processos de trabalho das demais áreas de vigilância em saúde (sanitária, epidemiologia e ambiental), fortalecendo uma vigilância unificada, pública, transparente e com viés educativo e orientativo e com foco na promoção da saúde.
13	Implementar pesquisas, em parceria com instituições de ensino voltados à qualificação do saneamento ambiental da cidade e à proteção ambiental, no que se refere à água, solo, ar e ambiente de trabalho.

12	Implementar a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, melhorar a comunicação, integração, intersectorialidade e diálogos multiculturais para qualificar a Vigilância em Saúde.
12	Garantir a continuidade da pesquisa "Usos e riscos associados aos agrotóxicos em Porto Alegre" - A exposição humana a agrotóxicos representa um problema de Saúde Pública, com maior divulgação, de forma a torná-la uma política pública para esclarecimento da população, nesta e em outras cidades, em âmbito municipal e estadual.
11	Qualificar e definir fluxos/protocolos de prevenção/diagnóstico/tratamento e acompanhamento da sífilis para toda a população, qualificando o fluxo de retorno de resultados de VDRL positivos para as unidades de saúde, realizados nos prestadores e criar um fluxo municipal para punção lombar nos casos de neurosífilis.
10	Assegurar que o planejamento em saúde seja baseado em informações sócio econômicas, epidemiológicas, sanitárias e ambientais produzidas a partir de base territorial, garantindo o conceito de territorialização como unidade de ação das Políticas Públicas, integrando os processos de vigilância em toda rede de atenção em saúde, de forma sistemática, de acordo com a competência de cada serviço.
10	Capacitar os conselheiros locais para acesso às informações em saúde, sensibilizando o Controle Social para trabalhar com dados de notificação de violência.
9	Garantir/expandir atualização permanente para profissionais de saúde em específico da vigilância do óbito e da prevenção do diagnóstico do tratamento das ISTs, fomentando a abordagem nas ações do PSE com estrutura adequada das equipes.
9	Garantir e qualificar o fluxo de integração/comunicação entre serviços de saúde, público e privado, e presídios para garantir o tratamento adequado de parceiros (as) de usuários com sífilis, fortalecendo a intersectorialidade entre saúde e segurança pública, nas três esferas públicas.
9	Rever os parâmetros de potabilidade da água, regulamentados pela Portaria MS nº 2914/2011, que dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, incluindo o aspecto territorial do uso de agrotóxicos e reavaliação dos valores máximos permitidos.
9	Fortalecer os temas ambientais e de alteração climática relacionados à saúde dentro dos Conselhos Municipais, Distritais e Locais de Saúde, estimulando a cultura de vigilância em saúde ambiental junto à população, pensando os eixos de manejo de esgotos, lixo e abastecimento de água, em âmbito estadual.
8	Exigir a implementação de um conjunto de políticas públicas que incentive e valorize a produção e comercialização de produtos agroecológicos, privilegiando as metodologias participativas e permitindo a ampliação da cidadania e da inclusão social, bem como promover ações interinstitucionais e intersectoriais de combate ao impacto dos agrotóxicos, envolvendo órgãos responsáveis pela saúde, trabalho, educação, meio ambiente, agricultura e movimentos sociais, visando à promoção e proteção da saúde da população e do meio ambiente.
8	Criar ferramentas colaborativas para detectar doentes que possam vir a abandonar tratamentos, com busca ativa e ações de retenção e vinculação nos serviços.
7	Qualificar a informação, divulgação e a participação da sociedade civil a respeito dos riscos em relação ao uso dos agrotóxicos, domissanitários, medicamentos e afins garantindo os programas da vigilância.
7	Identificar a situação das doenças negligenciadas no município para definir pesquisas, estratégias, prioridades e ações de comunicação para redução de agravos e promoção da saúde, garantindo o compartilhamento das informações entre os setores de forma permanente e qualificada que atinjam todos os segmentos sociais por vários meios de comunicação como também de Observatórios Institucionais e Públicos.
6	Qualificar o preenchimento de todos os campos das cadernetas preconizadas pelo MS, assim como notificações de agravos garantindo assim a fidedignidade de dados.

5	Simplificação/objetividade dos instrumentos de coleta de dados da VS e dos sistemas de informação atendendo às necessidades assistenciais e de gestão aliados a processos de educação permanente e corresponsabilização, garantindo que o processo de notificação de agravos, bem como a formulação das fichas de notificação envolva a participação dos trabalhadores da assistência.
5	Criação de uma Força de Vigilância Sanitária, a nível estadual e federal, nos moldes da Força Nacional de Segurança, visando dar apoio às ações de fiscalização, tanto para os municípios, como para os estados, seja em situações de grandes eventos, seja em situações em que a vigilância local se sinta coagida. Os membros desta de Força de Vigilância seriam servidores concursados escolhidos pela ANVISA, oriundos das diversas vigilâncias municipais e estaduais e teriam garantido, através de legislação federal, atuação fora de sua jurisdição durante a realização do evento.
5	Integrar políticas públicas de saúde, habitação, segurança, educação, proteção e saneamento ambiental, compreendendo a interdependência dos problemas e dos riscos à saúde, com vistas à melhoria da condição de saúde e da qualidade de vida dos moradores das microrregiões localizadas em todo território nacional.
5	Articulação entre vigilância em saúde, atenção básica, escolas, assistência social e demais organizações locais, para promover conhecimento e disseminação da agroecologia, visando a saúde e segurança alimentar nos territórios.
4	Instituir um plano de qualificação e comunicação de dados e informações de interesse à Vigilância em Saúde para uma governança em rede para todos os níveis de gestão.
4	Adotar o modelo unificado de Vigilância em Saúde em todos os níveis (municipal, estadual e federal), reunindo as vigilâncias sanitária, ambiental, epidemiológica, laboratorial e saúde do trabalhador.
3	Construção participativa de uma legislação que erradique a exposição à agrotóxicos urbanos e agrícolas em todo o Município de Porto Alegre.
3	Inclusão do critério gênero ampliado, atendendo a população LGBTTTTIQ junto aos cadastros do SUS em todos os níveis de gestão.
2	Garantir que a gestão considere as recomendações dos Comitês no seu planejamento e ações em saúde, considerando a relevância da mortalidade infantil, nas três esferas públicas.
1	Construir com o controle social, um sistema municipal de notificação de agravos.
1	Garantir que as Academias de Saúde previstas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011, do Ministério da Saúde, sejam implantadas no território das Unidades sanitárias conforme legislação vigente e que sejam orientadas por profissional de educação física do quadro funcional da SMS.
1	Maior apoio e investigação ambiental e fiscalização, com revisão da Código Municipal de Saúde (voltada para ações focadas na prevenção da Leishmaniose e de outras doenças).
0	Promover seminários, encontros, reuniões, envolvendo diversos setores e equipes a fim de possibilitar troca de conhecimento e experiência da vigilância em saúde nas três esferas de governo.
0	Garantir em forma de lei o acesso às informações intersetoriais dos agravos e doenças relacionados ao trabalho, de forma objetiva, transparente e atualizada.
0	Consolidar, com ações sistemáticas e contínuas, a integração das áreas ambiental, epidemiológica, laboratorial e sanitária na vigilância das doenças transmitidas por vetores.

ANEXO 9 – Programa de Metas (PROMETA) 2017-2020

Ação	Meta 2017 – 2020
1. Assegurar o atendimento para 60% da População pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família.	60%
2. Reduzir a mortalidade infantil de 9,02 para 8,75.	8,75/1000
3. Reduzir a mortalidade materna em 17%, mantendo Porto Alegre entre as 3 melhores capitais do Brasil.	17%
4. Aumentar a taxa de cura de casos novos de tuberculose de 52% para 79%.	79%
5. Disponibilizar 8 unidades de atenção primária à saúde com atendimento até às 22h.	8 Unidades
6. Aumentar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde de 80% para 85%, reduzindo encaminhamentos para especialistas.	85%
7. Monitorar em tempo real 100% dos leitos hospitalares, exceto emergências.	100%
8. Reduzir em 15% o tempo médio de internação em leitos clínicos contratualizados.	15%
9. Reduzir de 52 para 30 dias o tempo médio de espera para consulta com especialistas de pacientes classificados como alta prioridade.	100%
10. Garantir que exames classificados como alta ou muito alta prioridade sejam realizados em 30 dias.	100%

ANEXO 10 – Pactuação Interfederativa de Indicadores de Saúde SISPACTO 2017-2021 (Resolução CIT 08/2016)

Nº	Tipo	Indicador	Unid	2017	2018	2019	2020	2021
1	U	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	/100.000	372	370	368	366	364
2	E	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF-10 a 49 anos) investigados	%	100	100	100	100	100
3	U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	%	96	96	98	98	98
4	U	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade –Pentavalente (3º dose) Pneumocócica 10 –valente (2º dose), Poliomelite (3º dose) e e Triplice Viral (1º dose) – com cobertura vacinal preconizada	%	25	25	50	50	75
5	U	Proporção de casos de doença de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	%	75	80	80	85	85
6	U	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	%	83	83	85	85	85
8	U	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	N. Absol	550	500	450	400	350
9	U	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	N. Absol	4	4	3	3	3
10	U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	%	100	100	100	100	100
11	U	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	%	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35
12	U	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	%	0,25	0,25	0,30	0,30	0,35
13	U	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	%	50	50	52,5	52,5	55
14	U	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	%	14	13	13	12	11
15	U	Taxa de Mortalidade Infantil	%	9,20	9,00	9,00	8,75	8,75
16	U	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	%	6	6	6	5	5
17	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	%	70	70	75	75	75
18	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	%	55	60	65	70	75
19	U	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	%	37	40	42	45	50
20	U	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios no ano	%	100	100	100	100	100
21	E	Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	N. Absol	1800	2200	2500	3200	3900

22	U	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	N. Absol	Não se faz ciclos nas residências. Nossa metodologia é com armadilhas. Não vamos pactuar.				
23	U	Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	%	100	100	100	100	100
Nº	Tipo	INDICADORES ESTADUAIS	Unidade	2017	2018	2019	2020	2021
1	RS	Proporção de cura de casos novos de tuberculose	%	56	60	65	70	75
2	RS	Proporção de amostras de água com presença de Escherichia Coli, em Soluções Alternativas Coletivas	%	15	15	10	10	10
3	RS	Proporção de óbitos por Acidentes de Trabalho investigados	%	100	100	100	100	100
4	RS	Taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionadas ao trabalho	%	25	6,25	6,25	6,25	6,25

ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APAC	Autorização de Procedimento de Alto Custo
APH	Atendimento pré-hospitalar
APS	Atenção Primária em Saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
BPA-C	Boletim de Atendimento Ambulatorial Consolidado
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
CAC	Comissões de Acompanhamento de Contratos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAUAE	Comissão de Análise Urbanística e Ambiental de Estações Rádio Base
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ceo-d/CPO-D	Dentes cariados, perdidos e obturados
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CERIH	Central de Regulação de Internações Hospitalares
CGVS	Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte
CIH-A	Sistema de Comunicação Informação Hospitalar e Ambulatorial
CIM	Centro de Informações de Medicamentos
CMCE	Central de Marcação de Consultas e Exames
CMG	Coeficientes de mortalidade geral
CMI	Coeficiente de mortalidade infantil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRA/SES	Central de Regulação Ambulatorial do Estado
CRAI	Atenção Integral de Crianças e Adolescentes Vítimas de Violências
CRF	Centro de Reabilitação Física
CRS	Cordenadoria Regional de Saúde
CRT	Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS
CRTB	Centro de Referência em Tuberculose
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DTA	Doenças transmitidas por alimentos
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DS	Distrito sanitário
DSEI	Distritos Especiais de Saúde Indígena
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
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 Multiprofissional de Apoio

EGLRF	Escritório Geral de Licenciamentos e Regularização Fundiária
ERB	Estações Rádio Base
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EVSAT	Equipe de Vigilância em Saúde Ambiental e do Trabalhador
FPO	Ficha de Programação orçamentária
GD	Gerência Sanitária
Geração POA	Oficina de Geração de Renda
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HMIPV	Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas
HSH	Homens que fazem sexo com homens
HPS	Hospital de Pronto Socorro
HVN	Hospital Vila Nova
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC	Índice de massa corporal
IMFA	Índice Médio de Infestação de Fêmeas do Aedes
LABCEN	Laboratório Central
MI Aedes	Monitoramento Inteligente do Aedes
NAMAB	Núcleos de Apoio Matricial da Atenção Básica
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PESM	Plantões de Emergência em Saúde Mental
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PIB	Produto Interno Bruto
PIM-PIA	Programa Primeira Infância Melhor
PIS	Práticas Integrativas em Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PVHA	Pessoas que vivem com HIV/Aids
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PECT	Programa Estadual de Controle da Tuberculose
PEPIC	Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNH	Política Nacional de Humanização
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PMAN	Política Municipal de Alimentação e Nutrição
PPA	Plano Plurianual Municipal
PROMETA	Programa de Metas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RR	Risco relativo
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SE	Semana epidemiológica
SHI	Sistema de Internações Hospitalares
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SISPACTO	Pactuação Interfederativa de Indicadores da Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMAM	Secretaria Municipal do Meio Ambiente
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
TARV	Tratamento antirretroviral
TRM-TB	Reste rápido molecular para tuberculose
UMA	Sistema de Informação Ambulatorial
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
VigiAR	Programa de Vigilância às Populações Expostas aos Poluentes Atmosféricos
VIGITEL	Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico