



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



**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010- 2013**

Porto Alegre, setembro de 2010.

**AUTORIDADES MUNICIPAIS**

JOSÉ FORTUNATTI

**Prefeito Municipal**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CARLOS HENRIQUE CASARTELLI

**Secretário Municipal de Saúde**

MARCELO BÓRIO

**Secretário Adjunto**

CAROLINA SANTANNA

**Secretária Substituta**

JAMES MARTINS DA ROSA

**Coordenação Geral**

MARIA LETICIA DE OLIVEIRA GARCIA

**Conselho Municipal de Saúde**

MIRIAN GIZELE MEDEIROS WEBER

**Assessoria de Planejamento e Programação**

CHRISTIANE NUNES DE FREITAS

**Coordenadoria Geral da Rede de Atenção Primária em Saúde**

CARMEN JASPER

**Assessoria de Comunicação**

FABIANO BRUM BERESFORD

**Assessoria Jurídica**

ANDERSON ARAUJO DE LIMA

**Coordenadoria Geral da Vigilância em Saúde**

ELAINE TWEEDIE LUIZ

**Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde**

ROBERTA RIGGO DALCIN

**Sistema Municipal de Urgência**

ANDRÉ BELLIO

**Coordenadoria Geral de Administração Financeira e Orçamentária**

MAGLIANE BREVES BACEDONI BRASIL LACATELLI

**Coordenação Geral de Apoio Técnico Administrativo**

ROBERTO SCALCO IZQUIERDO

**Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Serviços**

SERGIO R. LOMANDO

**Gerência de Saúde do Servidor Municipal**

MARIA ISABEL BITTENCOURTT

**Hospital Materno Infantil Presidente Vargas**

JULIO HENRIQUE G. FERREIRA

**Hospital de Pronto Socorro**

TANIA MARIA COUTO COELHO

**Assessoria Parlamentar****GERÊNCIAS DISTRITAIS**

MAGDA MARIA GASPARY BERTONCELLO

**Centro**

ANA LÚCIA DE LEÃO DAGORD

**Noroeste-Humaitá-Navegantes e Ilhas**

ANGELA REGINA GROFF NUNES

**Norte e Eixo Baltazar**

ELIANA FERREIRA

**Leste/ Nordeste**

VÂNIA MARIA FRANTZ

**Partenon /Lomba do Pinheiro**

LORI MARIA GREGORY

**Glória/Cruzeiro/ Cristal**

SANDRA DALLA COSTA

**Restinga/ Extremo Sul**

MÁRIO CORREA EVANGELISTA JR

**Sul/Centro Sul**

<b>GRUPO DE TRABALHO</b>
--------------------------

Anderson Araujo Lima

André Luis Bellio

Cleusa M. Almeida Mendes

Christiane Nunes de Freitas

Denise Antunes Nascimento

Elaine Oliveira Soares

Gerci Salete Rodrigues

Heloisa Helena Rousselet de Alencar

Ignez Maria Serpa Ramminger

José Carlos Sangiovanni

Lurdes Maria Toazza Tura

Marcelo Bósio

Márcia Elisa Pereira Trindade

Maria Letícia de Oliveira Garcia

Mirian Gizele Medeiros Weber

Susane Schirmer Mendes Scheid

Roberta Rigo Dalcin

<b>SECRETARIA TECNICA DO CMS</b>
----------------------------------

Christiane Nunes de Freitas

Nei Carvalho

Maria Letícia de Oliveira Garcia

Heloisa Helena Rousselet de Alencar

Oscar Paniz

Mirian Gizele Medeiros Weber

Humberto Escorza

Luis Walter Jaques Dornelles

Tânia Ledi da Luz Ruchinsque

Dianne Mara Vittorassi

Walter Jeck

Teresinha Albina Maraskin

Ernani T. Ramos

Elizabeth Eggrs Cassali

Moiseli Paz

Mario P. França

Vera Puerari

Vanderlei Luiz Matiello Fornari

Danielly Silveira de Souza

<b>COLABORADORES</b>
----------------------

Adriana Tarrago, Carolina Santanna, Simone Ávila, Patrícia de Oliveira, Vera Regina Puerari, Luiza Ribeiro, Cláudia Fernandes Costa Zanini, Maria de Fátima Pinho de Bem, Ruth Alves de Ávila, Rosa Maria Rimolo Vilarino, Denis da Silva Fraga, Suzana Luiza Weber Backes de Leon, Carlos Oscar Kieling, Maria Luiza Hofmeister Meneghini, Carmen Lucia Salvador Stein, Luciane Rampanelli Franco, Jussara Benvenuti, Roberto Scalco Isquierdo, Magliane Breves Bacedoni Brasil Locatelli, Edinei Rosane Silva Barreto, Sara Jane Escouto dos Santos, Elaine Black Ceccon, Margarida Maria Martimiano Ramos, Cecilia Gutterres, Jacqueline Elbern, Carolina Veli Perlott, Marcele Moretto, Oscar Paniz, Rosane Mortari Cicconet, Katia Camargo de Oliveira , José Mario D' Avila Neves, Maira Bueno, Francisco Mazzuca, Carla Molin, Flavio Augusto Guedes, Lenise Ibargoyen Santolin, Juliana Giorgetta Proença, Alberto Luiz Grigolli Maia, Maristela Fiorini, Marcia Cambraia Calixto, Rosane Simas Gralha, Patrícia C. Wiederkehr. Estagiárias, residentes e funcionários da ASSEPLA. GT de Saúde Mental, GT de Fonoaudiologia, Comissão de Saúde da População Negra, GT Força Tarefa Combate a TB, Gerentes Distritais, Juliana Maciel Pinto.

## GLOSSÁRIO

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ADOT - Assistência Domiciliar Terapêutica

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

ASSECOM - Assessoria de Comunicação

ASSEJUR - Assessoria Jurídica

ASSEPLA - Assessoria de Planejamento e Programação

ASSETEC - Assessoria Técnica

AVD - Atividades de Vida Diária

AZT - Azidethymidine

C - Centro

CA - Câncer

CAPS - Centro de Apoio Psicossocial

CAPSad - Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi - Centro de Apoio Psicossocial Infantil

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CD - Cirurgião Dentista

CE - Causas Externas

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa



CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CERIH - Central de Regulação de Internações Hospitalares

CGADSS - Coordenadoria- Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores da Saúde

CGAFO - Coordenadoria-Geral de Administração Financeiro-Orçamentária

CGATA - Coordenadoria-Geral de Apoio Técnico- Administrativo

CGPAN/MS - Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do MS

CGRAPS – Coordenadoria Geral da Rede de Atenção Primária em Saúde

CGRSS – Comissão de Gerência de Resíduos dos Serviços de Saúde

CGSMU - Coordenação Geral do Sistema Municipal de Urgências

CGVS - Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

CH – Carga Horária

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CMCE – Central de marcação de Consultas e Exames

CME – Centro de Material e Esterilização

CMI – Comitê de Mortalidade Infantil

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNDSS – Comissão Nacional de Determinantes Sociais

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico

COMEN – Conselho Municipal de Entorpecentes

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CPF – Comissão de Padronização de Formulários

CRABS – Coordenação da Rede de Atenção Básica

CRAI – Centro de Referência no Atendimento Infanto-juvenil

CRIE – Centro de referência de Imunobiológicos Especiais

CS – Centro de Saúde

CTA – Centro de Triagem e Aconselhamento

DAC – Doenças do Aparelho Circulatório

DANT – Doenças e Agravos Não-Transmissíveis

DAR – Doenças do Aparelho Respiratório

DEM HAB – Departamento Municipal de Habitação

DEN – Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas

DIP – Doenças Infecto-Parasitárias

DIU – Dispositivo Intra Uterino

DM – Diabete Mellitus

DMLU – Departamento Municipal de Limpeza Urbana

DO – Declaração de óbito

DOPA – Diário Oficial de Porto Alegre

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EAP – Equipe de Administração de Pessoal

ED – Equipe de Desenvolvimento

EJA – Educação de Jovens e Adultos

EPTC – Empresa Pública de Transporte e Circulação

ERGR – Equipe de Registro Geral e Recepção

ESE – Estratégia Saúde Escolar

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania

FUGAST – Fundação de Gastroenterologia do Estado

GCC – Glória, Cruzeiro, Cristal

GD – Gerências Distritais

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

GM – Gabinete Ministerial

GPO – Gabinete de Programação Orçamentária

GRSS – Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde

GS – Gabinete de Saúde

GSSM – Gerência de Saúde do Servidor Municipal

GTH – Grupos de Trabalho de Humanização

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HCR – Hospital Cristo Redentor

HEPA – Hospital Espírita de Porto Alegre

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

HMV – Hospital Moinhos de Vento

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

HPB – Hospital Parque Belém

HPS – Hospital de Pronto Socorro

HSL PUC – Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

HTLV – Human T Cell Lymphotropic Vírus Type I

HVN – Hospital Vila Nova

IAPETC – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICV – Índice de Condições de Vida

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INCA – Instituto Nacional do Câncer

INEP – Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IUBAAM – Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação

Km – Kilômetros

LENO – Leste. Nordeste

LT I – Licença de Tratamento de Interesse

MOVA – Movimento de Alfabetização de Jovens e Adultos

MS – Ministério da Saúde

N – Total

NASCA – Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente

NEB – Norte Eixo Baltazar

NEO – Neoplasias

NEU – Núcleo de Ensino em Urgência

NHNI – Noroeste, Navegantes, Humaitá e Ilhas

ODP – Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Pronto Atendimento da Cruzeiro do Sul

PAIGA – Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente

PESM – Plantão de Emergência em Saúde Mental

PLP – Partenon, Lomba do Pinheiro

PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre

PMS – Plano Municipal de Saúde

PMSH – Política Municipal de Saúde do Homem

PNH – Política Nacional de Humanização

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PPA – Programação Pluri Annual

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PPV – Programa de Prevenção à Violência

PRÁ-NENÊ – Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no Primeiro Ano de Vida

PRD – Programa de Redução da Danos

PSF – Programa Saúde da Família

PUC – Pontifícia Universidade Católica

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RES – Restinga

RN – Recém-nascido

ROP – Região do Orçamento Participativo

RSNV – Relatório Semanal de Nascidos Vivos

SAE – Serviço de Apoio Especializado

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências

SCS – Sul, Centro Sul

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SIM – Sistema de Informações de Mortalidade

SIM – Sistema Nacional de Mortalidade Infantil

SINASC – Sistema de Notificação de Nascidos Vivos

SISPRÉNATAL – Sistema de Informação do Acompanhamento do Pré-Natal

SISVAN – Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SRTN – Serviço de Referência de Triagem Neonatal

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TBC – Tuberculose

THD – Técnico de Higiene Dental

TMI – Transmissão Materno-Infantil

TS – Tratamento Supervisionado

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

US – Unidade de Saúde

USA – Unidade de Suporte Avançado

USB – Unidade de Suporte Básico

UTC – Usina de Triagem e Compostagem

UT I – Unidade de Tratamento Intensivo

VD – Visitas Domiciliares

VDRL – Pesquisa Laboratorial de Doença Venérea

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Crescimento da população de Porto Alegre, 1800 a 2000	37
Gráfico 2 – Distribuição etária da população	38
Gráfico 3 - Proporção dos habitantes de Porto Alegre por sexo e por faixa etária, 2009	39
Gráfico 4 - Proporção dos habitantes de Porto Alegre por sexo e por faixa etária	39
Gráfico 5: Número e proporção de adolescentes na população total de Porto Alegre, 1980 a 2009	41
Gráfico 6 - Proporção da população negra na DNV por Gerência Distrital, Porto Alegre 2001 a 2009	43
Gráfico 7 - Disparidade IDHM, 2000 - Brasil, RS e regiões do Orçamento Participativo de Porto Alegre e UDH da RMPOA	46
Gráfico 8 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2000: Todas as UDHS da Região Metropolitana de Porto Alegre	47
Gráfico 9 - Índice de Desenvolvimento Humano – 1991 e 2000	48
Gráfico 10 - Proporção da população negra na NV por região de 2001 a 2009	55
Gráfico11- Renda apropriada por extratos da população, na região metropolitana de Porto Alegre	57
Gráfico 12 – Analfabetismo na região metropolitana de Porto Alegre, 2000	59
Gráfico 13 - Escolaridade materna em Porto Alegre, 2001 – 2008	61
Gráfico 14 - Demonstrativo dos acidentes de trânsito retirado do anuário estatístico de Porto Alegre, 2008	70
Gráfico 15 – Número de óbitos por idade em Porto Alegre, 2008	70
Gráfico 16 – Número de óbitos por sexo em Porto Alegre, 2008	71
Gráfico 17 - Mortalidade de mulheres em idade fértil	74
Gráfico 18 – homicídios por causa externa e cor	82
Gráfico 19 - Proporção dos óbitos por causa externa dos habitantes de Porto Alegre por sexo e por faixa etária, 2001 a 2008	82
Gráfico 20 - Casos notificados de dengue por semana epidemiológica e regiões do Brasil, 2009-2010	85
Gráfico 21 – Mapa dos Municípios infestados por Aedes aegypti nos últimos 12 meses no Rio Grande do Sul, até 13/07/2010	86
Gráfico 22 - Distribuição dos casos AUTÓCTONES (RS) de dengue por semana epidemiológica, Porto Alegre, 2010.	89

Gráfico 23 – Taxa de incidência de AIDS em menores de 13 anos por raça/cor em Porto Alegre, 2009	110
Gráfico 24 - Número de casos confirmados e descartados de Síndrome da Rubéola Congênita em Porto Alegre, 1999 – 2008.	111
Gráfico 25 - Distribuição proporcional do acompanhamento das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, Porto Alegre, 2005-2010.	136
Gráfico 26 – Coberturas vacinais da Vacina Oral contra Poliomielite (VOP) em Porto Alegre, 2000 a 2009.	139
Gráfico 27 - Número de casos de coqueluche em Porto Alegre, 1999 a 2009	141
Gráfico 28 – Distribuição dos casos confirmados de coqueluche por faixa etária em Porto Alegre, 1999 a 2009	141
Gráfico 29 - Distribuição dos casos confirmados de Rubéola e descartados para Sarampo e Rubéola segundo ano de início dos sintomas, Porto Alegre, 1999 a 2009.	143
Gráfico 30 – Número de casos de meningite por <i>Haemophilus influenzae</i> por faixa etária em Porto Alegre, 1999 a 2009.	144
Gráfico 31 - Proporção das faixas etárias dos casos de hepatite viral A em Porto Alegre, 1999 a 2009	148
Gráfico 32 - Número de casos e taxa de incidência de varicela em Porto Alegre, 2001 a 2009.	149
Gráfico 33 - Número de nascimentos e óbitos em menores de 1 ano de idade em Porto Alegre, 2000 a 2009.	191
Gráfico 34 – Escolaridade materna e Taxa de Mortalidade Infantil em Porto Alegre, 2000 a 2009	192
Gráfico 35 – Taxa de Mortalidade Infantil (/1000) e a raça/cor em Porto Alegre, 2000 a 2009.	192
Gráfico 36 - Mortalidade proporcional por Capítulo do CID de 1 a 4 anos por raça/cor – Porto Alegre 2001 a 2009.	199
Gráfico 37 – Proporção de óbitos por causas externas em menores de 20 anos em Porto Alegre, 2001 a 2008.	202
Gráfico 38 – Proporção de óbitos por causas externas em crianças e adolescentes em Porto Alegre, 2001 a 2008	203



Gráfico 39 - Mortalidade proporcional pelos principais motivos de óbito (Capítulo do CID) em crianças e adolescentes em Porto Alegre, 2001 a 2008	204
Gráfico 40 - Fonte: Registro de Atendimentos das nutricionistas da rede básica da SMS	208
Gráfico 41 – Indicadores de Acidente Vascular Cerebral do SISPACTO, conforme faixa etária, para Porto Alegre/RS	209
Gráfico 42 - Casos absolutos de Acidente Vascular Cerebral, por faixa etária, em Porto Alegre	210
Gráfico 43 - Distribuição dos casos agudos da Hepatite segundo faixa etária, em Porto Alegre, no período 1999 a 2009	214
Gráfico 44 - Distribuição proporcional segundo faixa etária, em Porto Alegre, no período 1999 a 2009	215
Gráfico 45 - Distribuição proporcional de casos de Hepatite B aguda segundo faixa etária, Porto Alegre, 1999 a 2009	215
Gráfico 46 – Distribuição dos casos de Hepatite B Aguda segundo faixa etária em anos e ano de diagnóstico, Porto Alegre, 1999 a 2009.	216
Gráfico 47- Distribuição dos casos de Hepatite B aguda segundo faixa etária (em anos) e ano de diagnóstico , Porto Alegre, 1999 a 2009	216
Gráfico 48 - Distribuição proporcional por faixa etária dos casos de Hepatite C, Porto Alegre, 1999 a 2009	218
Gráfico 49 - Cobertura vacinal média (%) com vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), Porto Alegre, 2000 a 2009.	219
Gráfico 50 – Distribuição segundo faixa etária (em anos) e ano de início dos sintomas dos casos confirmados de rubéola, Porto Alegre, 1999 a 2009	220
Gráfico 51 – Casos de tétano	221
Gráfico 52 – Distribuição segundo faixa etária em anos, do total de casos de tétano Acidental no período de 1999 a 2009. Porto Alegre	222
Gráfico 53 - Coeficiente de Incidência por AIDS em residentes em Porto Alegre, série histórica 1983 – 2008	223
Gráfico 54 - Letalidade por AIDS, residentes em Porto Alegre, por ano diagnóstico, série histórica 1983 – 2008	224

Gráfico 55 - Casos de AIDS, residentes em Porto Alegre, distribuição por raça/cor, série 2002 – 2008	225
Gráfico 56 - Casos de AIDS em residentes em Porto Alegre, distribuição por sexo e raça, no ano diagnóstico 2009.	226
Gráfico 57 - Casos de AIDS em maiores de 13 anos em Porto Alegre, 2009	227
Gráfico 58 - Proporção de casos de AIDS em adultos residentes em Porto Alegre, distribuição por faixa etária, séries históricas 1983 a 2008	227
Gráfico 59 - Proporção de casos de AIDS em adultos residentes em Porto Alegre, distribuição por faixa etária, 1999 a 2008	228
Gráfico 60 - Casos de AIDS, residentes em Porto Alegre, distribuição por categoria de exposição, série 1999 – 2008	229
Gráfico 61 - Casos de AIDS, residentes em Porto Alegre, distribuição do por categoria de exposição – UDI, 1999 a 2008	230
Gráfico 62 - Incidência de tuberculose pulmonar bacilífera, RS, 2007	231
Gráfico 63 – Incidência de tuberculose, Porto Alegre- 2001 a 2008	232
Gráfico 64 – Incidência de Tuberculose nas capitais brasileiras – MS/SVS	233
Gráfico 65 - Taxa de coinfeção TB/HIV dos casos novos de tuberculose todas as formas clínicas em residentes de Porto Alegre.	234
Gráfico 66 - Distribuição da taxa de incidência de casos de tuberculose, por Gerência Distrital / Porto Alegre, 2006.	234
Gráfico 67 - Taxa de incidência de tuberculose Presídio Central, segundo ano de diagnóstico, Porto Alegre 2001-2010.	235
Gráfico 68 – Taxa de incidência de Tuberculose por raça e cor	235
Gráfico 69 - Situação de alta do PSF Sem Domicílio – Porto Alegre, anos 2006 e 2007	237
Gráfico 70 - Distribuição da investigação dos casos de Leptospirose	246
Gráfico 71 - Distribuição da evolução dos casos de leptospirose	246
Gráfico 72 – Razão de Mortalidade Materna de 1996 a 2008	254
Gráfico 73 - Mortalidade em mulheres em idade fértil, segundo raça/cor, Porto Alegre	255
Gráfico 74 – Nascidos vivos e óbitos maternos	257

Gráfico 75 - Exames de Citopatológicos coletados 2007 a 2009	260
Gráfico 76 - Exames de ecografia realizados, 2008/ 2009.	262
Gráfico 77 - Exames de mamografia realizados, 2008/ 2009.	263
Gráfico 78 - Taxa de incidência de mortalidade por causas externas de 15 a 24 anos por raça/cor em Porto Alegre 2001 a 2009	269
Gráfico 79 - Pirâmide populacional dos indígenas cadastrados no SIASI, 2009.	296
Gráfico 80 – Relação de vacâncias	326
Gráfico 81 - Planejamento estratégico na SMS/POA	343
Gráfico 82 - Territórios de abrangência das Gerências Distritais de Saúde, 2010	369
Gráfico 83 – Programa estruturante	444
Gráfico 84 – Unidades de Atenção	444
Gráfico 85 – Regionalização da saúde	445
Gráfico 86 – Unidades de Nefrologia	445

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa Bruta de Natalidade e de Fecundidade em Porto Alegre, 2001 a 2008.	37
Tabela 2 – Nascidos vivos de mães residentes em Porto Alegre, 2000 a 2008	40
Tabela 3 - População residente por faixa etária e sexo em Porto Alegre, 2009	41
Tabela 4 – Proporção de adolescentes por Gerência Distrital em Porto Alegre, 2000	42
Tabela 5 - População Masculina e Feminina por Gerência Distrital, 2007	43
Tabela 6 - Estimativa de pessoas ocupadas, segundo setores de atividade econômica, Porto Alegre, 2007 – 2009	53
Tabela 7 - Estimativa de pessoas em idade ativa, segundo condição de atividade, Porto Alegre, 2007 – 2009	54
Tabela - 8 Doenças causadas pela falta de saneamento e de educação ambiental:	62
Tabela 9 – Efeitos dos principais poluentes na atmosfera	66
Tabela 10 – Mortalidade proporção por capítulo de causas dos óbitos do CID 10 por sexo em Porto Alegre, 2008	72
Tabela 11 – Mortalidade proporção por capítulo de causas dos óbitos do CID 10 por raça/cor em Porto Alegre, 2008	73
Tabela 12 – Mortalidade proporção por capítulo de causas dos óbitos do CID 10 por Gerência Distrital em Porto Alegre, 2008.	75
Tabela 13 - Mortalidade proporcional por capítulo de causas dos óbitos do CID 10 por faixa etária em Porto Alegre, 2008	77
Tabela 14 - Mortalidade proporcional por causa externa por faixa etária em Porto Alegre, 2008	79
Tabela 15 – Mortalidade proporcional por causa externa por raça/cor em Porto Alegre, 2008	81
Tabela 16 - Comparativo de casos notificados de dengue por Unidade Federada. Semanas Epidemiológicas 1 a 17 de 2009 / 2010*.	84
Tabela 17 - Frequência de casos confirmados de dengue segundo classificação final e ano da notificação, de residentes em Porto Alegre, de 2001 a 2009 (SE 52).	87

Tabela 18 - Frequência de casos investigados de dengue segundo classificação final e ano da notificação, de residentes em Porto Alegre, no período correspondente a Semana epidemiológica 01 a 24 de 2007 a 2010.	88
Tabela 19 - Estimativa do número de casos de dengue com necessidade de hidratação em Porto Alegre, em diferentes cenários epidemiológicos, por Gerência Distrital de Saúde.	90
Tabela 20 - Estimativa do número de casos de dengue com necessidade de hospitalização e casos de febre hemorrágica em Porto Alegre, em diferentes cenários epidemiológicos, por Gerência Distrital de Saúde	91
Tabela 21 – Número de gestantes cadastradas no SISPRENATAL por Gerência Distrital e por tipo de hospital de nascimento (SUS e não SUS) em Porto Alegre em 2008.	93
Tabela 22 - Características maternas e gestacionais dos nascimentos em 2008 por Gerência Distrital e por tipo de hospital de nascimento (SUS e não SUS) em Porto Alegre	95
Tabela 23 - Nascidos vivos de mães residentes em Porto Alegre, 2000 a 2008.	97
Tabela 24 – Número de nascimentos por Gerência Distrital em Porto Alegre, 2000 a 2008.	98
Tabela 25 - Taxa de natalidade e de fecundidade por Gerência Distrital em Porto Alegre, 2008	100
Tabela 26 – Características dos recém-nascidos em 2008 por Gerência Distrital e por tipo de hospital de nascimento (SUS e não SUS) em Porto Alegre.	101
Tabela 27 – Número de casos e taxa de incidência de sífilis congênita por Gerência Distrital e por ano em Porto Alegre, 2007, 2008 e 2009.	104
Tabela 28 – Número de casos e taxa de incidência de sífilis congênita por raça/cor e por ano em Porto Alegre, 2007, 2008 e 2009.	105
Tabela 29 – Casos confirmados de sífilis em gestante e congênita e momento do diagnóstico em Porto Alegre, 2007 a 2009.	106
Tabela 30 – Taxa de exposição e de transmissão congênita do HIV em Porto Alegre, 2002 a 2009.	108
Tabela 31 – Número de casos e taxa de incidência AIDS em menores de 5 anos e em menores de 13 anos em Porto Alegre, 2000 a 2009.	109
Tabela 32 – Malformações congênitas em Porto Alegre, 2001 a 2009.	115
Tabela 33 – Frequência proporcional da classificação das malformações segundo o CID em nascidos vivos em Porto Alegre, 2001 a 2009.	116

Tabela 34 – Número de AIH de partos em Porto Alegre (por ocorrência e por residência) e número de Emissões Otoacústicas Evocadas para Triagem Auditiva (Procedimento: 02.11.07.014-9) realizadas por hospital, 2008 e 2009.	118
Tabela 35 - Local da coleta do teste de triagem neonatal (teste do pezinho) em Porto Alegre, 2009.	120
Tabela 36 - Motivos de internação (Capítulo do CID 10) durante o período neonatal em Porto Alegre, 2008.	122
Tabela 37 - Motivos de internação neonatal (CID 10) por Afecções Originadas no Período Perinatal em Porto Alegre, 2008.	123
Tabela 38 - Motivos de internação neonatal (CID 10) por Doenças Infecciosas e Parasitárias em Porto Alegre, 2008.	124
Tabela 39 – Aleitamento materno exclusivo (AME) no primeiro dia em casa e em menores de 6 meses em Porto Alegre, 2008.	126
Tabela 40 – Aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses por tipo de serviço de puericultura em Porto Alegre, 2008.	126
Tabela 41 – Proporção de crianças que consumiram água, chá, suco ou outro leite água, segundo faixa etária em Porto Alegre, 2008.	127
Tabela 42 – Proporção de crianças que consumiram comida de sal, frutas, verduras, legumes e alimentos considerados não saudáveis, segundo faixa etária em Porto Alegre, 2008.	128
Tabela 43 – Número de inscritos no Programa Prá-Nenê por Gerência Distrital, 2006 a 2008.	130
Tabela 44 – Dados da primeira consulta dos inscritos no Programa Prá-Nenê por Gerência Distrital, 2008.	131
Tabela 45 – Acompanhamento mínimo ( 7 consultas) dos inscritos no Programa Prá-Nenê por Gerência Distrital, 2006 a 2008.	132
Tabela 46 – Gestantes e crianças menores de 1 ano e de 12 a 23 meses acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre, 2008	133
Tabela 47 – Estado nutricional dos Beneficiários do Programa Bolsa Família em Porto Alegre, 2008	134
Tabela 48 - Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade em Porto Alegre, 2008 a 2010	135

Tabela 49 - Proporção de sobrepeso e obesidade (IMC) por faixa etária em Porto Alegre, 2008 a 2010	135
Tabela 50 - Casos confirmados Notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, Porto Alegre, 2007 a 2009	144
Tabela 51 - Casos confirmados de meningite por agente etiológico em menores de 20 anos em Porto Alegre, 2007 a 2009.	145
Tabela 52 - Casos confirmados e taxa de incidência (/100.000) de tuberculose por faixa etária em Porto Alegre, 2001 a 2009.	147
Tabela 53 – Cobertura vacinal em Porto Alegre, 1999 a 2008	151
Tabela 54 – Cobertura vacinal em menores de 1 ano em Porto Alegre, 2008.	152
Tabela 55 – Incidência de eventos adversos pós vacinação, por vacina, Porto Alegre, 2005	154
Tabela 56 - Número de casos de diarreia notificados por faixa etária em Porto Alegre, 2007 a 2009	156
Tabela 57 – Número de internações hospitalares por doença diarreica aguda em crianças em Porto Alegre, 2008.	157
Tabela 58 – Número de óbitos, taxa de mortalidade e de mortalidade proporcional em menores de 5 anos em Porto Alegre, 2001 a 2009	158
Tabela 59 – Número de notificações de violência em menores de 20 anos em Porto Alegre, 2006 a 2008	159
Tabela 60 – Número de notificações de violência em menores de 20 anos por sexo em Porto Alegre, 2006 a 2008.	160
Tabela 61 – Número de notificações segundo o ambiente da violência em menores de 20 anos em Porto Alegre, 2006 a 2008.	160
Tabela 62 – Número de atendimentos por acidentes e violência em menores de 20 anos em Porto Alegre, outubro de 2009.	161
Tabela 63 – Número de atendimentos por acidentes e violência por sexo em menores de 20 anos em Porto Alegre, outubro de 2009.	162
Tabela 64 - Número de atendimentos por causa do acidente em menores de 20 anos em Porto Alegre, outubro de 2009	163
Tabela 65- Número de atendimentos por queda segundo o local da ocorrência em menores de 20 anos em Porto Alegre, outubro de 2009	164

Tabela 66 - Número de atendimentos por violência em menores de 20 anos em Porto Alegre, outubro de 2009.	165
Tabela 67 – Motivos de internação (Capítulo do CID 10) de 28 a 364 dias de vida em Porto Alegre, 2008	167
Tabela 68 - Motivos de internação por doenças do aparelho respiratório de 28 a 364 dias de vida em Porto Alegre, 2008	168
Tabela 69 - Motivos de internação por doenças infecciosas de 28 a 364 dias de vida em Porto Alegre, 2008	169
Tabela 70 – Número de internações hospitalares e taxa de internação de moradores de Porto Alegre por faixa etária, 2008	170
Tabela 71 – Motivos de internação (Capítulo do CID 10) de 1 a 9 anos em Porto Alegre, 2008	172
Tabela 72 – Motivos de internação (Capítulo do CID 10) de 10 a 19 anos em Porto Alegre, 2008	174
Tabela 73 - Internação hospitalar* de residentes de Porto Alegre, por sexo e faixa etária, em 2008	176
Tabela 74 – Número de internações por causas externas por sexo e faixa etária em Porto Alegre, 2008	177
Tabela 75 - Motivo de internação hospitalar por causa externa em crianças e adolescentes, Porto Alegre, 2008	178
Tabela 76 – Número de nascimentos de mães adolescentes em Porto Alegre, 2001 a 2008	180
Tabela 77 – Proporção de nascimentos de mães adolescentes em Porto Alegre, 2001	180
Tabela 78 - Proporção de nascimentos de mães adolescentes por Gerência Distrital e entre os Usuários do SUS, 2008	181
Tabela 79 - Proporção de nascimentos de mães adolescentes por raça/cor em Porto Alegre, 2001 a 2008	182
Tabela 80 – Taxa específica de fecundidade (/1.000) por faixa etária em Porto Alegre, 2001 a 2008	182
Tabela 81 - Taxa específica de fecundidade (/1.000) por faixa etária por Gerência Distrital, 2008	183
Tabela 82 – Número de nascimentos, óbitos fetais e neonatais precoce, taxa de mortalidade fetal e perinatal em Porto Alegre, 2000 a 2009	184



Tabela 83 - Número de nascimentos, óbitos fetais e taxa de mortalidade fetal em Porto Alegre, 2008	185
Tabela 84 - Comparação das características maternas e de nascimento entre os nascidos vivos, os óbitos infantis e os óbitos fetais	186
Tabela 85 – Causa dos óbitos fetais segundo os Capítulos do CID-10 em Porto Alegre, 2001 a 2009	187
Tabela 86 – Número de óbitos fetais por idade gestacional em Porto Alegre, 2001 a 2009.	188
Tabela 87 – Número de óbitos fetais por peso em Porto Alegre, 2001 a 2009.	188
Tabela 88 – Motivo do óbito fetal por Capítulo do CID em fetos com peso $\geq$ 2500 gramas em Porto Alegre, 2001 a 2009	189
Tabela 89 - Número de nascimentos, óbitos em menores de 1 ano de idade e Taxas de Mortalidade em Porto Alegre, 2000 a 2009.	190
Tabela 90 - Número de óbitos em menores de 1 ano de idade e Taxas de Mortalidade por Gerência Distrital em Porto Alegre, 2008	193
Tabela 91 - Número de óbitos em menores de 1 ano de idade segundo a causa básica (Capítulo do CID) em Porto Alegre, 2008.	195
Tabela 92 - Número de óbitos em menores de 1 ano de idade segundo a classificação de evitabilidade da causa básica (Critérios de Redutibilidade) em Porto Alegre, 2008	196
Tabela 93 - Número de óbitos em maiores de 1 e menores de 10 ano de idade em Porto Alegre, 2001 a 2009	197
Tabela 94 - Número de óbitos em maiores de 1 e menores de 10 ano de idade segundo a causa básica (Capítulo do CID) em Porto Alegre, 2001 a 2009	197
Tabela 95 - Número de óbitos em adolescentes em Porto Alegre, 2001 a 2009.	200
Tabela 96 - Número de óbitos em adolescentes segundo a causa básica (Capítulo do CID) em Porto Alegre, 2001 a 2009	201
Tabela 97 - Número de óbitos em crianças e adolescentes segundo a causa básica (Capítulo do CID) em Porto Alegre, 2001 a 2009.	204
Tabela 98 - Experiência de Cárie estimada para Porto Alegre em 2003	212
Tabela 99 - Necessidade e Uso de Prótese Dentária entre adultos e idosos estimada para Porto Alegre em 2003	213
Tabela 100 – Casos de AIDS em residentes em Porto Alegre, distribuição dos casos por cor e sexo, série 2002 – 2008	225

Tabela 101 – Casos de Aids em Porto Alegre, proporção dos casos por ano diagnóstico e categoria de exposição, 1999 - 2008	229
Tabela 102 - Casos Novos de Tuberculose residentes o município, por ano de diagnóstico e resultado de tratamento.	236
Tabela 103 - Cobertura Vacinal RGS e Porto Alegre segundo grupos populacionais H1N1	242
Tabela 104 - População estimada para o ano de 2009, <i>DATASUS</i>	243
Tabela 105 - Casos Novos de Hanseníase residente no município	248
Tabela 106 - Casos de Hanseníase residente em Porto Alegre por classificação Clínica	249
Tabela 107 - Percentual de cura dos pacientes diagnosticados para Hanseníase em Porto Alegre no período de 2005 a 2009	249
Tabela 108 - Taxa de fecundidade específica por Gerência Distrital de Saúde, Porto Alegre, 2008	258
Tabela 109 - Indicadores do pré natal por gerência distrital de saúde – 2008	258
Tabela 110 - Dados Demográficos por GDS – Porto Alegre	267
Tabela 111 - Faixas etárias de homens em Porto Alegre por bairro	268
Tabela 112 - Distribuição da população idosa por Gerência	272
Tabela 113 – Estimativa de PPD	287
Tabela 114 - Comunidades indígenas segundo etnia, serviços de atenção primária à saúde de referência e existência de Agente Indígena de Saúde – Porto Alegre - 2010	294
Tabela 115 - População indígena de Porto Alegre por etnia, gênero e comunidade	296
Tabela 116 - Despesa total e específica em saúde em Porto Alegre/RS, 2009.	303
Tabela 117 - Transferências de outras Esferas de Governo para a Saúde (Transf. Reg e Automáticas, Pqto Serv., Convênios) e investimento Próprio, 2009	304
Tabela 118 - Quantitativo de Pessoal da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, 2010	321
Tabela 119 - Quadro geral de distribuição dos servidores municipais	322
Tabela 120 - Distribuição de Servidores – SEDE	323
Tabela 121 - Aposentadorias, no período 1996 a 2013, de servidores do MS, da SES e da FUGAST	327
Tabela 122 - Aposentadoria de servidores municipalizados (e criação de novas vagas)	327
Tabela 123 - Necessidade de criação de vagas para suprir os servidores municipalizados.	328

Tabela 124 - Morcegos enviados para análise laboratorial de Raiva - 2005 a outubro de 2010 - Porto Alegre	352
Tabela 125 - Bloqueios Vacinais 2007-2009 Porto Alegre	353
Tabela 126 – Expansão da ESF	360
Tabela 127 - Plano de readequação da Rede de Atenção Primária, por GD	363
Tabela 128 - Plano de readequação da Rede de Atenção Primária, por GDS	364
Tabela 129 - Plano de readequação da Rede de Atenção Primária, por gd restinga	364
Tabela 130 - Plano de readequação da Rede de Atenção Primária, por GD: GD GCC	365
Tabela 131 - Plano de readequação da Rede de Atenção Primária, por GD: GD LENO	365
Tabela 132 - Plano de readequação da Rede de Atenção Primária, por GD: GD NHNI:	366
Tabela 133 - Plano de readequação da Rede de Atenção Primária, por GD: GD CENTRO	366
Tabela 134 - Plano de readequação da Rede de Atenção Primária, por GD: GD Partenon e Lomba do Pinheiro	367
Tabela 135 - Total de unidades por modelo	368
Tabela 136 - Regionalização da assistência especializada	381
Tabela 137 - Farmácias Distritais e farmacêuticos	385
Tabela 138 – Centros de especialidades	388
Tabela 139 - Serviços de saúde mental	389
Tabela 140 – Distribuição das UPAS	392
Tabela 141 - Relatório de Leitos de Porto Alegre	393
Tabela 142 – Leitos de Saúde Mental em Porto Alegre	396
Tabela 143 – Diagnósticos - CID 10	397
Tabela 144 – Internações em Porto Alegre	398
Tabela 145 - Número de novas consultas em saúde mental, disponibilizadas mensalmente pela CMCE	405
Tabela 146 - Rede Regionalizada de Saúde Mental em Porto Alegre	407
Tabela 147 - Distribuição dos serviços de saúde bucal da rede de saúde própria e contratada do município.	409
Tabela 148 - Cobertura em saúde bucal na rede de atenção primária (própria e contratada) em Porto Alegre e por gerência distrital.	411
Tabela 149 – Recursos humanos do CEREST – Regional/POA	416

Tabela 150 – Número de Equipes dos Serviços de Atendimento Especializado - SAE CSVC	427
Tabela 151 - Número de equipamentos para Oxigenoterapia Domiciliar	430
Tabela 152 - Leitos de Enfermarias e Tratamento Intensivo	436
Tabela 153 – Lista de Problemas Atuais e Causa	441
Tabela 154 - Rede de laboratórios públicos e conveniados e cota de exames.	446

## SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	32
2 METODOLOGIA	33
3 PROCESSO	34
4 ESTRUTURA	35
5 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	36
6 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO	44
6.1 CENÁRIO DE DETERMINANTES DA POPULAÇÃO	44
6.1.1 Aspectos socioeconômicos	46
6.1.2 Emprego e Desemprego	53
6.1.3 Educação	58
6.1.4 Saneamento	61
6.1.5 Poluição Ambiental	64
6.1.6 Mobilidade urbana e os reflexos na saúde e qualidade de vida	69
6.1.7 Cenário Epidemiológico Geral	70
6.1.7.1 Dengue	83
6.1.7.2 Doença Falciforme	92
7 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE SEGUNDO AS FASES DO CICLO VITAL	93
7.1 CRIANÇA	93
7.2 ADOLESCENTES	200
7.3 ADULTO	205

7.3.1 MULHER	251
7.3.2 HOMEM	264
7.4 IDOSO	271
7.5 POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO ESPECIAL DE VUNERABILIDADE E INIQUIDADE	278
8 A GESTÃO DO SUS	299
8.1 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO	299
8.2 MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA	301
8.3 FINANCIAMENTO DO SUS	302
8.4 REGULAÇÃO DO SUS	308
8.5 INFORMATIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS E DE GESTÃO EM SAÚDE	311
8.6 ESTRUTURA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE PORTO ALEGRE – RS	314
8.6.1 Assessorias	315
8.6.2 Coordenações	319
8.7 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE	320
8.7.1 Quantitativo de Profissionais	320
8.7.2 Reposição do quadro de pessoal	325
8.7.3 Política Municipal de Educação Permanente	331
8.7.4 Humanização na assistência e da gestão em saúde	333
8.7.5 Redes de Atenção à Saúde indutoras de Linhas de Cuidado	334
8.8 GESTÃO PARTICIPATIVA	335
8.8.1 Ouvidoria do SUS	338
8.8.2 Conselho Municipal de Saúde	339

8.9 AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO NO SUS	342
9 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	345
9.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE	345
9.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	357
9.3 PROGRAMAS E PROJETOS ESPECÍFICOS	420
9.4 SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA	425
9.5 OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS	449
REFERÊNCIAS	463
ANEXOS	469

## 1 INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS-POA) 2010 – 2013 ora apresentado é resultante do exercício democrático na formulação das políticas públicas. A elaboração da referência do quadriênio é um instrumento legal e expressa particularmente a Lei nº 8.080/90, a Lei 8.142, /1990, a Lei Orgânica do Município de POA e o PlanejaSUS, entre outras legislações citadas no decorrer deste documento. Entretanto, antes de responder a essa legislação específica, oferece densidade ao previsto na Constituição Brasileira, Artigo 196, que garante o direito à saúde aos cidadãos e cidadãs brasileiras, definindo-a como dever do Estado.

O presente Plano foi organizado de forma a permitir uma orientação clara para a gestão deste quadriênio, para os trabalhadores da saúde e para os cidadãos de Porto Alegre acerca do caminho que o setor saúde percorrerá neste período. Sendo assim, o Plano sintetiza o compromisso do gestor na consolidação do SUS, num trabalho conjunto de profissionais da saúde sob o olhar atento e comprometido do controle social.

Através da Programação Anual da Saúde (PAS), cada meta será criteriosamente traduzida em ações concretas que permitirão o aprimoramento dos serviços de saúde, permitira uma constante avaliação e aprimoramento e, por fim, acreditamos que chegará a cada cidadão e cidadã, refletindo numa melhor qualidade de vida e saúde.



## **2 METODOLOGIA**

A elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) de Porto Alegre adotou como metodologia para a reorganização da primeira versão do plano a participação de diferentes atores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e do controle social.

O gestor municipal definiu, através da Portaria 488/2010 e Portaria complementar, o grupo de trabalho composto por gestores, servidores e conselheiros municipais de saúde, com a finalidade de organizar e conduzir o processo de revisão e readequação do PMS, a partir do parecer elaborado pela análise da primeira versão e segundo as diretrizes do PlanejaSUS.

### 3 PROCESSO

Desencadeou-se a partir daí um processo de participação dos diversos setores da Secretaria, em oficinas de trabalho, reuniões, entrevistas com coordenadores e trocas via meio eletrônico. Estabeleceu-se a espinha dorsal do documento, tendo como base os diversos documentos consultados, inclusive planos de outros municípios, Estado e país bem como através da escuta e trocas entre os diferentes atores, em especial durante oficinas de trabalho.

As fases das oficinas:

1ª Gestores da Assessoria de Planejamento (ASSEPLA): contou com a participação de todos os integrantes das áreas técnicas deste setor.

2ª Gestores e servidores da atenção primária, do gabinete do Secretário, da vigilância, das urgências e dos hospitais próprios municipais.

Trata-se, portanto, do resultado de um processo de reflexão marcado pela participação ativa dos operadores do cotidiano da saúde, cujos saberes foram sendo cotejados e amalgamados pelas informações epidemiológicas e pelos princípios constitutivos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa foi a base para o estabelecimento do diagnóstico e posteriormente da construção dos objetivos, diretrizes e metas deste plano que passou a ser estruturado pelo grupo executivo através de uma ferramenta de comunicação on-line (workspace live) e por trabalho presencial que possibilitou, discutir, capturar e consolidar as variadas e ricas contribuições dos diversos atores envolvidos no processo.

O resultado desse intenso trabalho está consolidado neste documento que segue seu percurso de submissão aos demais atores do sistema de saúde e, certamente, sofrerá modificações, pois retrata e orienta um processo vivo e, portanto, em constante transformação.

## 4 ESTRUTURA

O presente plano segue o preconizado no PlanejaSUS, Portaria 3.332 de 28 de dezembro de 2006 e está estruturado em dois grandes blocos: O primeiro trata de construir uma Análise Situacional e no segundo são construídos os objetivos, diretrizes e metas que procuram responder às necessidades sociais em saúde identificadas na referida análise.

Dentre os aspectos analisados, pontuamos alguns *fatores determinantes e condicionantes* com impacto relevante sobre a saúde dos porto-alegrenses como aspectos socioeconômicos, saneamento, poluição ambiental e mobilidade urbana.

As *condições de saúde da população* referem-se aos dados demográficos e epidemiológicos. Seguindo a orientação do PlanejaSUS, foi feita uma tentativa de utilizar a seqüência do *ciclo vital*. Essa forma de abordagem não faz parte da cultura da instituição. Trata-se, portanto, de um primeiro esforço de aproximação à metodologia de planejamento orientado às diferentes etapas da vida e de algumas das suas vicissitudes. Procura-se abordar o processo saúde/doença (aqui entendido como reflexo do processo de vida), contextualizado em cada fase da vida humana, considerando-se também outros aspectos como raça/cor e sexo. Destacamos ainda neste bloco, a situação de alguns grupos populacionais especialmente vulneráveis e que necessitam de uma atenção especial com vistas a diminuir as iniquidades em saúde. A Gestão, como ferramenta de resposta às necessidades de saúde, também foi examinada. Aspectos como descentralização, regulação do sistema, recursos humanos, planejamento, financiamento, humanização e controle social, foram contextualizados.

Por fim, foram construídos objetivos abrangentes que dão conta dos aspectos de prevenção e controle de doenças, atenção à saúde nos diferentes níveis hierárquicos do sistema, ações intersetoriais que possam impactar na melhora da saúde e qualidade de vida das pessoas e na organização da gestão para otimizar as respostas específicas do setor saúde. A partir dos objetivos foram apontadas as diretrizes que darão direcionalidade às metas. As metas são enunciadas com potencialidade de tensionar o sistema no sentido de aperfeiçoá-lo e torná-lo mais eficaz no atendimento das necessidades de saúde da população.

## 5 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

O IBGE divulgou os primeiros resultados do Censo 2010 e indica que Porto Alegre possui uma população de 1.409.939, superior em 49.349 habitantes, em comparação com a pesquisa anterior. O Censo apurou também a existência de 574.793 domicílios na Capital, com uma média de 2,45 moradores por residência. Também foi divulgado o número de domicílios particulares não ocupados vagos, em número 48.635, e o de domicílios particulares não ocupados de uso ocasional em número de 16.294.

O número de mulheres, superior ao de homens em Porto Alegre, é outro dado relevante. Foram recenseados 654.022 homens, enquanto as mulheres totalizaram 755.917, uma diferença de mais de 100 mil. Porto Alegre é a 10ª capital mais populosa do país, permanecendo na mesma posição quando do Censo realizado em 2000.

Entretanto, os dados sobre o censo 2010 ainda não estão publicados em sua totalidade. Deste modo, este documento levou em conta os dados de 2000 e será atualizado à medida que tais informações forem publicadas.

Em 2000, o Censo Populacional do IBGE, identificou 1.360.590 habitantes em Porto Alegre. Para 2009, a população foi estimada em 1.436.124. Segundo o IBGE, houve nos últimos anos uma redução na velocidade de crescimento da população de Porto Alegre que no período de 1991-2000 apresentou uma taxa média geométrica anual de 0,93%, menor que a do Rio Grande do Sul (1,22%) e que a do Brasil (1,63%). Estima-se que para os períodos subsequentes sejam menores ainda, alcançando 0,1% no período de 2006-2009. A redução do crescimento populacional de Porto Alegre está relacionada à redução da natalidade e da fecundidade (Tabela 1).

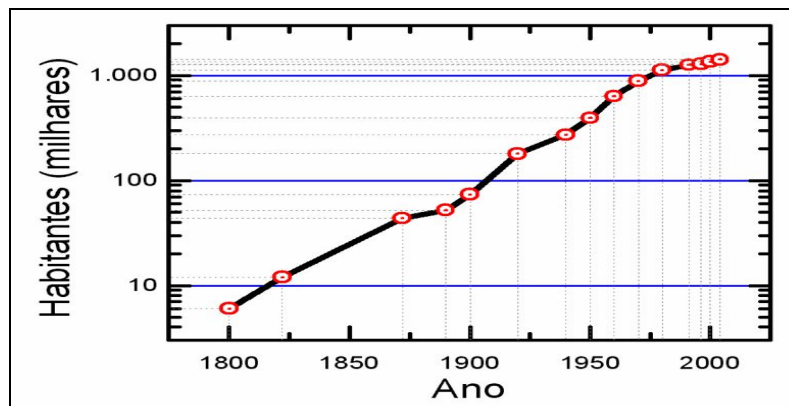


Gráfico 1 - Crescimento da população de Porto Alegre, 1800 a 2000

Tabela 1 – Taxa Bruta de Natalidade e de Fecundidade em Porto Alegre, 2001 a 2008.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
População total	1.373.312	1.383.454	1.394.087	1.404.670	1.428.694	1.440.940	1.453.075	1.430.220
Mulheres 15 a 49 anos	400.061	403.012	406.112	409.196	416.194	419.759	406.247	397.785
Nascidos vivos	20.865	20.031	19.197	19.529	18.930	18.383	17.809	18.553
Taxa de Fecundidade (%)	5,2	4,9	4,7	4,7	4,5	4,3	4,4	4,7
Taxa Bruta de Natalidade (/1.000)	15,2	14,5	13,8	13,9	13,2	12,8	12,3	13

Fonte - IBGE Censos e estimativas;  
SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

O aumento da expectativa de vida, associado à redução da natalidade e da fecundidade verificados nos últimos anos, tem determinado a modificação da pirâmide etária (gráfico 2). Observa-se um estreitamento da base da pirâmide, representando o aumento da proporção entre o número de idosos ( $\geq 60$  anos) e o número de menores de 15 anos.

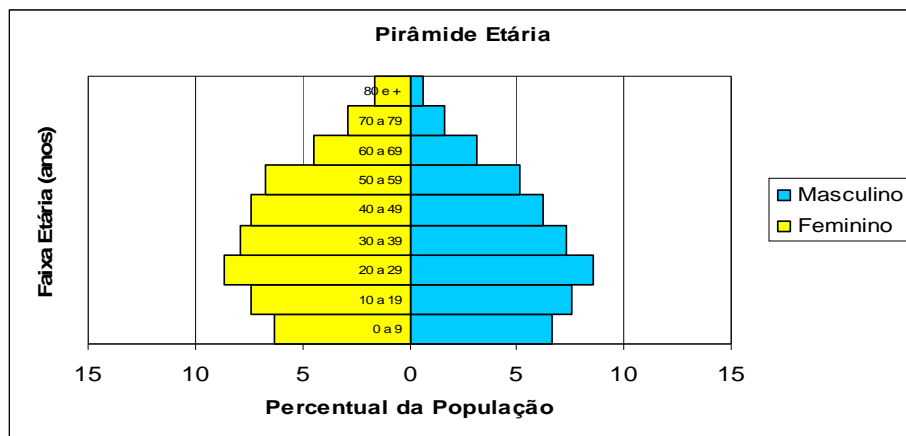


Gráfico 2 – Distribuição etária da população

Fonte - Cadernos de Informações de Saúde Datasus/ IBGE Censos e Estimativas

A participação do sexo masculino na composição da pirâmide etária, como demonstrado no gráfico 2, sofre uma significativa redução com o aumento da idade. A partir dos 25 anos, a proporção das mulheres aumenta, chegando a ser mais que o dobro após nas faixas etárias extremas. O óbito por causa externa (violência e acidentes) é muito maior entre os homens e principal motivo da menor expectativa de vida no sexo masculino.

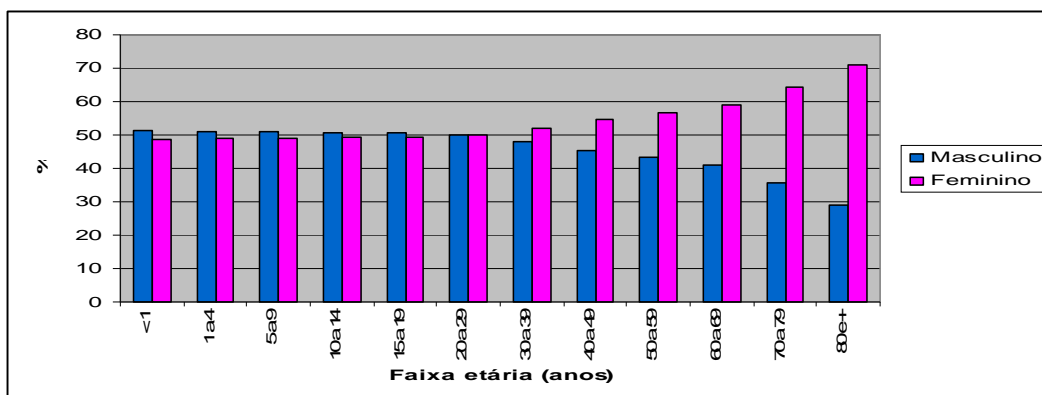


Gráfico 3 - Proporção dos habitantes de Porto Alegre por sexo e por faixa etária, 2009 (IBGE estimativa)

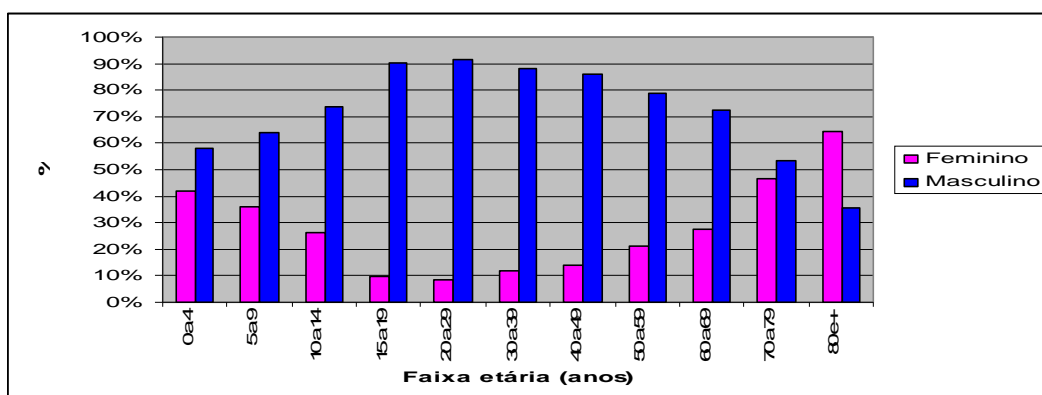


Gráfico 4 - Proporção dos habitantes de Porto Alegre por sexo e por faixa etária  
Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA

A população infantil (0 a 9 anos de idade) de moradores de Porto Alegre, em 2009, está estimada em 185.652 crianças, ou 12,9% dos 1.436.124 de porto alegrenses. Em menos de uma década, houve uma redução de cerca de 10% no número total de crianças e de 15% na proporção de crianças na população. Dos 1.360.590 habitantes registrados no Censo IBGE 2000, 206.401 (15,2%) eram crianças. Esta redução na população infantil é resultante da diminuição progressiva no número de nascimentos. De 2000 a 2008 houve uma queda de quase 5.000 nascimentos por ano (21%), determinando redução nas taxas de natalidade e de fecundidade (tabela 1). A queda na natalidade é um dos fatores responsáveis por tornar Porto Alegre a segunda capital brasileira com menor taxa de crescimento populacional do Brasil.

Tabela 2 – Nascidos vivos de mães residentes em Porto Alegre, 2000 a 2008.

<b>Porto Alegre</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>Nascidos vivos (N)</b>	23.5	20.86	20.0	19.1	19.5	18.9	18.3	17.8	18.5
<b>Taxa Bruta de Natalidade (/1.000)</b>	18,2	15,2	14,5	13,8	13,9	13,2	12,8	12,3	13,0
<b>Taxa Fecundidade Total (%)</b>	5,9	5,2	4,9	4,7	4,7	4,5	4,3	4,4	4,7
<b>Proporção de parto hospitalar (%)</b>	98,8	99,0	99,2	99,2	99,4	99,4	99,5	99,3	99,3
<b>AIH parto (N)</b>	15.7	16.07	14.3	14.2	14.8	13.5	13.2	12.4	12.4
<b>Proporção partos SUS (%)</b>	36	4	23	73	98	25	58	88	04
	66,9	77,0	71,5	74,4	76,3	71,5	72,1	70,1	66,9

Fonte: Projeção IBGE 2000; SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA; DATASUS

A proporção de adolescentes na composição da população vem apresentando redução gradativa nas últimas décadas. Em 1980 era de 18,5%, em 1990 de 17,5% e 2000 de 17,1% (IBGE, Censo 2000). A estimativa para 2009 é de 14,9%, havendo uma leve predominância do sexo masculino (gráfico 1 e tabelas 1 e 2). Esse fenômeno está relacionado à redução da natalidade e ao aumento da expectativa de vida observados nos últimos anos em Porto Alegre.



A proporção de adolescentes nas Gerências Distritais de Porto Alegre não é homogênea e variou de 12,9% na Gerência Centro a 19,8% na Gerência Restinga-Extremo Sul na avaliação do Censo de 2000 do IBGE (tabela 3).

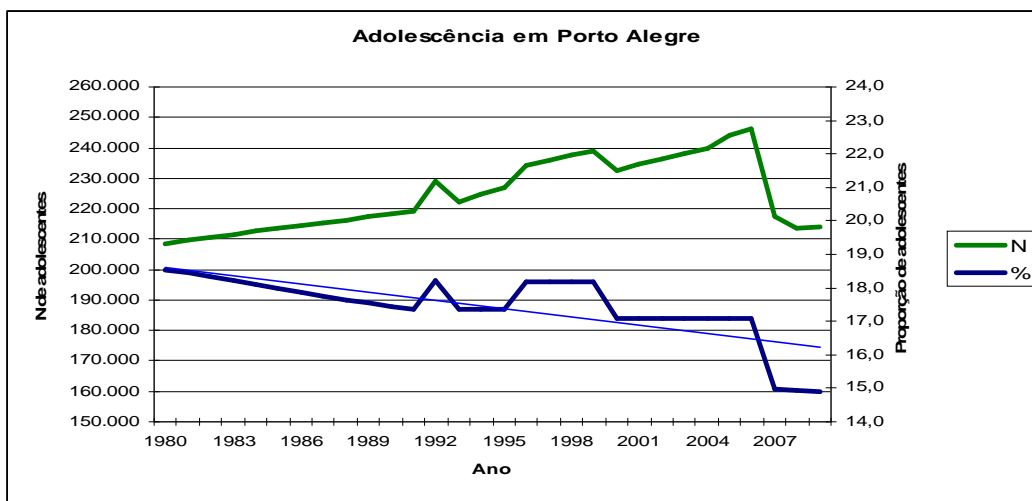


Gráfico 5: Número e proporção de adolescentes na população total de Porto Alegre, 1980 a 2009.

Fonte: Censos (1980, 1991 e 2000), Contagem (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2009)

Tabela 3 - População residente por faixa etária e sexo em Porto Alegre, 2009

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
10 a 14	53.642	50,7	52.174	49,3	105.816	7,4
15 a 19	54.663	50,5	53.553	49,5	108.216	7,5
Adolescentes	108.305	50,6	105.727	49,4	214.032	14,9
Total	670.856	46,7	765.268	53,3	1.436.124	100,0

Fonte: Gráfico 5 – Número de adolescentes e proporção de adolescentes na população total de Porto Alegre, 1980 a 2009. Fonte: Censos (1980, 1991 e 2000), Contagem (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2009)

Tabela 4 – Proporção de adolescentes por Gerência Distrital em Porto Alegre, 2000

Gerência Distrital	Adolescentes		Total
	N	%	N
Centro	34.497	12,9	267.005
Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas	28.713	16,0	179.852
Norte/Eixo Baltazar	33.455	18,4	181.580
Leste/Nordeste	27.245	18,5	147.561
Glória/Cruzeiro/Cristal	28.828	19,0	151.999
Sul/Centro Sul	31.960	17,9	178.799
Partenon/Lomba do Pinheiro	31.540	18,6	169.693
Restinga/Extremo Sul	16.673	19,8	84250
total	232.911	17,1	1.360.739

Fonte: IBGE, Censo 2000.

A distribuição da população entre as regiões da cidade não é homogênea (Tabela 5). Em 2007, a Gerência Distrital Centro apresentava a maior população, correspondente a 19,6% do total. A menor população, 90.414 habitantes (6,2%), habitava a área da GD Restinga/Extremo Sul.

Tabela 5 - População Masculina e Feminina por Gerência Distrital, 2007

Gerência distrital	Habitantes	%
Centro	285.038	19,6
Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas	191.389	13,2
Norte/Eixo/Baltazar	195.921	13,5
Leste/Nordeste	158.098	10,9
Glória/Cruzeiro Cristal	152.911	10,5
Sul/Centro Sul	190.693	13,1
Partenon/Lomba do Pinheiro	188.613	13,0
Restinga/Extremo Sul	90.414	6,2
Total	1.453.076	100,00

Fonte: IBGE – Censo e Estimativas

De acordo com os dados do Observatório de Porto Alegre – OBSERVAPOA – a população porto-alegrense representa 13,4% da população gaúcha e 0,8% da brasileira, sendo a 10ª cidade mais populosa do Brasil. A Densidade Demográfica (2008) é de 2.896 hab/Km<sup>2</sup> (FEE, 2010).

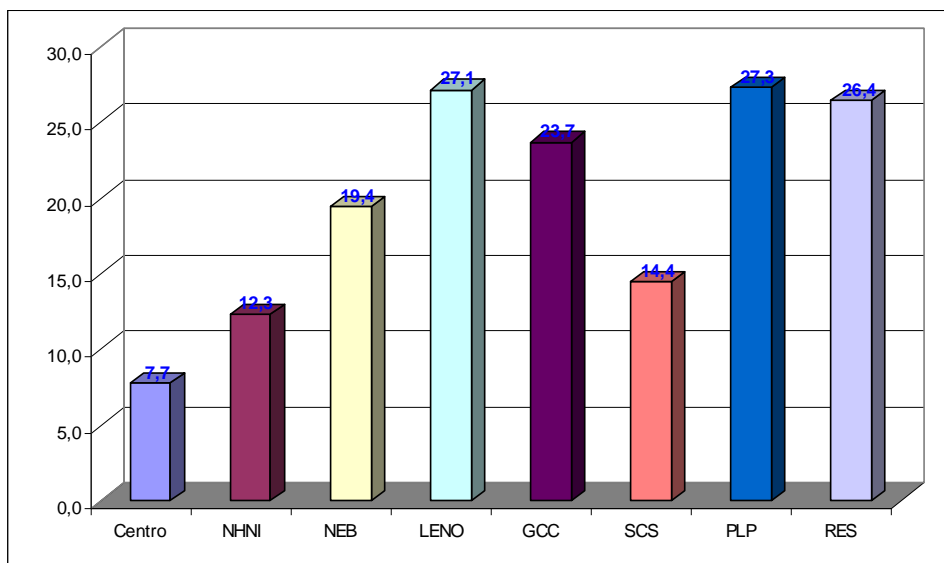


Gráfico 6 - Proporção da população negra na DNV por Gerência Distrital, Porto Alegre 2001 a 2009

Fonte: SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

As três regiões com a maior concentração de população negra no município de Porto Alegre é a região Partenon e Lomba do Pinheiro com 27,2%, seguido da Região Leste Nordeste com 27,1% e a Restinga com 26,4%. A região Centro é onde tem a menor concentração de população negra com 7,7%.

## 6 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO

### 6.1 CENÁRIO DE DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresentou em sua Carta de Intenções alguns pré-requisitos fundamentais para a saúde, quais sejam, paz, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Definiu também promoção da saúde como *“o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”*. Na mesma carta afirma-se que *“para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver”*.

Nesse sentido, a promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde, enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, seguros e saudáveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. Nessa perspectiva, a saúde deve ser colocada na agenda de prioridades em todos os níveis e setores. Deve ser uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde e na distribuição da renda e do acesso ao conjunto das políticas públicas.

Assim, a saúde não pode estar separada de outras metas e objetivos governamentais. O acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde – particularmente nas áreas de tecnologia, trabalho, produção de energia e urbanização – é essencial. A proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde.

É necessário também capacitar as pessoas, preparando-as para as diversas fases da existência. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Por outro lado, o setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Precisa adotar uma postura protagonista na integração com os demais setores, propondo agendas protetoras para a cidade. Concretizar essa visão requer uma mudança de atitude, de direcionamento, de formação de recursos humanos e de organização do setor saúde passando a focalizar as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral. No Brasil essa visão está expressa na Constituição, nos princípios do Sistema Único de Saúde e é aprofundada na Política Nacional de Promoção de Saúde, aprovada em 2006.

O exercício da equidade, portanto, deve tensionar o setor saúde, cotidianamente, no sentido de diminuir as profundas e sistemáticas diferenças de acesso aos direitos humanos fundamentais, pois sabemos que as populações expostas a precárias condições de vida são mais vulneráveis a doenças e vivem menos. Esse esforço inclui prover acesso integral ao sistema de saúde a toda a população. Entretanto, esse desafio deve ser assumido também pelo governo municipal, como uma política pública global potente e efetiva na produção da equidade e onde as iniquidades sejam consideradas injustas e evitáveis, enfrentando o desafio de tornar a cidade mais saudável.

A luz dessa visão, analisamos a situação de Porto Alegre, cenário de profundas iniquidades. O Anuário Estatístico, cuja apresentação intitula-se: *PORTO ALEGRE DESIGUAL: OS VÁRIOS RETRATOS DE UMA METRÓPOLE*, escrita por

Valéria D. Sartori Bassani, e disponível no site oficial do município, nos dá a dimensão dessas desigualdades. Permite medir e interpretar as distâncias entre os grupos humanos na sociedade, pois em saúde não basta "passar uma régua" a analisar "pela média", precisamos identificar claramente essas diferenças e incidir sobre elas.

### 6.1.1 Aspectos socioeconômicos

Porto Alegre apresenta um elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) decorrente da alta taxa de alfabetização da população, atualmente em 94,3%, da longevidade e da renda colocando-nos no rol das cidades com melhor qualidade de vida do país. O nosso Produto Interno Bruto (PIB), em 2005, foi o mais alto do Rio Grande do Sul (R\$ 27,977 bilhões), sendo que o PIB per capita no mesmo ano foi de 19.582 reais. Em 2008, foi lançado o Atlas de Desenvolvimento Humano do Município de Porto Alegre – uma parceria da prefeitura municipal (Secretaria Municipal de Coordenação Política e Governança) com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNDU). Entretanto, de acordo com o Atlas, convivemos com grandes desigualdades sociais entre as regiões de Porto Alegre e dentro das próprias regiões. Conclui que *"as mesmas disparidades e desigualdades verificadas entre os municípios brasileiros ou do Rio Grande do Sul são reproduzidas, em maior ou menor intensidade, em nível inframunicipal, ou seja, entre as UDH (Unidades de Desenvolvimento Humano) da RMPA"*, conforme mostra abaixo:

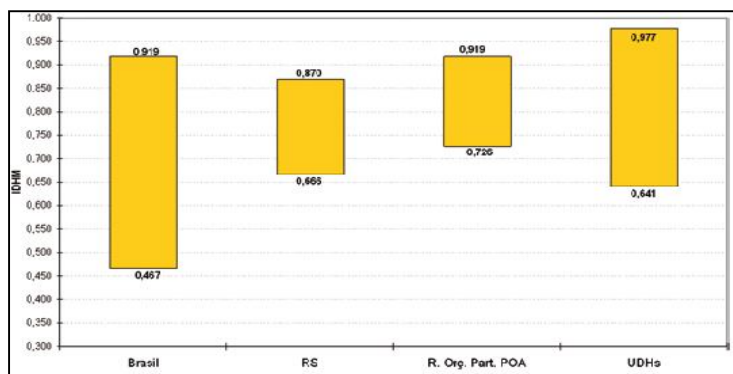


Gráfico 7 - Disparidade IDHM, 2000 - Brasil, RS e regiões do Orçamento Participativo de Porto Alegre e UDHs da RMPOA

Fonte: Anuário estatístico de Porto Alegre, 2008

Em 2000, o IDHM da região era de 0,830, apresentando UDH com valores entre 0,641 – FLORESTA - Loteamento Santa Terezinha (Porto Alegre) – e 0,977 – Auxiliadora / Mont’Serrat (Porto Alegre). Essa variação entre o maior e o menor valor do IDHM, de 0,336, é muito maior que a observada entre os municípios do Estado do Rio Grande do Sul, de 0,204 (diferença entre o IDHM de Benjamin Constant do Sul – 0,666 – e o de Bento Gonçalves – 0,870 , 6º maior entre os municípios brasileiros). Nenhum desses dois municípios pertence à região metropolitana de Porto Alegre. Porto Alegre é o segundo município do estado com maior IDHM, o 9º entre os municípios brasileiros e também o segundo entre as capitais brasileiras, após Florianópolis.

A seguir faremos uma análise mais detalhada de algumas regiões da cidade, procurando situação de algumas regiões da cidade que apresentam os piores e melhores índices de desenvolvimento humano e buscando apontar aspectos determinantes dessa condição e sua repercussão na saúde e qualidade de vida.

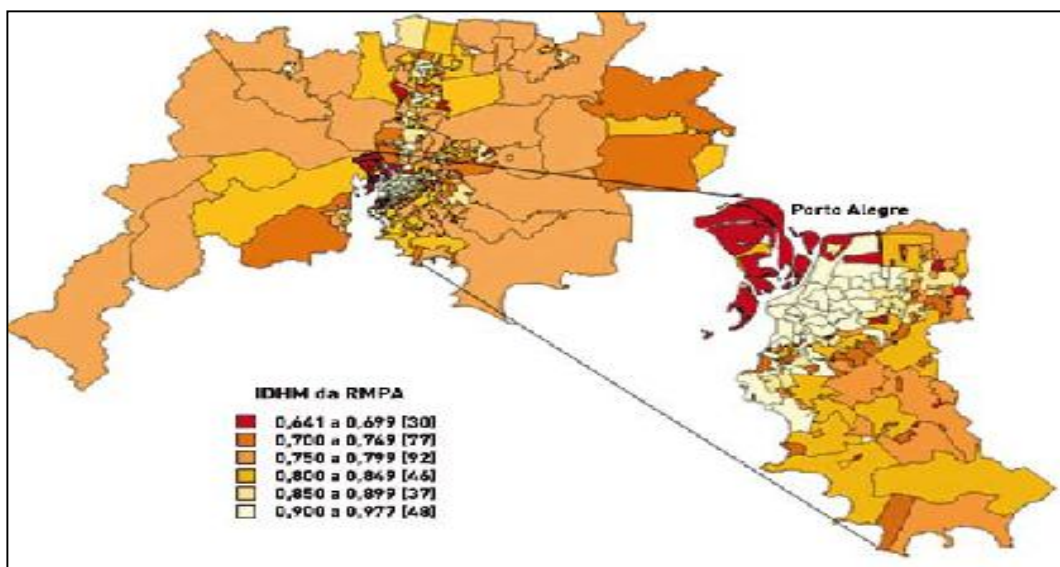


Gráfico 8 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2000: Todas as UDHs da Região Metropolitana de Porto Alegre  
Fonte: Atlas Socioambiental de Porto Alegre

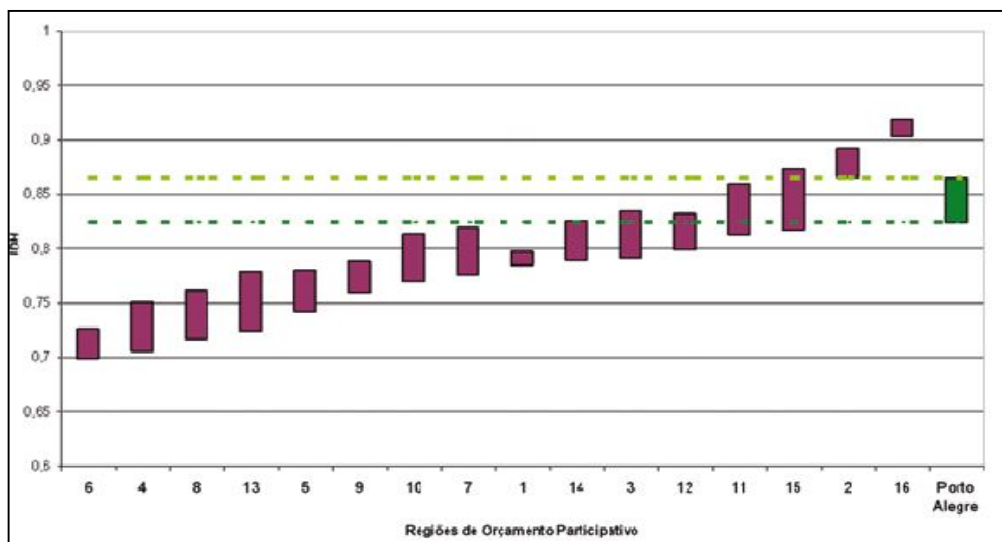


Gráfico 9 - Índice de Desenvolvimento Humano – 1991 e 2000 – Regiões do OP

Verifica-se, no gráfico acima, uma significativa diferença no IDHM entre as regiões, nos dois anos em estudo. Entre eles, a evolução do IDHM foi diferenciada e não ocorreu no sentido de nivelamento das regiões, já que os maiores avanços nem sempre ocorreram nas regiões em pior situação em 1991. A região 6 (Nordeste), última classificada em 1991, foi uma das que apresentaram os menores avanços e, com isso, não só manteve-se na pior posição em 2000, como também afastou-se da média de Porto Alegre.

O melhor desempenho foi o da Região 13 (Extremo Sul) que, mesmo não alcançando o Alto Desenvolvimento, atinge a mesma classificação da Regional 5 (Norte) em 2000.

Entre as 4 regiões que já estavam em Alto Desenvolvimento em 1991, o melhor desempenho é verificado na Região 15 (Sul), fazendo com que seu IDHM ultrapasse a média do município de Porto Alegre em 2000. O pior desempenho é verificado na Região 1 (Ilhas/Humaitá/Navegantes), cujo IDHM permanece praticamente constante entre 1991 e 2000 e que, junto com a Região 9 (Glória), são as únicas com índices acima de 0,750 em 1991 que não conseguem atingir o Alto Desenvolvimento Humano em 2000. Em nove regiões, o IDHM em 2000 é igual ou menor que o índice da RMPA ainda em 1991. Esta análise pode ser encontrada no Atlas do Desenvolvimento Humano de Porto Alegre, 2008.



Na região Noroeste onde residem 129.905 pessoas, correspondendo a 9,5% da população total do município, a renda média dos responsáveis pelos domicílios é a terceira mais elevada entre as regiões, atingindo 12,34 salários mínimos. Os chefes de família têm escolaridade relativamente elevada apresentando em média 10,4 anos de estudo. Nessa região 38,4% dos responsáveis pelos domicílios possuem ensino médio ou superior. Em relação à longevidade esta região tem o segundo maior contingente de idosos da cidade, o seu índice de envelhecimento é de 89 idosos para cem crianças e adolescentes.

A região Nordeste destaca-se por apresentar áreas que possibilitam ocupações irregulares, desencadeando necessidades de atenção urgentes para a condição humana, articulando em rede ações emergentes sem que o gestor possa planejar e organizar a implantação dos serviços, andando na contramão neste processo de construção coletiva.

A região Leste apresenta um alto índice de mortalidade por causas externas (2ª causa de morte), necessitando um olhar voltado para ações que reduzam estes índices.

A região Partenon e Lomba do Pinheiro abrange um grande espaço geográfico situada na Zona Leste do Município, com aproximadamente 180 mil habitantes (IBGE, 2000), que inclui mais de sessenta vilas e sete bairros, com diferentes níveis de urbanização e infraestrutura e cuja população apresenta-se, em grande parte, em condição de pobreza ou indigência. Constata-se a necessidade de congregar esforços interdisciplinares e interinstitucionais para adequar possibilidades de enfrentamento das questões de saúde. Considerando os dados do censo do IBGE (2000), a região do Partenon possui 120.682 habitantes e a região da Lomba do Pinheiro possui 58.031 habitantes (nessa região existem duas comunidades indígenas da nação Kaingang). A região configura-se como uma das mais vulneráveis da cidade. Essa condição se expressa fortemente nas formas de adoecer e morrer dessa população. Podemos verificar a convivência de causas de morbimortalidade típicas de regiões subdesenvolvidas (DIP), com as crônico-degenerativas (DAC), consideradas “doenças de 1º mundo”, além das resultantes das fortes iniquidades sociais como a violência e desnutrição.

Especialmente a Lomba do Pinheiro destaca-se no cenário da cidade como uma das regiões mais inadequadas para as crianças e jovens viverem e se desenvolverem. A falta de escolas, de locais de lazer, a pobreza, a falta de acesso aos equipamentos públicos de cultura, a degradação ambiental, a desestruturação das famílias, o aumento do tráfico de entorpecentes, são componentes que contribuem para isso.

A ocupação desordenada e irregular nos morros e margens de arroios tornando-se vulnerável, em especial no período chuvoso. Embora a Lomba do Pinheiro seja a única região da cidade que possui um projeto para ocupação futura (Projeto Lomba do Futuro), a realidade atual é a quase inexistência de regularização fundiária, a prevalência de ocupações irregulares e desordenadas do solo (possui + de 30 vilas irregulares), a expansão das cooperativas e condomínios habitacionais.

Essa realidade impacta sobre o meio ambiente e sobre a vida das pessoas e sobre sua saúde. É uma das poucas regiões próximas do centro, que tem espaço para a cidade se expandir. O transporte coletivo é ainda bastante insuficiente em termos de frequência e qualidade. Esse tem sido um tema recorrente nas reivindicações comunitárias. Tratando-se de uma região de ocupação recente e progressiva, a malha viária é precária, a pavimentação escassa e os acessos prejudicados. Algumas vilas nem sequer possuem coleta de lixo, inclusive porque o caminhão não consegue passar nas vias improvisadas.

A região da Restinga ocupa uma área de 38,56 Km<sup>2</sup>. Com uma população de 53.764 habitantes, a densidade demográfica é de 1.394,29 habitantes por Km<sup>2</sup>. Sua população representa 3,9% no conjunto da cidade. Encontra-se entre as regiões/ bairros de alto crescimento da cidade. A população dessa região elevou-se a uma taxa média de 5,4% ao ano no período 1991-2000. O Índice de Condições de Vida (ICV), do Mapa da Inclusão e Exclusão Social de Porto Alegre, que classificou as 16 regiões da cidade com base em um conjunto de indicadores sociais, a Restinga classificou-se em 14<sup>o</sup> lugar. No Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), do mesmo estudo, que complementa a análise da situação das 16 regiões de Porto Alegre, a Restinga é a 3<sup>a</sup> região de maior vulnerabilidade social da cidade. Nessa região os chefes de família têm rendas muito baixas, estando melhor situada apenas quando comparada às regiões Lomba do Pinheiro e Nordeste - Bairro Mário Quintana.

A desigualdade dentro da região em termos de renda é muito pequena, pois ali não residem famílias de renda elevada. Temos que 8,1% das crianças e adolescentes pobres vivem na Restinga, 30,1% das crianças e adolescentes brancos são pobres e 37,8% das crianças e adolescentes negros são pobres. Na Restinga há 11.869 pessoas vivendo em condição de pobreza, correspondendo a 8% da população pobre da cidade. Os brancos pobres correspondem a 20,4% da população branca da Restinga. Os negros pobres correspondem a 26,4% da população negra da Restinga. Temos que 28,6% dos recém-nascidos são filhos de mães adolescentes. Geralmente, isso envolve o abandono da escola e contribui para reproduzir o ciclo da pobreza. A carência afetiva e a falta de perspectivas de futuro são consideradas os principais fatores que determinam a gravidez na adolescência. Identifica-se que 59,9% das mães não possuem o ensino fundamental completo. Dos 14.867 domicílios existentes, 33,8% estão localizados em ruas não pavimentadas; 98,9% dos domicílios possuem luz elétrica; 22.521 pessoas têm até 19 anos (41,9%); 5.027 pessoas têm de 20 a 24 anos (9,4%), portanto, 51,3% da população regional é jovem.

A região Sul possui 67.821 habitantes, representando 4,98% da população do município. Com área de 29,73 km<sup>2</sup>, representa 6,24% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 2.281,23 habitantes por km<sup>2</sup>. A taxa de analfabetismo é de 3,1% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 13,8 salários mínimos.

A região Centro Sul tem 109.751 habitantes, representando 8,07% da população do município. Com área de 28,82 km<sup>2</sup>, representa 6,05% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 3.808,15 habitantes por km<sup>2</sup>. A taxa de analfabetismo é de 3,3% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 7,6 salários mínimos.

A região Eixo-Baltazar é constituída pelo Bairro Passo das Pedras e por parte do Bairro Rubem Berta. Possui em torno de 90.552 habitantes, destes, 42.501 são homens e 48.000 são mulheres.

A região Norte é constituída por 90.932 hab; destes, 43.712 são homens e 47.220 são mulheres. Apresenta muitas áreas de vazio populacional, condição que predispõe às ocupações irregulares e reassentamentos, com moradias insalubres, saneamento básico insatisfatório ou ausente, abastecimento de água irregular e outros

fatores que afetam diretamente a qualidade de vida da população e predispondo o adoecimento.

Composto por 16 Ilhas, o Arquipélago é um dos bairros mais peculiares de Porto Alegre. Além da condição natural da localização, com sua extensa área verde e biodiversidade, os motivos da sua especificidade também estão ligados à vivência íntima de seus habitantes com as águas, que adaptaram seus modos de vida às condições naturais da região, transformando a natureza para ali constituírem locais de moradia e formando uma cultura própria dos ilhéus. A primeira ocupação das ilhas do Arquipélago, conforme indícios arqueológicos, data do século XVI, e seus primeiros habitantes eram índios guaranis. Com a ocupação do Rio Grande do Sul, os índios obrigaram-se a buscar outras regiões do Estado.

Segundo os moradores antigos do Arquipélago, no século XVIII as ilhas Saco do Quilombo, Maria Conga também chamada Ilha do Quilombo (atual Ilha das Flores) e Maria Majolla abrigaram ancestrais escravos. A presença de quilombo nas Ilhas é assunto ainda pendente de estudo aprofundado, porém documentos da Câmara do século XIX comprovam a presença de população negra na Ilha em 1810 e dá indícios que sua ocupação seja anterior a esta data.

No início do século XIX, as Ilhas abasteciam o centro da cidade com seus produtos, principalmente capim, hortaliças e peixes. Mas, a partir do final deste século, a pesca foi a principal atividade econômica dos ilhéus. Foi assim até meados de 1970, quando a pesca era artesanal e abundante, sendo o barco o meio de transporte por excelência. O processo de desenvolvimento urbano da cidade altera o modo de vida de seus habitantes, como a construção da ponte do Guaíba que, paulatinamente, diminui o uso do transporte fluvial. Por sua proximidade e facilidade de acesso ao Centro da cidade, houve significativo aumento populacional, sendo que as regiões com maior número de habitantes são: Ilha da Pintada, Ilha Grande dos Marinheiros, Ilha das Flores e Ilha do Pavão.

Das dezesseis ilhas que compõem o Arquipélago, a Ilha das Garças pertence ao município de Canoas, e a Ilha das Figueiras, ao município de Eldorado. Mesmo com todas as dificuldades enfrentadas junto ao Arquipélago, especialmente pelos frequentes alagamentos, seus moradores encontram alternativas de atividades econômicas, como a das catadoras de lixo da Ilha Grande dos Marinheiros, que

desenvolvem um importante trabalho de reciclagem, traduzindo-se como fonte de renda e preservação da natureza.

Oficialmente, o bairro Arquipélago foi constituído pela lei nº 2022 de 07/12/1959 com um total de dezesseis ilhas. Em 1976, por decreto oficial, o Arquipélago faz parte do Parque Estadual do Delta do Jacuí e, em 1979, o governo Estadual institui o Plano Básico do Parque com o objetivo de disciplinar a ocupação e evitar a degradação ecológica, e a administração do bairro ficou a cargo da Fundação Zoobotânica.

O Arquipélago foi classificado pelo Índice de Vulnerabilidade Social de Porto Alegre, em pior situação (0,091). Têm o maior percentual de esgotamento sanitário inadequado 59,26% e 42,15% dos domicílios não têm abastecimento de água adequado. Outro indicador importante que mostra a alta vulnerabilidade social é de que 19,71% das mulheres responsáveis por domicílio são analfabetas.

### 6.1.2 Emprego e Desemprego

Porto Alegre apresenta como principal fonte de trabalho o setor de comércio e serviços, conforme podemos ver na figura a seguir.

Tabela 6 - Estimativa de pessoas ocupadas, segundo setores de atividade econômica, Porto Alegre, 2007 – 2009

Setores de Atividade	Estimativa (em mil pessoas)		
	2007	2008	2009
Indústria	45	50	48
Comércio	103	109	108
Serviços	420	452	464
Total	638	681	688

Fonte: PED-RMPA, Convênio FEE, FGTAS/SINE-RS, SEAD-SP, DIEESE e PMPA.

Segundo a Pesquisa de Emprego e Desemprego, em 2009, a População em Idade Ativa (PIA) residente em Porto Alegre – pessoas com 10 anos – apresentou crescimento de 1,6%, totalizando 1.309 mil indivíduos. A População Economicamente

Ativa (PEA) – parcela da população que está no mercado de trabalho, como ocupada ou desempregada – aumentou em 1,3%, chegando a 762 mil pessoas. Desse modo, a taxa de participação (PEA/PIA) – que expressa o grau de engajamento da PIA no mercado de trabalho – permaneceu relativamente estável, ao passar de 58,4%, em 2008, para os atuais 58,2%.

Interrompendo a trajetória descendente verificada nos últimos quatro anos, a taxa de desemprego total em Porto Alegre registrou ligeiro aumento, ao passar de 9,5% da PEA, em 2008, para 9,7%, em 2009. Esta variação na taxa decorreu do insuficiente crescimento da ocupação (sete mil pessoas) frente aos 10 mil trabalhadores que se inseriram no mercado de trabalho em 2009. Assim, o contingente de desempregados elevou-se em três mil indivíduos e passou a ser estimado em 74 mil pessoas no último ano.

Em termos do tipo de desemprego, verifica-se que a variação na taxa total deveu-se, exclusivamente, ao crescimento do desemprego aberto, cuja taxa passou de 7,0% da PEA, em 2008, para 7,6% em 2009. Em direção oposta, a taxa de desemprego oculto declinou de 2,5% da PEA no ano anterior, para 2,1%, no último ano.

Tabela 7 - Estimativa de pessoas em idade ativa, segundo condição de atividade, Porto Alegre, 2007 – 2009

Condição de Atividade	Estimativa (em mil pessoas)		
	2007	2008	2009
População em idade ativa	1275	1288	1309
População economicamente ativa	718	752	762
Ocupados	638	681	688
Desempregados	80	71	74
Em desemprego aberto	62	52	58
Em desemprego oculto	18	19	16
Inativos com 10 anos e mais	557	586	547

Fonte: PED-RMPA – Convênio FEE, FGTAS/SINE-RS, SEAD-SP, DIEESE/PMPA.

Por atributos pessoais, verifica-se que o acréscimo da taxa de desemprego total, no último ano, incidiu sobremaneira para os homens, sendo que para as mulheres ela permaneceu relativamente estável. Não obstante esta diferença, a taxa apresenta-se substancialmente superior para as mulheres. Em termos de faixa etária, o aumento da taxa ocorreu em todos os grupos, porém, foi mais intenso entre pessoas de 25 a 39 anos, seguido pelo segmento de 10 a 17 anos.

Quanto ao atributo de cor, a taxa de desemprego subiu para os indivíduos brancos e caiu para aqueles de cor não branca. Os dados relativos a renda informam que o PIB *per capita* das mulheres negras é de: 0,76 Salários mínimos, homens negros 1,36 Salários mínimos, mulheres brancas 1,88 Salários mínimos, homens brancos 4,74 Salários mínimos. No índice de escolaridade são, respectivamente: 82% para homens brancos, 83% mulheres brancas, 76% mulheres negras e 70% homens negros.

As mulheres negras chefes de família também são as mais pobres. Entre as famílias chefiadas por mulheres que não tem rendimento ou recebem menos de um salário mínimo as chefiadas por negras são 60%. Já entre as que recebem três ou mais salários mínimos, a participação das chefiadas por mulheres negras cai para 29%.

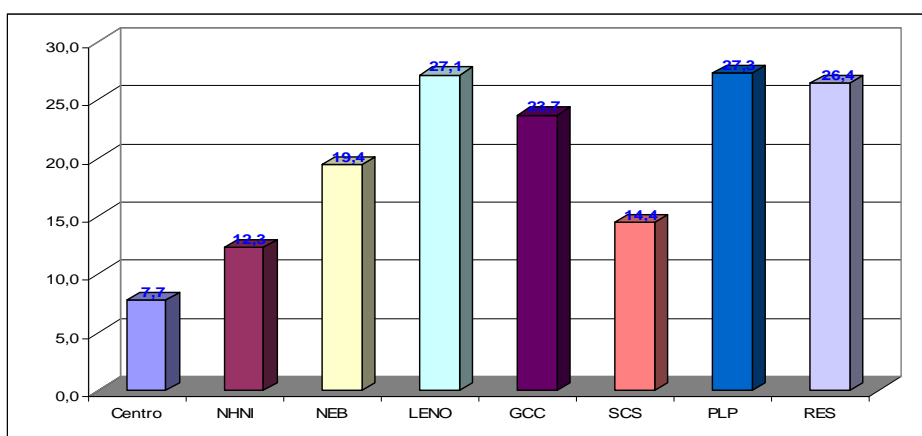


Gráfico 10 - Proporção da população negra na NV por região de 2001 a 2009 - Fonte: SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Em relação à escolaridade evidenciou-se ampliação para quase todos os níveis de instrução, com exceção para os indivíduos com ensino fundamental completo,

cuja taxa apresentou diminuição. Em 2009, o tempo médio de procura por trabalho (32 semanas) foi um pouco menor daquele verificado no ano anterior (33 semanas). Contudo, 70,4% dos desempregados levou, em média, até seis meses na procura por trabalho, percentual esse um pouco superior aos 67,2% registrados no ano anterior.

O aumento de 1,0% na ocupação dos moradores na capital gaúcha resultou da expansão observada, exclusivamente, no setor de Serviços, que incorporou 12 mil ocupados em 2009. Em sentido oposto, a Indústria, após dois anos seguidos de crescimento, registrou diminuição de dois mil ocupados (4,0%). Na mesma direção, na Construção civil e no Comércio verificou-se variação negativa de mil trabalhadores em cada um dos setores que, em termos relativos, correspondeu a reduções de, respectivamente, 3,4% e 0,9%. A ocupação nos Serviços domésticos permaneceu estável.

Analisando a forma de inserção no mercado de trabalho, em 2009, destacou-se o aumento de 12 mil indivíduos no contingente de assalariados, dando continuidade à trajetória positiva verificada desde 2004. Este comportamento favorável do assalariamento no último ano, deveu-se, principalmente, ao crescimento no setor privado (oito mil) e, entre esses, daqueles com carteira assinada (15 mil). O agregado de mais posições registrou acréscimo de sete mil ocupados. Por sua vez, os empregados domésticos não registraram variação. Já os autônomos reduziram em 12 mil pessoas o seu contingente de trabalhadores.

Em 2009, contrariamente ao ocorrido no ano anterior, o rendimento médio real dos ocupados e dos assalariados residentes em Porto Alegre registrou aumento de 5,6% para os primeiros e de 1,7% para o segundo grupo. Com isso, os valores monetários atingiram R\$ 1.537 para os ocupados e R\$ 1.509 para os assalariados. No caso dos assalariados, a variação positiva no salário médio real decorreu do acréscimo de 1,4% no setor privado e de 1,3% no setor público. Ainda em termos da composição dos rendimentos dos ocupados, destaca-se o crescimento de 10,3% no rendimento médio real dos autônomos e de 15,3% dos empregadores.

Em termos setoriais, o salário médio real ascendeu de forma mais acentuada no Comércio (5,1%) e na Indústria (4,0%) e, de forma menos intensa, no setor Serviços (0,7%). Em termos monetários, a indústria continua a apresentar o maior salário médio (R\$ 1.760) sendo seguida pelos serviços (R\$ 1.201).



Em 2009, a massa de rendimentos reais dos ocupados e assalariados manteve sua trajetória de crescimento iniciada em 2004. A variação positiva de 6,8% na massa de rendimentos dos ocupados está relacionada, principalmente, ao aumento do rendimento médio real mas, também, da ocupação. O acréscimo de 4,8% na massa dos assalariados deveu-se, mormente, ao crescimento da ocupação e, secundariamente, a expansão do rendimento médio real. Essa análise consta no Boletim informativo do PED (Sistema de Pesquisa de Emprego e Desemprego), 2009, disponível no site oficial da PMPA.

Entre 1991 e 2000, a desigualdade de renda na região aumentou, como mostra a observação de qualquer um dos indicadores de desigualdade de renda considerados (Gini, Theil e relação 20/40). Afirma ainda que o tamanho da desigualdade existente na RMPA pode ser verificado no gráfico abaixo: Enquanto os 20% mais pobres da população apropriam-se de apenas 2% da renda total do município, os 20% mais ricos ficam com 64% e os 10% mais ricos, com quase a metade, ou 46%. A figura ilustra essa forma completamente desigual de apropriação da renda que repercute nos indicadores de pobreza e indigência. A proporção de pobres, considerando-se pobres as pessoas que vivem com menos de meio salário mínimo de 2000 (R\$75,50) de renda familiar per capita, chega a 14% na região.

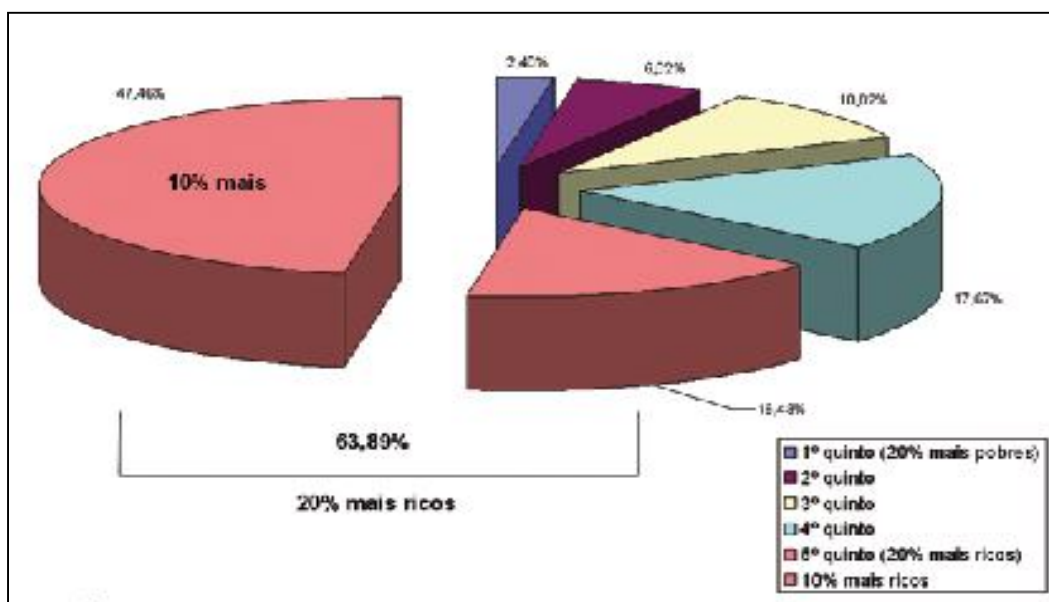


Gráfico 11- Renda apropriada por extratos da população, na região metropolitana de Porto Alegre

Esclarece que o espaço urbano da RMPA, como o da maioria dos municípios e aglomerados populacionais brasileiros, é extremamente desigual, e a perversidade dessa desigualdade é que ela é completamente explícita. Praticamente não existe barreira alguma (nem mesmo ruas) dividindo espaços com nível de desenvolvimento humano de países de terceiro mundo de outros que ultrapassam os parâmetros dos países mais desenvolvidos.

### 6.1.3 Educação

As desigualdades, ainda conforme o Atlas, não só de renda, mas também em diversas outras dimensões, principalmente em Educação podem ser verificadas. Assim, nas UDH com maiores níveis de renda *per capita*, a taxa da população adulta com mais de 12 anos de estudo supera 50% e a renda per capita é quase três vezes maior que a média da região. Na UDH BELA VISTA/PETRÓPOLIS - Grêmio Náutico União (Porto Alegre), por exemplo, 71% dos adultos têm 12 anos ou mais de estudo e a renda per capita é de R\$ 2.637,34. Por outro lado, em 65% das UDH a renda per capita é inferior a R\$ 300,00 e os adultos com mais de 12 anos de estudo são, no máximo, 10%, atingindo somente 0,62% no Condomínio Lupicínio Rodrigues (Porto Alegre). Nas UDH de menor renda per capita, a média de anos de estudo da população adulta é três vezes menor que nas UDH de maior renda per capita, podendo-se encontrar médias que variam de 4 a 13 anos de estudo. Afirma que pior do que essas constatações é não se vislumbrar, para as próximas gerações, nenhuma perspectiva de mudança dessa realidade. Isso pode ser fundamentado no fato de que o indicador de jovem adulto (18 a 24 anos), frequentando curso superior ter, praticamente, a mesma distribuição entre as UDH que a verificada para o percentual dos adultos com nível superior.

Se nas UDH de maior renda per capita, o percentual de jovem adultos frequentando universidades chega a 70%, esse percentual chega no máximo a 5% e, em 49 unidades, a praticamente 0%. Ainda mais preocupante, e que pode estar comprometendo seriamente as gerações futuras, é o fato de ser muito significativo o percentual de adolescentes fora da escola nas UDH com níveis de renda per capita mais baixos.

Em 31% das UDH esse percentual é superior a 30%, sendo que em 6 delas (5 de Novo Hamburgo e 1 de Sapiranga) chega a mais de 50%. Em algumas UDH, até mesmo o percentual de crianças fora da escola pode ser considerado muito alto: em 10% das UDH, mais de 8% das crianças de 10 a 14 anos estão fora da escola, chegando a 9% na UDH ARQUIPÉLAGO/FARRAPOS/HUMAITÁ, de Porto Alegre.

Um dos indicadores levados em conta é a taxa de analfabetismo das pessoas acima de 15 anos, entendendo-se por analfabeto a pessoa que se declara incapaz de ler e escrever um bilhete simples, conforme a definição para a pesquisa do censo. Se fossem observados indicadores de definição mais precisos e mais exigentes, os números mudariam substancialmente, revelando uma situação visivelmente pior.

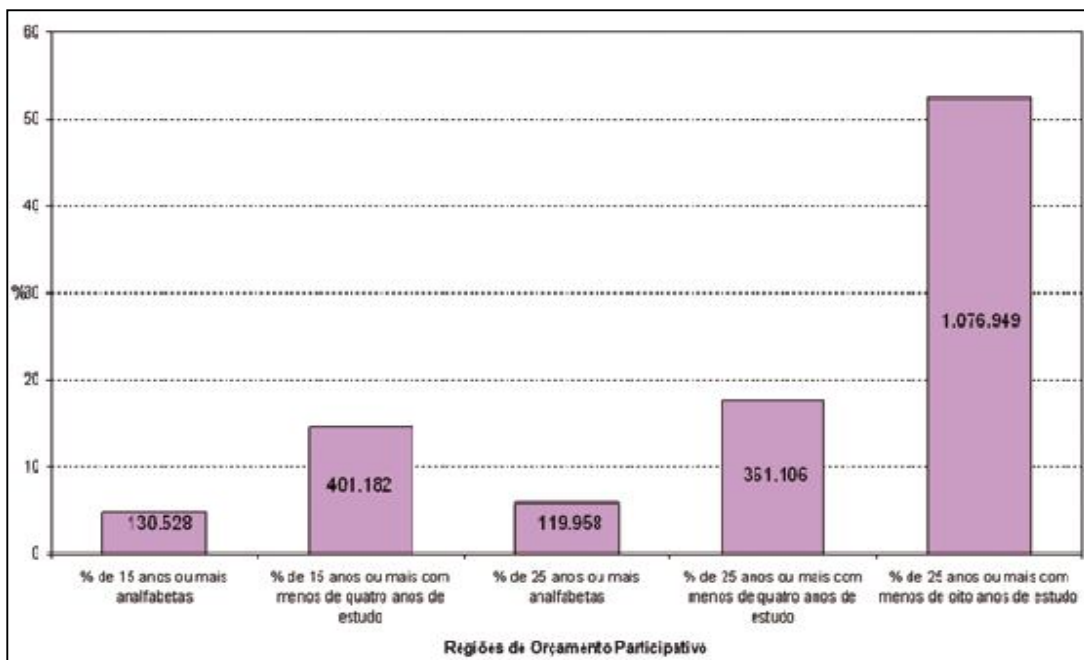


Gráfico 12 – Analfabetismo na região metropolitana de Porto Alegre, 2000.

Fonte: Atlas Porto Alegre

Observando-se inicialmente o percentual das pessoas de 15 anos e mais com menos de quatro anos de estudos completos, chamados analfabetos funcionais, nota-se que, na RMPA, a taxa de analfabetismo funcional, de 14,63%, é três vezes maior que a taxa de analfabetismo, de 4,76% (gráfico acima).

A taxa de analfabetismo funcional é um indicador muito pouco exigente para medir o acesso ao conhecimento da população. Cabe, portanto, considerar a taxa de analfabetismo fundamental, definida como o percentual da população com menos de oito anos de estudo, ou seja, que não completaram o fundamental. Tomando-se a população adulta (25 anos ou mais), Porto Alegre, com uma taxa de analfabetismo fundamental de 37%, é o município do Estado em melhor situação.

Na maioria das UDH (72%), mais da metade da população adulta não têm o ensino fundamental completo.

Considerando os crescentes requerimentos mínimos para o acesso das pessoas às disponibilidades e exigências do mundo moderno e para o pleno desenvolvimento de suas potencialidades, pessoas com menos de oito anos de estudo (ensino fundamental incompleto), inseridos em um contexto cosmopolita como o da RMPA, podem ser consideradas praticamente analfabetas. Sob esse ângulo, a situação da região requer muito esforço, mesmo quando se projeta esta taxa com a entrada das novas gerações que tiveram melhores oportunidades de acesso ao ensino do que as anteriores que hoje formam o contingente adulto.

Mesmo apresentando melhores indicadores educacionais que a população acima de 25 anos, são expressivos os contingentes de jovens adultos (18 a 24 anos) que deverão entrar na fase adulta despreparados do ponto de vista educacional. Pior do que isso deverão se perpetuar as diferenças já verificadas entre as UDH para a população adulta.

Mesmo nesse cenário, nos últimos anos houve um progressivo aumento na escolaridade materna entre os nascimentos em Porto Alegre. As proporções de mães com 8 a 11 anos de estudos e com 12 ou mais anos aumentaram de 33,9 para 41,7% e de 21,3 para 30,6%, respectivamente (gráfico 13).

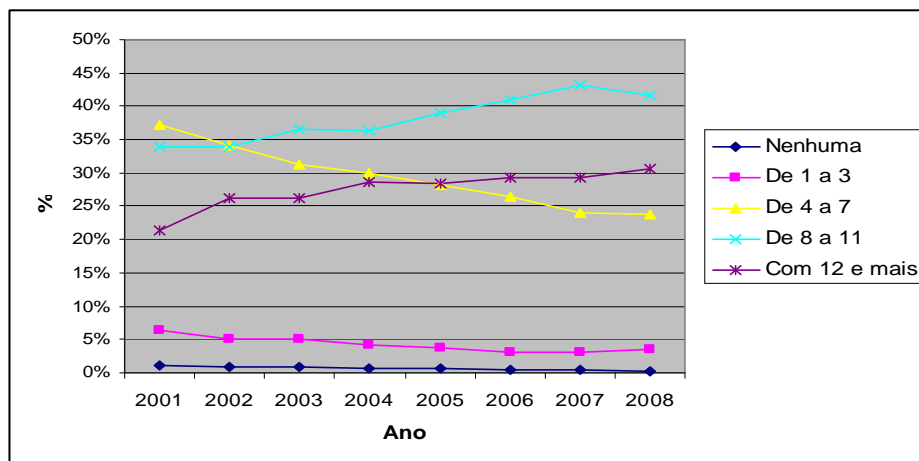


Gráfico 13 - Escolaridade materna em Porto Alegre, 2001 – 2008.  
Fonte: SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

O novo censo, em curso, permitirá que atualizemos esses dados pela sua importância na implantação das políticas públicas de saúde.

#### 6.1.4 Saneamento

O Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011, afirma que no conjunto dos determinantes sociais, *cabe ressaltar inicialmente a questão do saneamento, entendido como sendo o elenco de medidas socioeconômicas que têm por objetivo alcançar salubridade ambiental, por meio de abastecimento de água potável, coleta e disposição sanitária de resíduos sólidos, líquidos e gasosos, promoção da disciplina sanitária de uso do solo, drenagem urbana, controle de doenças transmissíveis e demais serviços e obras especializadas, com a finalidade de proteger e melhorar as condições de vida urbana e rural.*

Existe uma correlação positiva entre a cobertura de coleta de lixo nos domicílios e a taxa de mortalidade infantil, o que não representa uma relação de causa-efeito, mas sim que estados com menor desenvolvimento ambiental tem piores indicadores de saúde.

Tabela - 8 Doenças causadas pela falta de saneamento e de educação ambiental:

Amebíase ou desintéria amebiana	Protozoário Entamoeba Histolytica	Ingestão de água ou alimentos contaminados por cistos
Ascaridíase ou lombriga	Nematóide; Ascaris Lumbricoides	Ingestão de água ou alimentos contaminados por ovos
Ancilostomose	Ovo de Necator americanus e do Ancylostoma Duodenale	A larva penetra na pele pelos pés descalços, e os ovos pelas mãos sujas em contato com a boca
Cólera	Bactéria Vibrio Cholerae	Ingestão de água contaminada
Desintéria bacilar	Bactéria Shigella sp.	Ingestão de água, leite e alimentos contaminados
Esquistossomo se	Asquelminto Esquistossoma Mansoni	Pela ingestão de água contaminada, ou através da pele
Febre amarela	Vírus Flavivirus sp	Picada do mosquito Aedes aegypti
Febre paratifoide	Bactérias Salmonella paratyphi, S. schottmuelleri e S. hirshjedi	Ingestão de água e alimentos contaminadosou transmitido por moscas
Febre tifoide	Bactéria Salmonella typhi	Ingestão de água e alimentos contaminados
Hepatite A	Vírus da hepatite A	Ingestão de alimentos contaminados, contato fecal-oral
Malária	Protozoário Plasmodium sp.	Picada da fêmea do mosquito Anopheles sp.
Peste bubônica	Bactéria Yersinia pestis	Picada de pulgas
Poliomielite	Vírus Enterovirus	Contato fecal-oral, falta de higiene
Salmonelose	Bactéria Salmonella sp.	Animais domésticos ou silvestres infectados
Teníase ou solitária	Platelminto Taenia solium e Taenia saginata	Ingestão de carne de porco e gado vacum infectados

Fonte: Site da FEPAM, acesso Dez, 2010

Em Porto Alegre, dentre os indicadores sociais mais favoráveis encontrados no censo demográfico / IBGE do ano de 2000, destacamos o percentual de 99,5% dos domicílios com abastecimento de água adequado e 100% com destino de lixo adequado.

A rede de esgoto serve a 85,0% da população e com esgoto sanitário adequado totalizando quase 100%. Porém, encontramos ainda domicílios com abastecimento de água não adequado, especialmente nas ocupações irregulares e em algumas vilas.

Em relação ao saneamento básico, Porto Alegre apresentava em 2000 (Censo IBGE), 97,9% dos moradores abastecidos por água fornecida pela rede geral. De 1991 a 2000, houve um aumento da cobertura da rede geral de esgoto ou pluvial de 28,2 para 47,1% dos moradores. Em relação ao destino do lixo, em 2000, 99,3% dos moradores tinham o lixo coletado sendo, na grande maioria, por serviço de limpeza. De 1991 para 2000, houve um aumento da cobertura desse serviço de 93,4 para 97,3% dos moradores.

Entretanto, sanitários completos com chuveiro inexitem em muitos domicílios mesmo em regiões centrais da cidade (ocupações e vilas irregulares). No arquipélago a situação é ainda mais grave. É comum o esgoto a céu aberto agravando-se a situação em época de enchentes. Em relação à coleta de lixo, embora ofertada para toda a cidade, não está acessível a todos os domicílios em maior ou menor grau, seja por inadequação das vias para a passagem do caminhão coletor, seja pela baixa consciência ambiental. Observa-se, em especial nas comunidades pobres, grandes acúmulos de lixo a céu aberto ou dentro de valões, expondo as pessoas, em especial crianças. Não necessariamente porque nesses locais as pessoas cuidem menos do ambiente, mas, muito provavelmente, porque o serviço de limpeza urbana seja menos frequente.

A coleta seletiva do lixo, implantada há 20 anos na cidade, é feita nas principais ruas e avenidas, duas a três vezes por semana. Porém observa-se que a adesão da população à separação e descarte adequado dos resíduos é ainda pequena. Cabe ainda salientar a função social e econômica das estações reciclagem e tratamento de resíduos presentes em várias comunidades. Sem dúvida, o lixo será um grande problema para todo o planeta nas próximas décadas. Existe, inclusive, a tendência de

uma espécie de “terceirização” dos resíduos para as regiões periféricas que tende a se agravar.

Na Restinga, 94,7% dos domicílios têm abastecimento de água adequado, 87,2% dos domicílios dispõem de esgotamento sanitário adequado, 98,8% dos domicílios têm seu lixo recolhido pelo DMLU. Ainda que a Restinga apresente um baixo percentual de domicílios em situação de irregularidade fundiária (13,1%) e favelas (8,3%), encontra-se entre as áreas da cidade em que os domicílios irregulares mostram maior carência de abastecimento de água adequado. A maioria dos domicílios irregulares com carência de abastecimento de água adequado são loteamentos irregulares em que o loteador deixou de instalar a infra-estrutura de saneamento necessária. Observa-se nessa região um grande incremento em novas habitações populares, em especial por iniciativa de programas governamentais, o que poderá impactar positivamente nas condições de saúde da população, se observadas as condições seguras do impacto ambiental.

#### **6.1.5 Poluição ambiental**

Toda a questão que aborde poluição deve ensejar a vinculação dos diferentes tipos de poluição em um ciclo fechado. A poluição do ar provoca a poluição da água, que provoca a poluição do solo e vice-versa.

Quanto a poluição do ar, sabe-se que o avanço da tecnologia vem acompanhado de gastos de energia que tornam viáveis as constantes descobertas. Produzir energia, geralmente, é o principal motivo da poluição do ar, pois os automóveis, fábricas, usinas termoelétricas espalhadas pelo mundo usam, na maioria das vezes, a energia dos combustíveis. Os principais poluentes atmosféricos são os gases tóxicos lançados pelas indústrias e pelos veículos movidos a petróleo e os compostos tóxicos formados no ar, a partir de elementos componentes dos gases desprendidos pelos motores e chaminés, que reagem com o auxílio da luz com os elementos da atmosfera.

Assim como outras grandes cidades, Porto Alegre também sofre com a poluição do ar por causa da inversão térmica no inverno. Nas outras estações, o sol aquece a superfície, que por sua vez esquenta a camada de ar acima dele e como esse ar é menos denso ele sobe carregando os poluentes.



No inverno, o calor da terra não é suficiente para aquecer o ar, então a camada fria fica presa próxima ao chão, segurando a poluição na camada atmosférica. Essa seguramente pode ser uma das explicações para o aumento significativo das afecções respiratórias que lotam as emergências nessa época.

Outro agravante é a falta de chuvas, pois os poluentes pairam no ar por mais tempo até se depositarem sobre prédios, casas e carros. Assim, quando a água cai, carrega os gases e partículas que estão em suspensão, esta chuva ácida, ao contrário do que se imagina não é prejudicial nas cidades e ainda ajuda a limpar o ar. O problema é quando os poluentes entram em alguma nuvem e viajam para fora da região metropolitana, contaminando mananciais de água e produção de alimentos.

A irritação que surge nas pessoas presas em um congestionamento é um dos sintomas dos efeitos da poluição no trânsito engarrafado, depois vêm outros problemas: olhos lacrimejantes, ligeira dor de garganta e o pigarro produzido pelas mucosas da garganta na defesa do organismo. Se o tempo de exposição a poluição for longo, o pulmão e até o coração podem ser afetados.

Porto Alegre possui acentuado de concentração de poeira fina no ar. É justamente a poeira fina a mais prejudicial à saúde das pessoas. O aumento constante de veículos piora ainda mais a situação da qualidade do ar, pois fonte desse poluente está relacionada à queima de combustível, à pavimentação e ao atrito do pneu no asfalto. Contribui para essa condição o hábito predominante de utilização do transporte motorizado individual em detrimento do uso de transporte coletivo e a ausência de estrutura para transportes por veículos alternativos não poluentes.

A má qualidade do ar causa problemas de saúde às pessoas e também ao meio ambiente, podendo provocar a corrosão de alguns materiais como ferro, aço, concreto e mármore, pela geração de chuva ácida, por meio de reações químicas de compostos ácidos presentes na atmosfera, principalmente SO<sub>2</sub> (dióxido de enxofre) e NO<sub>x</sub> (óxidos nitrogenados) que, em contato com o vapor d'água, oxigênio e oxidantes, formam ácido sulfúrico e ácido nítrico que atacam esses materiais. Observa-se os efeitos e danos que os poluentes podem causar:

Tabela 9 – Efeitos dos principais poluentes na atmosfera

Poluente	Efeitos sobre a Saúde	Efeitos Gerais ao Meio Ambiente
Partículas Totais em Suspensão (PTS)	Causam efeitos significativos em pessoas com doenças pulmonares, como asma e bronquite.	Danos a vegetação, redução da visibilidade e contaminação do solo.
Partículas Inaláveis (PM10)	Aumento de atendimentos hospitalares e mortes prematuras. Insuficiências respiratórias pela deposição deste poluente nos pulmões.	Danos a vegetação, redução da visibilidade e contaminação do solo.
Dióxido de Enxofre (SO <sub>2</sub> )	Desconforto na respiração, doenças respiratórias, agravamento de doenças respiratórias e cardiovasculares já existentes. Pessoas com asma, doenças crônicas de coração e pulmão são mais sensíveis ao SO <sub>2</sub> . Irritação ocular.	Pode levar a formação de chuva ácida, causar corrosão aos materiais e danos à vegetação.
Óxidos de Nitrogênio (NO <sub>x</sub> )	Aumento da sensibilidade à asma e à bronquite.	Pode levar à formação de chuva ácida, danos a vegetação.
Monóxido de Carbono (CO)	Causa efeito danoso no sistema nervoso central, com perda de consciência e visão. Exposições mais curtas podem também provocar dores de cabeça e tonturas.	
Ozônio (O <sub>3</sub> )	Irritação nos olhos e vias respiratórias, diminuição da capacidade pulmonar. Exposição a altas concentrações pode resultar em sensações de aperto no peito, tosse e chiado na respiração. O O <sub>3</sub> tem sido associado ao aumento de admissões hospitalares.	Danos às colheitas, à vegetação natural, plantações agrícolas; plantas ornamentais. Pode danificar materiais devido ao seu alto poder oxidante.

Fonte: Site da FEPAM, em 19/08/10

Os estudos epidemiológicos usados na maioria das pesquisas sobre a relação exposição-efeito da poluição do ar fazem uso de dados secundários, como o número de óbitos, internações hospitalares, atendimentos realizados na rede básica de saúde, admissões em serviços de urgência por diversas causas, uso de medicamentos, procedimentos específicos, como a nebulização, entre outros indicadores de saúde

escolhidos, em bases que podem ser diárias, semanais ou mensais. Tais estudos têm mostrado que aumentos nos níveis de poluentes do ar se associam a aumentos na morbimortalidade, com desfechos respiratórios e cardiovasculares, em especial entre idosos e crianças. Outros efeitos referem-se a perdas econômicas, aumento no absenteísmo escolar, dias de trabalho perdidos, asma e nebulizações.

Outro fator fundamental como determinante da saúde é a qualidade da água. Nossa cidade é servida pela bacia do lago Guaíba composto por diversos afluentes da bacia do rio dos Sinos, que já vivem o que chamamos de estresse hídrico. Ainda está presente na memória de todos a grande mortandade de peixes nessa bacia, há alguns anos.

Para a população transparece o problema, em especial em alguns momentos como nas épocas de secas quando as algas provocam cheiro e gosto na água. Entretanto os maiores riscos para a saúde são da concentração de metais pesados, agrotóxicos, resíduos industriais e coliformes fecais que atingem altos índices em toda a bacia, como podem confirmar pelos dados publicados pela FEPAM.

O estrago é reversível, mas vai demandar muitos investimentos para sua recuperação e não depende apenas de ações do setor público. A sociedade deve também participar com atitudes ambientalmente responsáveis.

A água disponibilizada pelo DMAE para uso da população é de boa qualidade, mas o seu tratamento é oneroso. Sublinha-se que não se trata de um recurso natural inesgotável, ao contrário. Esse diagnóstico aponta para a necessidade de uma agenda permanente de iniciativas visando preservar esse patrimônio natural e vital para a cidade.

A educação ambiental é um potente instrumento para reverter tal cenário. Entre os grandes temas que poderão ser desenvolvidos também pelo setor saúde, está o uso das águas, o tratamento dos resíduos sólidos, o ar e o efeito estufa, a flora e a arborização urbana, a fauna e os biótipos do município.

Apesar dos muitos problemas, temos que destacar algumas iniciativas que merecem apoio da saúde e da comunidade pela relevância na proteção do meio ambiente. Citamos, por exemplo, o recolhimento do óleo comestível usado para reciclagem. O descarte de óleo de fritura era feito diretamente na pia da cozinha ou no

vaso sanitário. Contudo, tal ato é um dos responsáveis por entupimentos de caixas de gordura e tubulações, além de obstruções em redes de esgotos que contribuem para a poluição dos recursos naturais. Esse projeto é uma das ações do Programa Pró Dilúvio, criado pela Secretaria Municipal do Meio Ambiente para despoluir um importante arroio que percorre vários bairros de Porto Alegre, o Dilúvio. Centenas de residências lançam seus esgotos diretamente nesse arroio, que deságua no Lago Guaíba, principal fonte de abastecimento de água da cidade. O despejo de óleo diretamente na natureza causa importantes impactos ambientais. Devido ao fato de água e óleo não se misturarem, pode haver a formação de filmes oleosos na superfície de arroios e rios. Isso dificulta a troca de gases entre a água e a atmosfera. Lançado em junho de 2007, o projeto iniciou com 24 postos de recebimento de óleo usado em fritura, localizados em diversas regiões da cidade. Atualmente, há 118 postos de coleta.

Nos últimos anos, tem-se verificado aumento considerável no uso dos campos eletromagnéticos não ionizantes para comunicação sem fio, associados às estações de radio base. A inserção desordenada destes agentes físicos requer do ente público municipal a adoção do princípio da precaução, a partir do entendimento de que a proteção à saúde e do meio ambiente deve ser prioritária. A Secretaria Municipal de Saúde passou a participar do licenciamento das referidas estações de radio base para telefonia celular, de acordo com a legislação municipal, com o objetivo de proteger os indivíduos que estariam mais suscetíveis aos riscos potenciais. Entre as medidas, cita-se a verificação da distância mínima destes equipamentos dos estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde. No ano de 2009, houve alteração na rotina de trabalho, uma vez que até então a SMS adotava como critério para definição de clínica cirúrgica “todo o local de prestação de serviço em saúde que realize procedimentos invasivos com solução de continuidade” (resolução 04/06). Em março de 2009, a definição passou a ter a seguinte redação “clínica cirúrgica: é todo o estabelecimento de prestação de serviço em saúde, com estrutura e tecnologia compatíveis para realizar procedimentos cirúrgicos, acompanhamento pré e pós operatório, assim como aquelas unidades de internação de um estabelecimento de saúde, onde são atendidos pacientes pré e pós operatórios” (resolução 01/09). Com esta nova definição, bem como o parecer 1134/2007 da procuradoria geral do município, passou a não considerar clínica cirúrgica consultórios odontológicos. Desta forma houve um considerado aumento do número de liberações de estações de radio base.

### **6.1.6 A mobilidade urbana e os reflexos na saúde e qualidade de vida**

A mobilidade urbana é um conceito que trata da circulação e o transporte urbano, proporcionando os deslocamentos na cidade e atendendo às distintas necessidades da população através do transporte coletivo, individual por veículos, bicicletas ou ao deslocamento a pé e ao transporte de cargas na cidade. Aspectos como redução das distâncias a percorrer, dos tempos de viagem, dos custos operacionais, das necessidades de deslocamento, do consumo energético e do impacto ambiental, da capacitação da malha viária, dos sistemas de transporte, das tecnologias veiculares, dos sistemas operacionais de tráfego e dos equipamentos de apoio, estão contemplados no capítulo II, do Plano Diretor de Desenvolvimento Ambiental (PDDUA) de Porto Alegre.

Fica fácil perceber a importância deste tema quando abordamos a saúde e a segurança numa grande metrópole. Podemos examinar o impacto sobre a saúde se levarmos em conta aspectos relativos a qualidade do transporte coletivo, distâncias percorridas diariamente pelas pessoas, tempo gasto nos deslocamentos, acomodações e conforto nos veículos. Por outro lado, podemos visualizar o quanto a cidade está privilegiando ou não em suas políticas públicas, a mobilidade urbana sustentável (como as ciclovias), impactando sobre a qualidade do ar que respiramos. Vias seguras para pedestres poderiam, por exemplo, estimular as pessoas a praticar caminhadas, sabidamente um excelente exercício para prevenir doenças crônico-degenerativas. Podemos também pensar em aspectos relativos à segurança das pessoas, em especial crianças e adultos com limitações motoras, nos deslocamentos a pé pela cidade ou da segurança do próprio transporte veicular na cidade. Outro aspecto a ser considerado é o trabalho comunitário que deve ser feito quando da alteração da velocidade ou intensidade do trânsito veicular em alguma via. Observa-se pelos dados epidemiológicos que, quando uma via é coberta por asfalto ou quando há incremento no fluxo de veículos automotores, aumenta o número de eventos traumáticos decorrentes dos acidentes de trânsito. O impacto é maior sobre as crianças, jovens e idosos. Neste caso, muito relacionado à falta de percepção da nova realidade, em geral, ocasionando atropelamentos. Talvez este seja o indicador mais visível da relevância do tema quando estamos pensando um plano de saúde para a cidade.

A seguir podemos visualizar um gráfico demonstrativo dos acidentes de trânsito em Porto Alegre, 2008:

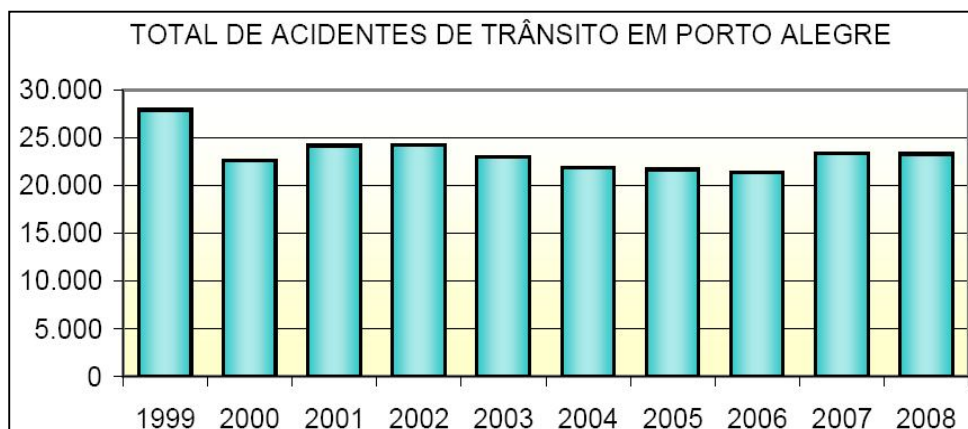


Gráfico 14 - Demonstrativo dos acidentes de trânsito retirado do anuário estatístico de Porto Alegre, 2008

O reflexo de uma política de mobilidade urbana centrada no privilégio ao trânsito rápido, focado nos veículos e não nas pessoas, transparece nas estatísticas de acidentes e mortes no trânsito que representam uma verdadeira tragédia na cidade.

### 6.1.7 Cenário Epidemiológico Geral

Em 2008, ocorreram 10.549 óbitos em Porto Alegre, resultando em um Coeficiente de Mortalidade Geral (CGM) 7,37 óbitos por mil habitantes, semelhante ao verificado nos últimos anos. A maioria dos óbitos ocorreu em pessoas com 60 ou mais anos de idade (66,5%) (Gráfico 15). – Número de óbitos idade em Porto Alegre, 2008.

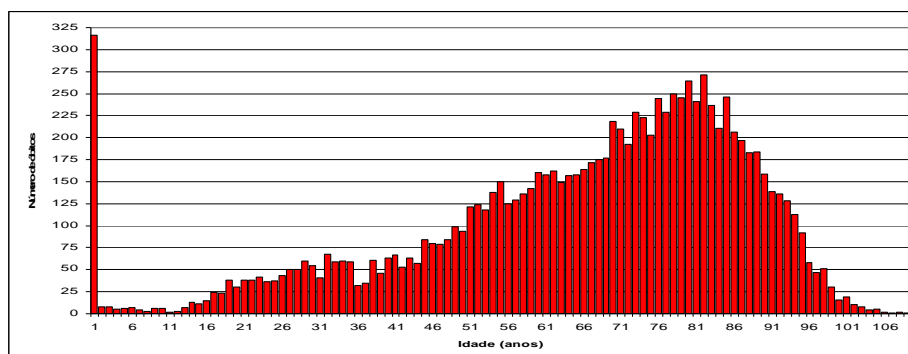


Gráfico 15 – Número de óbitos por idade em Porto Alegre, 2008.  
Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA

O número de óbitos e o CGM foi maior entre os homens (5505 óbitos, CGM: 8,24) que entre as mulheres (5040 óbitos, CGM: 6,61), principalmente entre adolescentes, jovens e adultos (Gráfico 16).

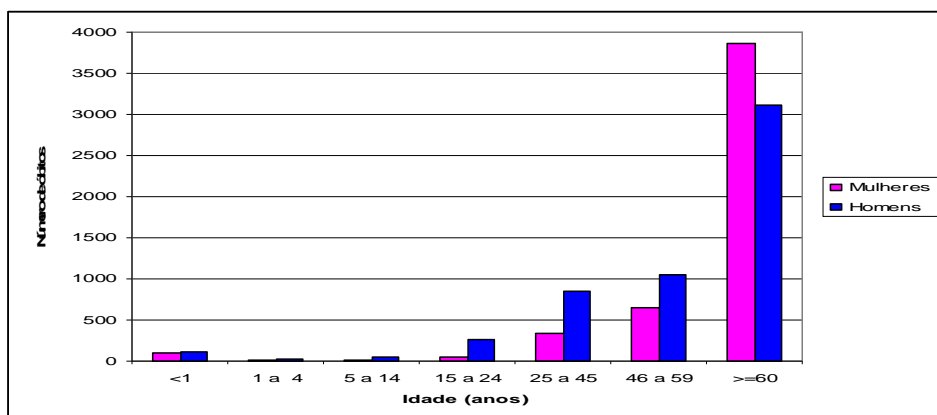


Gráfico 16 – Número de óbitos por sexo em Porto Alegre, 2008.  
Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA

As principais causas de óbito em 2008 foram as doenças do aparelho circulatório (30,4%), as neoplasias (23,7%) e as causas externas (10,1%).

Tabela 10 – Mortalidade proporção por capítulo de causas dos óbitos do CID 10 por sexo em Porto Alegre, 2008

<b>Grupo de causas</b>	<b>Total</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>
Doenças do aparelho circulatório	30,4%	34,8%	26,4%
Neoplasias	23,7%	24,8%	22,6%
Causas externas de mortalidade	10,1%	4,1%	15,6%
Doenças do aparelho respiratório	8,6%	8,3%	8,9%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7,0%	5,4%	8,5%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	5,0%	6,0%	4,1%
Doenças do sistema nervoso	4,7%	6,3%	3,2%
Doenças do aparelho digestivo	4,2%	4,0%	4,4%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	1,6%	1,3%	1,9%
Doenças do aparelho geniturinário	1,3%	1,6%	0,9%
Afecções originadas no período perinatal	1,1%	1,1%	1,2%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0,8%	0,8%	0,8%
Transtornos mentais e comportamentais	0,6%	0,2%	0,9%
Doenças do sistema osteo muscular e tecido conjuntivo	0,6%	0,9%	0,3%
Doenças do sangue, órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	0,1%	0,1%	0,1%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,1%	0,2%	0,1%
Gravidez, parto e puerpério	0,1%	0,2%	0,0%
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0,0%	0,0%	0,0%

Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Mais de 80% dos óbitos por causas externas ocorreram entre os homens, particularmente entre adolescentes, jovens e adultos. Houve diferença na proporção das



causas dos óbitos quando analisada a raça/cor (tabela 11). As causas externas e as doenças infecciosas e parasitárias foram proporcionalmente maior entre os negros.

Tabela 11 – Mortalidade proporção por capítulo de causas dos óbitos do CID 10 por raça/cor em Porto Alegre, 2008.

Causa	Porto Alegre	Branca	Negra	Amarela	Indígena
Doenças do aparelho circulatório	<b>30,5%</b>	30,9%	27,9%	75,0%	33,3%
Neoplasias	<b>23,5%</b>	24,7%	16,9%	12,5%	44,4%
Causas externas de mortalidade	<b>10,2%</b>	9,2%	15,5%	0,0%	11,1%
Doenças do aparelho respiratório	<b>8,6%</b>	8,9%	7,2%	0,0%	0,0%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	<b>7,0%</b>	5,8%	13,5%	12,5%	11,1%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	<b>5,0%</b>	4,9%	5,5%	0,0%	0,0%
Doenças do sistema nervoso	<b>4,7%</b>	5,1%	2,6%	0,0%	0,0%
Doenças do aparelho digestivo	<b>4,2%</b>	4,3%	3,3%	0,0%	0,0%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	<b>1,6%</b>	1,6%	1,6%	0,0%	0,0%
Doenças do aparelho geniturinário	<b>1,2%</b>	1,2%	1,3%	0,0%	0,0%
Afeções originadas no período perinatal	<b>1,1%</b>	1,1%	1,6%	0,0%	0,0%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	<b>0,8%</b>	0,8%	1,2%	0,0%	0,0%
Transtornos mentais e comportamentais	<b>0,6%</b>	0,5%	1,0%	0,0%	0,0%
Doenças do sistema osteo muscular e tecido conjuntivo	<b>0,6%</b>	0,6%	0,3%	0,0%	0,0%
Doenças do sangue, órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	<b>0,1%</b>	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	<b>0,1%</b>	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Gravidez, parto e puerpério	<b>0,1%</b>	0,1%	0,3%	0,0%	0,0%
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	<b>0,0%</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

A população negra apresenta relativa maioria dos acometidos por hipertensão arterial e diabete mellitus, tipo II, embora esse dado não tenha sido considerado no planejamento da assistência do SUS.

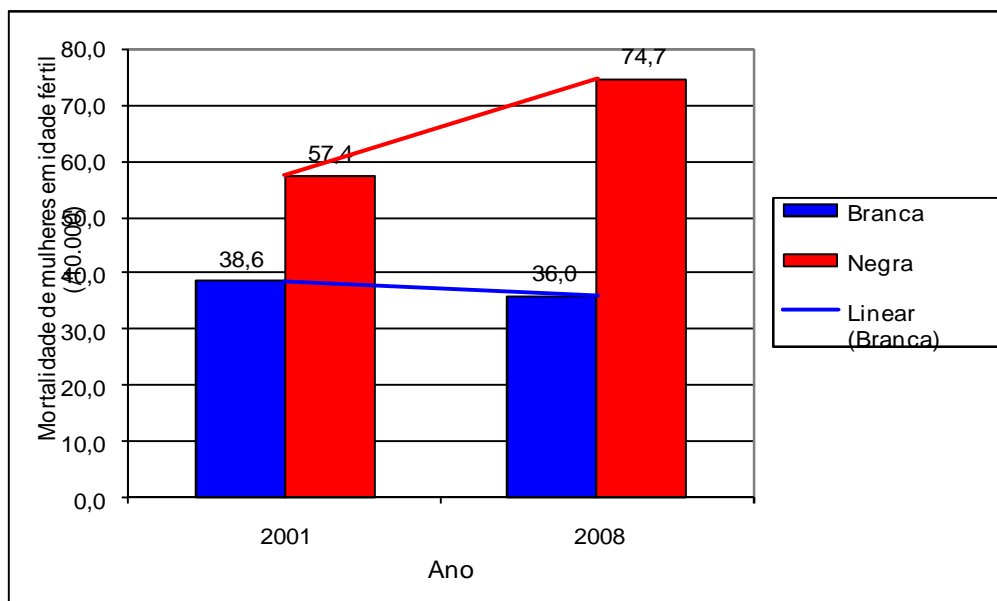


Gráfico 17 - Mortalidade de mulheres em idade fértil  
Fonte: CGVS, SIM, SMS, PMPA

No período, entre os anos 2001 e 2008, houve queda no índice de mortalidade nas mulheres brancas e aumento da mortalidade entre as mulheres negras.

Entre as Gerências Distritais houve diferenças na mortalidade proporcional por capítulo do CID (tabela 12). As mortes por doenças infecciosas foram maiores nas gerências Glória/Cruzeiro/Cristal, Partenon/Lomba do Pinheiro e Restinga/Extremo Sul. Nas gerências leste Nordeste, Norte/Eixo-Baltazar e Restinga/Extremo Sul houve maior proporção de óbitos por causas externas.

Tabela 12 – Mortalidade proporção por capítulo de causas dos óbitos do CID 10 por Gerência Distrital em Porto Alegre, 2008.

Causa do óbito	Porto Alegre	Centro	Nordeste Humaitá Navegantes	Norte Eixo Baltazar	Leste Nordeste	Glória Cruzeiro Cristal	Sul Centro Sul	Partenon Lomba do Pinheiro	Restinga Extremo Sul	Ignorado
Doenças do aparelho circulatório	30,4%	31,9%	31,9%	30,9%	27,6%	29,6%	35,0%	28,6%	28,9%	18,3%
Neoplasias	23,7%	29,8%	26,5%	21,7%	21,5%	21,4%	23,8%	21,4%	15,7%	15,9%
Causas externas de mortalidade	10,1%	5,5%	7,7%	12,3%	14,8%	11,1%	6,9%	10,5%	13,6%	26,4%
Doenças do aparelho respiratório	8,6%	7,8%	8,6%	6,8%	7,9%	9,4%	9,1%	8,4%	12,0%	11,8%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7,0%	4,4%	4,8%	7,0%	8,1%	10,2%	4,8%	9,7%	9,7%	12,0%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	5,0%	3,5%	4,8%	6,8%	5,1%	4,8%	6,0%	5,6%	5,6%	2,6%
Doenças do sistema nervoso	4,7%	7,2%	5,3%	3,5%	4,6%	4,6%	4,4%	3,3%	2,5%	1,9%
Doenças do aparelho digestivo	4,2%	4,0%	4,6%	4,0%	4,6%	3,6%	4,5%	4,6%	4,8%	2,6%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	1,6%	1,7%	1,8%	1,6%	1,0%	0,9%	1,4%	1,6%	1,9%	3,4%
Doenças do aparelho geniturinário	1,3%	1,4%	1,0%	1,1%	1,3%	1,0%	1,3%	1,8%	1,4%	0,5%

Afecções originadas no período perinatal	1,1%	0,4%	0,8%	1,6%	1,4%	1,1%	0,8%	1,7%	2,1%	1,9%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0,8%	0,5%	0,8%	1,1%	0,8%	0,7%	0,6%	1,5%	0,7%	1,2%
Transtornos mentais e comportamentais	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,3%	0,7%	0,5%	0,8%	0,7%	0,5%
Doenças do sistema osteo muscular e tecido conjuntivo	0,6%	1,0%	0,4%	0,5%	0,7%	0,3%	0,8%	0,4%	0,2%	0,5%
Doenças do sangue, órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	0,1%	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%
Gravidez, parto e puerpério	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,2%
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Ainda em 2008, as proporções das causas dos óbitos foram diferentes também em cada faixa etária (Tabela 13). No primeiro ano de vida predominou as afecções originadas no período perinatal e as malformações congênitas (ver abaixo a análise específica da mortalidade infantil). Na infância e no início da adolescência as malformações congênitas, as neoplasias e as doenças infecciosas foram as causas mais frequentes. Da adolescência até a idade adulta as causas externas foram a principal

causa. Entre os adultos as doenças infecciosas foram importantes motivos do óbito. A partir dos 45 anos as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório foram as causas predominantes.

Tabela 13 - Mortalidade proporcional por capítulo de causas dos óbitos do CID 10 por faixa etária em Porto Alegre, 2008

<b>Idade (anos)</b>	<b>Total</b>	<b>&lt;1</b>	<b>1 a 4</b>	<b>5 a 14</b>	<b>15 a 24</b>	<b>25 a 45</b>	<b>46 a 59</b>	<b>&gt;=60</b>
Doenças do aparelho circulatório	30,5%	0,9%	0,0%	1,6%	0,9%	8,3%	27,2%	37,8%
Neoplasias	23,8%	0,0%	14,8%	19,4%	4,0%	11,4%	28,9%	26,4%
Causas externas de mortalidade	9,8%	2,8%	14,8%	37,1%	76,9%	35,7%	8,1%	2,8%
Doenças do aparelho respiratório	8,5%	6,0%	7,4%	9,7%	0,6%	5,0%	6,8%	10,0%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7,0%	2,8%	18,5%	4,8%	9,3%	29,5%	10,6%	2,4%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	5,0%	0,5%	3,7%	1,6%	0,0%	1,9%	5,2%	5,9%
Doenças do sistema nervoso	4,7%	1,4%	14,8%	6,5%	3,7%	1,2%	1,2%	6,3%
Doenças do aparelho digestivo	4,2%	0,5%	3,7%	1,6%	0,0%	3,1%	6,0%	4,3%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	1,5%	1,9%	0,0%	3,2%	0,9%	1,2%	2,6%	1,3%
Doenças do aparelho geniturinário	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,2%	0,8%	1,6%
Afecções originadas no período perinatal	1,1%	54,2%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0,8%	29,2%	22,2%	11,3%	0,9%	0,3%	0,2%	0,0%
Transtornos mentais e comportamentais	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	1,1%	1,8%	0,3%
Doenças do sistema osteo muscular e tecido conjuntivo	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,4%	0,7%
Doenças do sangue, órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,2%	0,1%	0,1%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,1%	0,0%	0,0%	1,6%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
Gravidez, parto e puerpério	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,7%	0,0%	0,0%
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA

As Causas Externas representam a principal causa de morte na população jovem. Esse fenômeno é mais grave nos centros urbanos. No Brasil, adquire proporções preocupantes nas estatísticas de mortalidade na década de 80. Desde então só cresce. Porto Alegre não foge a este contexto.

A Organização Mundial da Saúde em seu *Relatório mundial sobre a violência e a saúde, 2002*, define: *Violência é o uso intencional da força física ou poder, real o por ameaça, contra a pessoa mesma, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar em ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação.*

Neste mesmo relatório alerta que a *violência é um problema mundial de saúde coletiva* e estabelece uma tipologia da violência, onde estão contemplados três grandes grupos: violência auto infligida (suicídio, comportamento suicida e auto abuso),

violência interpessoal (*familiar* contra idosos, crianças, mulheres, doentes mentais, deficientes e *comunitária* cometida por conhecidos ou estranhos) e *coletiva* (social, política e econômica que violam direitos fundamentais das pessoas).

Defende que são eventos preveníveis. Na verdade a violência não é uma doença, mas um fenômeno multifacetado e multifatorial com severas repercussões sobre a saúde, qualidade e expectativa de vida, podendo ser danos de natureza física, psicológica, sexual, de privação ou negligência.

A diversidade de expressões desses agravos causa perplexidade pois além de evidenciar o extenso cenário de exposições aponta para a complexidade da solução. Abaixo se visualiza os eventos em Porto Alegre, 2008:

Tabela 14 - Mortalidade proporcional por causa externa por faixa etária em Porto Alegre, 2008

<b>Idade (anos)</b>	<b>Total</b>		<b>&lt;1</b>	<b>1 a 4</b>	<b>5 a 14</b>	<b>15/24</b>	<b>25/ 45</b>	<b>46/59</b>	<b>&gt;=60</b>
Homicídios	550	53,3%	16,7%	50,0%	43,5%	75,3%	69,0%	35,0%	5,7%
Acidentes de transporte	163	15,8%	0,0%	25,0%	26,1%	13,8%	11,3%	23,4%	21,9%
Quedas acidentais	110	10,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,9%	10,2%	47,4%
Suicídios	96	9,5%	0,0%	0,0%	4,3%	5,7%	11,3%	20,4%	3,6%
Outras causas externas	29	2,8%	83,3%	0,0%	0,0%	1,6%	1,4%	2,2%	5,7%
Afogamento ou submersão acidentais	27	2,6%	0,0%	25,0%	26,1%	2,0%	2,6%	2,9%	0,0%
Eventos de intenção indeterminada	23	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	1,2%	1,5%	7,3%
Sequelas de causas externas	16	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	1,2%	0,7%	4,7%
Acidentes causados por fogo e chama	9	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	2,9%	1,6%

Complicações de assistência médica e cirúrgica	7	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,7%	2,1%
Total geral	1032	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Entre as diferentes causas externas de óbito em 2008, os homicídios foram responsáveis por mais da metade das mortes em Porto Alegre (Tabela 14), predominando na maioria das faixas etárias, exceto entre as crianças menores de 1 ano e nos idosos. Nestes as quedas acidentais e os acidentes de transporte foram as causas predominantes. Entre os menores de 1 ano, o principal motivo do óbito foi risco acidental à respiração (sufocação e inalação de conteúdo de alimento e de gástrico) que ocorreu em 5 crianças. Importante destacar a participação do suicídio como motivo de óbito em todas as faixas etárias a partir da adolescência.

A análise dos motivos dos óbitos por causas externas por raça/cor (Tabela 15) mostrou que o homicídio foi predominante entre os negros, sendo responsável por mais de 70% dos óbitos em 2008.



Tabela 15 – Mortalidade proporcional por causa externa por raça/cor em Porto Alegre, 2008

Idade (anos)	Porto Alegre		Branca		Negra		Indígena	
Homicídios	545	53,4%	377	48,2%	167	70,2%	1	100,0%
Acidentes de transporte	160	15,7%	129	16,5%	31	13,0%	0	0,0%
Quedas acidentais	107	10,5%	99	12,7%	8	3,4%	0	0,0%
Suicídios	98	9,6%	84	10,7%	14	5,9%	0	0,0%
Outras causas externas	29	2,8%	25	3,2%	4	1,7%	0	0,0%
Afogamento ou submersão acidentais	27	2,6%	22	2,8%	5	2,1%	0	0,0%
Eventos de intenção indeterminada	23	2,3%	19	2,4%	4	1,7%	0	0,0%
Sequelas de causas externas	16	1,6%	15	1,9%	1	0,4%	0	0,0%
Acidentes causados por fogo e chama	9	0,9%	6	0,8%	3	1,3%	0	0,0%
Complicações de assistência médica e cirúrgica	7	0,7%	6	0,8%	1	0,4%	0	0,0%
Total geral	1021	100,0 %	782	100,0 %	238	100,0 %	1	100,00 %

Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Conforme podemos observar acima, a população negra é 15,5% e a população branca 9,2%. Na definição das causas externas por homicídios para a população negra é de 70,2% e para a população branca 48,2% e a média de Porto Alegre é 53,4%. Os homens negros e jovens têm o risco em dobro para mortalidade por homicídio, seguindo a média nacional.

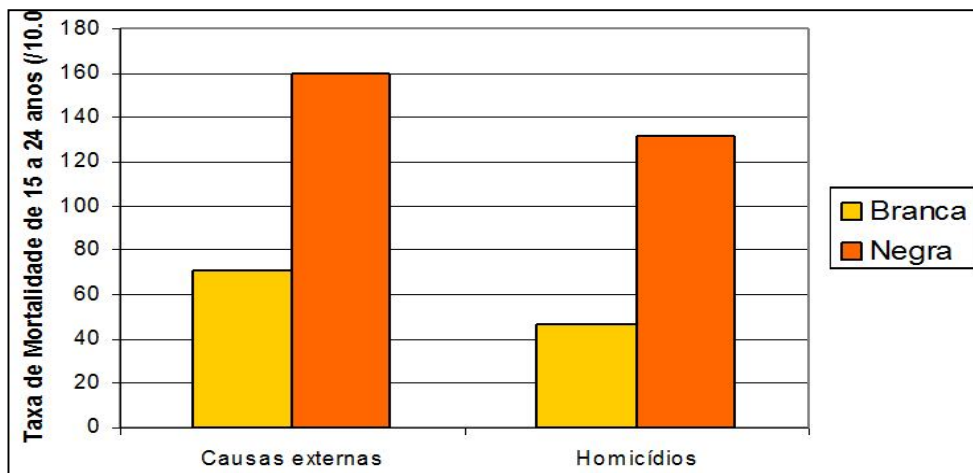


Gráfico 18 – homicídios por causa externa e cor  
Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA

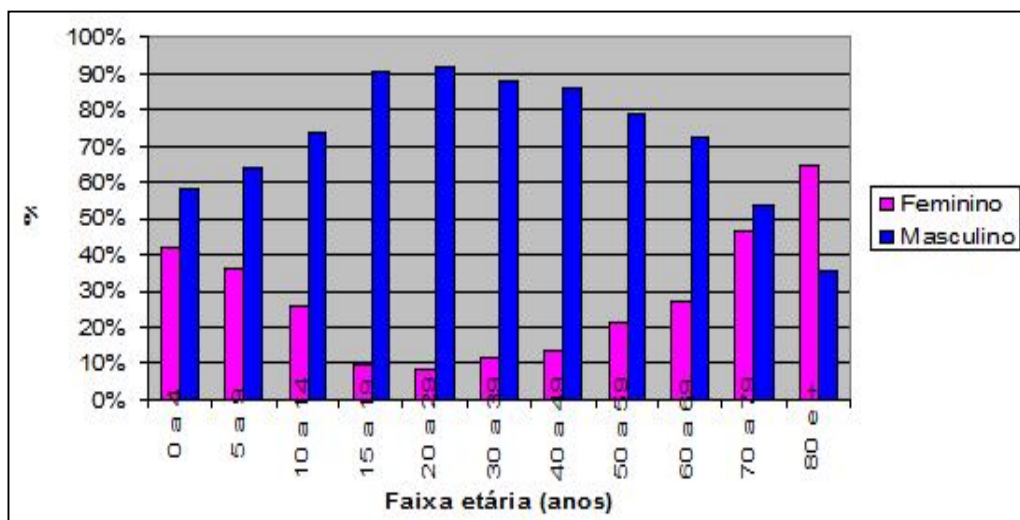


Gráfico 19 - Proporção dos óbitos por causa externa dos habitantes de Porto Alegre por sexo e por faixa etária, 2001 a 2008.

Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA

A figura acima evidencia que o sexo masculino é muito mais vulnerável à mortalidade por causas externas (acidentes e violências), apontando para a necessidade de uma intervenção intersetorial visando a proteção dessa população.

### **6.1.7.1 DENGUE**

Conforme o Informe Epidemiológico da Dengue – Análise de situação e tendências 2010/SVS/MS, foram notificados até a semana 17 de 2010, no Brasil, 737.756 casos de dengue assim distribuídos nas regiões brasileiras: Sudeste com 369.836 (50,1%), Centro-Oeste com 196.027 (26,6%), Norte com 71.610 (9,7%), Nordeste com 56.672 (7,7%) e Sul com 43.611 casos (5,9%). Na análise da variação do número de casos, observa-se que 18 das 27 unidades federadas apresentam um aumento no total de casos notificados nas primeiras 17 semanas de 2010, quando comparados ao mesmo período de 2009. Nessa comparação, a variação chegou a 120,1% (Tabela 16).

Tabela 16 - Comparativo de casos notificados de dengue por Unidade Federada.  
Semanas Epidemiológicas 1 a 17 de 2009 / 2010\*.

UF	Semanas 1 e 17			INCIDÊNCIA**	
	2009	2010*	% variação	2009	2010
<b>Norte</b>	<b>44.156</b>	<b>71.610</b>	<b>62,18</b>	<b>291,6</b>	<b>466,6</b>
RO	6,777	24.925	287,79	453,6	1657,3
AC	17.427	25.131	44,21	2562,5	3.636,0
AM	1.512	1.817	20,17	4,5,3	53,5
RR	3.401	2.649	-22,11	823,9	826,6
PA	8.177	5.454	-33,30	111,7	73,4
AP	2.157	704	-67,36	351,6	112,4
TO	4.705	10.930	132,31	367,4	845,9
<b>Nordeste</b>	<b>126.709</b>	<b>56.672</b>	<b>-55,27</b>	<b>238,7</b>	<b>105,7</b>
MA	2.413	886	-63,28	38,3	13,9
PI	2.470	2.533	2,55	79,2	80,5
CE	12.404	6.778	-45,36	146,8	79,3
RN	2.356	912	-61,29	75,8	29,1
PB	705	1.202	70,50	18,8	31,9
PE	3.285	12.075	267,58	37,6	137,1
AL	2.209	13.794	524,45	70,6	437,1
SE	2.407	326	-86,46	120,4	16,1
BA	98.460	16,166	-81,55	678,9	124,1
<b>Sudeste</b>	<b>104.805</b>	<b>369.836</b>	<b>252,88</b>	<b>130,7</b>	<b>457,1</b>
MG	57.429	158.207	175,49	289,3	789,7
ES	34.439	14.439	-58,32	997,2	411,6
RJ	8.360	11.310	34,96	52,8	70,6
SP(1)	4.557	185.966	3980,89	11,1	449,4
<b>Sul</b>	<b>7.044</b>	<b>43.611</b>	<b>519,12</b>	<b>25,6</b>	<b>157,3</b>
PR	6.679	38.624	478,29	63,1	361,4
SC(2)	163	397	143,56	2,7	6,5
RS	202	4.590	2172,28	1,9	42,1
<b>Centro Oeste</b>	<b>52.551</b>	<b>196,027</b>	<b>273,02</b>	<b>383,7</b>	<b>1.410,7</b>
MS	9.892	69.170	599,25	423,4	2.930,2
MT	20.576	33.859	64,54	895,7	1.126,0
GO	21.196	80.055	277,69	362,6	1.350,8
DF	885	12.943	1362,49	34,6	496,5
<b>Total</b>	<b>335.265</b>	<b>737.756</b>	<b>120,05</b>	<b>176,8</b>	<b>385,3</b>

Fonte: Sinan/SES-UF

- Casos confirmados autóctones
- Casos importados

\* Dados até a semana epidemiológica 17, sujeitos a alteração

\*\* Casos por 100.000 habitantes

Fonte: Informe Epidemiológico da Dengue – Análise de situação e tendências 2010/SVS/MS

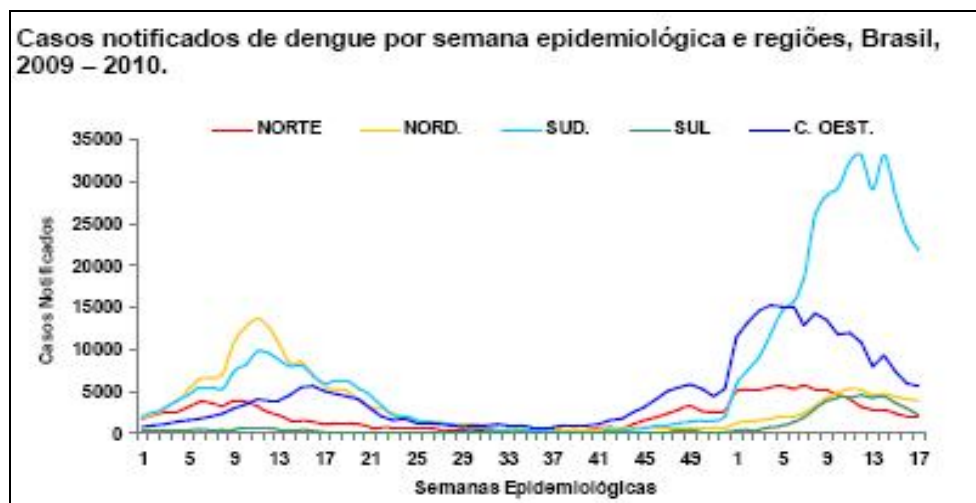


Gráfico 20 - Casos notificados de dengue por semana epidemiológica e regiões do Brasil, 2009-2010.

Fonte: Informe Epidemiológico da Dengue – Análise de situação e tendências 2010/SVS/MS

As observações da tabela e gráficos anteriores e da tabela subsequente ilustram o comportamento sazonal da doença bem como a elevação nas curvas referentes, especialmente, as regiões Sudeste, Centro Oeste e Sul. No que concerne à situação epidemiológica no Rio Grande do Sul, verifica-se na tabela um incremento de 2172% nas notificações de casos e a elevação na taxa de incidência de 1,9 para 42,1/100000hab do ano de 2009 para o ano de 2010. O Rio Grande do Sul não confirmou casos autóctones em 2009 e verificou a ocorrência de epidemia em alguns municípios de sua região noroeste em 2010.

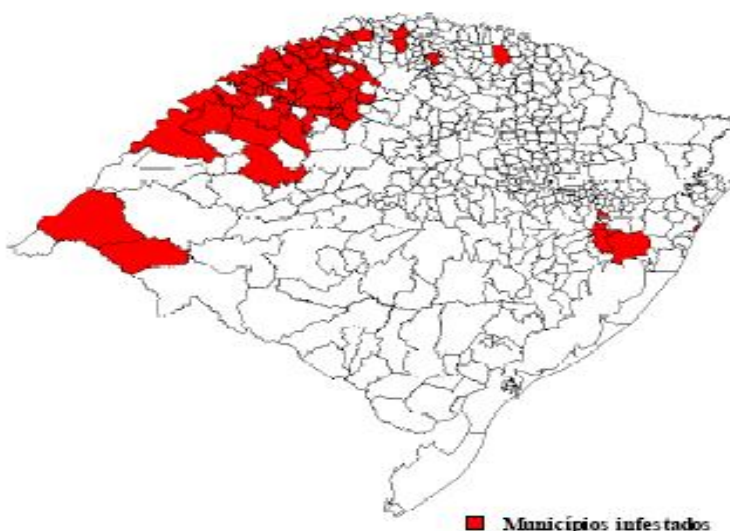
O sorotipo 3 do vírus da dengue predominou na grande maioria dos estados brasileiros entre 2002 a 2006. Já no período 2007 a 2009, foi observada uma alteração no sorotipo predominante, com a substituição do DENV-3 pelo DEV-2. Essa alteração levou a ocorrência de epidemias em diversas unidades federadas, com deslocamento de casos graves para a população menor de 15 anos de idade. O monitoramento em 2009 apontou nova mudança no sorotipo predominante, com nova circulação importante do DENV-1. A recirculação do DENV-1 alerta para a possibilidade de grande aumento no número de casos da doença em estados onde a população não esteve em contato com o vírus desde o início da década.

O sorotipo 4 foi introduzido recentemente no Brasil, sendo isolado no estado de Roraima. No Rio Grande do Sul, em 2007, ocorreu um surto de dengue na região

noroeste e norte do Estado, envolvendo um total de 268 casos de dengue autóctones, com a detecção da circulação do sorotipo DENV-3. Essa situação colocou o RS em uma nova situação epidemiológica, exigindo uma grande mobilização do poder público e da comunidade para enfrentamento do caso. Esse esforço resultou no incremento das atividades para controle do mosquito vetor e na vigilância dos casos importados, de forma que até o mês de novembro de 2008 não foram registrados casos autóctones no Estado.

A situação epidemiológica no Rio Grande do Sul se altera novamente em 2010, com a detecção de nova epidemia, agora com maior magnitude, na região noroeste. Neste evento foi detectada a circulação de DENV-1 e DENV-2. Em 2010, a Secretaria Estadual da Saúde - RS, informou a existência de 64 municípios com infestação pelo *Aedes aegypti*, entre estes, estão relacionados os municípios de Porto Alegre, Alvorada, Canoas, Viamão e São Leopoldo na região metropolitana (Mapa1).

**Municípios infestados por *Aedes aegypti* nos últimos 12 meses, RS, 13/ 07/ 2010.**



Fonte: SIS/FAD/CEVS/RS

Gráfico 21 – Mapa dos Municípios infestados por *Aedes aegypti* nos últimos 12 meses no Rio Grande do Sul, até 13/07/2010.

Em virtude da situação de emergência epidemiológica informada pela Secretaria Estadual da Saúde – RS, em 19 de fevereiro de 2010, e considerando que a circulação de pessoas dentro do território estadual é maior do que a inter estadual, em 22 de fevereiro a Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde/SMS/PMPA emitiu alerta epidemiológico dirigido a todos os profissionais e serviços de saúde da cidade com o seguinte teor:

A Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis e o Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde alertam que está ocorrendo um surto de dengue autóctone em Ijuí/RS, região noroeste do nosso Estado. Esta é uma situação de grande risco epidemiológico para todos os municípios do RS onde há presença do vetor. Portanto, é imprescindível que todos os profissionais de saúde estejam atentos a sinais e sintomas compatíveis com dengue de pessoas provenientes daquela cidade. Convém lembrar que este é o período de retorno das viagens de férias e que os estados do nosso país que estão apresentando epidemia de dengue são: MT, MS, ES, AC, RR, RO e BA. Nos outros estados a incidência diminuiu em relação ao verão passado, mas, no entanto, continua a circulação viral.

Tabela 17 - Frequência de casos confirmados de dengue segundo classificação final e ano da notificação, de residentes em Porto Alegre, de 2001 a 2009 (SE 52).

<b>Classificação Final</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>Total</b>
<b>Dengue Clássico</b>	11	124	17	3	13	19	20	28	10	245
<b>Dengue com Complicações</b>	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
<b>Febre Hemorrágica</b>	0	2	0	0	0	1	0	2	0	5
<b>Total</b>	11	126	18	3	13	20	20	30	10	251

Fonte: Informe Epidemiológico da Dengue – Análise de situação e tendências 2010/SVS/MS

A observação do ano de 2002, evidencia a resposta local a ocorrência de epidemias em desenvolvimento em estados brasileiros como a ocorrida no Rio de Janeiro.

Já no ano de 2007, quando se detectou a ocorrência de casos autóctones em pequenos municípios da região noroeste do Rio Grande do Sul não se observou um aumento dos casos confirmados em Porto Alegre.

Na tabela 18, podem ser observadas as notificações e conclusões dos casos entre as semanas epidemiológicas 01 a 24 dos anos de 2007 a 2010, evidenciando-se um aumento no número de casos notificados e confirmados.

Tabela 18 - Frequência de casos investigados de dengue segundo classificação final e ano da notificação, de residentes em Porto Alegre, no período correspondente a Semana epidemiológica 01 a 24 de 2007 a 2010.

<b>Ano</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Casos Notificados</b>	<b>92</b>	<b>180</b>	<b>36</b>	<b>72</b>
<b>Casos Confirmados</b>	<b>18</b>	<b>29</b>	<b>8</b>	<b>27</b>
<b>Casos Descartados</b>	<b>74</b>	<b>151</b>	<b>28</b>	<b>45</b>
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>360</b>	<b>72</b>	<b>144</b>

Conforme o gráfico a seguir, verifica-se a ocorrência de três casos na semana 9, com história de deslocamento para a cidade de Ijuí, onde foram confirmados 3.329 casos autóctones em 2010 e, na seqüência, a identificação de seis casos sem história



de viagem (casos autóctones de Porto Alegre) no período correspondente as semanas 17 a 24, todos confirmados em residentes do bairro Jardim Carvalho .

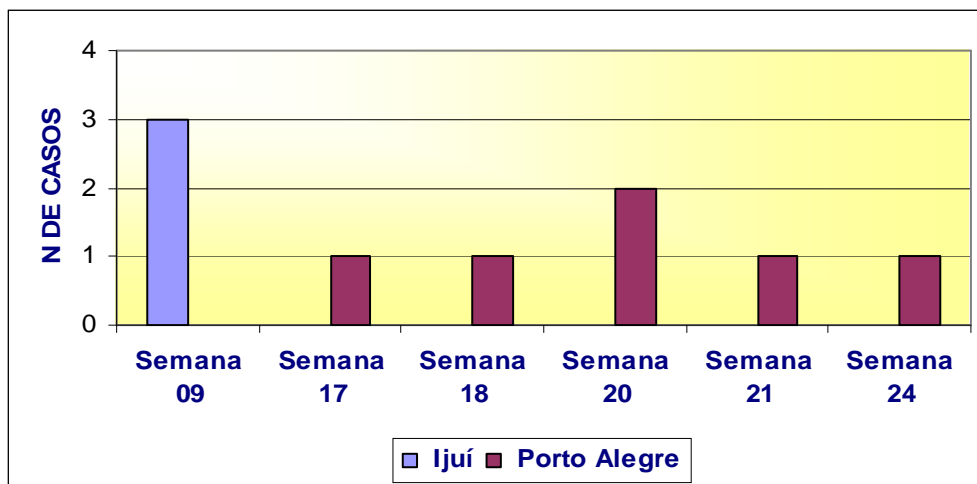


Gráfico 22 - Distribuição dos casos AUTÓCTONES (RS) de dengue por semana epidemiológica, Porto Alegre, 2010.  
Fonte: Informe Epidemiológico da Dengue: Análise de situação e tendências 2010/SVS/MS

Ainda que nos dois episódios epidêmicos evidenciados no Rio Grande do Sul não tenham sido observados casos graves e óbitos associados a dengue, no Brasil até a semana epidemiológica 17 de 2010, foram registrados 6438 casos graves de dengue, 1648 casos de Febre Hemorrágica do Dengue / Síndrome do Choque do Dengue o que significou um aumento de 25,5% em relação ao período anterior. Foram registrados 321 óbitos o que representa um aumento de 94,5% em relação ao mesmo período de 2009 (165 óbitos).

Os casos expostos apresentam as estimativas da ocorrência de casos e necessidades especiais para atendimento na população de Porto Alegre distribuída conforme a área de abrangência das Gerências Distritais de Saúde, quando calculada tendo por base as taxas de incidências nos cenários epidêmicos de Giruá - RS em 2007 (cenário 1), Belo Horizonte - MG em 1998 (cenário 2) e Campo Grande - MS em 2007(cenário 3):

- Cenário 1: Giruá / RS - incidência de 1.191 casos por 100.000 habitantes
- Cenário 2: Belo Horizonte/MG - incidência 4.155 casos por 100.000 habitantes
- Cenário 3: Campo Grande/MS - incidência 6.000 casos por 100.000 habitantes

Tabela 19 - Estimativa do número de casos de dengue com necessidade de hidratação em Porto Alegre, em diferentes cenários epidemiológicos, por Gerência Distrital de Saúde.

GERENCIAS POA	População estimada IBGE 2007	Estimativa nº casos			Estimativa nº de casos com necessidade de hidratação		
		Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3
GD CENTRO	285.038	4.276	11.402	17.102	428	1.140	1.710
GD NOROESTE/HUMAITA	191.389	2.871	7.656	11.483	287	766	1.148
GD NORTE/EIXO/BALTAZAR	195.921	2.939	7.837	11.755	294	784	1.176
GD LESTE NORDESTE	158.098	2.371	6.324	9.486	237	632	949
GD GLORIA/CRUZEIRO/ CRISTAL	152.911	2.294	6.116	9.175	229	612	917
GD SUL/CENTRO-SUL	190.693	2.860	7.628	11.442	286	763	1.144
GD PARTENON/LOMBA	188.613	2.829	7.545	11.317	283	754	1.132
GD RESTINGA/EXTREMO SUL	90.414	1.356	3.617	5.425	136	362	542
<b>Total</b>	<b>1.453.077</b>	<b>21.796</b>	<b>58.123</b>	<b>87.185</b>	<b>2.180</b>	<b>5.812</b>	<b>8.718</b>

Fonte: Informe Epidemiológico da Dengue – Análise de situação e tendências 2010/SVS/MS

Tabela 20 - Estimativa do número de casos de dengue com necessidade de hospitalização e casos de febre hemorrágica em Porto Alegre, em diferentes cenários epidemiológicos, por Gerência Distrital de Saúde.

GERENCIAS POA	População estimada  IBGE 2007	Estimativa nº de casos com necessidade de hospitalização			Estimativa nº de casos de Febre Hemorrágica da Dengue		
		Cenário1	Cenário 2	Cenário 3	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3
CENTRO	285.038	86	228	342	21	57	86
NOROESTE/HUMAITA	191.389	57	153	230	14	38	57
NORTE/EIXO/BALTAZA R	195.921	59	157	235	15	39	59
LESTE NORDESTE	158.098	47	126	190	12	32	47
GLORIA/CRUZEIRO/ CRISTAL	152.911	46	122	183	11	31	46
SUL/CENTRO-SUL	190.693	57	153	229	14	38	57
PARTENON/LOMBA	188.613	57	151	226	14	38	57
RESTINGA/EXTREMO SUL	90.414	27	72	108	7	18	27
<b>Total</b>	<b>1.453.077</b>	<b>436</b>	<b>1.162</b>	<b>1.744</b>	<b>109</b>	<b>291</b>	<b>436</b>

Fonte: Informe Epidemiológico da Dengue – Análise de situação e tendências 2010/SVS/MS

Considerando que o curso de uma epidemia ocorre, aproximadamente, de 4 a 6 meses, a média de pacientes que buscariam atendimento na rede pública e privada de saúde chegaria a aproximadamente 450 doentes por dia. No entanto, considerando que esta distribuição não será linear, no período do ápice da epidemia poderão adoecer entre 500 e 1000 pacientes por dia.

Segundo estudo realizado com o Ministério de Saúde, em setembro de 2010, com base no histórico dos Levantamentos de Índice de Infestação Predial (LIRAA) incidência de casos autóctones de Porto Alegre e outros indicadores, as Gerências Distritais (GD) com maior risco para dengue seriam: Leste - Nordeste, Gloria – Cruzeiro - Cristal e Lomba - Partenon.

#### **6.1.7.2 Doença Falciforme**

A Doença Falciforme (DF) é uma doença de etiologia gênica autossômica recessiva que determina diminuição significativa da expectativa de vida, A DF caracteriza-se por uma deformação das hemácias que podem provocar oclusão dos vasos sanguíneos e, conseqüentemente, lesão em órgãos e sistemas, causando um alto grau de sofrimento e impactos significativos para a saúde e qualidade de vida, além de sérios problemas em decorrência do maior número de internações hospitalares e de visitas médicas necessárias em relação à população em geral.

A DF é uma doença crônica que necessita de medidas de prevenção que são responsáveis pelo aumento da sobrevida e exige atenção imediata através de uma legislação que regulamente a implantação de políticas e programas públicos na assistência integral às pessoas com a doença e com o traço falciforme.

A DF é significativamente mais prevalente na população negra que é mais vulnerável por ter menor poder aquisitivo e maior dificuldade de acesso aos cuidados de saúde.

Cobertura e casos confirmados de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatia no estado do RS no ano de 2008: Triados - 100.934, cobertura - 71,42%, casos em 2008: 17, incidência - 1 para 5.937 (MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC).

## 7 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE, SEGUNDO FASE DO CICLO VITAL

### 7.1 CRIANÇA

#### Vida intra-uterino e nascimento

As condições de saúde dos pais, em particular da mãe, influencia na qualidade de saúde do feto e do recém-nascido. A qualidade da assistência da saúde da mulher em idade fértil, durante a gestação e o parto tem grande importância na sobrevivência fetal e neonatal e no nascimento de uma criança saudável. Em 2008, o número de gestantes cadastradas no SISPRENATAL, em Porto Alegre, foi menor que a soma dos nascidos vivos e dos natimortos, resultando em uma cobertura geral inferior a 60% com grande variação entre as Gerências Distritais. Entre nascimentos ocorridos nos hospitais SUS (usuários SUS) a cobertura média sobe para 78%. Cerca de ¼ das gestantes cadastradas iniciaram tardiamente suas consultas de pré-natal (após o 4º mês).

Tabela 21 – Número de gestantes cadastradas no SISPRENATAL por Gerência Distrital e por tipo de hospital de nascimento (SUS e não SUS) em Porto Alegre em 2008.

2008	Gerência distrital	Centro	Nordeste Humaitá	Navegantes Ilhas	Norte Eixo Baltazar	Leste Nordeste	Glória Cruzeiro Cristal	Sul Centro-Sul	Partenon Lomba do Pinheiro	Restinga Extremo Sul	Ignorado	Porto Alegre
<b>Gestantes cadastradas</b>	N	572	926	1.431	1.420	1.628	1.236	1.947	1.280			<b>10.579</b>
<b>Nascidos vivos óbitos</b>	Total	2.374	2.072	2.441	2.150	2.271	2.325	2.697	1.230	1.160		<b>18.720</b>
<b>fetais (N)</b>	SUS	961	1.224	1.903	1.738	1.831	1.475	2.307	1.075	1.061		<b>13.575</b>
<b>Cobertura SISPRENATAL (%)</b>	Total	24,1	44,7	58,6	66,0	71,7	53,2	72,2	104,1			<b>56,5</b>
	SUS	59,5	75,7	75,2	81,7	88,9	83,8	84,4	119,1			<b>77,9</b>
<b>Primeira consulta até 4º mês</b>	N	153	204	289	381	377	260	516	281			<b>2.546</b>
	%	26,7	22,0	20,2	26,8	23,2	21,0	26,5	22,0			<b>24,1</b>

Fonte: SISPRENATAL/EEV/CGVS/SMS/PMPA;

Com relação ao nascimento, os dados do SINASC mostram que menos de 3% das mães não realizaram pré-natal e mais de 99% dos partos foram hospitalares. Algumas características maternas e gestacionais foram diferentes nas regiões de Porto Alegre em 2008 (tabela 22).

A proporção de nascimento de mães adolescentes, de 16% em Porto Alegre, atingiu 20% nas Gerências Distritais Partenon-Lomba do Pinheiro e Restinga-Extremo Sul. A prevalência de mães adolescentes foi sempre maior entre os nascimentos ocorridos nos hospitais SUS.

Em 2008, a prevalência de idade gestacional ao nascimento inferior a 32 semanas e a 37 semanas (parto prematuro) foi, em média, de 1,5% e 11,3%, respectivamente, em Porto Alegre.

Em algumas regiões, como nas áreas das Gerências Norte-Eixo Baltazar e Partenon-Lomba do Pinheiro, a taxa de partos antes de 32 semanas de gravidez superou 2% entre os nascimentos ocorridos nos hospitais SUS.

Por outro lado, a frequência de partos prematuros de 32 até 36 semanas gestacionais foi maior nos nascimentos em hospitais privados e de convênios (não SUS), em média 9,8% e atingindo 11% no Centro e no Sul-Centro Sul. Não surpreendentemente, a proporção de parto cesáreo foi maior nessas regiões (67% e 55%), principalmente entre os nascimentos ocorridos nos hospitais privados e de convênios.

A proporção de mães com menos de 8 anos de estudo foi maior entre os nascidos nos hospitais SUS (37,0%), atingindo mais de 43% nas Gerências Glória-Cruzeiro-Cristal e Restinga-Extremo Sul.

Tabela 22 - Características maternas e gestacionais dos nascimentos em 2008 por Gerência Distrital e por tipo de hospital de nascimento (SUS e não SUS) em Porto Alegre

2008	Gerência distrital	Centro	Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas	Norte Eixo Baltazar	Leste Nordeste	Glória Cruzeiro Cristal	Sul Centro-Sul	Partenon Lomba do Pinheiro	Restinga Extremo Sul	Ignorado	Porto Alegre
	<b>Total (N)</b>	2.359	2.059	2.411	2.127	2.254	2.308	2.674	1.216	1.145	<b>18.553</b>
<b>Nascidos vivos</b>	<b>Usuários SUS (N)</b>	947	1.212	1.874	1.715	1.815	1.459	2.284	1.062	1.046	<b>13.414</b>
	<b>Usuários SUS (%)</b>	40,1	58,9	77,7	80,6	80,5	63,2	85,4	87,3	91,4	<b>72,3</b>
<b>Sem pré-natal (%)</b>	<b>Total</b>	1,7	1,8	2,6	2,6	3,9	2,2	3,3	2,4	4,8	<b>2,7</b>
	<b>SUS</b>	4,1	3,1	3,3	3,1	4,8	3,4	3,8	2,7	5,3	<b>3,7</b>
<b>Até 6 consultas de pré-natal (%)</b>	<b>Total</b>	16,5	21,1	29,8	30,8	35,4	26,9	33,4	40,6	39,5	<b>29,4</b>
	<b>SUS</b>	37,7	33,4	37,0	37,4	42,1	40,6	38,4	44,2	42,9	<b>39,1</b>
<b>Mãe adolescente (%)</b>	<b>Total</b>	6,9	12,5	15,9	17,6	17,3	13,6	19,2	21,6	23,2	<b>15,8</b>
	<b>SUS</b>	14,1	19,6	19,5	21,3	20,4	19,3	21,2	23,4	24,3	<b>20,4</b>
<b>Mãe com &gt;=40 anos (%)</b>	<b>Total</b>	6,3	4,7	3,9	2,7	3,4	4,5	3,7	2,7	2,8	<b>4,0</b>
	<b>SUS</b>	3,0	3,2	3,9	2,2	3,1	3,3	3,4	2,5	2,7	<b>3,1</b>

<b>Escolaridade de &lt;8 anos (%)</b>	<b>Total</b>	10,8	20,0	22,8	33,1	36,7	20,9	34,6	39,8	43,1	<b>27,7</b>
	<b>SUS</b>	25,7	32,8	28,4	40,7	43,7	31,1	39,5	43,5	46,6	<b>37,0</b>
<b>Duração gestação 32 a &lt;37 semanas (%)</b>	<b>Total</b>	10,9	9,4	8,2	8,4	9,8	11,0	10,4	10,7	9,9	<b>9,8</b>
	<b>SUS</b>	9,7	8,2	7,3	8,3	9,9	11,0	10,3	11,0	9,3	<b>9,4</b>
<b>Duração gestação &lt;32 semanas (%)</b>	<b>Total</b>	1,4	1,5	1,9	1,2	1,3	1,4	1,9	1,2	1,4	<b>1,5</b>
	<b>SUS</b>	1,8	1,5	2,3	1,5	1,5	1,6	2,1	1,2	1,5	<b>1,7</b>
<b>Parto cesáreo (%)</b>	<b>Total</b>	66,9	56,9	44,7	41,9	41,5	55,1	38,4	39,6	35,3	<b>47,6</b>
	<b>SUS</b>	41,9	36,3	32,4	31,4	32,5	37,6	30,6	34,3	30,9	<b>33,6</b>

Fonte: SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

A população infantil (0 a 9 anos de idade) de moradores de Porto Alegre, em 2009, foi estimada em 185.652 crianças, ou 12,9% dos 1.436.124 porto alegrenses.

Em menos de uma década, houve uma redução de cerca de 10% no número total de crianças e de 15% na proporção de crianças na população. Dos 1.360.590 habitantes registrados no Censo IBGE 2000, 206.401 (15,2%) eram crianças. Esta redução na população infantil é resultante da diminuição progressiva no número de nascimentos.

De 2000 a 2008 houve uma queda de quase 5.000 nascimentos por ano (21%), determinando redução nas taxas de natalidade e de fecundidade (Tabela 23). A



queda na natalidade é um dos fatores responsáveis por tornar Porto Alegre a segunda capital brasileira com menor taxa de crescimento populacional do Brasil.

Tabela 23 - Nascidos vivos de mães residentes em Porto Alegre, 2000 a 2008.

<b>Porto Alegre</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>Nascidos vivos (N)</b>	23.5 18	20.8 65	20.0 31	19.1 97	19.5 29	18.9 30	18.3 83	17.8 09	18.5 53
<b>Taxa Bruta de Natalidade (/1.000)</b>	18,2	15,2	14,5	13,8	13,9	13,2	12,8	12,3	13,0
<b>Taxa de Fecundidade Total (%)</b>	5,9	5,2	4,9	4,7	4,7	4,5	4,3	4,4	4,7
<b>Proporção de parto hospitalar (%)</b>	98,8	99,0	99,2	99,2	99,4	99,4	99,5	99,3	99,3
<b>AIH parto (N)</b>	15.7 36	16.0 74	14.3 23	14.2 73	14.8 98	13.5 25	13.2 58	12.4 88	12.4 04
<b>Proporção partos SUS (%)</b>	66,9	77,0	71,5	74,4	76,3	71,5	72,1	70,1	66,9

Fonte: Projeção IBGE 2000; SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA; DATASUS

A redução do número de nascimento nos últimos anos foi maior em algumas regiões da cidade. Nas áreas das Gerências Restinga-Extremo Sul e Partenon-Lomba do Pinheiro o número de nascidos vivos caiu de cerca de 30%, enquanto que a queda foi de cerca de 18% no Centro e no Sul Centro-Sul (Tabela 24). A taxa bruta de natalidade e as taxas de fecundidade total e específica por faixa etária (Tabela 25), em 2008, foram diferentes nas regiões das Gerências. A taxa específica de fecundidade na faixa etária de 15 a 19 anos foi quase 5 vezes maior na Gerência Distrital Partenon-Lomba do Pinheiro e Restinga-Extremo Sul, do que a taxa na Gerência Centro.

O número de crianças potencialmente usuárias dos serviços públicos de saúde, definido pelo tipo de hospital de nascimento, foram diferentes para cada Gerência. A proporção de nascimentos em hospitais públicos ou conveniados (usuários SUS), em 2008, variou de 40% na área da Gerência Distrital Centro para 87% na Restinga-Extremo Sul. Assim, embora o número de nascimentos nesta região tenha sido menor, cerca da metade do Centro, foi maior o número de crianças a serem acompanhados pelas Unidades de Saúde da Gerência Distritais Restinga-Extremo Sul. Em números absolutos, a Gerência Partenon-Lomba do Pinheiro deveria oferecer o maior número de atendimento ao recém-nascido e ao lactente.

Tabela 24 – Número de nascimentos por Gerência Distrital em Porto Alegre, 2000 a 2008.

Gerência distrital		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% redução 2000-2008
<b>Centro</b>	<b>N</b>	2.889	2.368	2.177	2.148	2.367	2.357	2.325	2.296	2.359	<b>18,3</b>
	<b>%</b>	12,3	11,3	10,9	11,2	12,1	12,5	12,6	12,9	12,7	
<b>Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas</b>	<b>N</b>	2.645	2.372	2.384	2.315	2.412	2.190	2.194	2.027	2.059	<b>22,2</b>
	<b>%</b>	11,2	11,4	11,9	12,1	12,4	11,6	11,9	11,4	11,1	
<b>Norte Eixo Baltazar</b>	<b>N</b>	3.190	2.683	2.480	2.496	2.588	2.480	2.432	2.281	2.411	<b>24,4</b>
	<b>%</b>	13,6	12,9	12,4	13,0	13,3	13,1	13,2	12,8	13,0	
<b>Leste Nordeste</b>	<b>N</b>	2.904	2.469	2.344	2.297	2.381	2.311	2.204	2.124	2.127	<b>26,8</b>
	<b>%</b>	12,3	11,8	11,7	12,0	12,2	12,2	12,0	11,9	11,5	

<b>Glória Cruzeiro Cristal</b>	<b>N</b>	2.901	2.847	2.566	2.655	2.393	2.347	2.276	2.193	2.254	<b>22,3</b>
	<b>%</b>	12,3	13,6	12,8	13,8	12,3	12,4	12,4	12,3	12,1	
<b>Sul Centro - Sul</b>	<b>N</b>	2.841	2.154	1.964	1.956	2.362	2.409	2.280	2.329	2.308	<b>18,8</b>
	<b>%</b>	12,1	10,3	9,8	10,2	12,1	12,7	12,4	13,1	12,4	
<b>Partenon Lomba do Pinheiro</b>	<b>N</b>	3.785	3.327	3.113	2.998	3.038	3.036	2.800	2.577	2.674	<b>29,4</b>
	<b>%</b>	16,1	15,9	15,5	15,6	15,6	16,0	15,2	14,5	14,4	
<b>Restinga Extremo Sul</b>	<b>N</b>	1.815	1.591	1.662	1.507	1.571	1.528	1.440	1.462	1.216	<b>33,0</b>
	<b>%</b>	7,7	7,6	8,3	7,9	8,0	8,1	7,8	8,2	6,6	
<b>Ignorado</b>	<b>N</b>	548	1.054	1.341	825	417	272	432	520	1.145	
	<b>%</b>	2,3	5,1	6,7	4,3	2,1	1,4	2,3	2,9	6,2	
<b>Porto Alegre</b>	<b>N</b>	23.518	20.865	20.031	19.197	19.529	18.930	18.383	17.809	18.553	<b>21,1</b>

Fonte: SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Tabela 25 - Taxa de natalidade e de fecundidade por Gerência Distrital em Porto Alegre, 2008.

2008	Gerência distrital	Centro	Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas	Norte Eixo Baltazar	Leste Nordeste	Glória Cruzeiro Cristal	Sul Centro-Sul	Partenon Lomba do Pinheiro	Restinga Extremo Sul	Ignorado	Porto Alegre
<b>População (N)</b>		280.669	189.056	190.873	155.113	159.778	187.949	178.377	88.562		<b>1.430.220</b>
<b>Total (N)</b>		2.359	2.059	2.411	2.127	2.254	2.308	2.674	1.216	1.145	<b>18.553</b>
<b>Nascidos Vivos</b>	<b>Usuários SUS (N)</b>	947	1.212	1.874	1.715	1.815	1.459	2.284	1.062	1.046	<b>13.414</b>
	<b>Usuários SUS (%)</b>	40,1	59,9	77,7	80,6	80,5	63,2	85,4	87,3	91,4	<b>72,3</b>
<b>Taxa Bruta de Natalidade (/1000)</b>		8,4	10,9	12,6	13,7	14,1	12,3	15,0	13,7		<b>13,0</b>
<b>Taxa de Fecundidade de e Total (%)</b>		2,7	3,7	4,2	4,8	5,0	4,1	5,3	5,0		<b>4,7</b>
<b>Taxa de Fecundidade Especifica (/1000)</b>	<b>De 10 a 14 anos</b>	1,0	1,6	2,2	2,7	1,8	1,9	2,7	1,7		<b>2,4</b>
	<b>De 15 a 19 anos</b>	14,1	29,7	39,9	48,7	48,3	33,2	57,8	57,2		<b>52,3</b>
	<b>De 20 a 29 anos</b>	32,8	56,9	76,5	76,5	82,9	70,0	89,4	82,7		<b>70,4</b>
	<b>De 30 a 39 anos</b>	50,0	52,0	42,7	52,6	53,3	50,9	50,3	43,9		<b>54,5</b>
	<b>De 40 a 49 anos</b>	5,9	6,1	6,2	5,3	6,8	6,8	8,0	5,8		<b>6,9</b>

Fonte: Projeção IBGE 2000; SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Das características dos recém-nascidos em 2008 (Tabela 26), a frequência de nascimento de muito baixo peso (<1500g) foi maior na Gerência Norte-Eixo Baltazar (2,3%), principalmente nos nascimentos ocorridos nos hospitais SUS (2,6%). O parto prematuro e o nascimento de muito baixo peso têm sido importantes fatores de risco para o óbito infantil e responsáveis por parte significativa da taxa de mortalidade infantil em Porto Alegre.

Tabela 26 – Características dos recém-nascidos em 2008 por Gerência Distrital e por tipo de hospital de nascimento (SUS e não SUS) em Porto Alegre.

2008	Gerência distrital	Centro	Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas	Norte Eixo Baltazar	Leste Nordeste	Glória Cruzeiro Cristal	Sul Centro-Sul	Partenon Lomba do Pinheiro	Restinga Extremo Sul	Ignorado	Porto Alegre
	<b>Total (N)</b>	2.359	2.059	2.411	2.127	2.254	2.308	2.674	1.216	1.145	<b>18.553</b>
<b>Nascidos vivos</b>	<b>Usuários SUS (N)</b>	947	1.212	1.874	1.715	1.815	1.459	2.284	1.062	1.046	<b>13.414</b>
	<b>Usuários SUS (%)</b>	40,1	58,9	77,7	80,6	80,5	63,2	85,4	87,3	91,4	<b>72,3</b>
<b>Peso ao nascer &lt;1500 g (%)</b>	Total	1,7	1,7	2,3	1,4	1,5	1,3	1,9	1,7	1,6	<b>1,7</b>
	SUS	1,7	1,7	2,7	1,6	1,7	1,6	2,1	1,7	1,7	<b>1,9</b>
<b>Peso ao nascer 1500 a &lt;2500 g (%)</b>	Total	10,1	9,6	8,5	7,9	8,6	8,2	9,0	10,0	10,7	<b>9,0</b>
	SUS	10,8	10,0	8,9	8,2	8,7	8,6	9,2	10,1	10,8	<b>9,3</b>

Continuação tabela 26

<b>Apgar 1o. minuto &lt;7 (%)</b>	Total	6,0	6,3	8,4	7,2	9,1	7,4	8,2	10,6	9,3	<b>7,9</b>
	SUS	8,3	7,8	9,5	8,1	10,0	9,5	8,9	11,0	9,4	<b>9,2</b>
<b>Apgar 5o. minuto &lt;7 (%)</b>	Total	0,6	1,2	1,7	0,8	1,1	0,9	1,3	1,4	2,3	<b>1,2</b>
	SUS	1,3	1,9	1,9	0,9	1,2	1,2	1,4	1,4	2,4	<b>1,5</b>
<b>Raça/cor preta (%)</b>	Total	4,2	6,8	14,4	16,0	13,5	7,5	14,3	14,1	17,9	<b>11,6</b>
	SUS	8,6	10,4	16,9	18,4	14,9	10,0	15,4	15,1	18,5	<b>14,6</b>
<b>Raça/cor parda (%)</b>	Total	3,6	5,9	6,8	11,5	11,0	8,1	15,6	13,7	14,2	<b>9,7</b>
	SUS	7,8	8,7	8,1	13,5	12,6	11,2	17,4	14,6	15,1	<b>12,4</b>
<b>Malformação (%)</b>	Total	1,1	1,4	1,8	2,0	2,3	1,7	1,6	1,2	2,1	<b>1,7</b>
	SUS	2,4	1,9	2,0	2,2	2,7	2,3	1,8	1,2	2,1	<b>2,1</b>

Fonte: SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

## **Doenças congênitas e neonatais**

### **Infecções congênitas e neonatais**

Algumas infecções, como a sífilis, o HIV, a hepatite B e a rubéola, são passíveis de transmissão da mãe para o filho durante a gravidez ou o período perinatal.

A transmissão vertical pode determinar um significativo número de perdas fetais e de recém-nascidos doentes. A assistência pré-natal possibilita o desenvolvimento de estratégias de prevenção, de diagnóstico precoce e de tratamento,

podendo resultar em redução do número de doentes. No Brasil, apesar da elevada cobertura de pré-natal, observa-se, com frequência, a não realização da rotina preconizada, não ocorrendo a testagem para o HIV e o VDRL, nem a tomada das condutas adequadas que no caso da sífilis, incluem o tratamento do parceiro. O monitoramento dos casos de infecção congênita possibilita a avaliação dos resultados dessas estratégias.

### **Sífilis congênita**

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica. Em gestante não tratada ou inadequadamente tratada, ela é transmitida por via placentária ao feto, em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da doença. A ocorrência de sífilis congênita evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção dessa forma da doença. A notificação dos casos de sífilis congênita é compulsória.

Em Porto Alegre, houve um aumento dos casos notificados de sífilis congênita nos últimos anos (Tabela 27), resultado do trabalho desenvolvido junto aos serviços de saúde e a sensibilização da importância do tema. A implantação de dois núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar (HNSC e PUC) no final de 2007 e a intensificação da busca dos casos no próprio local de nascimento também contribuiu para o aumento no número de notificações verificado nos últimos anos. Dessa forma, a taxa de incidência em Porto Alegre aumentou de 6,1 em 2007 para 9,6 casos em cada 1000 nascidos vivos. Nas diferentes Gerências Distritais a incidência variou de 3,8 no Centro em 2008 até 15 casos por mil nascidos vivos na Restinga-Extremo Sul em 2009. Quando classificada por raça/cor, a incidência de sífilis congênita nas crianças negras foi até 3 vezes superior às brancas (Tabela 28). A maior dificuldade de acesso da população negra aos meios diagnósticos e terapêuticos pode ser uma das explicações para essa diferença.

Os números de casos notificados no SINAN de sífilis durante a gestação tem sido inferior ao número de casos notificados de sífilis congênita (Tabela 29), indicando a possível ocorrência de subnotificação durante o pré-natal. Em cerca de 40% dos casos foram notificados somente no momento do parto.

Tabela 27 – Número de casos e taxa de incidência de sífilis congênita por Gerência Distrital e por ano em Porto Alegre, 2007, 2008 e 2009.

Ano		Centro	Noroeste Humaita Navegantes ...	Norte Eixo Baltazar	Leste Nordeste	Glória Cruzeiro Cristal	Sul Centro-Sul	Partenon Lomba do Pinheiro	Restinga Extremo Sul	Porto Alegre	
2007	Nascidos vivos	N	2.264	2.000	2.305	2.120	2.032	2.363	2.706	1.499	17.809
	Sífilis congênita	N	9	11	14	13	17	15	23	6	108
	Incidência (/1.000 NV)		4,0	5,5	6,1	6,1	8,4	6,3	8,5	4,0	6,1
2008	Nascidos vivos	N	2.359	2.059	2.411	2.127	2.254	2.308	2.674	1.216	18.553
	Sífilis congênita	N	9	13	23	18	18	12	24	2	119
	Incidência (/1.000 NV)		3,8	6,3	9,5	8,5	8,0	5,2	9,0	1,6	6,4
2009	Nascidos vivos	N	2.422	2.138	2.459	2.038	2.336	2.290	2.660	1.184	18.665
	Sífilis congênita	N	11	20	35	24	30	9	40	9	178
	Incidência (/1.000 NV)		4,5	9,4	14,2	11,8	12,8	3,9	15,0	7,6	9,5

Fonte: SINANNET/EVDT e SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA



Tabela 28 – Número de casos e taxa de incidência de sífilis congênita por raça/cor e por ano em Porto Alegre, 2007, 2008 e 2009.

Ano			Branca	Negra	Amarelo	Total de Porto Alegre
2007	Nascidos vivos	N	14.244	3.547	7	17.803
	Sífilis congênita	N	61	47	1	109
		Incidência (/1.000 NV)	4,3	13,3	142,9	6,1
2008	Nascidos vivos	N	14.580	3.958	7	18.547
	Sífilis congênita	N	63	46	0	113
		Incidência (/1.000 NV)	4,3	11,6	0,0	6,1
2009	Nascidos vivos	N	14.564	4.085	9	18.660
	Sífilis congênita	N	64	52	0	117
		Incidência (/1.000 NV)	4,4	12,7	0,0	6,3

Fonte: SINANNET/EVDT e SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Tabela 29 – Casos confirmados de sífilis em gestante e congênita e momento do diagnóstico em Porto Alegre, 2007 a 2009.

Ano do diagnóstico	Gestante	Congênita								
		Total	Durante o pré-natal		No momento do parto/curetagem		Após o parto		Ignorado /Branco /Não realizado	
			N	N	%	N	%	N	%	N
<b>2007</b>	79	116	57	49,1	52	44,8	4	3,4	3	2,6
<b>2008</b>	76	133	71	53,4	50	37,6	11	8,3	1	0,8
<b>2009</b>	76	162	83	51,2	52	32,1	24	14,8	3	1,9

Fonte: SINAN/DATASUS

### Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

A transmissão vertical é a principal via de infecção pelo HIV na população infantil. Sem qualquer intervenção, a taxa de transmissão vertical do HIV é de cerca de 20%. Com a utilização de intervenções combinadas, entre elas o uso de antiretrovirais a partir da 14ª semana de gestação, no parto cesáreo, quando indicado, utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto; realização de AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição de lactação associada ao

fornecimento de fórmula infantil até os 6 meses de idade é possível diminuir a transmissão a índices entre 1 e 2%.

Em Porto Alegre, o Projeto NASCER operacionaliza as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV, através do acompanhamento das gestantes soropositivas, do cumprimento do cronograma de consultas de pré-natal e da adesão ao uso da profilaxia com antiretrovirais. Para as puérperas, nas maternidades e nas unidades de saúde, são fornecidas os antiretrovirais, o inibidor da lactação e a fórmula láctea infantil para a substituição do leite materno. A criança exposta é vinculada ao serviço de infectologia pediátrica para acompanhamento até a definição de sua sorologia.

A proporção de recém-nascidos expostos ao HIV tem apresentado uma progressiva redução nos últimos anos, atingindo o valor mínimo de 1,7% em 2008 (Tabela 30). A taxa de transmissão materna do HIV variou de 2,2 a 5,9%, com aparente queda nos últimos anos. Entretanto, em mais de 1/3 dos casos o desfecho da exposição é desconhecido.

Tabela 30 – Taxa de exposição e de transmissão congênita do HIV em Porto Alegre, 2002 a 2009.

no	Nascidos vivos	HIV expostos		Diagnóstico					
				Infectado		Não Infectado		Desconhecido	
				N	%	N	%	N	%
002	20.022	483	2,4	25	5,2	286	59,2	172	35,6
003	19.191	410	2,1	21	5,1	238	58,0	151	36,8
004	19.525	426	2,2	25	5,9	257	60,3	144	33,8
005	18.930	427	2,3	19	4,4	263	61,6	145	34,0
006	18.383	366	2,0	14	3,8	211	57,7	141	38,5
007	17.809	396	2,2	16	4,0	246	62,1	134	33,8
008	18.553	319	1,7	7	2,2	135	42,3	177	55,5
009	18.665	357	1,9	8	2,2	95	26,6	254	71,1

Fonte: SINAN/EVDT e SINASC/EEV/CGSV/SMS/PMPA

O número de casos e as taxas de incidência de AIDS em menores de 5 anos e em menores de 13 anos apresentaram uma queda significativa no início da década, principalmente a partir de 2003 com a redução dos casos transmissão perinatal (Tabela 31).

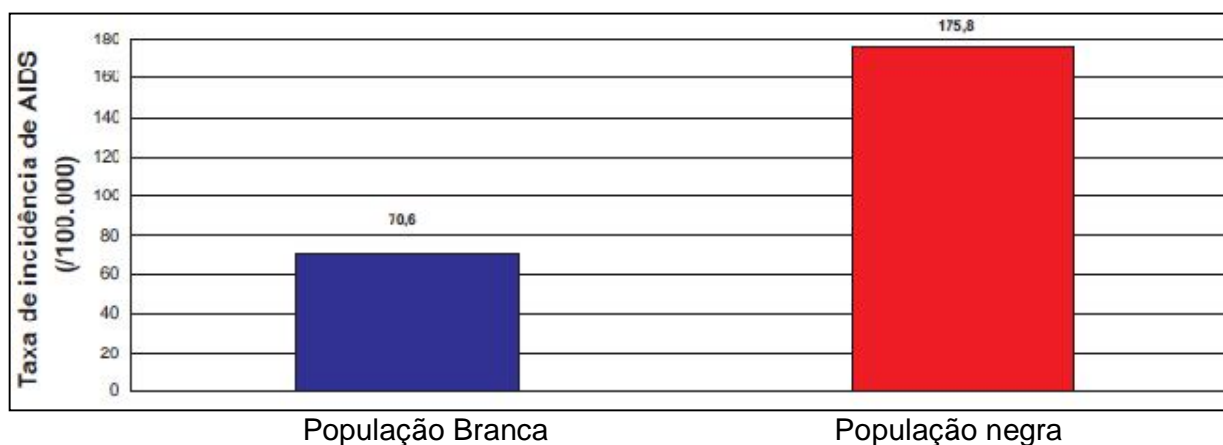
Tabela 31 – Número de casos e taxa de incidência AIDS em menores de 5 anos e em menores de 13 anos em Porto Alegre, 2000 a 2009.

Ano do diagnóstico	< 1 ano		1 a 4 anos		< 5anos		< 13 anos	
	N	N	N	População*	Taxa de incidência (/100.000)	N	População*	Taxa de incidência (/100.000)
<b>2000</b>	24	20	44	104.076	42,3	58	270.117	21,5
<b>2001</b>	12	33	45	105.049	42,8	65	272.703	23,8
<b>2002</b>	10	33	43	105.825	40,6	72	274.717	26,2
<b>2003</b>	8	9	17	106.638	15,9	34	276.828	12,3
<b>2004</b>	7	5	12	107.448	11,2	27	278.930	9,7
<b>2005</b>	7	8	15	109.286	13,7	28	283.701	9,9
<b>2006</b>	5	7	12	110.223	10,9	31	286.134	10,8
<b>2007</b>	7	6	13	93.032	14,0	28	264.246	10,6
<b>2008</b>	4	5	9	86.840	10,4	25	254.260	9,8
<b>2009</b>	7	5	12	82.711	14,5	22	248.851	8,8

Fonte: SINAN/EVDT/CGSV/SMS/PMPA \* Estimativa IBGE

A taxa de incidência de AIDS em menores de 13 anos, em 2009, foi 2,5 vezes maior entre as crianças da raça/cor negra (175,8 casos/100.000 habitantes), quando comparada a taxa dos brancos (70,6), uma consequência das desigualdades sociais e de acesso aos recursos de saúde no município (Gráfico 23).

Gráfico 23 – Taxa de incidência de AIDS em menores de 13 anos por raça/cor em Porto Alegre, 2009.



Fonte: SINAN/EVDT/CGSV/SMS/PMPA

### **Síndrome da Rubéola Congênita**

A Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) constitui importante complicação da infecção pelo vírus da rubéola durante a gestação, principalmente no primeiro trimestre, podendo comprometer o desenvolvimento do feto e causar aborto, morte fetal, natimorto e anomalias congênitas. A incidência da SRC depende do número de mulheres em idade fértil susceptível, da circulação do vírus na comunidade e do uso de vacina específica. A longo prazo, a vacinação de rotina na infância tem impacto na prevenção da SRC, pois interrompe a transmissão do vírus entre as crianças, o que reduz o risco de exposição de gestantes susceptíveis. Além disso, reduz a susceptibilidade nas futuras coortes de mulheres em idade fértil.

A SRC é um evento relativamente raro, principalmente na ausência de surtos e com elevadas coberturas vacinais. Entretanto, possui grande magnitude pelo alto custo associado ao tratamento, intervenções e educação especial, sem contar o sofrimento humano. A ocorrência de novos casos indica circulação viral e deficiências na cobertura vacinal.

Em 2003, foi estabelecida a meta de eliminação da rubéola e da SRC nas Américas até 2010. Para isso, é fundamental fortalecer a vigilância da SRC, em especial por meio de vigilância ativa em unidades de referência para o atendimento de crianças com infecções congênicas e outras malformações compatíveis com SRC. Assim, será possível detectar os casos suspeitos, realizar exames diagnósticos e intervenções mais precocemente, o que tende a aumentar a especificidade do sistema.

Em Porto Alegre, após anos sem novos casos, foram diagnosticados 3 casos em 2008 (gráfico 24). A campanha de vacinação dos adolescentes e dos adultos, em particular das mulheres em idade fértil, bloqueou a circulação viral e reduziu a zero o número de novos casos de SRC em 2009.

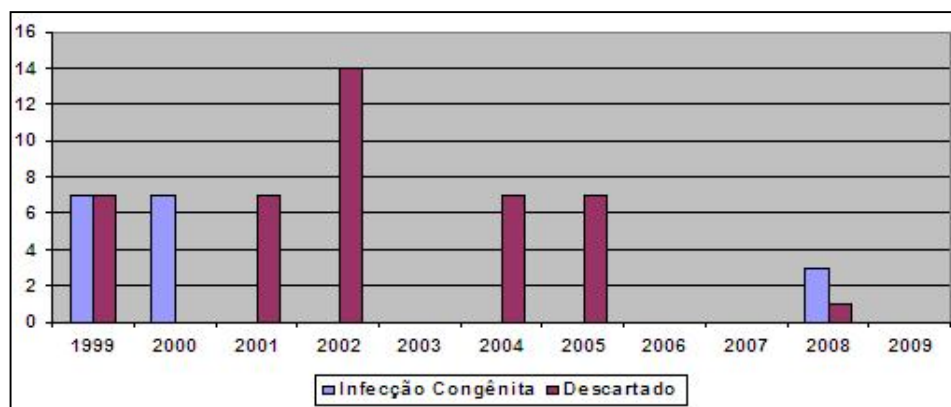


Gráfico 24 - Número de casos confirmados e descartados de Síndrome da Rubéola Congênita em Porto Alegre, 1999 – 2008.  
Fonte: SMS/POA/CGVS/EVDT/SINAN

## Hepatite viral B

A transmissão viral ao recém-nascido de mãe portadora de Hepatite B está associada ao grande risco de cronificação da infecção na criança. Particularmente, quando a mãe apresenta evidências de replicação viral (HBeAg reagente e carga viral

superior a 10.000 cópias/ml ), a taxa de cronificação pode atingir até 90%. A transmissão vertical pode ser prevenida com a aplicação nas primeiras horas de vida da vacina e da imunoglobulina contra hepatite B. A vacinação contra a hepatite B nas primeiras 12 horas de vida em todos os recém-nascidos é atualmente rotina em todas as maternidades. O conhecimento do estado sorológico materno antes do nascimento, preferencialmente no primeiro trimestre da gravidez, possibilita a vacinação das gestantes soronegativas e facilita a disponibilização da imunoglobulina (HBIg). Mesmo com a vacinação e com a aplicação da imunoglobulina, pode ocorrer cerca de 10% de falha na prevenção dos recém-nascidos HVB expostos.

Em Porto Alegre, nos anos de 2007 e 2008, cerca de 3,3 em cada mil gestantes apresentavam HBsAg reagente durante o pré-natal, determinando um número anual estimado de 60 novos recém-nascidos expostos ao vírus da hepatite B. Segundo o SISPRENATAL, aproximadamente 90% das gestantes cadastradas realizaram ao menos um dos exames preconizados pelo protocolo de pré-natal e 26 apresentaram HbsAg reagente. No mesmo período foram notificados e confirmados em Porto Alegre 17 casos de HVB em gestantes, sendo 14 porto-alegrenses (Fonte: SINAN). Em menores de 1 ano houve apenas 4 casos confirmados de HVB, todos em 2008, sendo 2 de moradores do município. Nos mesmos anos foram aplicados 100 e 62 doses de HBIg em menores de um ano em Porto Alegre, respectivamente (Fonte: PNI). Esses dados sugerem a existência de subnotificação dos casos diagnosticados durante a gestação e evidenciam a ausência de um programa específico de acompanhamento das crianças HVB expostas e o desconhecimento da taxa de falha da estratégia de prevenção da transmissão vertical da hepatite B.

### **Tétano neonatal**

O tétano neonatal é uma doença infecciosa aguda grave não contagiosa que acomete o recém-nascido nos primeiros 28 dias de vida. É causada pelo bacilo Gram positivo *Clostridium tetani*, encontrado no trato intestinal dos animais, especialmente do homem e do cavalo. Os esporos são encontrados no solo contaminado por fezes, na pele, na poeira, em espinhos de arbustos e pequenos galhos de árvores, em pregos



enferrujados e em instrumentos de trabalho não esterilizados. A transmissão ocorre por contaminação, durante a manipulação do cordão umbilical ou dos cuidados inadequados do coto umbilical, quando se utilizam substâncias, artefatos ou instrumentos contaminados com esporos. A suscetibilidade é universal, afetando recém-nascidos de ambos os sexos. O atendimento higiênico ao parto é medida fundamental na profilaxia do tétano neonatal. Os materiais utilizados, incluindo instrumentos cortantes, fios e outros, devem ser estéreis para o cuidado do cordão umbilical e do coto. A imunidade do recém-nascido é conferida pela vacinação adequada da mãe. A ocorrência de um caso de tétano neonatal significa falhas no serviço de saúde.

No Brasil a ocorrência do tétano neonatal tem sido reduzida nos últimos anos. No município de Porto Alegre, o último caso da doença foi confirmado em 1999, resultado da adequada cobertura vacinal das mulheres em idade fértil e da realização de praticamente todos partos em ambiente hospitalar. Em 2008, foram aplicadas 10.408 doses da vacina dT (Dupla Adulto), em 98,4% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL.

### **Doenças congênitas não infecciosas**

A identificação precoce de doenças que afetem o recém-nascido possibilita a instituição imediata do tratamento, visando uma melhor qualidade de vida com a redução das sequelas e a potencialização dos resultados da reabilitação. Após o nascimento, no exame físico do recém-nascido, podem ser diagnosticadas malformações e doenças congênitas. A execução de testes simples como a manobra de Ortolani, para a luxação congênita de quadril, e do teste do reflexo vermelho (teste do olhinho) possibilitam a intervenção precoce e a instituição das condutas adequadas. Existem condições objetivas para que todos os recém-nascidos em Porto Alegre passem por esses exames, porém não há sistemas de registro da triagem e nem de notificação dos casos detectados. A Caderneta de Saúde da Criança possui campos específicos para o registro desses 2 testes e as equipes assistentes das maternidades foram orientadas sobre a importância de seu preenchimento.

## **Malformações congênitas**

Aproximadamente 2% dos recém-nascidos apresentam malformações que podem ser identificadas ao nascimento. Desde 2000, as malformações congênitas registradas na Declaração de Nascido Vivo são digitadas no SINASC e a frequência de anomalias variou de 1,3 a 1,8% dos nascidos vivos entre 2001 e 2009 (Tabela 32). Embora pouco frequentes, as malformações são importante causas de óbito infantil e fetal. Em Porto Alegre, cerca de 25% dos óbitos infantis e 10% dos óbitos fetais têm como causa básica a presença de malformação (Tabela 32).

As principais anomalias notificadas incluem as malformações e deformidades congênitas do sistema osteomuscular (CID Q65 a Q79) e do aparelho circulatório (CID Q20 a Q28), que incluem as alterações de membros e cardíacas, respectivamente (Tabela 33). De 2001 a 2009, foram notificados 39 casos associados à luxação de quadril e 16 crianças com alterações oculares.

O diagnóstico da presença de anomalias no pré-natal, por exemplo, através da análise ultrassonográfica fetal, permite um planejamento da atenção obstétrica e neonatal, com repercussões positivas na sobrevivência e na qualidade de vida da criança e de sua família. O diagnóstico adequado e o aconselhamento genético às famílias de crianças com malformações congênitas podem tornar uma nova gestação mais segura e tranqüila.

Tabela 32 – Malformações congênitas em Porto Alegre, 2001 a 2009.

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nascidos vivos	N	20.855	20.022	19.191	19.525	18.930	18.383	17.809	18.553	18.665
Malformação congênita	N	264	285	240	279	307	333	284	315	324
	%	1,3	1,4	1,3	1,4	1,6	1,8	1,6	1,7	1,7
Óbitos infantis	N	296	279	256	239	244	223	212	216	182
por malformação congênita	N	79	78	73	65	67	59	61	63	39
	%	26,7	28,0	28,5	27,2	27,5	26,5	28,8	29,2	21,4
Óbitos fetais	N	206	205	169	195	187	144	159	167	167
por malformação congênita	N	13	19	10	21	15	13	13	15	17
	%	6,3	9,3	5,9	10,8	8,0	9,0	8,2	9,0	10,2

Fonte: SINASC e SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Tabela 33 – Frequência proporcional da classificação das malformações segundo o CID em nascidos vivos em Porto Alegre, 2001 a 2009.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Q65-Q79 Malformações e deformidades congênitas do sistema osteomuscular	39,8	38,9	32,5	30,1	30,3	37,5	30,3	26,7	22,2
Q20-Q28 Malformações congênitas do aparelho circulatório	8,3	10,2	15,4	11,1	11,4	9,3	12,7	17,8	15,4
Q50-Q56 Malformações congênitas dos órgãos genitais	9,8	10,2	8,3	9,7	7,5	6,9	8,8	4,8	6,2
Q10-Q18 Malformações congênitas do olho, do ouvido, da face e do pescoço	6,4	5,3	8,3	9,7	8,5	8,7	6,7	8,3	8,6
Q80-Q89 Outras malformações congênitas	3,4	4,2	3,3	5,4	11,7	8,1	3,9	11,7	9,6
Q90-Q99 Anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte	5,7	4,9	8,3	9,7	7,5	9,6	6,7	4,8	6,5
Q00-Q07 Malformações congênitas do sistema nervoso	9,1	9,1	8,3	10,0	5,5	5,1	5,3	4,8	4,6
Q35-Q37 Fenda labial e fenda palatina	9,1	7,7	8,8	7,5	5,9	6,0	3,2	4,1	4,9
Q38-Q45 Outras malformações congênitas do aparelho digestivo	2,3	3,5	2,5	3,6	5,5	1,5	3,2	1,6	3,7
Q60-Q64 Malformações congênitas do aparelho urinário	3,0	3,2	2,9	2,2	2,9	3,0	2,1	2,5	3,4
D18 Hemangioma e linfangioma de qualquer localização	2,3	2,1	0,4	0,7	2,6	3,9	3,5	2,2	2,2
Q30-Q34 Malformações congênitas do aparelho respiratório	0,8	0,7	0,8	0,4	0,7	0,0	0,4	0,6	0,3
Não informado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	13,4	10,2	12,3

Fonte: SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

## Triagem auditiva neonatal

Aproximadamente de 1 a 3 em cada 1000 recém-nascidos apresentam alguma perda auditiva. Comumente o déficit na audição é somente diagnosticado por volta de 3 anos de vida quando o atraso no desenvolvimento de linguagem é evidente. A Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) tem por objetivo a detecção precoce de alterações auditivas em recém-nascidos. Sua execução está regulamentada por legislação Municipal (Lei nº 9381/04), Estadual (Lei nº 12103/2004) e Federal (Lei nº 12.303/2010). A TANU deve ser realizada em todo recém-nascido e sua execução é de responsabilidade da maternidade onde a criança nasceu. O resultado da TANU deve ser registrado na página 39 da Caderneta de Saúde da Criança e deve ser revisado na primeira consulta do recém-nascido na Unidade de Saúde.

Atualmente, todas as maternidades próprias ou contratadas pelo município realizam a TANU ou possuem fluxo de encaminhamento para a triagem. O fluxograma da TANU nas maternidades públicas de Porto Alegre foi regulado em 20 de maio de 2009 pela GRSS (SMS/PMPA), quando ficou estabelecida a responsabilidade do hospital/maternidade no encaminhamento para a Alta Complexidade em Saúde Auditiva do Programa de Assistência Complementar (PAC/DAHA/SES-RS) das crianças que apresentarem a triagem alterada. O agendamento prioritário dessas crianças é feito pelo PAC para uma das Unidades de Alta Complexidade e que são as referências para o diagnóstico das perdas auditivas e reabilitação em recém-nascidos.

O número de exames realizados por cada hospital nos anos de 2008 e 2009 estão demonstrados na Tabela 34. Não há segurança que esses números sejam somente da triagem neonatal, pois na tabulação do procedimento não há exigência de informar a idade do paciente. É importante destacar que somente 63% dos partos realizados em Porto Alegre são de residentes na cidade e que nos números da triagem auditiva estão inclusos os recém-nascidos de mães não residentes. A taxa de cobertura da TANU aumentou de 38,6% em 2008 para 55,2% em 2009 com a inclusão do Hospital Fêmina e do HMIPV.

O número de crianças com exame alterado ou que realizaram o reteste não está disponível nos sistemas de informação em saúde. Os dados obtidos junto ao HSL sobre os exames realizados entre janeiro e setembro de 2010 mostram que 34 (3,1%) de 1108 recém-nascidos apresentaram falha na primeira avaliação e precisaram refazer

a triagem. Destes, somente 7 (0,6%) necessitaram de encaminhamento ao PAC. Dos 1285 nascidos no mesmo período, não foi realizada a TANU em 177 crianças (13,8%). A cobertura da TANU do total de nascimento foi de 86,4% e de 88,4% dos sobreviventes (1254). Houve perda de triagem de 158 crianças, possivelmente motivada pelo falta de retorno ambulatorial dos recém-nascidos que tiveram alta hospitalar durante o fim-de-semana, quando o exame não é realizado. Recentemente, as equipes das Unidades de Saúde da SMS/PMPA foram orientadas a revisar o resultado da TANU na primeira consulta do recém-nascido e, quando necessário, providenciar o retorno da a criança ao serviço de TANU da maternidade de seu nascimento para a realização da triagem.

Tabela 34 – Número de AIH de partos em Porto Alegre (por ocorrência e por residência) e número de Emissões Otoacústicas Evocadas para Triagem Auditiva (Procedimento: 02.11.07.014-9) realizadas por hospital, 2008 e 2009.

Hospital	2008					2009				
	AIH parto			Emissões Otoacústicas		AIH parto			Emissões Otoacústicas	
	Total	Residência Porto Alegre				Total	Residência Porto Alegre			
		N	N	%	N		N	%	N	%
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	3.739	2.688	71,9	4	92,4	3.337	2.304	69,0	3.230	96,8
Hospital Fêmeina	4.656	2.304	49,5	0	0,0	4.915	2.371	48,2	1.578	32,1
Hospital Presidente Vargas	1.613	1.007	62,4	11	0,7	1.690	1.056	62,5	304	18,0
Hospital Nossa Senhora da Conceição	5.132	2.951	57,5	1	82,1	4.871	2.886	59,2	4.377	89,9
Hospital São Lucas da PUCRS	2.668	2.021	75,7	87	3,3	2.919	2.163	74,1	547	18,7
Santa Casa de Misericórdia	2.308	1.720	74,5	0	0,0	2.489	1.854	74,5	1.116	44,8
<b>Total</b>	20.116	12.691	63,1	7.763	38,6	20.221	12.634	62,5	11.152	55

Fonte: Tabwin/GRSS/SMS/PMPA.

## Teste do pezinho

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), conhecido como “Teste do Pezinho”, criado e implementado pela Portaria do Ministério da Saúde GM/MS n.º 822/2001, tem como objetivo detectar e tratar precocemente as doenças fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, fibrose cística, anemia falciforme e outras hemoglobinopatias. Para garantir a realização do diagnóstico em tempo hábil, a amostra de sangue deve ser coletada preferencialmente entre o 3º e o 7º dia de vida. Conforme preconiza o PNTN, a coleta deve ser realizada na Unidade de Saúde próxima a residência da criança, para facilitar a busca ativa dos casos reconvocados por suspeita de doença ou por problemas técnicos durante a coleta. Entretanto, quando o recém-nascido permanece internado por mais de 5 dias a coleta deve ser realizada pelos hospitais.

Em Porto Alegre, em 2009, 13.907 crianças realizaram a triagem neonatal no SRTN (Serviço de Referência de Triagem Neonatal) do HMIPV, representando 74,5% do total de nascidos vivos (18.665) e 108,6% dos nascimentos em maternidades SUS (12.810 AIH de parto) (Tabela 35). Foram identificadas uma criança com fenilcetonúria, doze com elevação do TSH (hipotireoidismo) e uma com anemia falciforme, além de portadores de traço falcêmico (286) e de outras hemoglobinas variantes (56). As crianças com triagem alterada seguem em investigação e aconselhamento no SRTN do HMIPV.

Tabela 35 - Local da coleta do teste de triagem neonatal (teste do pezinho) em Porto Alegre, 2009.

Local da coleta	Idade do recém-nascido no momento da coleta									
	Até 3 dias		De 3 a 7 dias		De 8 a 30 dias		>30 dias		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Centro	19	2,7	281	39,8	371	52,5	35	5,0	706	5,1
Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas	31	2,5	542	43,2	632	50,3	51	4,1	1.256	9,0
Norte Eixo Baltazar	79	4,0	921	46,9	915	46,6	47	2,4	1.962	14,1
Leste Nordeste	85	4,6	915	49,0	824	44,1	43	2,3	1.867	13,4
Glória Cruzeiro Cristal	60	3,1	842	42,9	1005	51,2	56	2,9	1.963	14,1
Sul Centro-Sul	52	3,5	673	44,7	740	49,1	42	2,8	1.507	10,8
Partenon Lomba do Pinheiro	82	3,5	1083	46,4	1090	46,7	79	3,4	2.334	16,8
Restinga Extremo Sul	66	4,9	544	40,2	694	51,3	50	3,7	1.354	9,7
<b>Total das Unidades de Saúde</b>	<b>474</b>	<b>3,7</b>	<b>5.801</b>	<b>44,8</b>	<b>6.271</b>	<b>48,4</b>	<b>403</b>	<b>3,1</b>	<b>12.949</b>	<b>93,1</b>
<b>Total dos hospitais</b>	<b>4</b>	<b>0,4</b>	<b>112</b>	<b>11,7</b>	<b>637</b>	<b>66,5</b>	<b>205</b>	<b>21,4</b>	<b>958</b>	<b>6,9</b>
<b>Total de Porto Alegre</b>	<b>478</b>	<b>3,4</b>	<b>5.913</b>	<b>42,5</b>	<b>6.908</b>	<b>49,7</b>	<b>608</b>	<b>4,4</b>	<b>13.907</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SRTN/HMIPV/SMS/PMPA



A grande maioria das coletas foi realizada nas Unidades de Saúde (93,1%) e somente 6,9% foram coletadas nos hospitais (Tabela 35). Apenas 42,5% das coletas foram realizadas no período considerado ideal (entre o 3º e o 7º dia de vida). Nas unidades de saúde, em torno de 3% das amostras foram coletadas após os 30 dias de vida, e tem a hospitalização do recém-nascido como a principal justificativa. Nos hospitais mais de 21% das coletas foram realizadas tardiamente. Ao todo 608 coletas foram realizadas após os 30 dias de vida em 2009. Esse elevado número de coletas tardias tem dificultado a implantação da Fase 3 do PNTN com a inclusão da triagem da fibrose cística. O teste a ser realizado (IRT) apresenta importante perda de sensibilidade quando a coleta ocorre tardiamente, devendo ser substituído pela dosagem dos eletrólitos no suor. A coleta deste exame exige uma infra-estrutura adequada e recursos humanos qualificados ainda não disponíveis.

### **Hospitalizações no período neonatal**

O período neonatal que compreende do nascimento ao 27º dia de vida, é a fase de maior vulnerabilidade dos recém-nascidos, e na qual ocorre um grande número de hospitalizações. Em 2008, houve 2.842 internações de recém-nascidos moradores de Porto Alegre nos hospitais públicos e conveniados do município, correspondendo a uma taxa de hospitalização de 15,3% do total de nascidos vivos (18.553) e de 22,9% dos nascimentos SUS (12.404). Do total de internações de menores de 1 ano (5.945) em 2008, 2.842 (47,8%) foram de menores de 28 dias de vida. Destas, 1.902 (66,9%) ocorreram antes do sétimo dia de vida. Os motivos de internação estão relacionados principalmente às afecções do período neonatal (70,2%) e às doenças infecciosas (15,9%) (Tabela 36).

Tabela 36 - Motivos de internação (Capítulo do CID 10) durante o período neonatal em Porto Alegre, 2008.

Capítulo do CID 10	0 a 27 dias Neonatal	
	N	%
Afecções Originadas no Período Perinatal	1.995	70,2
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	453	15,9
Doenças do Aparelho Respiratório	140	4,9
Pessoas em contato com os serviços de saúde para exame e investigação (Z00-Z13)	76	2,7
Doenças do Aparelho Digestivo	30	1,1
Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	60	2,1
Doenças do Aparelho Genitourinário	7	0,2
Doenças do Sistema Nervoso	20	0,7
Traumatismos, Queimaduras e Intoxicações	10	0,4
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	15	0,5
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e Laboratoriais	14	0,5
Neoplasias	8	0,3
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	3	0,1
Doenças do Aparelho Circulatório	8	0,3
Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide	2	0,1
Doenças do Sangue, Órgãos Hematopoiéticos e Transtornos Imunitários	0	0,0
Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	1	0,0
<b>Total</b>	<b>2.842</b>	<b>100,0</b>

Fonte: AIH/EEV/CGVS/SMS/PMPA

A icterícia, a prematuridade, as disfunções respiratórias, a hipoglicemia e a septicemia neonatal foram as principais afecções do período neonatal (Tabela 37).

Tabela 37 - Motivos de internação neonatal (CID 10) por Afecções Originadas no Período Perinatal em Porto Alegre, 2008.

Afecções Originadas no Período Perinatal	0 a 27 dias Neonatal	
	N	%
Icterícia neonatal (P58_ e P59_)	636	31,9
Recém-nascido pré-termos (P07_)	343	17,2
Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido (P220)	159	8,0
Outras afecções originadas no período perinatal (P96_)	133	6,7
Hipoglicemia neonatal (P703 e P704)	114	5,7
Taquipnéia transitória do recém-nascido (P221)	110	5,5
Septicemias do recém-nascido	79	4,0
Outros desconfortos respiratórios do recém-nascido (P228 e P229)	60	3,0
Insuficiência respiratória do recém-nascido (P285)	39	2,0
Retardo do crescimento intra-uterino (P05_)	36	1,8
Hipóxia e asfixia ao nascer (P20_ e P21_)	36	1,8
Síndromes de aspiração neonatal (P24_)	34	1,7
Kernicterus devido à isoimunização (P570)	32	1,6
Isoimunização do feto e do recém-nascido (P55_)	26	1,3
Outras infecções próprias do período perinatal	23	1,2
Outras afecções respiratórias do recém-nascido (P288 e P289)	22	1,1
Pneumonia congênita (P23_)	15	0,8
Outras	98	4,9
<b>Total</b>	<b>1995</b>	<b>100,0</b>

Fonte: AIH/EEV/CGVS/SMS/PMPA

As doenças infecciosas incluem a septicemia, a sífilis congênita, as infecções bacterianas e a tuberculose (Tabela 38).

Tabela 38 - Motivos de internação neonatal (CID 10) por Doenças Infecciosas e Parasitárias em Porto Alegre, 2008.

<b>Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias</b>	<b>0 a 27 dias Neonatal</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Septicemia (A40_ a A41_)	264	58,3
Sífilis (A50_ a A539)	73	16,1
Outras infecções bacterianas (A48_ a A49_)	45	9,9
Infecção micobacteriana e tuberculose	38	8,4
Diarréia, gastroenterite e infecção intestinal de origem infecciosa (A04_ a A09_)	11	2,4
Coqueluche (A37_)	2	0,4
Doença pelo HIV (B20_ a B238)	2	0,4
Estreptococos, estafilococos e outros agentes bacterianos (B95_ e B968)	1	0,2
Varicela sem complicação (B019)	0	0,0
Outras	17	3,8
<b>Total</b>	<b>453</b>	<b>100,0</b>

Fonte: AIH/EEV/CGVS/SMS/PMPA

## **Aleitamento materno e alimentação dos lactentes**

O aleitamento natural se constitui em tema fundamental para a garantia da saúde da criança. São inúmeras, inegáveis e inquestionáveis as vantagens da amamentação para a criança, sua mãe, a família e a sociedade. A amamentação proporciona um melhor desenvolvimento infantil e prevenção de doenças na infância e idade adulta.

Em Porto Alegre tem sido observada redução do aleitamento materno exclusivo durante o primeiro semestre de vida, particularmente entre o 4º e o 6º mês. A 2ª Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno mostrou que 71,9% das crianças mamaram na primeira hora de vida e de 85% crianças estavam em aleitamento materno exclusivo no primeiro dia em casa (Tabela 39). Esse número é semelhante ao verificado na primeira consulta (83,5%) entre as crianças inscritas no Programa Pré-Nenê em 2008. Aos 4 meses, a taxa de aleitamento materno exclusivo atingiu de 72% das crianças da Estratégia da Saúde da Família e de apenas 46,2% na amostra da 2ª Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno. Contudo, houve aumento AME em relação às 1ª Pesquisa realizada em 1999, quanto a prevalência aos 4 meses foi de 38,4%. Já aos 6 meses, a mesma pesquisa mostrou que somente 37,6% das crianças estavam em aleitamento materno exclusivo (Tabela 39). Não houve diferença neste número quando avaliado o tipo de serviço que realiza o acompanhamento da criança (Tabela 40).

A 2ª Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno abordou alguns hábitos de cuidados e de alimentação dos lactentes. Em Porto Alegre, o uso de mamadeira (64,0%) e de chupeta (59,5%) foi frequente em crianças menores de 12 meses. O uso de bicos artificiais pode interferir sobre as práticas de alimentação infantil e o uso de mamadeira pode estar associado à doença diarreica. Pode ser verificada a introdução precoce de outros líquidos, como água, chá, suco ou outro leite, na dieta dos lactentes (Tabela 41). Cerca de 34% das crianças no segundo mês de vida em Porto Alegre já estavam recebendo chá ou outro leite. Da mesma forma, houve em grande proporção a introdução precoce de comida de sal, frutas, verduras e legumes, e de alimentos considerados não saudáveis (café, refrigerante, bolacha e/ou salgadinho), contrariando as recomendações da OMS (Tabela 40). Por outro lado, um bom número

de crianças entre 6 e 9 meses, período no qual se recomenda a introdução de alimentos sólidos/semisólidos na dieta da criança, não recebia comida salgada. Esses dados demonstram a necessidade de intervenções no sentido da promoção de hábitos saudáveis de alimentação no primeiro ano de vida e da atuação dos profissionais de saúde.

Tabela 39 – Aleitamento materno exclusivo (AME) no primeiro dia em casa e em menores de 6 meses em Porto Alegre, 2008.

Idade	Sim		Não	
	N	%	N	%
Menores de 4 meses em AME no primeiro dia em casa	250	85,3	43	16,7
Menores de 6 meses em AME	204	37,6	338	62,4

Fonte: 2ª Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno/FIOCRUZ

Tabela 40 – Aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses por tipo de serviço de puericultura em Porto Alegre, 2008.

Tipo do serviço de puericultura	Sim		Não	
	N	%	N	%
Particular ou Convênio	48	40,0	72	60,0
Unidade Básica de Saúde	102	36,7	176	63,3
Programa de Saúde da Família	38	35,5	69	64,5
Outros	5	33,3	10	66,7
Total	193	37,1	327	62,9

Fonte: 2ª Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno/FIOCRUZ

Tabela 41 – Proporção de crianças que consumiram água, chá, suco ou outro leite água, segundo faixa etária em Porto Alegre, 2008.

Tipo de alimento líquido Local		<=30 dias (%)	31 a 60 dias (%)	61 a 90 dias (%)	91 a 120 dias (%)	121 a 180 dias (%)
<b>Água</b>	Porto Alegre	7,3	7,1	17,6	15,6	34,8
	Brasil	13,6	19,6	27,9	40,6	60,4
<b>Chá</b>	Porto Alegre	14,8	34,0	35,3	26,0	33,3
	Brasil	15,3	19,8	16,6	16,0	16,5
<b>Suco</b>	Porto Alegre	2,4	3,1	4,2	11,2	33,5
	Brasil	4,2	3,5	6,8	18,2	37,0
<b>Outro leite</b>	Porto Alegre	15,9	34,7	47,9	48,0	58,3
	Brasil	17,8	24,0	31,1	38,6	48,8

Fonte: II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno/FIOCRUZ

Tabela 42 – Proporção de crianças que consumiram comida de sal, frutas, verduras, legumes e alimentos considerados não saudáveis, segundo faixa etária em Porto Alegre, 2008.

Tipo de alimento		0 a 3	3 a 6	6 a 9	9 a 12
		meses (%)	meses (%)	meses (%)	meses (%)
Local					
<b>Comida salgada</b>	Porto Alegre	2,0	24,9	86,7	94,6
	Brasil	1,7	20,7	73,2	87,6
<b>Frutas</b>	Porto Alegre	1,0	31,8	79,8	86,9
	Brasil	1,8	24,4	69,8	79,2
<b>Verduras e legumes</b>	Porto Alegre	1,0	20,1	79,0	81,9
	Brasil	1,3	18,0	70,9	82,4
<b>Café</b>	Porto Alegre	0,3	0,7	5,7	9,3
	Brasil	0,1	1,0	4,9	8,7
<b>Refrigerante</b>	Porto Alegre	0,3	1,1	7,7	20,2
	Brasil	0,1	0,5	4,9	11,6
<b>Bolacha e/ou salgadinho</b>	Porto Alegre	0,7	17,9	61,1	84,4
	Brasil	1,2	8,9	46,4	71,7

Fonte: II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno/FIOCRUZ



### **Desenvolvimento e Crescimento / Desnutrição e Obesidade**

O acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento da criança é fundamental para o reconhecimento precoce de transtornos que afetam a saúde. A identificação de situações que prejudicam o desenvolvimento integral da criança possibilita a redução da morbimortalidade. Em Porto Alegre, o Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no Primeiro Ano de Vida – Pré-Nenê tem como objetivo o desenvolvimento de ações de vigilância da saúde das crianças no primeiro ano de vida. O Programa Pré-Nenê e o Protocolo de Atenção à Saúde da Criança de Zero a Cinco Anos (2004) oferecem um roteiro de acompanhamento e de identificação de fatores de risco que podem influenciar o desenvolvimento pleno durante a infância.

A análise dos dados do Pré-Nenê dos últimos anos (Tabela 43) mostra que o número de inscritos no Programa atingiu cerca de 55% do total de crianças nascidas em cada ano, e que a cobertura foi de cerca de 75% dos nascimentos em hospitais públicos ou conveniados (usuários SUS). Em 2008, somente 1/3 das crianças realizaram a primeira consulta em até 10 dias de vida, como previsto no Protocolo de Atenção à Saúde da Criança de Zero a Cinco Anos de Idade (2004). Nas Unidades da Gerência Restinga-Extremo Sul, quase 80% dos recém-nascidos realizaram sua primeira consulta tardiamente. No momento da primeira consulta, cerca de 3% das crianças já apresentavam atraso no calendário vacinal e 16,5% não estavam em aleitamento materno exclusivo (Tabela 44). A proporção do número de crianças inscritas no Pré-Nenê que completaram o acompanhamento mínimo preconizado (7 consultas) no primeiro ano de vida não superou os 48% nos últimos anos (Tabela 45). Esses resultados podem estar relacionados à perda de acompanhamento ou a dificuldades do sistema de informação. As 3.652 crianças menores de 1 ano (27,6% dos nascidos em hospitais SUS) acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família tiveram em média somente 4,8 consultas durante o ano de 2008 (Tabela 46).

Tabela 43 – Número de inscritos no Programa Prá-Nenê por Gerência Distrital, 2006 a 2008.

Ano	Nascidos vivos	Gerência distrital	Centro	Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas	Norte Eixo-Baltazar	Leste Nordeste	Glória Cruzeiro Cristal	Sul Centro-Sul	Partenon Lomba do Pinheiro	Restinga Extremo Sul	Ignorado	Porto Alegre
2006	<b>Total</b>	<b>N</b>	2.298	2.159	2.454	2.229	2.114	2.301	2.895	1.485	448	18.383
	<b>Usuários SUS**</b>	<b>N</b>	925	1.369	1.883	1.803	1.813	1.484	2.374	1.186	384	13.221
	<b>Inscritos Prá-Nenê</b>	<b>N</b>	465	751	1.747	1.693	1.533	993	1.862	1.080		10.124
		<b>% NV</b>	<b>20,2</b>	<b>34,8</b>	<b>71,2</b>	<b>76,0</b>	<b>72,5</b>	<b>43,2</b>	<b>64,3</b>	<b>72,7</b>		<b>55,1</b>
		<b>% Usuários SUS*</b>	<b>50,3</b>	<b>54,9</b>	<b>92,8</b>	<b>93,9</b>	<b>84,6</b>	<b>66,9</b>	<b>78,4</b>	<b>91,1</b>		<b>76,6</b>
2007	<b>Total</b>	<b>N</b>	2.264	2.000	2.305	2.120	2.032	2.363	2.706	1.499	520	17.809
	<b>Usuários SUS*</b>	<b>N</b>	895	1.269	1.827	1.726	1.773	1.489	2.173	1.244	379	12.775
	<b>Inscritos Prá-Nenê</b>	<b>N</b>	416	852	1.755	1.654	1.470	961	1.818	1.027	0	9.953
		<b>% NV</b>	<b>18,4</b>	<b>42,6</b>	<b>76,1</b>	<b>78,0</b>	<b>72,3</b>	<b>40,7</b>	<b>67,2</b>	<b>68,5</b>		<b>55,9</b>
		<b>% Usuários SUS*</b>	<b>46,5</b>	<b>67,1</b>	<b>96,1</b>	<b>95,8</b>	<b>82,9</b>	<b>64,5</b>	<b>83,7</b>	<b>82,6</b>		<b>77,9</b>
2008	<b>Total</b>	<b>N</b>	2.359	2.059	2.411	2.127	2.254	2.308	2.674	1.216	1.145	18.553
	<b>Usuários SUS**</b>	<b>N</b>	947	1.212	1.874	1.715	1.815	1.459	2.284	1.062	1.046	13.414
	<b>Inscritos Prá-Nenê</b>	<b>N</b>	403	777	1.526	1.659	1.564	1.009	2.060	1.098		10.096
		<b>% NV</b>	<b>17,1</b>	<b>37,7</b>	<b>63,3</b>	<b>78,0</b>	<b>69,4</b>	<b>43,7</b>	<b>77,0</b>	<b>90,3</b>		<b>54,4</b>
		<b>% Usuários SUS*</b>	<b>42,6</b>	<b>64,1</b>	<b>81,4</b>	<b>96,7</b>	<b>86,2</b>	<b>69,2</b>	<b>90,2</b>	<b>103,4</b>		<b>75,3</b>

PRÁ-NENÊ e SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

\* Usuário SUS/Não SUS: definido pelo local de nascimento.

Tabela 44 – Dados da primeira consulta dos inscritos no Programa Prá-Nenê por Gerência Distrital, 2008.

Primeira consulta		Centro	Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas	Norte Eixo Baltazar	Leste Nordeste	Glória Cruzeiro Cristal	Sul Centro-Sul	Partenon Lomba do Pinheiro	Restinga Extremo Sul	Porto Alegre
<b>Inscritos</b>	<b>N</b>	403	777	1.526	1.659	1.564	1.009	2.060	1.098	10.096
<b>Consulta até 10 dias de vida</b>	<b>N</b>	150	309	696	515	543	297	634	241	3.385
	<b>%</b>	<b>37,2</b>	<b>39,8</b>	<b>45,6</b>	<b>31,0</b>	<b>34,7</b>	<b>29,4</b>	<b>30,8</b>	<b>21,9</b>	<b>33,5</b>
<b>Aleitamento suspenso ou misto</b>	<b>N</b>	79	133	208	261	249	194	336	202	1.662
	<b>%</b>	<b>19,6</b>	<b>17,1</b>	<b>13,6</b>	<b>15,7</b>	<b>15,9</b>	<b>19,2</b>	<b>16,3</b>	<b>18,4</b>	<b>16,5</b>
<b>Vacinas em atraso</b>	<b>N</b>	3	6	31	48	38	27	104	23	280
	<b>%</b>	<b>0,7</b>	<b>0,8</b>	<b>2,0</b>	<b>2,9</b>	<b>2,4</b>	<b>2,7</b>	<b>5,0</b>	<b>2,1</b>	<b>2,8</b>

Fonte: PRÁ-NENÊ e SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Tabela 45 – Acompanhamento mínimo (7 consultas) dos inscritos no Programa Prá-Nenê por Gerência Distrital, 2006 a 2008.

Ano	Prá-Nenê		Centro	Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas	Norte Eixo Baltazar	Leste Nordeste	Glória Cruzeiro Cristal	Sul Centro- Sul	Partenon Lomba do Pinheiro	Restinga Extremo Sul	Porto Alegre
2006	Acompanhamento encerrado	N	465	751	1.747	1.693	1.533	993	1.862	1.080	<b>10.124</b>
	Crianças com 7 consultas	N	194	369	979	849	783	452	845	406	<b>4.877</b>
		%	<b>41,7</b>	<b>49,1</b>	<b>56,0</b>	<b>50,1</b>	<b>51,1</b>	<b>45,5</b>	<b>45,4</b>	<b>37,6</b>	<b>48,2</b>
2007	Acompanhamento encerrado	N	367	855	1.731	1.299	1.215	902	1.576	962	<b>8.907</b>
	Crianças com 7 consultas	N	136	259	844	650	670	421	760	370	<b>4.110</b>
		%	<b>37,1</b>	<b>30,3</b>	<b>48,8</b>	<b>50,0</b>	<b>55,1</b>	<b>46,7</b>	<b>48,2</b>	<b>38,5</b>	<b>46,1</b>
2008	Acompanhamento encerrado	N	161	281	552	570	582	283	783	474	<b>3.686</b>
	Crianças com 7 consultas	N	68	140	226	226	284	148	341	228	<b>1.661</b>
		%	<b>42,2</b>	<b>49,8</b>	<b>40,9</b>	<b>39,6</b>	<b>48,8</b>	<b>52,3</b>	<b>43,6</b>	<b>48,1</b>	<b>45,1</b>

Fonte: PRÁ-NENÊ e SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Em relação às informações sobre o estado nutricional dos menores de 1 ano de idade há poucos dados disponíveis. A prevalência de desnutrição foi de 1,9% entre as crianças menores acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família (Tabela 46). Contudo, esta amostra representa menos de 20% do total de nascidos em Porto Alegre em 2008. Entre as crianças de 12 a 23 meses de idade, dos 2016 avaliados (12,2% da

população estimada pelo IBGE), 2,8% foram classificados como desnutridos (Tabela 46).

A introdução do Programa Bolsa Família deveria ter possibilitado a avaliação e o acompanhamento nutricional de uma parcela importante da população infantil. Contudo, a baixa taxa de acompanhamento obtida nos primeiros anos (19,5%, 21,1% e 24,4% em 2006, 2007, 2008, respectivamente) restringe a magnitude da informação (Tabela 45). Somente em dezembro 2009, foi atingido o acompanhamento da metade das 10.662 crianças beneficiadas (8,8% da população estimada pelo IBGE <7 anos: 121.884). Em 2008, a taxa de desnutrição atingiu 6,8% na faixa de 1 a 4 anos e 5,2% de 5 a 9 anos de idade (tabela 47). Por outro lado, 9,1, e 8,7% das crianças nas mesmas faixas etárias foram classificadas como risco de sobrepeso.

No Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN), a taxa de baixo peso em menores de 5 anos chegou a 5% de 2008 a 2010 (tabela 48). A proporção de sobrepeso e obesidade em menores de 5 anos chegou a 7,5% e 4,7% no mesmo período. Entre 5 e 9 anos, 6,6% e 11% dos avaliados em 2010 foram classificados como obesos (Tabela 49) A implantação efetiva do SISVAN, cujas informações atuais praticamente são constituídas dos dados do Programa Bolsa Família, deverá ampliar a cobertura dos dados nutricionais para todas as idades

Tabela 46 – Gestantes e crianças menores de 1 ano e de 12 a 23 meses acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre, 2008.

2008		N	%
Gestantes	<20 anos	373	22,4
	Pré-natal no 1º trimestre	1.320	87,4
	Total	1.072	100,0
Crianças até 4 meses	Em aleitamento materno exclusivo	777	72,5
	Em aleitamento misto	271	25,3
	Total	3.652	100,0
Menores de 1 ano	Com vacinas em dia	3.371	92,3
	Pesadas	2.917	79,9
	Desnutridas	55	1,9
	Número total de consultas	17.670	4,84*
Crianças de 12 a 23 meses	Total	3.187	100,0
	Com vacinas em dia	2.886	90,6
	Pesadas	2.016	69,9
	Desnutridas	56	2,8

\*Média do número de consultas por criança menor de 1 ano Fonte: SIAB/DATASUS

Tabela 47 – Estado nutricional dos Beneficiários do Programa Bolsa Família em Porto Alegre, 2008.

Período	Junho de 2008				Dezembro de 2008				
		Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	Total	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	Total
Peso muito baixo <P0,1	N	0	3	15	18	0	9	17	26
	%	0,0	0,2	0,8	0,6	0,0	0,7	1,0	0,9
Baixo peso >= P0,1 e <P3	N	1	86	81	168	0	60	54	114
	%	5,9	6,6	4,4	5,3	0,0	5,0	3,2	3,9
Risco nutricional >= P3 e <P10	N	2	133	146	281	0	112	138	250
	%	11,8	10,3	7,9	8,9	0,0	9,3	8,1	8,5
Normal/eutrófi co >=P10 e <P97	N	14	979	1.445	2.438	10	916	1.354	2.280
	%	82,4	75,5	78,5	77,3	90,9	75,9	79,1	77,8
Risco de sobrepeso >=P97	N	0	95	153	248	1	110	149	260
	%	0,0	7,3	8,3	7,9	9,1	9,1	8,7	8,9
Total	N	17	1.296	1.840	3.153	11	1.207	1.712	2.930

Tabela 48 - Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade em Porto Alegre, 2008 a 2010.

Ano	População N	Total		Muito baixo peso		Baixo peso		Total baixo peso	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>2008</b>	86.840	2.874	3,3	32	1,1	111	3,9	143	5,0
<b>2009</b>	82.711	4.900	5,9	61	1,2	144	2,9	205	4,2
<b>2010</b>	82.711	7.174	8,7	63	0,9	179	2,5	242	3,4

Fonte: SISVAN Web; IBGE Estimativa

Tabela 49 - Proporção de sobrepeso e obesidade (IMC) por faixa etária em Porto Alegre, 2008 a 2010

			2008	2009	2010	
Avaliados			N	2.874	4.900	7.187
<b>&lt;5 anos</b>	Sobrepeso	%	7,3	7,1	7,5	
	Obesidade	%	3,9	4,7	4,1	
	Avaliados			N	3.796	3.175
<b>5 a 9 anos</b>	Sobrepeso	%	5,7	5,5	6,6	
	Obesidade	%	8,9	9,6	11,0	
	Avaliados			N	2.791	2.767
<b>10 a 19 anos</b>	Sobrepeso	%	15,9	18,9	20,2	
	Obesidade	%	8,0	7,8	8,9	

Fonte: SISVAN Web

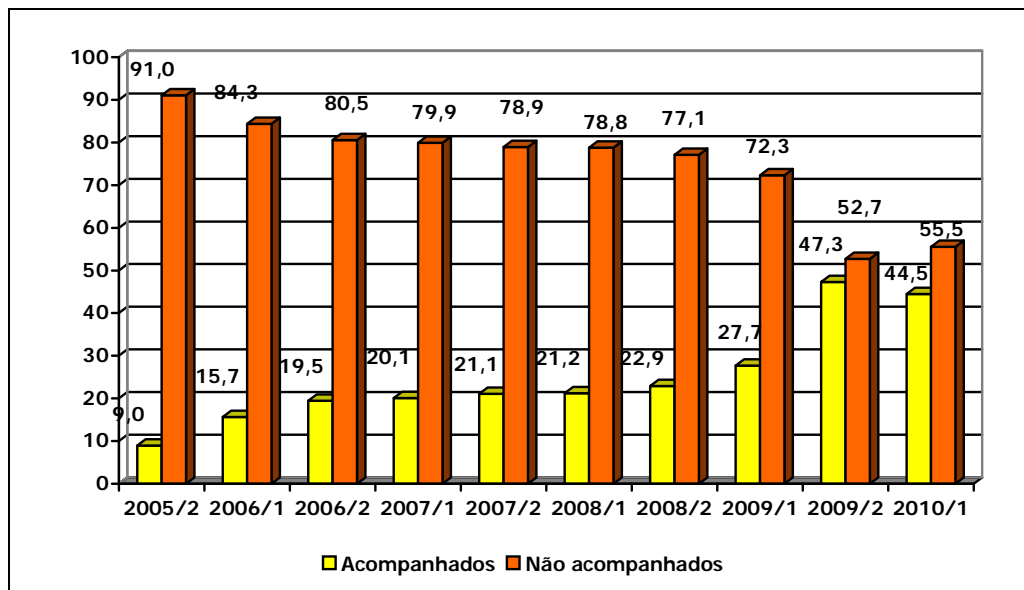


Gráfico 25 - Distribuição proporcional do acompanhamento das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, Porto Alegre, 2005-2010.

Fonte: Programa Bolsa Família/EEV/CGVS/SMS/PMPA

## Doenças não transmissíveis

### Anemia ferropriva

A anemia ferropriva representa, provavelmente, o problema nutricional mais importante da população brasileira, com severas conseqüências econômicas e sociais. Apesar da ausência de um levantamento nacional, existe consenso na comunidade científica de que a anemia ferropriva tem alta prevalência em todo o território nacional, atingindo todas as classes de renda. Atinge principalmente crianças menores de dois anos e gestantes. Estudos apontam que aproximadamente metade dos pré-escolares brasileiros sejam anêmicos (cerca de 4,8 milhões de crianças), com a prevalência chegando a 67,6% nas idades entre seis e 24 meses.

No Rio Grande do Sul, 42,2% dos menores de 7 anos apresentavam anemia em estudo desenvolvido no HCPA. Em Porto Alegre, conforme os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS 2006) a prevalência de anemia atinge 20,9%



das crianças menores de 5 anos. Estudo realizado em escolas municipais de Porto Alegre em 1997 identificou uma prevalência de 47,8% de anemia entre 557 crianças de 0 a 36 meses. Entre 12 e 23 meses de idade a taxa de anemia atingiu 65,6% das crianças. A anemia foi associada a menor renda familiar e a maior número de irmãos (Silva et al, 2005).

No Brasil estima-se uma de prevalência de anemia em torno de 30% das gestantes. A deficiência de ferro e a anemia são fatores relacionados ao baixo peso ao nascer, à mortalidade materna e ao déficit cognitivo em crianças. Em 2008, de 24,3% das 4721 gestantes cadastradas no SISPRENATAL apresentaram anemia (valores inferiores a 11 g/dL) na primeira dosagem de hemoglobina.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro consiste na suplementação medicamentosa de ferro para crianças de 6 a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto. Em Porto Alegre, a cobertura do programa em crianças de 6 a 18 meses, passou de 5,3% em 2007 para 16,6% em 2009. Em gestantes houve aumento da cobertura da 5,4% em 2007 para 21,7% em 2009.

## **Doenças transmissíveis**

### **Doenças imunopreveníveis**

Com diferenças associadas às condições sociais, sanitárias e ambientais, as doenças transmissíveis ainda constituem um dos principais problemas de saúde pública no mundo. As doenças transmissíveis eram a principal causa de morte nas capitais brasileiras na década de 1930. As melhorias sanitárias, o desenvolvimento de novas tecnologias, como as vacinas e os antibióticos, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e as medidas de controle fizeram com que esse quadro se modificasse bastante até os dias de hoje. O enorme êxito alcançado na prevenção e no controle de várias dessas doenças, que hoje ocorrem em proporção ínfima quando em comparação com algumas décadas atrás, não significa que foram todas erradicadas.

As crianças são um dos principais alvos das estratégias de prevenção das doenças transmissíveis. A vacinação durante a infância possibilita o controle das doenças denominadas imunopreveníveis. O Programa de Imunizações se inicia durante

o pré-natal e imediatamente após o nascimento e segue durante a infância e adolescência. A manutenção de adequada cobertura vacinal garante a interrupção da circulação dos agentes etiológicos das doenças imunopreveníveis. O Brasil dispõe do mais completo programa gratuito de imunizações do mundo e tem em seu calendário básico todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde. A aplicação de vacinas é uma das principais ações da atenção primária à saúde, sendo realizada de forma rotineira em todas as unidades de saúde de Porto Alegre.

O conhecimento da situação epidemiológica local e a vigilância dos casos suspeitos possibilita a adoção de medidas de prevenção e de bloqueio surto. A Equipe de Controle Epidemiológico (ECE) da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) é responsável pela vigilância epidemiológica dos agravos transmissíveis de notificação compulsória elencados em território nacional, estadual e municipal. Todos os profissionais de saúde e serviços de saúde são obrigados a notificar os casos suspeitos dos agravos de notificação compulsória que assistirem e qualquer cidadão pode notificar o caso.

O controle de doenças transmissíveis tem nos programas de imunização e de vigilância epidemiológica seus dois componentes fundamentais. Da mesma forma, o conhecimento preciso da cobertura vacinal é um dos elementos importantes para a vigilância epidemiológica, na medida em que permite acompanhar o aumento do número de indivíduos suscetíveis na população.

### Poliomielite

A poliomielite, mais conhecida como paralisia infantil, teve seu último caso confirmado no Brasil em 1989. Considerada doença erradicada por vacinação do continente americano desde 1991, continua incidente em surtos cíclicos na África e Ásia. É considerada doença de notificação compulsória e a vigilância de sua reintrodução é feita através da investigação de casos de paralisia aguda flácida em pessoas em idade inferior a 15 anos. Em Porto Alegre, no período de 2000 a 2009, a vigilância epidemiológica cumpriu a meta de investigar 3 a 4 casos/ano de Paralisia Aguda Flácida em pessoas com menos de 15 anos. Neste período foi descartada a presença de vírus da poliomielite em todos os casos investigados.

A prevenção da poliomielite é obtida através da administração da Vacina Oral contra Poliomielite (VOP) na criança nos primeiros anos de vida. Nos últimos anos, as coberturas vacinais da VOP em Porto Alegre não têm atingido a meta de 95% preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações as metas (95%), tanto para a vacinação no calendário básico como nas duas etapas das campanhas anuais (Gráfico 24).

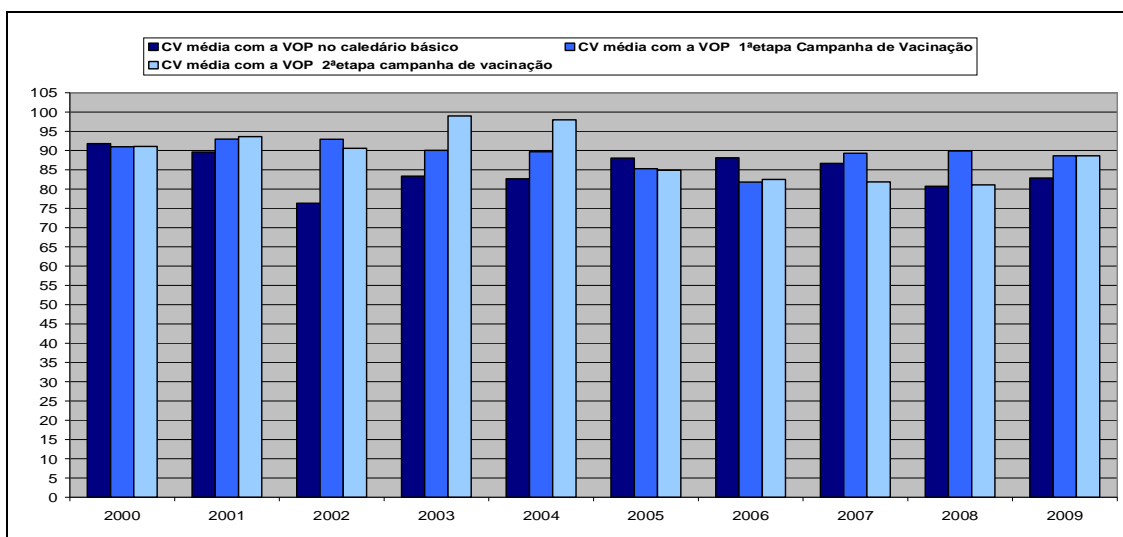


Gráfico 26 – Coberturas vacinais da Vacina Oral contra Poliomielite (VOP) em Porto Alegre, 2000 a 2009.  
Fonte: Fonte: Núcleo de Imunizações/ECE/CGVS/SMS/PMPA

### Difteria, tétano acidental e coqueluche

A difteria ou crupe é uma doença infectocontagiosa causada pela toxina do bacilo *Corynebacterium diphtheriae*, que provoca inflamação da mucosa da garganta, do nariz e, às vezes, da traquéia e dos brônquios. A difteria foi, antes da era das vacinas, uma das doenças mais temidas e prevalentes, com epidemias mortíferas. O principal reservatório é o próprio doente ou o portador, sendo esse último mais importante na disseminação do bacilo, por sua maior frequência na comunidade e por ser assintomático. A via respiratória superior e a pele são locais habitualmente colonizados pela bactéria. A transmissão se dá pelo contato direto de pessoa doente ou portadores

com pessoa suscetível, através de gotículas de secreção respiratória, eliminadas por tosse, espirro ou ao falar. A suscetibilidade é geral. A imunidade pode ser naturalmente adquirida pela passagem de anticorpos maternos via transplacentária, que protegem o bebê nos primeiros meses de vida, ou através de infecções inaparentes atípicas, que conferem imunidade em diferentes graus, dependendo da maior ou menor exposição dos indivíduos. A imunidade também pode ser adquirida ativamente, através da vacinação com toxóide diftérico.

O número de casos de difteria no Brasil vem decrescendo progressivamente. Em 1990, foram notificados 640 casos, número que caiu para 56 em 1999. No ano 2000, registrou-se 58 casos de difteria, e nos anos de 2004 e 2005 foram apenas 17 e 18 casos, respectivamente. Em 2006, observou-se uma diminuição ainda mais significativa, com apenas 9 casos de difteria no país.

No município de Porto Alegre, no período 1999 a 2009, foram investigados 19 casos suspeitos de difteria sendo todos descartados, mas considerando que se trata de doença de transmissão respiratória ainda circulando em território brasileiro se justifica sua permanência de rol de doença de notificação imediata no território municipal, bem como a atenção à cobertura vacinal em adolescentes e adultos.

O tétano é uma doença infecciosa aguda não contagiosa causada pela ação de exotoxinas produzidas pelo *Clostridium tetani*, as quais provocam um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central. O tétano acidental é uma doença universal que pode acometer pessoas não imunizadas de todas as idades. A doença resulta da contaminação de feridas abertas ou puntiformes, solução de continuidade da pele e mucosas com os esporos do bacilo. Na última década, somente um caso de tétano acidental foi confirmado em Porto Alegre em menores de 10 anos, no ano de 2003.

A coqueluche é uma doença infecciosa aguda, de transmissão respiratória, de distribuição universal que ocorre sob as formas endêmica e epidêmica. Os menores de um ano são os mais acometidos, seguidos daqueles em idade pré-escolar. Em lactentes pode resultar em número elevado de complicações e até em morte. No Brasil, os coeficientes de incidência, mortalidade e letalidade resultante da coqueluche vêm diminuindo em todo país, especialmente, a partir de 1996.

Em Porto Alegre, a partir de 2004, houve aumento no número de casos diagnosticados, com a maioria dos casos (69%) ocorrendo em menores de 1 ano de idade (gráficos 27 e 28). Ainda que a cobertura vacinal com a vacina DPT (difteria, coqueluche e tétano) não tenha alcançado a cobertura preconizada (95%), este fato não é suficiente para explicar comportamento da doença nos últimos anos. Estudos desenvolvidos no hemisfério norte têm apontado para a perda de eficácia da vacina com o passar dos anos de vida e em países como Estados Unidos está sendo recomendada uma nova vacinação em adolescentes e adultos.

Em Porto Alegre, nos últimos anos, a cobertura da terceira dose vacina contra a difteria, o tétano e a coqueluche (vacina DPT ou Tetravalente) dos lactentes não tem atingido o valor preconizado, ficando em torno inferior a 85%.

Gráfico 27 - Número de casos de coqueluche em Porto Alegre, 1999 a 2009.

Fonte: ECE/CGVS/SMS/PMPA

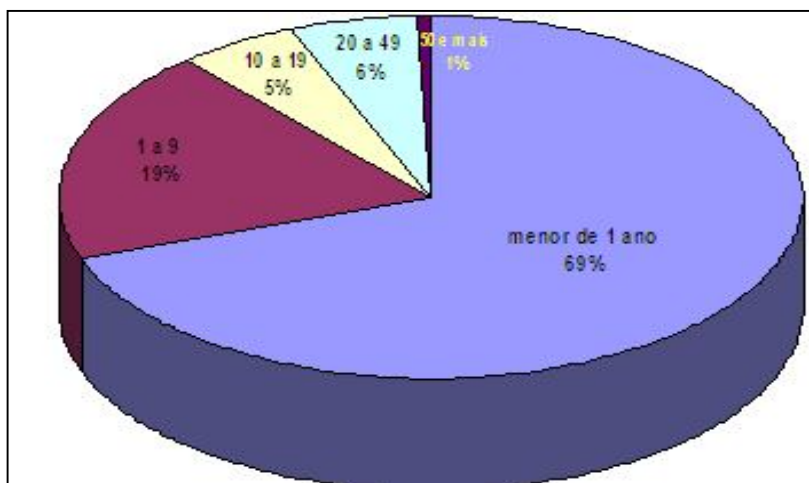
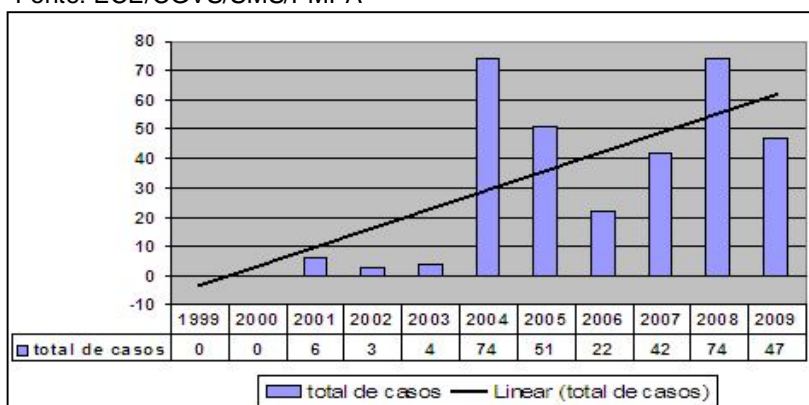


Gráfico 28 - Distribuição dos casos confirmados de coqueluche por faixa etária em Porto Alegre, 1999 a 2009.

Fonte: ECE/CGVS/SMS/PMPA

## Sarampo e rubéola

No campo das doenças infecto-contagiosas, o sarampo é uma das principais causas de morbimortalidade entre crianças menores de cinco anos de idade, sobretudo as desnutridas e as que vivem em países subdesenvolvidos. O óbito é decorrente de complicações, especialmente a pneumonia. O sarampo é uma doença de distribuição universal, com variação sazonal que acomete ambos os sexos, independente da idade, desde que sejam suscetíveis (não vacinados ou que já tiveram a doença).

Atualmente, os países das Américas não apresentam casos autóctones de sarampo. No Brasil, na década de 70, a doença atingia anualmente de 2 a 3 milhões de crianças. Desde 2001 não existe circulação autóctone do vírus. Entre 2001 e 2006, foram registrados 67 casos confirmados de sarampo, sendo que quatro foram casos importados (Japão, Europa e Ásia) e 63 relacionados aos casos importados. No município de Porto Alegre, em 1997, foram investigadas cerca de 1.100 notificações de casos suspeitos de sarampo e 10% destes foram confirmados. Em resposta as medidas de bloqueio e vacinação geral da população de pessoas com até 12 anos de idade, desde 1998 não são confirmados casos de sarampo em Porto Alegre. Além da vigilância permanente, é indispensável que sejam mantidas coberturas vacinais de no mínimo 95%.

A importância epidemiológica da rubéola está relacionada à ocorrência da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) que atinge o feto ou o recém-nascido cujas mães se infectaram durante a gestação. A infecção na gravidez acarreta inúmeras complicações para a mãe (aborto e natimorto) e para os recém-nascidos, como malformações congênitas (surdez, malformações cardíacas, lesões oculares e outras). A vacina contra a rubéola foi implantada gradativamente entre os anos de 1992 e o ano 2000. O objetivo dessa vacinação era eliminar a SRC.

Em Porto Alegre, durante a primeira metade da década atual não houve casos de rubéola (gráfico 29). Em 2007, houve um surto e mais de 1000 casos foram diagnosticados. Com a vacinação em massa de adolescentes e de adultos, o surto foi bloqueado.

A prevenção do sarampo, da rubéola e da caxumba é obtida com a aplicação da primeira dose da vacina tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba) aos 12 meses de idade e de segunda dose entre 4 e 6 anos de idade.

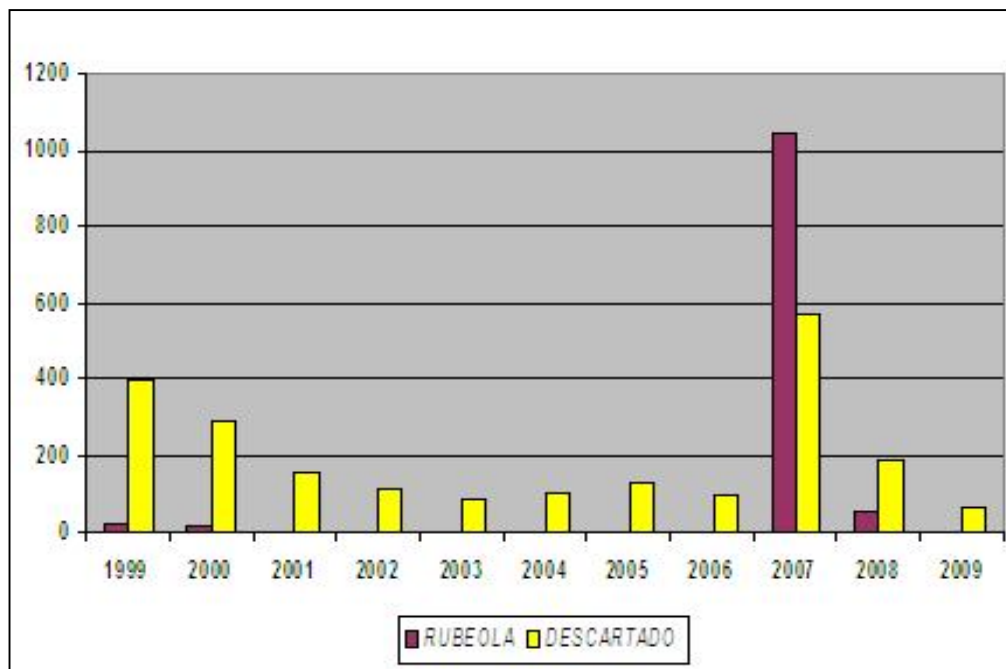


Gráfico 29 - Distribuição dos casos confirmados de Rubéola e descartados para Sarampo e Rubéola segundo ano de início dos sintomas, Porto Alegre, 1999 a 2009.

Fonte: ECE/CGVS/SMS/PMPA

#### Meningites bacterianas:

A meningite é uma doença grave e endêmica que pode acometer indivíduos de qualquer idade e é causada por diversos agentes infecciosos como bactérias, vírus, parasitas e fungos. As meningites bacterianas são do ponto de vista clínico as mais graves. A doença meningocócica (causada pela *Neisseria meningitidis*), pela magnitude, gravidade e potencial de ocasionar surtos e epidemias, apresenta maior importância em saúde pública. As meningites assépticas podem se expressar por meio de surtos, porém com pouca gravidade. As meningites causadas pelo *Haemophilus influenzae* do tipo B (Hib) representavam a segunda causa de meningite bacteriana depois da Doença Meningocócica, até o ano de 1999. No Brasil, a partir do ano 2000, após a introdução da

vacina conjugada contra a Hib, houve uma queda de 90% na incidência de meningites por esse agente. O gráfico 30 demonstra o efeito da vacinação em Porto Alegre e redução do número de casos nos últimos anos.

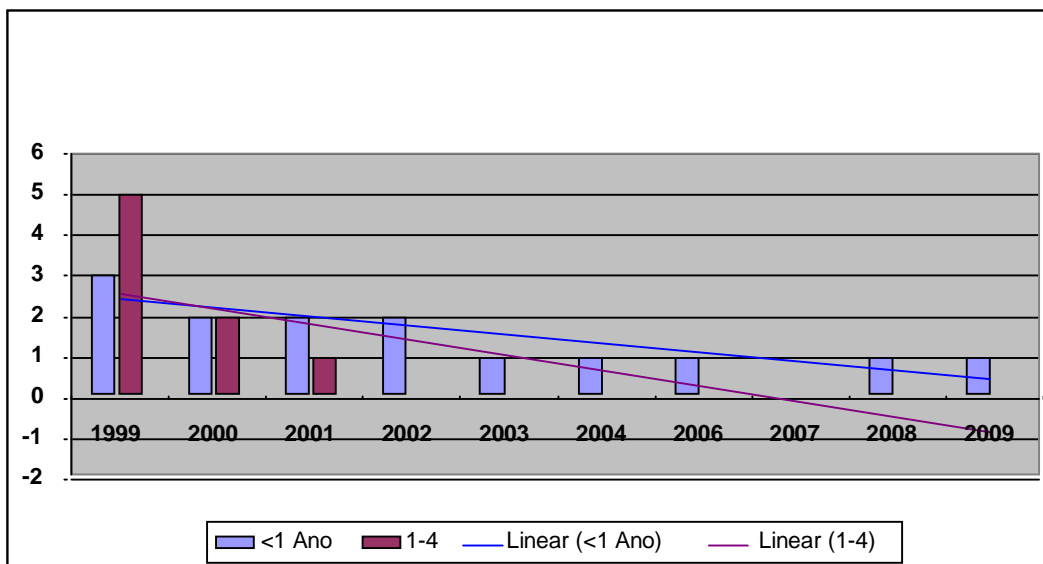


Gráfico 30 – Número de casos de meningite por *Haemophilus influenzae* por faixa etária em Porto Alegre, 1999 a 2009.

Fonte: ECE/CGVS/SMS/PMPA

Em Porto Alegre, em cerca de 60% dos casos de meningite nos anos 2007 a 2009, os afetados são crianças ou adolescentes. Destes, a maioria foram menores de 10 anos e de meningite asséptica.

Tabela 50 - Casos confirmados Notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, Porto Alegre, 2007 a 2009

Faixa Etária	2007	2008	2009
<1 ano	52	43	61
1 a 4 anos	98	63	59



5 a 9 anos	89	83	46
10 a 14 anos	42	32	29
15 a 19 anos	15	18	26
<b>&lt; 20 anos</b>	<b>296</b>	<b>239</b>	<b>221</b>
%	65,1	59,3	45,1
<b>Total</b>	<b>455</b>	<b>403</b>	<b>490</b>

Fonte: Sinan Net

Tabela 51 - Casos confirmados de meningite por agente etiológico em menores de 20 anos em Porto Alegre, 2007 a 2009.

<b>Etiologia</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Meningococcemia	5	5	4
Meningite meningocócica	3	2	3
Meningite meningocócica com meningococcemia	8	9	5
Meningite tuberculosa	3	8	5
Meningite por outras bactérias	25	24	25
Meningite não especificada	23	17	20

Meningite asséptica	217	160	148
Meningite por outra etiologia	0	2	2
Meningite por hemófilo	1	1	1
Meningite por pneumococo	10	11	7
Ignorada	1	0	1
Total	296	239	221

Fonte: Sinan Net

Alguns tipos de meningite podem ser prevenidos por vacinas, como a BCG, a Hib e a pneumocócica que compõem o calendário básico de vacinação da criança e, mais recentemente, a vacina pneumocócica. Para situações especiais, como nos casos de pacientes imunodeprimidos, a vacina contra meningococo C está disponíveis no CRIE. A manutenção de adequadas coberturas dessas vacinas é importante para prevenção das doenças.

### Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada por uma bactéria, o *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK), e que afeta principalmente os pulmões, mas, também pode ocorrer em outros órgãos do corpo, como ossos, rins e meninges. A transmissão é direta, de pessoa a pessoa. Somente 5% a 10% dos infectados pelo Bacilo de Koch adquirem a doença. Pessoas com Aids, diabetes, insuficiência renal crônica, desnutridas, idosos doentes, alcoólatras, viciados em drogas e fumantes são mais propensos a contrair a tuberculose.

No Brasil, a tuberculose é um importante problema de saúde pública. Estima-se que cerca de 57 milhões de pessoas estejam infectadas pelo bacilo da tuberculose no país. Há mais de uma década caem as taxas de incidência e mortalidade por tuberculose. Nos últimos 19 anos, a tuberculose apresentou uma queda de 26% na taxa de incidência e 32% na taxa de mortalidade. Anualmente são notificados aproximadamente 72 mil casos novos e 4,7 mil mortes em decorrência da doença.

Em Porto Alegre, nos últimos anos, em torno de 150 novos casos de tuberculose em criança e adolescentes têm sido confirmados por ano (tabela 52), o que corresponde a aproximadamente 8% do total de casos (todas as idades). A taxa de incidência tem sido elevada no primeiro ano de vida (até 53,3 casos por 100.000 menores de 1 ano em 2007) e dos 15 aos 19 anos de idade. Nessa faixa etária, em 2009, a taxa atingiu 100 novos casos por 100.000 habitantes.

Para prevenir a doença é necessário imunizar as crianças de até 4 anos, obrigatoriamente as menores de 1 ano, com a vacina BCG.

Tabela 52 - Casos confirmados e taxa de incidência (/100.000) de tuberculose por faixa etária em Porto Alegre, 2001 a 2009.

Faixa etária	Casos	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>&lt; 1 ano</b>	N	8	5	4	2	1	3	9	6	5
	/100.0000	37,4	23,2	18,4	9,2	4,5	13,4	53,3	38,1	33,2
<b>1 a 4 anos</b>	N	15	16	7	10	3	11	10	11	11
	/100.0000	17,9	19,0	8,2	11,7	3,4	12,5	13,1	15,5	16,3
<b>5 a 9 anos</b>	N	7	17	10	10	13	7	6	12	16
	/100.0000	6,8	16,4	9,5	9,5	12,1	6,5	5,6	11,5	15,5
<b>10 a 14 anos</b>	N	8	14	11	19	26	20	15	30	23
	/100.0000	7,4	12,8	10,0	17,1	23,1	17,6	14,0	28,5	21,7
<b>15 a 19 anos</b>	N	88	100	96	110	88	76	67	95	109
	/100.0000	69,7	78,6	74,9	85,1	67,0	57,3	60,5	87,7	100,7
<b>Total</b>	N	<b>126</b>	<b>152</b>	<b>128</b>	<b>151</b>	<b>131</b>	<b>117</b>	<b>107</b>	<b>154</b>	<b>164</b>
	/100.0000	<b>28,4</b>	<b>34,1</b>	<b>28,5</b>	<b>33,3</b>	<b>28,4</b>	<b>25,2</b>	<b>25,6</b>	<b>38,0</b>	<b>41,0</b>

Fonte: SINAN Net e IBGE

## Hepatite viral A

A hepatite viral A é uma doença de transmissão pela via fecal-oral e sua ocorrência está diretamente relacionada às condições de saneamento básico, de higiene pessoal e da qualidade da água e dos alimentos. A hepatite A é uma infecção imunoprevenível, entretanto a vacina não está disponível na rede de atenção primária, exceto para as situações especiais, sendo aplicadas nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.

Em Porto Alegre, no período de 1999 a 2009, foram confirmados 1572 casos da doença (gráfico 31). Esse gráfico informa a proporção segundo faixa etária dos casos de hepatite A no período. Cabe ressaltar que na faixa etária de compreendida entre 01 e 09 anos estão concentrados 50% do total de casos.

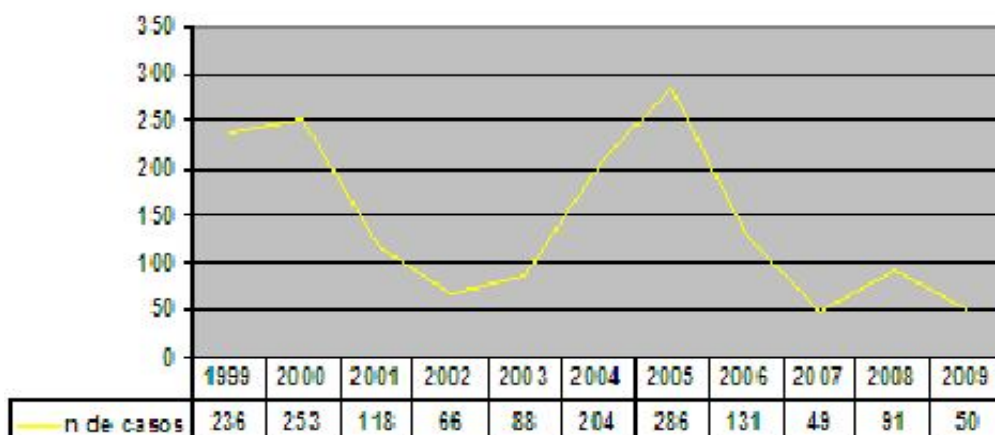


Gráfico 31 - Proporção das faixas etárias dos casos de hepatite viral A em Porto Alegre, 1999 a 2009.

Fonte: ECE/CGVS/SMS/PMPA

## Varicela

A varicela é uma doença característica da infância, com alta morbidade, baixa mortalidade e de distribuição universal, ocorrendo, geralmente, sob forma de surtos

epidêmicos no final do inverno e na primavera em escolas infantis, hospitais gerais e pediátricos. Os pacientes imunocomprometidos representam o grupo de maior risco para as complicações e formas graves da doença. A varicela pode ser prevenida com a aplicação da vacina específica que, entretanto, não está disponível a população geral, exceto para situações especiais, sendo aplicadas nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.

Ainda que a varicela não esteja incluída na relação nacional das doenças de notificação compulsória, o município de Porto Alegre vem acompanhando o comportamento desta infecção que tem provocado surtos entre alunos de escolas infantis e regulares. No gráfico 32 pode ser observado a alta e constante incidência da infecção ao longo do período observado.

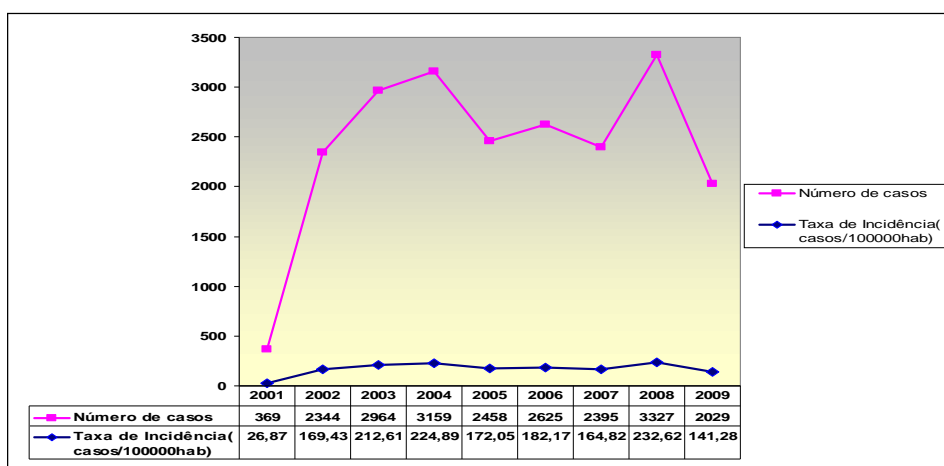


Gráfico 32 - Número de casos e taxa de incidência de varicela em Porto Alegre, 2001 a 2009.

Fonte: ECE/CGVS/SMS/PMPA

### Imunizações e cobertura vacinal

A imunização da população através das vacinas é um dos principais mecanismos das políticas de saúde pública para o combate às doenças infecciosas e para a interrupção de suas cadeias de transmissão. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi criado em 1973 e contribuiu de forma significativa para a erradicação da febre amarela urbana e da varíola no Brasil e o controle da paralisia infantil e do sarampo. Contudo, o controle das doenças só será obtido se as coberturas

alcançarem índices homogêneos para todos os subgrupos da população e em níveis considerados suficientes para reduzir a morbimortalidade por essas doenças.

Em Porto Alegre, as taxas de cobertura vacinal têm apresentado importante redução nos últimos anos (tabela 53). A vacina BCG aplicada no nascimento ou nos primeiros dias de vida manteve cobertura de cerca de 95%. Para as vacinas com múltiplas doses, cujos esquemas se completam aos 6 meses, como a vacina Tetravalente, a VOP e a contra a hepatite B, as coberturas têm sido inferiores a 85%. Os dados de 2008 mostram que há uma redução da cobertura vacinal com o crescimento da criança (tabela 54). Os piores resultados ocorreram nas Gerências Distritais Centro e Sul-Centro Sul, nas quais a proporção de população que utiliza as Unidades de Saúde para o acompanhamento dos lactentes é menor.

No Inquérito de Cobertura Vacinal na Coorte de Nascidos de 2005 e Residentes das Capitais dos Estados foi observado que em Porto Alegre, em 2007, 20% das crianças aos 18 meses não apresentavam esquema vacinal básico completo e com doses válidas. Segundo os dados do SIAB, entre as crianças acompanhadas pelos PSFs, menos de 8% apresentavam atraso na vacinação no primeiro e 9,4% no segundo ano de vida.

A perda da oportunidade de vacinação e o sub-registro, assim como a dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde fora do horário de trabalho, são possíveis causas das baixas coberturas.

A ausência de novos casos das doenças controladas pela vacinação infantil pode estar produzindo uma sensação de segurança e de baixo risco de exposição às infecções e relaxando a atenção das famílias e da sociedade ao calendário vacinal. Novas estratégias organizacionais, como a identificação e a busca dos faltosos, a qualificação de registros com o desenvolvimento de um sistema de informação específico para sala de vacinas e de comunicação social deverão ser implementadas para ampliação das coberturas vacinais.

Tabela 53 – Cobertura vacinal em Porto Alegre, 1999 a 2008.

<b>Vacina</b>	<b>BCG</b>	<b>VOP</b>	<b>Tetraivalente</b>	<b>Hepatite B</b>
<b>Ano</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>1999</b>	119,1	89,4	92,1	105,1
<b>2000</b>	102,4	89,9	90,3	89,5
<b>2001</b>	97,3	89,5	88,1	88,8
<b>2002</b>	92,8	76,2	80,0	78,4
<b>2003</b>	99,0	83,4	84,1	83,2
<b>2004</b>	97,0	84,1	86,1	82,4
<b>2005</b>	99,6	85,4	87,2	81,4
<b>2006</b>	95,6	82,9	84,3	79,1
<b>2007</b>	90,4	84,9	84,5	81,0
<b>2008</b>	95,4	84,3	82,9	80,3

VOP: Vacina Oral contra Poliomielite  
 Fonte: Núcleo de Imunizações-ECE-CGVS-SMS PMPA. Base populacional SINASC

Tabela 54 – Cobertura vacinal em menores de 1 ano em Porto Alegre, 2008.

Nascidos vivos*		Centro	Humaitá	Navegante	Norte Eixo	Baltazar	Leste	Nordeste	Cruzeiro	Gratão	Sul	Partenon	Lombado	Extremo	Sul	Ignorado	Porto Alegre
<b>Total</b>	N	2.359	2.059	2.411	2.127	2.254	2.308	2.674	1.216	1.145	18.553						
<b>Usuários SUS</b>	N	947	1.212	1.874	1.715	1.815	1.459	2.284	1.062	1.046	13.414						
<b>BCG</b>	Doses (N)	1.904	2.483	2.271	2.025	2.093	2.335	2.299	1.449		17.523						
	Cobertura (%)	80,7	120,6	94,2	95,2	92,9	101,2	86,0	119,2		94,4						
<b>Poliomielite oral</b>	Doses (N)	1.676	1.800	2.165	1.913	2.062	1.672	2.231	1.359		15.494						
	Cobertura (%)	71,0	87,4	89,8	89,9	91,5	72,4	83,4	111,8		<b>83,5</b>						
<b>Tetravalente</b>	Doses (N)	1.702	1.765	2.188	1.913	2.035	1.717	2.841	1.516		15.342						
	Cobertura (%)	72,1	85,7	90,8	89,9	90,3	74,4	106,2	124,7		<b>82,7</b>						
<b>Hepatite B</b>	Doses (N)	1.449	1.815	2.129	1.822	1.965	1.792	2.138	1.271		14.923						
	Cobertura (%)	61,4	88,1	88,3	85,7	87,2	77,6	80,0	104,5		<b>80,4</b>						
<b>Rotavírus</b>	Doses (N)	1.891	1.610	1.833	1.622	1.627	1.641	1.731	1.059		13.270						
	Cobertura (%)	80,2	78,2	76,0		72,2	71,1	64,7	87,1		71,5						

Fonte : NI/ECE/CGVS/SMS/PMPA



## Eventos adversos pós-vacinação

Toda vacina pode produzir eventos adversos. Em sua maioria, eles são de evolução autolimitada e pouca gravidade. Os eventos mais graves, capazes de provocar seqüelas ou mesmo óbito, são raros. A vigilância dos eventos adversos pós-vacinação ajuda a garantir que os benefícios produzidos pelas vacinas sejam maiores que os riscos decorrentes de sua aplicação. Para o monitoramento dos eventos adversos pós-vacinação foi criado, no final da década de 90, o "Sistema de Vigilância dos Eventos Adversos Pós Vacinação Nacional" que faz parte do Programa Nacional de Imunizações. O Núcleo de Imunizações da Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis realiza a vigilância dos eventos adversos pós-vacinação em todas as faixas etárias, no âmbito do município de Porto Alegre. A tabela 55 relaciona o número de doses aplicadas de vacinas em relação aos eventos adversos pós-vacinação, notificados de 2005 a 2010.

Tabela 55 – Incidência de eventos adversos pós vacinação, por vacina, Porto Alegre, 2005

<b>A n o</b>	<b>Vacina</b>	<b>BCG</b>	<b>Pólio oral</b>	<b>Tetra valente</b>	<b>DPT</b>	<b>Hepatite B</b>	<b>Tríplice viral</b>	<b>Rábica</b>	<b>Dupla adulto</b>	<b>Influenza</b>
	Dose aplicada	38.358	67.860	53.439	34.362	116.677	28.356	6.606	94.882	122.560
<b>2 0 0 5</b>	Eventos adversos	24	0	272	60	11	11	4	31	6
	Incidência	0,06	0	0,5	0,02	0,01	0,04	0,06	0,03	0
	Dose aplicada	31.240	65.777	50.781	29.705	119.762	30.733	7.353	84.284	26.818
<b>2 0 0 6</b>	Eventos adversos	14	0	235	22	5	7	1	33	3
	Incidência	0,04	0	0,46	0,07	0,004	0,02	0,01	0,03	0,01
	Dose aplicada	17.218	63.621	47.502	29.403	130.357	44.725	6.355	88.830	31.455
<b>2 0 0 7</b>	Eventos adversos	14	0	207	19	11	11	0	54	6
	Incidência	0,08	0	0,43	0,06	0,008	0,02	0	0,06	0,01
	Dose aplicada	17.684	61.164	47.257	26.523	108.858	30.676	6.660	81.018	25.923
<b>2 0 0 8</b>	Eventos adversos	17	1	227	24	7	12	0	38	6
	Incidência	0,09	0,001	0,48	0,09	0,006	0,03	0	0,04	0,023

Continuação tabela 55

	Dose aplicada	17.907	62.100	47.287	28.137	101.787	31.306	6.839	78.046	18601
<b>2</b>										
<b>0</b>	Eventos	23	0	223	30	9	4	0	35	3
<b>0</b>	adversos									
<b>9</b>										
	Incidência	0,12	0	0,47	0,1	0,008	0,01	0	0,04	0,01
<hr/>										
	Dose aplicada	15.825	60.131	46.586	25.238	103.245	29.366	7.752	72.549	5.809
<b>2</b>										
<b>0</b>	Eventos	14	0	228	37	10	13	0	25	11
<b>1</b>	adversos									
<b>0</b>										
	Incidência	0,09	0	0,49	0,14	0,009	0,04	0	0,03	0,18

Fonte: Núcleo de Imunizações /EVDT/CGVS/SMS

## Outras doenças infecciosas

### Doença diarréica

A diarreia aguda é uma síndrome clínica de diversas etiologias que se caracteriza por alterações do volume, consistência e frequência das fezes, mais frequentemente associada com a liquidez das fezes e o aumento no número de evacuações. Em geral, é autolimitada, com duração entre 2 a 14 dias, e sua gravidade depende da presença e intensidade da desidratação ou do tipo de toxina produzida pelo patógeno que provocar outras síndromes. Representa um sintoma de infecção que pode ser provocada por diferentes bactérias, vírus e parasitas ou outros agentes entéricos.

Estimativas apontam que mais de 4 milhões de crianças menores de 5 anos no mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, vão a óbito, devido à diarreia infecciosa aguda. No Brasil, há registros de que mais de 600 mil internações por ano ocorrem devido à doença infecciosa intestinal, causando quase 8 mil mortes.

A Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas (MDDA) em Porto Alegre foi iniciada em dezembro de 2002, com unidades sentinelas distribuídas entre as gerências Leste/Nordeste, Partenon/Lomba do Pinheiro e Glória/Cruzeiro/Cristal. O objetivo da MDDA é de detectar, através de instrumentos ágeis e simplificados, alterações no padrão local das doenças diarréicas, apontando em tempo oportuno surtos e epidemias, bem como permitindo correlacionar, ao longo do tempo, possíveis modificações nas condições sanitárias locais ou outros fatores como a veiculação de determinados patógenos pelos alimentos, água ou outras fontes de transmissão. Atualmente, 29 Unidades de Saúde atuam como unidade sentinela da MDDA.

Em Porto Alegre, foram notificados 3.211 casos em 2007 a 2009 e, em ambos os anos, a faixa etária de 1 a 4 anos foi a de maior ocorrência de casos (Tabela 56). Na maioria das crianças, o tratamento indicado foi baseado em orientações e cuidados domiciliares e no uso da terapia de reidratação oral (Plano A). Apesar do grande incidência de diarreia na infância, o número de internações e de óbitos decorrentes das doenças tem reduzido em Porto Alegre nos últimos anos. Em 2008, a doença diarréica aguda representou menos de 4% dos motivos de internação de crianças (Tabela 57). De 2001 a 2009, a taxa de mortalidade caiu de 4,8 óbitos para cada 100.000 habitantes para 1,2. Proporcionalmente, a diarreia tem sido responsável por menos de 1% dos menores de 5 anos (Tabela 58).

Tabela 56 - Número de casos de diarreia notificados por faixa etária em Porto Alegre, 2007 a 2009.

Faixa etária	2007		2008		2009		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 1 ano	111	11,3	126	10,4	129	12,8	366	11,4
1 a 4 anos	322	32,7	339	27,9	292	28,9	953	29,7

5 a 9 anos	129	13,1	159	13,1	117	11,6	405	12,6
>= 10 anos	392	39,8	542	44,6	457	45,2	1.391	43,3
Ignorado	31	3,1	49	4,0	16	1,6	96	3,0
<b>Total</b>	<b>985</b>	<b>100,0</b>	<b>1.215</b>	<b>100,0</b>	<b>1.011</b>	<b>100,0</b>	<b>3.211</b>	<b>100,0</b>

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/PMPA

Tabela 57 – Número de internações hospitalares por doença diarréica aguda em crianças em Porto Alegre, 2008.

<b>Faixa etária</b>	<b>Doença diarréica aguda</b>		<b>Total</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
< 1 ano	171	2,9	5.972
1 a 4 anos	207	5,7	3.624
5 a 9 anos	93	3,7	2.503
<b>Total</b>	<b>471</b>	<b>3,9</b>	<b>12099</b>

Fonte: AIH/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Tabela 58 – Número de óbitos, taxa de mortalidade e de mortalidade proporcional em menores de 5 anos em Porto Alegre, 2001 a 2009.

	Ano	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Óbitos</b>	<b>N</b>	5	2	3	1	2	1	2	2	1
<b>População</b>	<b>N</b>	104.076	105.049	105.825	106.638	107.448	109.286	110.223	93.032	86.840
<b>Taxa de mortalidade</b>	<b>/100.000</b>	4,8	1,9	2,8	0,9	1,9	0,9	1,8	2,1	1,2
<b>Mortalidade proporcional</b>	<b>%</b>	1,4	0,6	1,0	0,4	0,7	0,4	0,8	0,8	0,5

Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA; IBGE

### Violência e acidentes

A violência e os acidentes representam, atualmente, um dos principais problemas de saúde pública no Brasil. A violência urbana, a violência doméstica, os acidentes domésticos (quedas, choques elétricos, queimaduras e ingestão de substâncias químicas) e do trânsito são causas importantes de morbidade e de mortalidade na infância e na adolescência. A partir do primeiro ano de vida, as causas externas têm sido, nos últimos anos, a principal causa de óbito e grande parte de dos motivos de internação nessa faixa etária. Em 2008, excetuando a internação por gravidez, parto e puerpério, os acidentes e a violência foram a maior causa de hospitalização entre os adolescentes, atingindo 16,9% dos 10 aos 14 anos e 23,7% dos 15 aos 19 anos de idade. Nas crianças de 1 ano a 10 anos de idade as causas externas foram responsáveis por 9,0% das internações, sendo o quarto motivo.

Os dados do Sistema de Informação de Sistema de Informação de Violência e do Programa de Vigilância da Violência Pré-Parar mostram que dos 3117 casos notificados em 2006 a 2007, 78,5% eram menores de 19 anos (Tabela 59). Em todas as idades, mas principalmente na adolescência, as mulheres são as principais vítimas da violência (Tabela 60). Até os 14 anos, há o predomínio da violência intrafamiliar, especialmente em crianças menores de um ano em 95,1% e de 1 a 9 anos em 72,4%. Na faixa etária entre 10 e 24 anos, observa-se o aumento da violência extrafamiliar, cuja incidência reflete a mudança de comportamento própria desta faixa etária. Jovens e adolescentes estão mais expostos a eventos violentos que ocorrem fora do ambiente familiar, em sua maioria, perpetrados por amigos e conhecidos. Em menores de 1 ano, o principal tipo de violência notificada foi a negligência (76,5%) por parte dos pais, a qual inclui a falta de cuidados básicos, extremamente necessários neste período, fugas hospitalares e abandono do acompanhamento de saúde

Tabela 59 – Número de notificações de violência em menores de 20 anos em Porto Alegre, 2006 a 2008.

Faixa etária	2006		2007		2008		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 1 ano	91	10,0	73	10,2	80	9,8	244	9,2
1 - 9 anos	408	44,7	293	40,9	343	42,1	1.04	39,5
10 -14 anos	251	27,5	197	27,5	208	25,6	656	24,8
15 -19 anos	163	17,9	153	21,4	183	22,5	499	18,9
Total	913	100,0	716	100,0	814	100,0	32,64	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Violência/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

Tabela 60 – Número de notificações de violência em menores de 20 anos por sexo em Porto Alegre, 2006 a 2008.

Faixa etária	2006 a 2008				
	Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%	N
< 1 ano	109	44,9	134	55,1	243
1 - 9 anos	473	45,3	571	54,7	1.044
10 -14 anos	237	36,1	419	63,9	656
15 -19 anos	182	36,5	317	63,5	499
Total	1001	41,0	1441	59,0	2.442

Fonte: Sistema de Informação de Violência/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

Tabela 61 – Número de notificações segundo o ambiente da violência em menores de 20 anos em Porto Alegre, 2006 a 2008.

Faixa etária	Intra-familiar		Extra-familiar		Ambos		Ignorado / Não se aplica		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
< 1 ano	231	95,1	7	2,9	4	1,6	1	0,4	243
1 - 9 anos	756	72,4	243	23,3	25	2,4	20	1,9	1044
10 -14 anos	329	50,2	271	41,3	30	4,6	26	4,0	656
15 -19 anos	173	34,7	269	53,9	30	6,0	27	5,4	499
Total	1489	61,0	790	32,4	89	3,6	74	3,0	2442

Fonte: Sistema de Informação de Violência/EEV/CGVS/SMS/PMPA.



O Programa de Vigilância da Violência Pré-Parar realiza o repasse sigiloso e imediato dos casos notificados ao Centro de Referência às Vítimas de Violências da Secretaria Municipal de Direitos Humanos (CRVV/SMDHSU) para o encaminhamento de cada caso junto à rede de proteção já existente na cidade. Até 2008, Porto Alegre contava com 37 serviços notificadores de violências, sendo dez hospitais, 16 unidades básicas de saúde, 9 serviços especializados e 2 Gerências Distritais.

Em outubro de 2009, foi realizado um Inquérito sobre Atendimentos por Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) em Porto Alegre. Dos 2297 atendimentos por causas externas de analisados, 798 (34,7%) ocorreram em menores de 20 anos, sendo que 93,1% dos atendimentos foram motivados por acidente e 6,9% por violência (Tabela 62). A maioria dos casos de violência aconteceu em adolescentes (81,2%). Tanto para os acidentes como para os casos de violência, a maioria dos pacientes foi do sexo masculino (Tabela 63).

Tabela 62 – Número de atendimentos por acidentes e violência em menores de 20 anos em Porto Alegre, outubro de 2009.

Faixa etária	Acidentes		Violência		Total
	N	%	N	%	N
< 1 ano	14	93,3	1	6,7	15
1 - 4 anos	142	98,6	2	1,4	144
5 -9 anos	188	96,4	7	3,6	195
10 -14 anos	213	93,4	15	6,6	228
15 -19 anos	186	86,1	30	13,9	216
Total	743	93,1	55	6,9	798

Fonte: Inquérito sobre Atendimentos por Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Tabela 63 – Número de atendimentos por acidentes e violência por sexo em menores de 20 anos em Porto Alegre, outubro de 2009.

Faixa etária	Acidentes					Violência				
	Masculino		Feminino		Total	Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N
< 1 ano	5	35,7	9	64,3	14	1	100,0	0	0,0	1
1 - 4 anos	81	57,0	61	43,0	142	1	50,0	1	50,0	2
5 -9 anos	122	64,9	66	35,1	188	4	57,1	3	42,9	7
10 -14 anos	132	62,0	81	38,0	213	8	53,3	7	46,7	15
15 -19 anos	116	62,4	70	37,6	186	18	60,0	12	40,0	30
Total	456	61,4	287	38,6	743	32	58,2	23	41,8	55

Fonte: Inquérito sobre Atendimentos por Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/EEV/CGVS/SMS/PMPA

A queda foi a principal causa dos acidentes (42,8%), principalmente em menores de 10 anos de idade (Tabela 64). As quedas ocorreram mais frequentemente no domicílio, na escola e em locais de prática esportiva (Tabela 65).

Tabela 64 - Número de atendimentos por causa do acidente em menores de 20 anos em Porto Alegre, outubro de 2009.

Faixa etária	Quedas		Acidentes de Transporte		Choque contra objetos/pessoa		Corpo Estranho em Pele/Cavidades		Outros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
< 1 ano	8	57,1	0	0,0	0	0,0	1	7,1	5	35,7	14
1 - 4 anos	88	62,0	4	2,8	9	6,3	19	13,4	22	15,5	142
5 -9 anos	99	52,7	20	10,6	25	13,3	11	5,9	33	17,6	188
10 -14 anos	98	46,0	13	6,1	44	20,7	8	3,8	50	23,5	213
15 -19 anos	65	34,9	28	15,1	26	14,0	6	3,2	61	32,8	186
Total	358	48,2	65	8,7	104	14,0	45	6,1	171	23,0	743

Fonte: Inquérito sobre Atendimentos por Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Tabela 65- Número de atendimentos por queda segundo o local da ocorrência em menores de 20 anos em Porto Alegre, outubro de 2009.

Faixa etária	Residência		Escola		Local de prática esportiva		Via pública		Outros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
< 1 ano	7	87,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8
1 - 4 anos	62	77,5	9	11,3	0	0,0	8	10,0	1	1,3	80
5 -9 anos	59	59,6	21	21,2	3	3,0	14	14,1	2	2,0	99
10 -14 anos	27	27,8	35	36,1	11	11,3	19	19,6	5	5,2	97
15 -19 anos	23	35,4	9	13,8	15	23,1	12	18,5	6	9,2	65
Total	178	51,0	75	21,5	29	8,3	53	15,2	14	4,0	349

Fonte: Inquérito sobre Atendimentos por Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

As principais formas de violência foram agressão e injúrias, ocorrendo principalmente entre os adolescentes. Dos 10 casos de tentativa de suicídio avaliados no Inquérito, a metade foi em adolescentes, sendo 3 do sexo feminino (Tabela 66).

Tabela 66 - Número de atendimentos por violência em menores de 20 anos em Porto Alegre, outubro de 2009.

Faixa etária	Agressões e Maus-Tratos		Tentativas de suicídio		Total
	N	%	N	%	N
< 1 ano	1	100,0	0	0,0	1
1 - 4 anos	2	100,0	0	0,0	2
5 -9 anos	7	100,0	0	0,0	7
10 -14 anos	12	80,0	3	20,0	15
15 -19 anos	28	93,3	2	6,7	30
Total	50	90,9	5	9,1	55

Fonte: Inquérito sobre Atendimentos por Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/EEV/CGVS/SMS/PMPA

### Trabalho Infantil

No Brasil existem quatro milhões e meio de crianças e adolescentes economicamente ativos entre 5 e 17 anos de idade (IBGE, 2008), o que corresponde a 10,2% da população nessa faixa etária. A Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (PNAD) de 2008 mostra que o trabalho infantil diminuiu, mas ainda é realidade para 993 mil crianças com idade entre 5 e 13 anos.

As crianças e adolescentes estão envolvidos nos mais diferentes tipos de trabalho e, portanto, expostos aos diversos tipos de riscos dos processos produtivos. Pelo Ministério do Trabalho e Emprego, através do Sistema de Informações sobre Focos de Trabalho Infantil (SITI) aponta como mais comuns o trabalho ao ar livre, sem proteção

adequada contra exposição à radiação solar, chuva, frio, os Serviços Coletivos, Sociais, Pessoais e outros - em ruas e outros logradouros públicos (comércio ambulante, guardador de carros, guardas mirins, guias turísticos, transporte de pessoas ou animais, entre outros) e trabalhos na coleta, seleção ou beneficiamento de lixo. Todas estas atividades são consideradas como Trabalho Infantil Perigoso, constantes na Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil (LISTA TIP), e são trabalhos prejudiciais à saúde e à segurança das crianças.

No município de Porto Alegre, segundo dados da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), os tipos de trabalho infantil mais comuns são a mendicância, a catação de lixo, venda de pano de prato, venda de outros produtos diversos, especialmente de balas nos ônibus, exploração sexual comercial e tráfico de drogas. As crianças na atividade laboral de catação de lixo são provenientes, em maior número, da região das Ilhas com predomínio do sexo masculino.

Segundo a FASC, o Cadastro Único do Programa Bolsa Família do Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome (MDS) apontou para Porto Alegre 3.334 crianças, em 2010, em situação de Trabalho Infantil. Destas, 1.004 crianças foram inseridas em atividades culturais, desportivas e de lazer no período complementar ao da jornada do ensino regular no Serviço de Apoio Sócio-Educativo em Meio Aberto (SASE).

O Projeto Ação Rua identificou nove crianças /adolescente, na faixa etária de 12 anos a 17 anos, vítimas de exploração sexual comercial. Estas se encontravam em situação de rua sobrevivência, distribuídas nas seguintes regiões: Ilhas, Centro, Sul Centro Sul, Restinga e Glória.

Em inquérito sobre a identificação de situações de trabalho infantil dirigido à rede de atenção primária realizado em 2010, das Gerências Distritais de Saúde apenas a Gerência Partenon-Lomba do Pinheiro referiu casos de trabalho infantil, especialmente trabalho doméstico (meninas que são responsáveis pelo cuidado de irmãos), porém sem o número definido de casos.

A ocorrência de agravos relacionados ao trabalho de crianças e adolescentes é considerada como de notificação compulsória desde 2004 (Portaria GM MS 777 de 28/04/2004). Entretanto, não tem sido apontados casos de trabalho infanto-juvenil no Sistema de Notificação de Acidentes de Trabalho em Porto Alegre. De 2006 a 2008, dos

mais de 2400 casos notificados de violência contra crianças e adolescentes ao Sistema de Informações de Violência, não foi registrado nenhum caso de trabalho infantil. Esses dados sugerem a existência de subnotificação. Possivelmente, os profissionais de saúde, em sua maioria, não consideram o trabalho infantil com uma forma de violência, não relacionam os agravos à saúde dessa população com alguma atividade laboral e desconhecem a obrigatoriedade de notificação dos casos.

#### Hospitalizações no período pós-neonatal e na infância

Do período neonatal até o final do primeiro ano de vida, as crianças são vulneráveis a inúmeros tipos de doenças, em particular as de caráter infeccioso, necessitando em muitos casos de tratamento hospitalar. Em 2008, houve 3.103 autorizações de internação hospitalar nessa faixa etária (Tabela 67) e os principais motivos de internação foram as doenças do aparelho respiratório (57,2%) e as doenças infecciosas e parasitárias (12,2%). A asma/bronquite (40,0%) e a bronquiolite (28,7%) foram os dois principais motivos de hospitalização por doenças respiratórias. A pneumonia foi o terceiro com 18,5% dos casos (Tabela 68). As principais doenças infecciosas incluem a diarreia (40%) e septicemia (21,1%) (Tabela 69).

Tabela 67 – Motivos de internação (Capítulo do CID 10) de 28 a 364 dias de vida em Porto Alegre, 2008.

<b>Capítulo do CID 10</b>	28-364 dias Pós Neonatal	
	N	%
Afecções Originadas no Período Perinatal	112	3,6
Doenças do Aparelho Respiratório	1.776	57,2
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	380	12,2
Pessoas em contato com os serviços de saúde para exame e investigação (Z00-Z13)	107	3,4
Doenças do Aparelho Digestivo	149	4,8

Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	106	3,4
Doenças do Aparelho Genitourinário	121	3,9
Doenças do Sistema Nervoso	89	2,9
Traumatismos, Queimaduras e Intoxicações	52	1,7
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	34	1,1
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e Laboratoriais	30	1,0
Neoplasias	31	1,0
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	36	1,2
Doenças do Aparelho Circulatório	27	0,9
Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide	28	0,9
Doenças do Sangue, Órgãos Hematopoiéticos e Transtornos Imunitários	19	0,6
Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	6	0,2
<b>Total</b>	<b>3.103</b>	<b>100,0</b>

Fonte: AIH/EEV/CGVS/SMS/PMPA

**Tabela 68** - Motivos de internação por doenças do aparelho respiratório de 28 a 364 dias de vida em Porto Alegre, 2008.

<b>Doenças do Aparelho Respiratório</b>	<b>28-364 dias Pós Neonatal</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Asma e Bronquite (J219, J45_ e J46_)	711	40,0
Bronquiolite aguda (J21_)	509	28,7
Pneumonia (J1_)	328	18,5
Insuficiência respiratória (J96_)	102	5,7
Outras infecções agudas das vias aéreas superiores de localizações múltiplas (J068)	59	3,3
Laringite e laringotraqueíte agudas (P04_ e PJ060)	30	1,7
Síndrome do desconforto respiratório do adulto (J80_)	3	0,2
Outras	34	1,9
<b>Total</b>	<b>1776</b>	<b>100,0</b>

Fonte: AIH/EEV/CGVS/SMS/PMPA



**Tabela 69** - Motivos de internação por doenças infecciosas de 28 a 364 dias de vida em Porto Alegre, 2008.

<b>Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias</b>	<b>28-364 dias Pós Neonatal</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Septicemia (A40_ a A41_)	80	21,1
Diarréia, gastroenterite e infecção intestinal de origem infecciosa (A04_ a A09_)	153	40,3
Outras infecções bacterianas (A48_ a A49_)	56	14,7
Sífilis (A50_ a A539)	4	1,1
Infecção micobacteriana e tuberculose	14	3,7
Coqueluche (A37_)	23	6,1
Doença pelo HIV (B20_ a B238)	10	2,6
Estreptococos, estafilococos e outros agentes bacterianos (B95_ e B968)	7	1,8
Varicela sem complicação (B019)	4	1,1
Outras	29	7,6
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100,0</b>

Fonte: AIH/EEV/CGVS/SMS/PMPA

### Hospitalizações na infância e na adolescência

Após o primeiro ano de vida o número de hospitalizações de crianças apresenta importante redução e a taxa de internação hospitalar cai progressivamente até a adolescência. Em 2008, houve 6127 hospitalizações para a faixa de 1 a 9 anos de idade, correspondendo a 6,6% do total de internações. Nessa faixa etária, a população estimada era de 183.336, cerca de 12,6% da população (tabela 70). Após o primeiro ano de vida, as taxas de internação foram inferiores a 50 para cada mil habitantes até os 19 anos de idade. Dos 15 aos 19 anos, o atendimento ao parto determinou taxa de internação elevada (45,7 por mil habitantes), pois motivou 59,7% das hospitalizações de 2008. O caráter da internação foi de urgência em 80% das hospitalizações ocorridas na infância e na adolescência.

Tabela 70 – Número de internações hospitalares e taxa de internação de moradores de Porto Alegre por faixa etária, 2008.

Faixa etária (anos)	População		AIH		Taxa de internação	Urgência	
	N	%	N	%	/1000	N	%
<1	16.882	1,2	5.972	6,4	353,7	5.685	95,2
1 a 4	76.150	5,2	3.624	3,9	47,6	3.055	84,3
5 a 9	107.186	7,4	2.503	2,7	23,4	1.780	71,1
10 a 14	106.798	7,3	1.960	2,1	18,4	1.372	70,0
15 a 19	110.812	7,6	5.044	5,4	45,5	4.310	85,4

20 a 29	257.340	17,7	15.159	16,4	58,9	12.482	82,3
30 a 39	211.252	14,5	12.731	13,7	60,3	9.415	74,0
40 a 49	203.931	14,0	11.563	12,5	56,7	7.934	68,6
50 a 59	166.803	11,5	11.936	12,9	71,6	8.508	71,3
60 a 69	102.793	7,1	9.953	10,7	96,8	7.392	74,3
70 a 79	63.264	4,4	7.815	8,4	123,5	6.195	79,3
>80	29.864	2,1	4.330	4,7	145,0	3.752	86,7
<b>Total</b>	<b>1.453.075</b>	<b>100,0</b>	<b>92.590</b>	<b>100,0</b>	<b>63,7</b>	<b>71.880</b>	<b>77,6</b>

Fonte: AIH 2008/VITAIS/EVV/CGVS/SMS/PMPA e IBGE

Em 2008, houve 6.127 autorizações de internação hospitalar de crianças de 1 a 9 anos (Tabela 71) e as doenças do aparelho respiratório motivaram mais de 1/3 das hospitalizações. As doenças infecciosas e parasitárias foram a segunda causa (11,7%) no grupo todo. Entretanto, dos 5 a 9 anos as doenças do aparelho digestivo foram o segundo maior motivo de internação. As causas externas determinaram a hospitalização em 6,8% das crianças de 1 a 4 ano em 12,1% dos maiores, sendo a quarta e a terceira causa, respectivamente.

Tabela 71 – Motivos de internação (Capítulo do CID 10) de 1 a 9 anos em Porto Alegre, 2008.

Motivo da internação (capítulo do CID 10)	1 a 4 anos		5 a 9 anos		Total	
	N	%	N	%	N	N
01) Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	439	12,1	275	11,0	714	11,7
02) Neoplasias	141	3,9	138	5,5	279	4,6
03) Doenças do Sangue, Órgãos Hematopoiéticos e Transtornos Imunitários	55	1,5	30	1,2	85	1,4
04) Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	41	1,1	30	1,2	71	1,2
05) Transtornos Mentais e Comportamentais	1	0,0	2	0,1	3	0,0
06) Doenças do Sistema Nervoso	221	6,1	125	5,0	346	5,6
08) Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide	68	1,9	55	2,2	123	2,0
09) Doenças do Aparelho Circulatório	32	0,9	27	1,1	59	1,0
10) Doenças do Aparelho Respiratório	1.486	41,0	668	26,7	2.154	35,2
11) Doenças do Aparelho Digestivo	264	7,3	333	13,3	597	9,7
12) Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	107	3,0	75	3,0	182	3,0
13) Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	23	0,6	48	1,9	71	1,2

14) Doenças do Aparelho Genitourinário	110	3,0	139	5,6	249	4,1
15) Gravidez, Parto e Puerpério	1	0,0	0	0,0	1	0,0
16) Afecções Originadas no Período Perinatal	4	0,1	0	0,0	4	0,1
17) Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	137	3,8	113	4,5	250	4,1
18) Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e Laboratoriais	34	0,9	27	1,1	61	1,0
19) Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	247	6,8	304	12,1	551	9,0
20) Causas Externas de Mortalidade	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21) Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Transplantes)	213	5,9	114	4,6	327	5,3
Total	3.624	100,0	2.503	100,0	6.127	100,0

Fonte: AIH 2008/VITAIS/EVV/CGVS/SMS/PMPA

Em 2008, houve 7.004 autorizações de internação hospitalar de adolescentes (10 a 19 anos) e a gravidez, o parto e o puerpério (45,3%) foram as principais indicações. Quando retirada os dados da internação para a assistência à gestante adolescente da análise (Tabela 72), os maiores motivos de internação foram as causas externas (20,5%), as doenças do aparelho digestivo (13,9%) e respiratório (12,7%).

Tabela 72 – Motivos de internação (Capítulo do CID 10) de 10 a 19 anos em Porto Alegre, 2008.

Motivo da internação por Capítulo CID10	10 a 14 anos		15 a 19 anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
19) Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	304	16,9	481	23,7	785	20,5
11) Doenças do Aparelho Digestivo	286	15,9	245	12,1	531	13,9
10) Doenças do Aparelho Respiratório	269	14,9	218	10,7	487	12,7
14) Doenças do Aparelho Genitourinário	144	8,0	225	11,1	369	9,6
01) Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	159	8,8	124	6,1	283	7,4
02) Neoplasias	123	6,8	108	5,3	231	6,0
05) Transtornos Mentais e Comportamentais	20	1,1	154	7,6	174	4,5
21) Fatores que influenciam o estado de saúde (transplantes)	69	3,8	73	3,6	142	3,7
13) Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	68	3,8	62	3,1	130	3,4
09) Doenças do Aparelho Circulatório	33	1,8	84	4,1	117	3,1
06) Doenças do Sistema Nervoso	55	3,1	55	2,7	110	2,9

12) Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	53	2,9	53	2,6	106	2,8
17) Malformações Congênicas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	75	4,2	24	1,2	99	2,6
08) Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide	54	3,0	35	1,7	89	2,3
04) Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	42	2,3	24	1,2	66	1,7
18) Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e Laboratoriais	21	1,2	45	2,2	66	1,7
03) Doenças do Sangue, Órgãos Hematopoiéticos e Transtornos Imunitários	25	1,4	11	0,5	36	0,9
16) Afecções Originadas no Período Perinatal	1	0,1	8	0,4	9	0,2
20) Causas Externas de Mortalidade	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Não classificado	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Total	1.801	100,0	2.031	100,0	3.832	100,0

Fonte: AIH 2008/VITAIS/EVV/CGVS/SMS/PMPA

Quando excluídas as hospitalizações para assistência à gestante, o número de internações foi maior no sexo masculino em todas as faixas etárias (tabela 73). Nas internações motivadas por causas externas, o sexo masculino foi predominante, particularmente na adolescência (Tabela 74). Na adolescência, mais de 70% dos internados foram homens. O traumatismo (77,5%) foi a principal motivo de

hospitalização por causa externa, particularmente na adolescência (Tabela 75). As queimaduras (15,4%) e as intoxicações (9,3%) foram importantes causas de internação nos menores de 5 anos.

Tabela 73 - Internação hospitalar\* de residentes de Porto Alegre, por sexo e faixa etária, em 2008.

<b>Faixa etária</b>	<b>Sexo</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
<b>1 a 4 anos</b>	N	1.565	2.058	3.623
	%	43,2	56,8	100,0
<b>5 a 9 anos</b>	N	1.005	2.058	2.503
	%	40,2	59,8	100,0
<b>10 a 14 anos</b>	N	736	1.065	1.801
	%	40,9	59,1	100,0
<b>15 a 19 anos</b>	N	923	1.108	2.031
	%	45,4	54,6	100,0
<b>Total</b>	N	1.659	2.173	3.832
	%	43,3	56,7	100,0

\*Excluídas internações hospitalares por parto, cesárea e puerpério  
 Fonte: AIH 2008/VITAIS/EVV/CGVS/SMS/PMPA



Tabela 74 – Número de internações por causas externas por sexo e faixa etária em Porto Alegre, 2008.

Faixa etária	Sexo	Masculin		Total
		Feminino	o	
<b>1 a 4 anos</b>	N	93	154	247
	%	37,7	62,3	100,0
<b>5 a 9 anos</b>	N	102	202	304
	%	33,6	66,4	100,0
<b>10 a 14 anos</b>	N	81	223	304
	%	26,6	73,4	100,0
<b>15 a 19 anos</b>	N	103	378	481
	%	21,4	78,6	100,0
<b>Total</b>	N	379	957	1336
	%	28,4	71,6	100,0

Fonte: AIH 2008/VITAIS/EVV/CGVS/SMS/PMPA

Tabela 75 - Motivo de internação hospitalar por causa externa em crianças e adolescentes, Porto Alegre, 2008

CID da internação hospitalar	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
S00-S99 – Traumatismo	54,3	79,6	78,9	87,1	77,5
T15-T19 - Efeito da penetração de corpo estranho através de orifício natural	10,9	6,9	2,3	1,2	4,6
T20-T32 - Queimaduras e corrosões	15,4	3,3	5,6	2,1	5,6
T36-T50 - Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas	9,3	3,3	3,3	1,2	3,7
T51-T65 - Efeitos tóxicos de substâncias de origem predominantemente não-medicinal	4,5	1,0	1,0	0,8	1,6
T66-T78 - Outros efeitos de causas externas e os não especificados	0,0	1,0	0,3	0,0	0,3
T79 - Algumas complicações precoces de traumatismos	0,0	0,0	0,3	0,2	0,1
T80-T88 - Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificados em outra parte	2,4	2,6	5,6	5,2	4,2
T90-T98 - Seqüelas de traumatismos, de intoxicações e de outras conseqüências das causas externas	3,2	2,3	2,6	2,1	2,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: AIH 2008/VITAIS/EVV/CGVS/SMS/PMPA

## Gravidez na adolescência

A adolescência constitui um período entre a infância e a idade adulta, com profundas alterações físicas, psíquicas e sociais. Em poucos anos a menina transforma-se em mulher, exigindo com isso uma definição de sua nova identidade, o que gera questionamentos, ansiedades e instabilidade afetiva. A gravidez é um período fisiológico na vida reprodutiva da mulher e ao engravidar e se tornar mãe, a mulher vivencia momentos de dúvidas, inseguranças e medos. As duas fases evolutivas importantes na vida de uma mulher se assemelham e têm em comum importantes transformações em intervalo de tempo relativamente curto. A associação das duas fases no mesmo momento de vida acarreta uma exacerbação desse processo, aumentando os riscos de alterações que possam ser consideradas patológicas (MS, 2005 - Material educativo produzido pela equipe do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente com o apoio do Ministério da Saúde e da Fundação W. K. Kellogg).

O risco da gestação na adolescência está associado muito mais aos efeitos da primiparidade, do baixo nível sócio-econômico e principalmente da falta de assistência pré-natal adequada do que à idade materna em si. A gestação na adolescência não é necessariamente de alto risco, desde que haja assistência pré-natal de boa qualidade. Do ponto de vista psicossocial, a gravidez nesta fase pode ser considerada inoportuna e está associada ao fracasso escolar e a limitação das oportunidades futuras da gestante. A gravidez constitui uma situação de risco não apenas para a adolescente, mas também para a família e a sociedade, sendo altamente recomendável o investimento em programas de prevenção.

O número de nascimentos de mães menores de 20 anos tem apresentado redução constante nos últimos anos, com queda de 32% de 2001 a 2009 (tabela 76). Apesar do número de nascimentos de mães menores de 15 anos vir apresentando queda, qualquer gravidez nesse período deve motivar preocupação aos serviços de saúde, pois pode estar associado a situações de violência, exploração sexual ou de extrema vulnerabilidade da adolescente. As Gerências Partenon/Lomba do Pinheiro, Leste/Nordeste e Norte/Eixo-Baltazar (tabela 78) apresentaram os maiores números (21, 18, 18, respectivamente) e as maiores proporções de nascimentos de mães menores de 15 anos (0,8, 0,8 e 0,7 respectivamente). As taxas específicas de fecundidade para a faixa etária (tabela 76) também foram maiores nessas gerências.

Tabela 76 – Número de nascimentos de mães adolescentes em Porto Alegre, 2001 a 2008.

Faixa etária materna	2001	2002	2003	2004
10 a 14 anos	172	153	158	155
15 a 19 anos	3.887	3.527	3.373	3.166
Total	4.059	3.680	3.531	3.321

SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

A proporção de nascimentos de mães adolescentes em Porto Alegre tem apresentado redução nos últimos anos (tabela 77). Essa proporção foi diferente nas diversas Gerências Distritais em 2008, e maior entre os nascidos em maternidades do SUS atingindo 23,4% na Restinga-Extremo Sul. A proporção de mães adolescentes é maior nos nascimentos raça/cor negra, sendo superior a 20% em todos anos. De 2001 a 2008, a redução da proporção foi menor nos negros (14,2%) do que nos brancos (21,6%).

Tabela 77 – Proporção de nascimentos de mães adolescentes em Porto Alegre, 2001 a 2008.

Faixa etária materna	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
10-14 anos	0,8	0,8	0,8	0,8	0,6	0,7	0,7	0,7
15-19 anos	18,6	17,6	17,6	16,2	17,0	16,7	15,3	15,1
20-29 anos	47,2	47,8	47,8	48,8	48,1	47,8	48,2	47,7
30-39 anos	29,9	30,4	30,0	30,6	30,6	30,9	32,1	32,6
40-49 anos	3,4	3,4	3,8	3,7	3,8	3,9	3,7	4,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Tabela 78 - Proporção de nascimentos de mães adolescentes por Gerência Distrital e entre os Usuários do SUS, 2008.

2008	Gerência distrital	Centro	Noroeste Humaitá Navegantes ...	Norte Eixo Baltazar	Leste Nordeste	Glória Cruzeiro Cristal	Sul Centro-Sul	Partenon Lomba do Pinheiro	Restinga Extremo Sul	Ignorado	Porto Alegre
	<b>Total (N)</b>	2.359	2.059	2.411	2.127	2.254	2.308	2.674	1.216	1.145	<b>18.553</b>
<b>Nascidos vivos</b>	<b>Usuários SUS (N)</b>	947	1.212	1.874	1.715	1.815	1.459	2.284	1.062	1.046	<b>13.414</b>
	<b>Usuários SUS (%)</b>	40,1	58,9	77,7	80,6	80,5	63,2	85,4	87,3	91,4	<b>72,3</b>
<b>10 a 14 anos</b>	<b>N</b>	7	11	18	18	13	14	21	7	16	<b>125</b>
	<b>%</b>	0,3	0,5	0,7	0,8	0,6	0,6	0,8	0,6	1,4	<b>0,7</b>
<b>15 a 19 anos</b>	<b>N</b>	155	247	365	357	376	300	492	256	250	<b>2798</b>
	<b>%</b>	6,6	12,0	15,1	16,8	16,7	13,0	18,4	21,1	21,8	<b>15,1</b>
	<b>Total (N)</b>	162	258	383	375	389	314	513	263	266	2923
<b>Mãe adolescente (%)</b>	<b>Total (%)</b>	6,9	12,5	15,9	17,6	17,3	13,6	19,2	21,6	23,2	<b>15,8</b>
	<b>SUS</b>	14,1	19,6	19,5	21,3	20,4	19,3	21,2	23,4	24,3	<b>20,4</b>

Fonte: SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Tabela 79 - Proporção de nascimentos de mães adolescentes por raça/cor em Porto Alegre, 2001 a 2008.

<b>Raça/cor</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>Branca</b>	18,3	17,3	17,3	15,8	16,0	15,8	14,9	14,4
<b>Negra</b>	24,3	22,6	22,8	22,0	23,8	23,8	20,5	20,9
<b>Total</b>	<b>19,5</b>	<b>18,4</b>	<b>18,4</b>	<b>17,0</b>	<b>17,6</b>	<b>17,4</b>	<b>16,0</b>	<b>15,8</b>

Fonte: SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

A taxa específica de fecundidade das adolescentes tem apresentando uma tendência de estabilização nos últimos anos (tabela 80) em cerca de 50/1.000 mulheres. Entre as Gerências Distritais houve, em 2008, uma marcante diferença na taxa específica de fecundidade das adolescentes, variando de 14,1/1.000 no Centro a 57,8 na Partenon-Lomba do Pinheiro (tabela 81).

Tabela 80 – Taxa específica de fecundidade (/1.000) por faixa etária em Porto Alegre, 2001 a 2008.

<b>Faixa etária materna</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>10-14 anos</b>	3,2	2,9	2,9	2,9	2,1	2,3	2,5	2,4
<b>15-19 anos</b>	61,8	55,7	52,8	49,2	49,2	46,5	49,7	52,3
<b>20-29 anos</b>	83,0	80,1	76,2	78,4	73,7	70,6	66,0	70,4
<b>30-39 anos</b>	55,7	54,0	50,7	52,2	49,8	48,4	51,9	54,5
<b>40-49 anos</b>	6,7	6,4	6,7	6,6	6,4	6,5	5,9	6,9
<b>Total</b>	<b>46,0</b>	<b>43,8</b>	<b>41,7</b>	<b>42,1</b>	<b>40,2</b>	<b>38,7</b>	<b>38,8</b>	<b>41,3</b>

Fonte: SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Tabela 81 - Taxa específica de fecundidade (/1.000) por faixa etária por Gerência Distrital, 2008.

2008	Gerência distrital	Centro	Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas	Norte Eixo Baltazar	Leste Nordeste Glória	Cruzeiro Cristal	Sul Centro-Sul	Partenon Lomba do Pinheiro	Restinga Extremo Sul	Porto Alegre
	<b>De 10 a 14 anos</b>	1,0	1,6	2,2	2,7	1,8	1,9	2,7	1,7	<b>2,4</b>
	<b>De 15 a 19 anos</b>	<b>14,1</b>	<b>29,7</b>	<b>39,9</b>	<b>48,7</b>	<b>48,3</b>	<b>33,2</b>	<b>57,8</b>	<b>57,2</b>	<b>52,3</b>
<b>Taxa de Fecundidade Específica (/1000)</b>	<b>De 20 a 29 anos</b>	32,8	56,9	76,5	76,5	82,9	70,0	89,4	82,7	<b>70,4</b>
	<b>De 30 a 39 anos</b>	50,0	52,0	42,7	52,6	53,3	50,9	50,3	43,9	<b>54,5</b>
	<b>De 40 a 49 anos</b>	5,9	6,1	6,2	5,3	6,8	6,8	8,0	5,8	<b>6,9</b>

Fonte: Projeção IBGE 2000; SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA; \*Provisório (6,17% não geo-referenciados)

### Mortalidade fetal e infantil

A redução da mortalidade infantil é uma das Metas do Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), do qual o Brasil é signatário. A redução dos óbitos infantis é um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo, pois a mortalidade infantil reflete as condições de vida da população. Os óbitos infantis decorrem de uma

combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. As intervenções dirigidas à sua redução dependem, portanto, de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas das políticas de saúde.

As taxas de mortalidade fetal e perinatal podem ser utilizadas para a análise da assistência pré-natal, obstétrica e neonatal e para a identificação das ações de prevenção do óbito fetal e neonatal precoce, pois são as mesmas circunstâncias que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida.

Nos últimos anos houve redução do número de óbitos fetais e neonatais precoces (<7 dias de vida), com queda de 60,8% e de 50,7% de 2000 a 2009, respectivamente (tabela 82). Conseqüentemente, as taxas de mortalidade fetal e perinatal diminuíram no mesmo período. Entretanto, a taxa de mortalidade fetal é heterogênea nas Gerências Distritais, variando, em 2008, de 6,3 óbitos fetais para cada mil nascimentos na Gerência Distrital Noroeste-Humaitá-Navegantes-Ilhas para 12,4 na Norte-Eixo-Baltazar (tabela 83).

Tabela 82 – Número de nascimentos, óbitos fetais e neonatais precoce, taxa de mortalidade fetal e perinatal em Porto Alegre, 2000 a 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nascidos vivos (N)	23.518	20.865	20.031	19.197	19.529	18.930	18.383	17.809	18.553	18.667
Óbitos fetais (N)	265	206	205	169	195	187	144	159	167	164
Óbitos neonatais precoces (N)	142	110	94	98	89	90	92	74	98	72
Taxa de Mortalidade Fetal (/1.000)	11,3	9,9	10,2	8,8	10,0	9,9	7,8	8,9	9,0	8,8
Taxa de Mortalidade Perinatal (/1.000)	17,1	15,0	14,8	13,8	14,4	14,5	12,7	13,0	14,2	12,5

Fonte: SIM/EVV/CGVS/SMS/PMPA



Tabela 83 - Número de nascimentos, óbitos fetais e taxa de mortalidade fetal em Porto Alegre, 2008.

2008	Centro	Noroeste Humaitá	Navegantes Ilhas	Norte Eixo Baltazar	Leste Nordeste	Glória Cruzeiro Cristal	Sul Centro- Sul	Parteno n Lomba do Pinheiro	Restinga Extremo Sul	Ignorado	Porto Alegre
Nascidos vivos	2.359	2.059	2.411	2.127	2.254	2.308	2.674	1.216	1.145	18.55	
Óbitos fetais	15	13	30	23	17	17	23	14	15	167	
Taxa de Mortalidade Fetal (/1.000)	6,4	6,3	12,4	0,8	7,5	7,4	8,6	11,5	13,1	9,0	

Fonte: SIM/SINASC EVV/CGVS/SMS/PMPA

No ano de 2008, a maioria dos óbitos fetais (96,4%) ocorreu em hospitais e maternidades vinculados ao SUS (tabela 84). Das características maternas registradas no Sistema de Informação de Mortalidade, a prevalência de baixa idade gestacional (74,9%), de baixo peso (77,2%) e de malformações (9,0%) foi superior a verificada entre os nascidos vivos.

As principais causas dos óbitos fetais de 2001 a 2009 foram relacionadas às afecções originadas no período perinatal (tabela 85). Dessas causas, os principais motivos de óbito fetal foram associados a transtornos hipertensivos maternos e descolamento de placenta. A sífilis congênita foi a causa de óbito de origem infecciosa.

Tabela 84 - Comparação das características maternas e de nascimento entre os nascidos vivos, os óbitos infantis e os óbitos fetais.

2008	Nascidos vivos		Óbitos infantis		Óbitos fetais	
	N	%	N	%	N	%
<b>N</b>	<b>18.553</b>	<b>100,0</b>	<b>216</b>	<b>1,16</b>	<b>167</b>	<b>0,90</b>
<b>Usuários SUS*</b>	13.414	72,3	193	89,4	161	96,4
<b>Mãe adolescente</b>	2.923	15,8	40	18,5	26	15,6
<b>Mãe com &gt;=40 anos</b>	741	4,0	15	6,9	16	9,6
<b>Escolaridade &lt;8 anos</b>	5.130	27,7	89	41,2	43	25,7
<b>Filhos vivos &gt;4</b>	553	3,0	25	11,6	10	6,0
<b>Gravidez múltipla</b>	5.457	29,4	25	11,6	7	4,2
<b>Sem pré-natal</b>	503	2,7	0	0,0	0	0,0
<b>Até 6 consultas de pré-natal</b>	5.457	29,4	209	96,8		
<b>Duração gestação &lt;37 semanas</b>	2.105	11,3	141	65,3	125	74,9
<b>Duração gestação &lt;32 semanas</b>	283	1,5	99	45,8	81	48,5
<b>Parto cesáreo</b>	8.840	47,6	105	48,6	32	19,2
<b>Peso ao nascer &lt;1500 g</b>	314	1,7	104	48,1	83	49,7
<b>Peso ao nascer &lt;2500 g</b>	1.990	10,7	144	66,7	129	77,2
<b>Peso ao nascer &gt;=2500 g</b>	16.554	89,2	72	33,3	33	19,8
<b>Raça/cor preta</b>	2.161	11,6	27	12,5	15	9,0
<b>Raça/cor parda</b>	1.797	9,7	21	9,7	16	9,6
<b>Malformação congênita</b>	315	1,7	63	29,2	15	9,0
<b>Apgar 1o. minuto &lt;7</b>	1.457	7,9	126	58,3		
<b>Apgar 5o. minuto &lt;7</b>	217	1,2	79	36,6		

Fonte: SIM/SINASC EVV/CGVS/SMS/PMPA

Usuário SUS/Não SUS: definido pelo local de nascimento.

Tabela 85 – Causa dos óbitos fetais segundo os Capítulos do CID-10 em Porto Alegre, 2001 a 2009.

Capítulo do CID 10		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
01) Algumas doenças infecciosas e parasitárias	N	0	0	0	0	0	0	2	4	7	13
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	2,4%	4,2%	0,8%
16) Afecções originadas no período perinatal	N	193	186	159	174	172	131	144	148	143	1450
	%	93,7%	90,7%	94,1%	89,2%	92,0%	91,0%	90,6%	88,6%	85,6%	90,7%
17) Malformações congênitas, deformidades e anomalias congênitas	N	13	19	10	21	15	13	13	15	17	136
	%	6,3%	9,3%	5,9%	10,8%	8,0%	9,0%	8,2%	9,0%	10,2%	8,5%
Total	N	206	205	169	195	187	144	159	167	167	1599

Fonte: SIM/EVV/CGVS/SMS/PMPA

A maioria dos óbitos ocorreu em fetos com idade gestacional inferior a 32 semanas de gestação (52,1%) e com peso inferior a 1500 gramas (53,5%) (tabelas 86 e 87). Entretanto, cerca de 20% dos óbitos ocorreram em gestações a termo e com peso superior a 2500 gramas. Os principais motivos de óbito fetal desse grupo foram as afecções originadas no período perinatal (92,7%), como a compressão do cordão, o descolamento de placenta e outras disfunções placentárias, os transtornos hipertensivos e infecções maternos (tabela 88). As malformações congênitas foram responsáveis por cerca de 6% dos óbitos e compreendiam anomalias do sistema nervoso central, cardiovasculares, digestivas e urinárias, entre outras.

Tabela 86 – Número de óbitos fetais por idade gestacional em Porto Alegre, 2001 a 2009.

Duração da gestação (semanas)		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
<28	N	69	84	54	78	56	43	54	51	63	552
	%	33,5%	41,0%	32,0%	40,0%	29,9%	29,9%	34,0%	30,5%	37,7%	34,5%
De 28 a 31	N	35	27	29	43	38	24	24	30	31	281
	%	17,0%	13,2%	17,2%	22,1%	20,3%	16,7%	15,1%	18,0%	18,6%	17,6%
De 32 a 36	N	43	50	42	28	51	32	35	44	34	359
	%	20,9%	24,4%	24,9%	14,4%	27,3%	22,2%	22,0%	26,3%	20,4%	22,5%
>= 37	N	41	36	36	33	31	31	34	34	37	313
	%	19,9%	17,6%	21,3%	16,9%	16,6%	21,5%	21,4%	20,4%	22,2%	19,6%
Ignorado	N	18	8	8	13	11	14	12	8	2	94
	%	8,7%	3,9%	4,7%	6,7%	5,9%	9,7%	7,5%	4,8%	1,2%	5,9%
Total	N	206	205	169	195	187	144	159	167	167	1.599
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: SIM/EVV/CGVS/SMS/PMPA

Tabela 87 – Número de óbitos fetais por peso em Porto Alegre, 2001 a 2009.

Peso (gramas)		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
<1500	N	111	123	84	120	100	63	87	76	91	855
	%	53,9%	60,0%	49,7%	61,5%	53,5%	43,8%	54,7%	45,5%	54,5%	53,5%
1500 a 2499	N	42	44	47	36	40	34	34	46	35	358
	%	20,4%	21,5%	27,8%	18,5%	21,4%	23,6%	21,4%	27,5%	21,0%	22,4%
>=2500	N	44	36	36	35	39	33	33	33	38	327
	%	21,4%	17,6%	21,3%	17,9%	20,9%	22,9%	20,8%	19,8%	22,8%	20,5%
Ignorado	N	9	2	2	4	8	14	5	12	3	59
	%	4,4%	1,0%	1,2%	2,1%	4,3%	9,7%	3,1%	7,2%	1,8%	3,7%
Total	N	206	205	169	195	187	144	159	167	167	1.599
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: SIM/EVV/CGVS/SMS/PMPA

Tabela 88 – Motivo do óbito fetal por Capítulo do CID em fetos com peso  $\geq$  2500 gramas em Porto Alegre, 2001 a 2009.

Período	2001 a 2009	
	N	%
<b>Capítulo do CID 10</b>		
<b>01) Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	<b>3</b>	<b>0,9</b>
Sífilis congênita	3	0,9
<b>16) Afecções originadas no período perinatal</b>	<b>303</b>	<b>92,7</b>
P00-P04 Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto	195	59,6
P05-P08 Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	1	0,3
P20-P29 Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	46	14,1
P50-P61 Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido	3	0,9
P70-P74 Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido	17	5,2
P80-P83 Afecções comprometendo o tegumento e a regulação térmica do feto e do recém-nascido	2	0,6
P90-P96 Outros transtornos originados no período perinatal	39	11,9
<b>17) Malformações congênitas, deformidades e anomalias congênitas</b>	<b>21</b>	<b>6,4</b>
Q00-Q07 Malformações congênitas do sistema nervoso	4	1,2
Q20-Q28 Malformações congênitas do aparelho circulatório	3	0,9
Q38-Q45 Outras malformações congênitas do aparelho digestivo	2	0,6
Q60-Q64 Malformações congênitas do aparelho urinário	3	0,9
Q65-Q79 Malformações e deformidades congênitas do sistema osteomuscular	1	0,3
Q80-Q89 Outras malformações congênitas	6	1,8
Q90-Q99 Anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte	2	0,6
<b>Total</b>	<b>327</b>	<b>100,0</b>

Nos últimos anos houve uma redução progressiva da taxa de mortalidade infantil em Porto Alegre, resultado do menor número de óbitos infantil. A queda dos óbitos foi proporcionalmente maior (47,9%) que a queda do número de nascimentos (20,6%), resultando na redução de mais de 33% na Taxa de Mortalidade Infantil (tabela 89 e gráfico 33).

Tabela 89 - Número de nascimentos, óbitos em menores de 1 ano de idade e Taxas de Mortalidade em Porto Alegre, 2000 a 2009.

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nascidos vivos (N)	23.518	20.865	20.031	19.197	19.529	18.930	18.383	17.809	18.553	18.667
Óbitos infantis (N)	349	296	279	256	239	244	223	212	216	182
Taxa de Mortalidade Infantil (/1.000)	14,8	14,2	13,9	13,3	12,2	12,9	12,1	11,9	11,6	9,8
Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (/1.000)	6,0	5,3	4,7	5,1	4,6	4,8	5,0	4,2	5,3	3,9
Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia (/1.000)	2,3	3,3	2,5	2,3	2,9	2,5	2,1	2,2	2,3	2,1
Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (/1.000)	6,5	5,6	6,7	5,9	4,8	5,7	5,0	5,6	4,0	3,8

Fonte: SIM/EVV/CGVS/SMS/PMPA

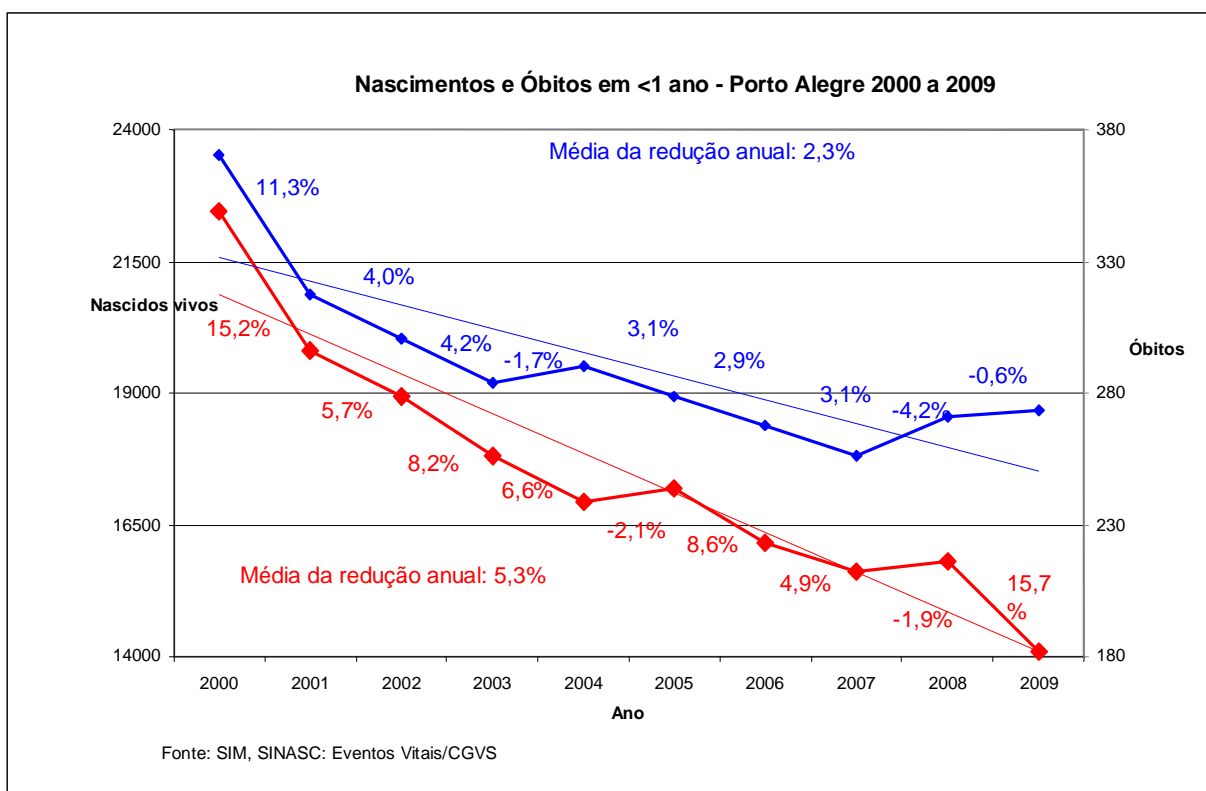


Gráfico 33 - Número de nascimentos e óbitos em menores de 1 ano de idade em Porto Alegre, 2000 a 2009. Fonte: SIM/EVV/CGVS/SMS/PMPA

A redução da mortalidade infantil está inversamente associada ao aumento da escolaridade das mães observada nos últimos anos (gráfico 34). A proporção de mães com 8 anos ou mais de estudo aumentou de 55% para 74% de 2001 a 2009. De forma constante, o menor número de anos de estudo se associou a maior Taxa de Mortalidade Infantil (gráfico 35). Entre as crianças nascidas de mães com menos de 4 anos de estudo, a mortalidade atinge mais de 20 óbitos a cada mil nascimentos. Para as crianças de mães com 4 a 7 anos de estudo, a TMI supera 15 por mil. Inversamente, a mortalidade infantil de mães com escolaridade de 12 ou mais anos, foi inferior a 8 por mil nos últimos anos.

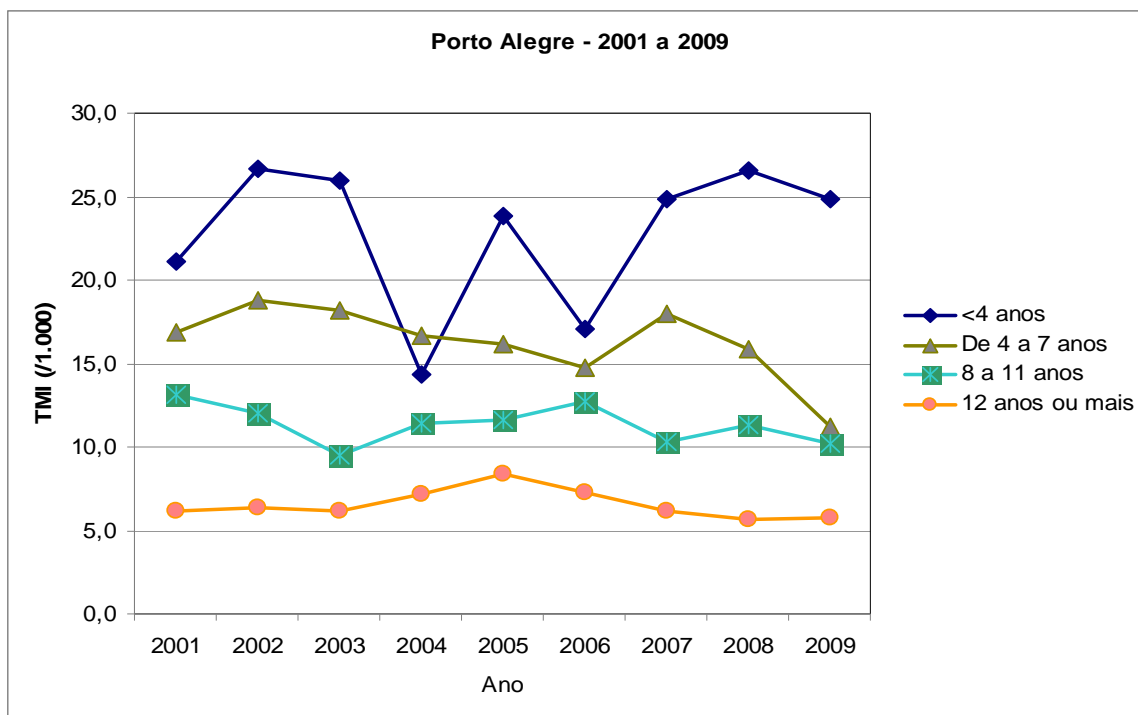


Gráfico 34 – Escolaridade materna e Taxa de Mortalidade Infantil em Porto Alegre, 2000 a 2009.  
Fonte: SIM/SINASC/EVV/CGVS/SMS/PMPA

Em relação à raça/cor identificada ao nascimento, os valores da TMI têm apresentado pouca diferença entre os brancos e negros nos últimos anos (gráfico 35).

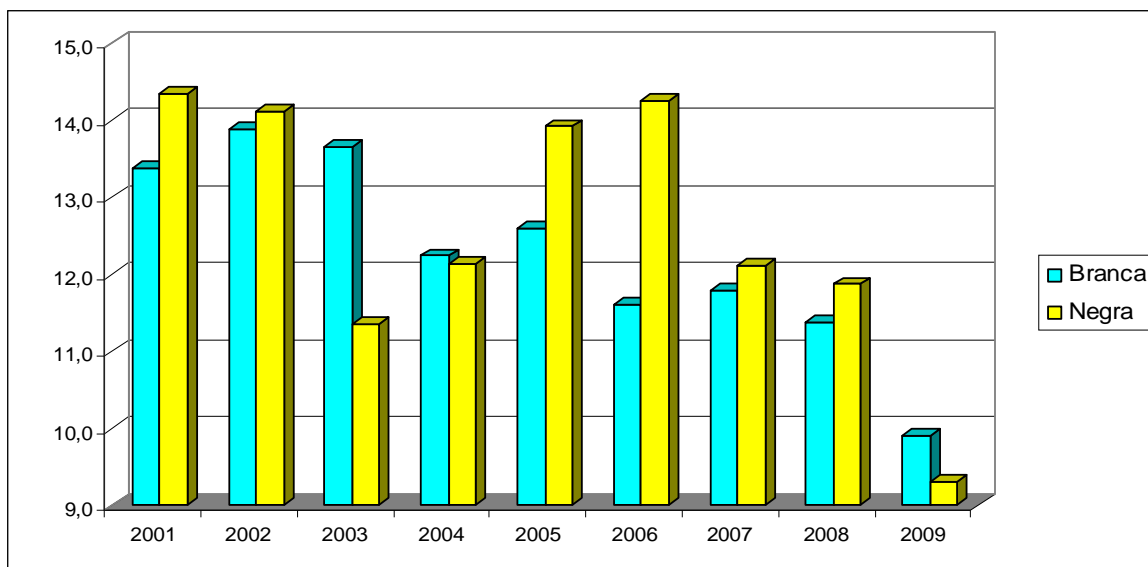


Gráfico 35 – Taxa de Mortalidade Infantil (/1000) e a raça/cor em Porto Alegre, 2000 a 2009.  
Fonte: SIM/SINASC/EVV/CGVS/SMS/PMPA



A análise mais detalhada dos óbitos infantis ocorridos no ano de 2008 mostrou que a maioria das mortes ocorreu nos primeiros 27 dias de vida, particularmente na primeira semana após o nascimento (45,4%) (tabela 90), e estava relacionada principalmente às afecções do período perinatal (tabela 91). Do total dos óbitos infantis, segundo a classificação de evitabilidade das causas dos óbitos (Critérios de Redutibilidade), somente 12,5% dos óbitos foram considerados inevitáveis em 2008 (tabela 9).

A mortalidade infantil foi menor entre as crianças que nasceram em hospitais privados e convênios (tabela 90), principalmente nos períodos neonatal tardio e pós-neonatal. Entre as Gerências Distritais, a Taxa de Mortalidade Infantil foi menor no Centro e na região Sul/Centro Sul (tabela 91). Nessas Gerências, a proporção de nascimentos em hospitais particulares e convênios foram as maiores da cidade (tabela 91). Contudo, entre as crianças nascidas nos hospitais SUS (usuárias SUS), a mortalidade no Centro foi de 18 por mil nascimentos, a mais elevada de Porto Alegre.

Tabela 90 - Número de óbitos em menores de 1 ano de idade e Taxas de Mortalidade por Gerência Distrital em Porto Alegre, 2008.

			Centro	Noroeste Humaita Navegantes	Norte Eixo Baltazar	Leste e Nordeste	Gloria ruzeiro Cristal	Sul Centro Sul	Partenon Lomba do Pinheiro	Restinga Extremo Sul	Ignorado	Porto Alegre
<b>2008</b>	<b>Infantil</b>	<b>N</b>	22	22	30	24	30	16	44	16	12	<b>216</b>
	Neonatal precoce (0 a 6d)	N	9	13	15	14	12	6	15	8	6	98
	Neonatal tardio (7 a 27d)	N	4	2	5	2	9	4	12	4	1	43
	Pós-neonatal (28 a 364d)	N	9	7	10	8	9	6	17	4	5	75

	Total	9,3	10,7	12,4	11,3	13,3	6,9	16,5	13,2	10,5	11,6
Infantil (/1.000)		18,									
	SUS*	0	15,7	13,9	13,4	16,0	10,3	17,1	12,2	11,5	14,4
Neonatal precoce (/1.000)	Total	3,8	6,3	6,2	6,6	5,3	2,6	5,6	6,6	5,2	5,3
	SUS*	6,3	9,9	6,9	7,6	6,1	4,1	5,3	4,7	5,7	6,3
Neonatal tardia (/1.000)	Total	1,7	1,0	2,1	0,9	4,0	1,7	4,5	3,3	0,9	2,3
	SUS*	3,2	0,8	2,1	1,2	5,0	2,7	4,8	3,8	1,0	2,9
Pós-neonatal (/1.000)	Total	3,8	3,4	4,1	3,8	4,0	2,6	6,4	3,3	4,4	4,0
	SUS*	8,4	5,0	4,8	4,7	5,0	3,4	7,0	3,8	4,8	5,2

Fonte: SIM/SINASC EVV/CGVS/SMS/PMPA

\* Usuário SUS/Não SUS: definido pelo local de nascimento.

Na comparação das características maternas, gestacionais e de nascimento das crianças falecidas com as dos nascidos vivos em 2008, observa-se que a maioria dos óbitos foi de prematuros e de nascidos com baixo peso, particularmente com idade gestacional menor que 32 semanas (45,8%) e com peso menor que 1500 gramas (48,1%). A sobrevivência dessas crianças foi inferior a 70%, com taxas de mortalidade que superaram 300 a cada mil nascimentos. As malformações congênitas foram determinantes do óbito em cerca de 30% das crianças que morreram no primeiro ano de vida, resultando em 20% de mortalidade (tabela 92).

Tabela 91 - Número de óbitos em menores de 1 ano de idade segundo a causa básica (Capítulo do CID) em Porto Alegre, 2008.

Capítulo CID da causa básica do óbito	N	%
Afecções Originadas no Período Perinatal	117	54,2
Malformações Congênicas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	63	29,2
Doenças do Aparelho Respiratório	13	6,0
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	6	2,8
Causas Externas de Mortalidade	6	2,8
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e Laboratoriais	4	1,9
Doenças do Sistema Nervoso	3	1,4
Doenças do Aparelho Circulatório	2	0,9
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	1	0,5
Doenças do Aparelho Digestivo	1	0,5
<b>Total</b>	<b>216</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIM/EVV/CGVS/SMS/PMPA

Tabela 92 - Número de óbitos em menores de 1 ano de idade segundo a classificação de evitabilidade da causa básica (Critérios de Redutibilidade) em Porto Alegre, 2008.

Critérios de Redutibilidade	N	%
Redutíveis por Parcerias com Outros Setores	56	25,9
Redutíveis por Prevenção, Diagnóstico e Tratamento Precoce	52	24,1
Redutíveis por Adequado Controle na Gravidez	51	23,6
Não Evitáveis	27	12,5
Redutíveis por Adequado Controle ao Parto	22	10,2
Mal Definidas	7	3,2
Redutíveis por Imunoprevenção	1	0,5
<b>Total geral</b>	<b>216</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIM/SINASC EVV/CGVS/SMS/PMPA

### **Mortalidade de crianças de 1 a 9 anos de idade**

O número de óbitos de crianças maiores de 1 e menores de 10 anos vem apresentando tendência de redução nos últimos anos (tabela 93). De 2001 a 2009, as causas externas foram determinante de mais de ¼ dos óbitos nessa faixa etária (tabela 94). As malformações congênitas e as neoplasias foram, respectivamente, a segunda e a terceira causa mais frequente nesse período. Em 10% dos óbitos, as doenças

infeciosas e respiratórias foram a causa básica da morte, sendo o quarto e o quinto motivo mais prevalente.

Tabela 93 - Número de óbitos em maiores de 1 e menores de 10 ano de idade em Porto Alegre, 2001 a 2009.

<b>Faixa etária</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>Total</b>
1 a 4 anos	62	49	34	45	29	42	34	27	35	357
5 a 9 anos	31	29	26	23	17	32	21	26	17	222
Total	93	78	60	68	46	74	55	53	52	579

Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Tabela 94 - Número de óbitos em maiores de 1 e menores de 10 ano de idade segundo a causa básica (Capítulo do CID) em Porto Alegre, 2001 a 2009.

<b>Capítulo do CID 10</b>	<b>1 a 4 anos</b>		<b>5 a 9 anos</b>		<b>Total</b>	
20) Causas Externas de Mortalidade	84	23,5%	74	33,3%	158	27,3%
17) Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	69	19,3%	21	9,5%	90	15,5%
02) Neoplasias	45	12,6%	37	16,7%	82	14,2%
01) Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	42	11,8%	19	8,6%	61	10,5%
10) Doenças do Aparelho Respiratório	40	11,2%	18	8,1%	58	10,0%

06) Doenças do Sistema Nervoso	31	8,7%	26	11,7%	57	9,8%
16) Afecções Originadas no Período Perinatal	15	4,2%	4	1,8%	19	3,3%
04) Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	11	3,1%	7	3,2%	18	3,1%
11) Doenças do Aparelho Digestivo	5	1,4%	3	1,4%	8	1,4%
09) Doenças do Aparelho Circulatório	4	1,1%	4	1,8%	8	1,4%
03) Doenças do Sangue, Órgãos Hematopoiéticos e Transtornos Imunitários	6	1,7%	2	0,9%	8	1,4%
18) Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e Laboratoriais	1	0,3%	3	1,4%	4	0,7%
14) Doenças do Aparelho Genitourinário	2	0,6%	1	0,5%	3	0,5%
12) Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	2	0,6%	0	0,0%	2	0,3%
05) Transtornos Mentais e Comportamentais	0	0,0%	2	0,9%	2	0,3%
13) Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	0	0,0%	1	0,5%	1	0,2%
<b>Total</b>	<b>357</b>	<b>100,0%</b>	<b>222</b>	<b>100,0%</b>	<b>579</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA

A comparação da causas de óbito entre as crianças brancas e negras de 1 a 4 anos de idade (gráfico 36), nos anos de 2001 a 2009, demonstrou uma proporção maior de óbitos por doenças infecciosas e do aparelho respiratório na população negra, reveladora de maior vulnerabilidade às condicionantes sociais e, possivelmente, de maior dificuldade de acesso aos recursos da saúde nesse grupo.

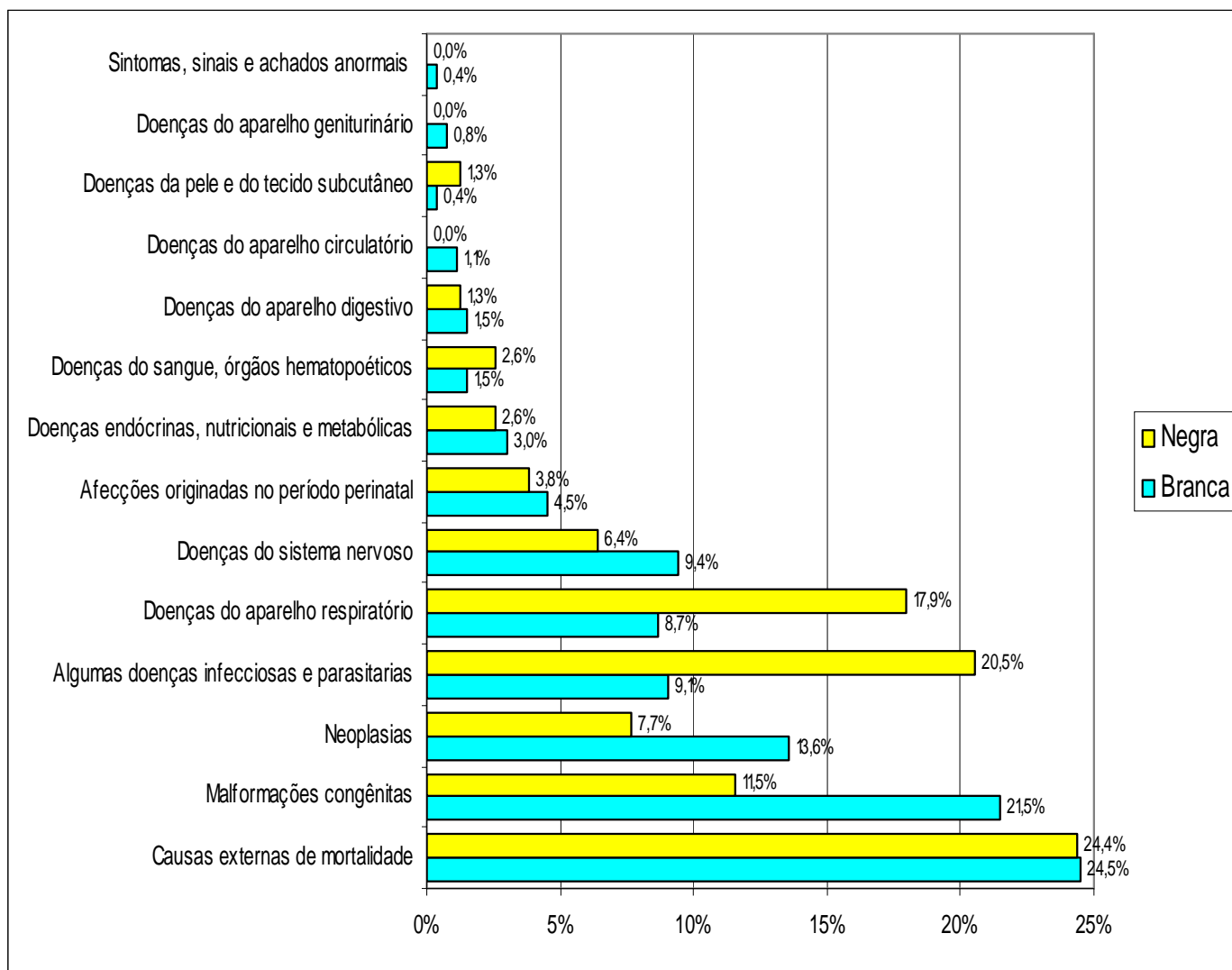


Gráfico 36 - Mortalidade proporcional por Capítulo do CID de 1 a 4 anos por raça/cor – Porto Alegre 2001 a 2009. Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA

## 7.2 ADOLESCENTES

### Mortalidade de adolescentes

Na população entre 10 e 19 anos houve uma tendência de estabilização no número de óbitos nos últimos anos (tabela 95). A maioria das mortes foi relacionada às causas externas (69,4%), nas duas faixas etárias, mas principalmente nos maiores de 14 anos (76,5%) (tabela 96). Dos 10 aos 14 anos as neoplasias foram o segundo maior motivo de óbito (15,2%). As doenças infecciosas e respiratórias foram a quarta e a quinta causa de óbito na adolescência de 2001 a 2009.

Tabela 95 - Número de óbitos em adolescentes em Porto Alegre, 2001 a 2009.

Faixa Etária	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
10-14 anos	29	38	34	29	34	29	33	36	27	289
15-19 anos	108	144	136	137	133	114	165	130	139	1206
Total	137	182	170	166	167	143	198	166	166	1495

Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA



Tabela 96 - Número de óbitos em adolescentes segundo a causa básica (Capítulo do CID) em Porto Alegre, 2001 a 2009.

Capítulo do CID 10	10 a 14 anos		15 a 19 anos		Total	
20) Causas Externas de Mortalidade	116	40,1%	922	76,5%	1038	69,4%
02) Neoplasias	44	15,2%	64	5,3%	108	7,2%
06) Doenças do Sistema Nervoso	28	9,7%	53	4,4%	81	5,4%
01) Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	21	7,3%	37	3,1%	58	3,9%
10) Doenças do Aparelho Respiratório	13	4,5%	28	2,3%	41	2,7%
17) Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	19	6,6%	18	1,5%	37	2,5%
09) Doenças do Aparelho Circulatório	9	3,1%	12	1,0%	21	1,4%
18) Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e Laboratoriais	4	1,4%	17	1,4%	21	1,4%
04) Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	11	3,8%	7	0,6%	18	1,2%
15) Gravidez, Parto e Puerpério	0	0,0%	14	1,2%	14	0,9%
11) Doenças do Aparelho Digestivo	5	1,7%	7	0,6%	12	0,8%
05) Transtornos Mentais e Comportamentais	2	0,7%	9	0,7%	11	0,7%
16) Afecções Originadas no Período Perinatal	6	2,1%	4	0,3%	10	0,7%
03) Doenças do Sangue, Órgãos Hematopoiéticos e Transtornos Imunitários	3	1,0%	5	0,4%	8	0,5%
13) Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	3	1,0%	4	0,3%	7	0,5%
14) Doenças do Aparelho Genitourinário	3	1,0%	3	0,2%	6	0,4%
12) Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	1	0,3%	1	0,1%	2	0,1%
08) Doenças do Aparelho Circulatório]	1	0,3%	0	0,0%	1	0,1%
Ignorado	0	0,0%	1	0,1%	1	0,1%
<b>Total</b>	<b>289</b>	<b>100,0%</b>	<b>1206</b>	<b>100,0%</b>	<b>1495</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA

### Mortalidade de crianças e de adolescentes por causas externas

A violência é um fenômeno responsável pelas altas taxas de mortalidade e de morbidade, exigindo respostas eficientes de todos os setores, inclusive da área saúde. Os dados de Porto Alegre corroboram os dados referentes à população do Estado do Rio Grande do Sul. Dados do Núcleo de Informações em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde (SIM/RS/2007) mostram que no Rio Grande do Sul as causas externas são a principal causa de mortalidade após o primeiro ano de vida (gráfico 37). A proporção de mortes por causa externa constitui 40,2 do total de mortes na faixa etária entre 10 e 14 anos, chegando a 76,1% na faixa etária entre 15 e 19 anos. Em todas as faixas etárias, há um predomínio do sexo masculino entre as vítimas das causas externas.

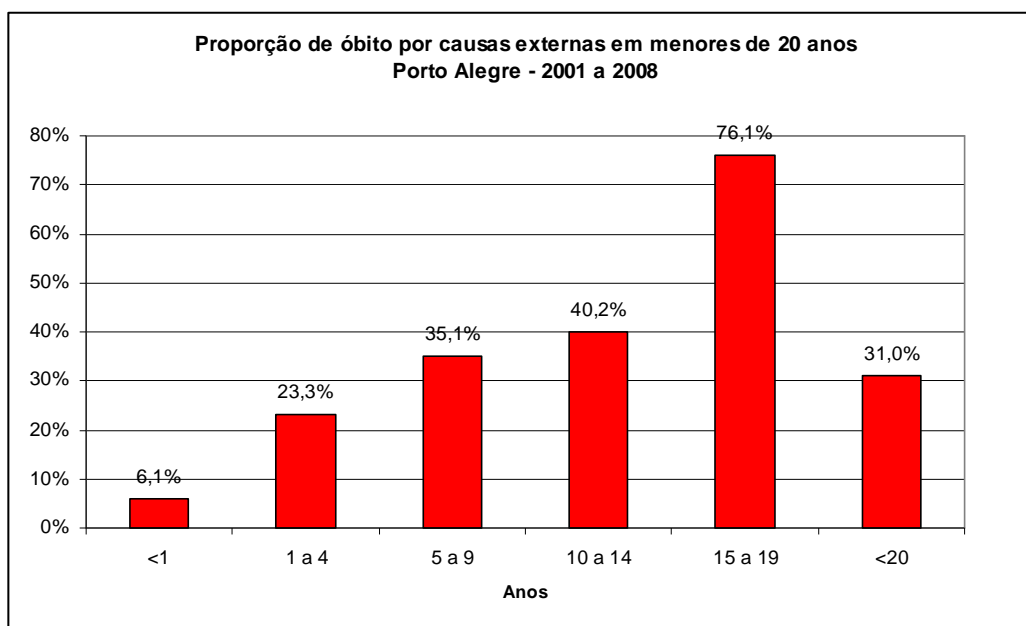


Gráfico 37 – Proporção de óbitos por causas externas em menores de 20 anos em Porto Alegre, 2001 a 2008.

Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA

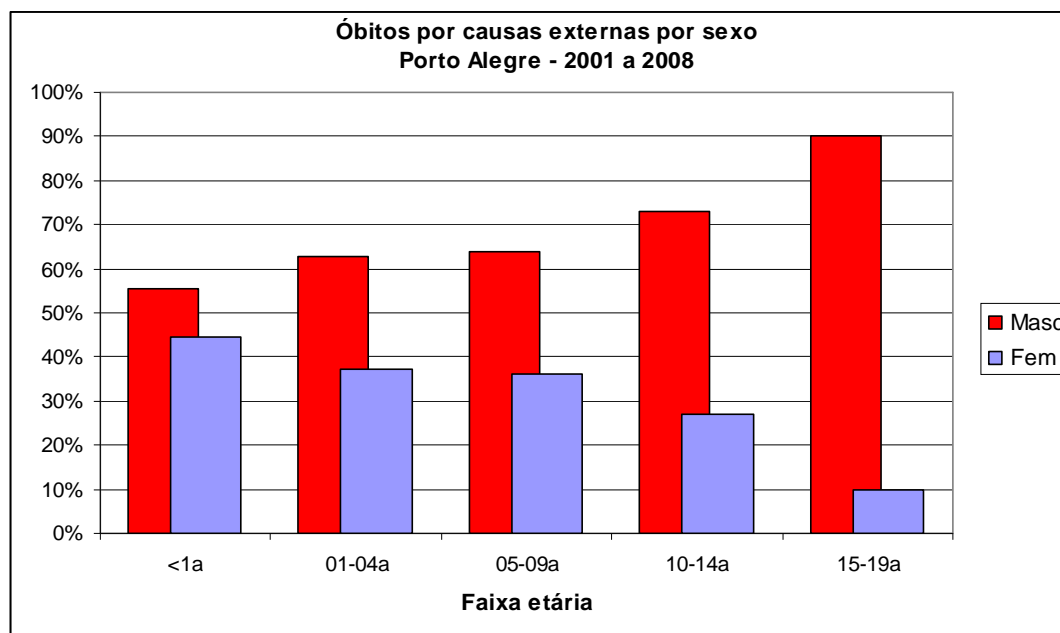


Gráfico 38 – Proporção de óbitos por causas externas em crianças e adolescentes por sexo em Porto Alegre, 2001 a 2008.

Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Os motivos dos óbitos por causas externas foram diferentes nas faixas etárias (gráfico 37). O homicídio foi proporcionalmente a maior causa nas crianças de 1 a 4 anos (26,7%) e nos adolescentes (35,6% e 71,3%) (tabela 97). Dos 5 a 9 anos de idade, a faixa etária escolar, os acidentes de transportes foram a causa de óbito mais prevalente (45,8%). O suicídio representa uma importante causa de óbito entre os adolescentes (8,7% e 5,1%).



Fonte: SIM/EEV/CGVS/SMS/PMPA

### 7.3 ADULTO

As doenças e agravos não transmissíveis – DANT– destacam-se como os principais desafios da saúde em relação à população adulta. As doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas (violências e acidentes) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas respondem por mais de 77% de mortes na cidade (mortalidade geral). Entretanto, as patologias e agravos não se manifestam de forma homogênea entre homens e mulheres. Optamos por salientar essas especificidades para facilitar a identificação das metas de saúde para cada grupo populacional. Portanto, inicialmente trataremos de aspectos gerais e das patologias que não guardam acentuada diferença e, posteriormente, destacaremos as que predominam entre homens e entre mulheres.

#### **Fatores de predisposição às doenças crônicas:**

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) realizada nos anos de 1998 e 2003 (Pnad/IBGE) mostrou que, a partir dos 40 anos de idade, pelo menos 40% dos entrevistados referiam ter doença crônica, com percentual mais alto nas faixas etárias mais elevadas. As principais doenças crônicas não transmissíveis têm em comum a maioria dos fatores de riscos. Existem evidências científicas de que atuar em fatores de risco pode eliminar pelo menos 80% das doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2 e 40% dos vários tipos de câncer. Estimativas globais da Organização Mundial da Saúde – OMS – indicam que um conjunto pequeno de fatores de risco é responsável pela maioria das mortes por doenças crônicas e por fração substancial da carga de doenças devida a essas enfermidades. Entre esses fatores, destacam-se o tabagismo, a obesidade, as dislipidemias – determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gordura animal – a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e a inatividade física.

#### **Tabagismo**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabagismo é um problema de saúde pública global e a segunda maior causa de mortes no mundo.

A dependência da nicotina é a mais comum das dependências e o tabagismo, além de um importante fator de adoecimento, é uma das principais causas de mortes evitáveis no nosso planeta.

Existem cerca de 1,2 bilhões de fumantes no mundo, sendo que 930 milhões estão nos países em desenvolvimento. Se o atual padrão de consumo não for revertido, o número de mortes anuais no mundo atribuídos ao tabagismo poderá chegar a 10 milhões no ano de 2020. Esse quadro resulta da ação de cerca de 4.700 substâncias químicas diferentes encontradas na fumaça do tabaco, principalmente a nicotina, o monóxido de carbono e o alcatrão.

Conforme relatório sobre a Epidemia Global de Tabagismo, publicado em 2008, a epidemia do cigarro está se deslocando para o mundo em desenvolvimento em função de uma mudança na estratégia global da indústria do tabaco que está mais preocupada em conquistar o mercado dos jovens e adultos fora do antigo mercado do cigarro. Ainda para a OMS, o tabagismo é uma doença pediátrica, pois quase 90% dos fumantes regulares iniciaram o uso da substância antes dos 18 anos de idade. Os fabricantes têm o pleno conhecimento de que raramente alguém experimenta o cigarro após a infância e adolescência, por isso o marketing para os jovens tem se mostrado como uma estratégia de sobrevivência de mercado, principalmente nos países em desenvolvimento.

No Brasil, a Região Sul detém o maior índice percentual de tabagistas na população geral: 42%, segundo o Ministério da Saúde. A prevalência de tabagistas em Porto Alegre no ano de 2007 foi de 23,6% (Vigitel, 2008) sendo que o consumo de tabaco entre homens é de 32,4% e entre as mulheres é de 23%.

Segundo o VIGITEL (vigilância de fatores de risco e proteção para doenças por inquérito telefônico), em relação à prevalência de tabagismo referido, apesar de ter havido decréscimo do hábito entre os homens (26,3 para 22,8), nota-se uma clara tendência de aumento do hábito entre as mulheres (17% para 22,1).

## **Alimentação, Nutrição e Obesidade**

Em estudos epidemiológicos, o IMC (Índice de massa Corporal) é obtido pela divisão entre o peso (em quilogramas) e o quadrado da altura (medida em metros). O excesso de peso é diagnosticado quando o IMC alcança o valor igual ou superior 25 Kg/m<sup>2</sup>, enquanto que a obesidade é diagnosticada a partir do IMC de 30 Kg/m<sup>2</sup>.

A pesquisa VIGITEL, realizada nas 27 capitais do país, Porto Alegre apresentou o maior percentual de sobrepeso entre as capitais em 2008, com 49% de adultos e, em 2009, ficou em 46,1%. A freqüência de adultos obesos ficou em 14,3% sendo que nas mulheres, a capital está em 2º lugar no país, com o percentual de 16,9%.

Conforme o Ministério da Saúde, a obesidade vem aumentando entre os brasileiros. Atualmente, 13% dos adultos são obesos, sendo o índice maior entre as mulheres (13,6%) do que entre os homens (12,4%). Porto Alegre é a cidade que apresenta maior freqüência de excesso de peso em adultos: quase metade da população adulta (49%) está acima do peso. A capital gaúcha também lidera o ranking quando o assunto é obesidade – 15,9% dos adultos estão com IMC acima de 30 kg/m<sup>2</sup>. Tendo em vista que a obesidade e a hipertensão estão intimamente ligadas ao diabete, os profissionais da saúde devem ter um cuidado especial com os pacientes que apresentam essas co-morbidades.

## **Atividade Física**

A OMS preconiza atividade leve ou moderada por pelo menos 30 minutos diários em 5 ou mais dias da semana, ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos em 3 ou mais dias da semana. Na pesquisa VIGITEL 2009, em Porto Alegre, apenas 14,6% de adultos, faz atividade física no tempo livre, sendo que no sexo feminino, quase a metade, somente 8,9%, a 2ª menor taxa das capitais. A seguir, perfil epidemiológico da avaliação nutricional, realizada por nutricionistas da Rede Básica na população adulta.

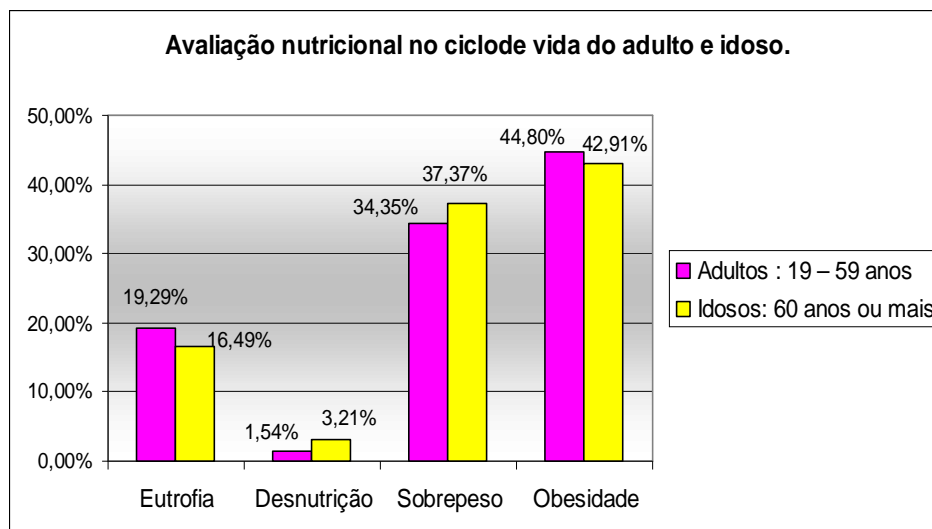


Gráfico 40 - Fonte: Registro de Atendimentos das nutricionistas da rede básica da SMS Total de avaliados: Adulto: 12.475; Idoso: 5.439

Segundo o VIGITEL, em relação à atividade física a situação tem evoluído melhor entre os homens com queda do percentual de inativos (37,1 para 2009), enquanto que, para mulheres, também ocorre uma tendência de regressão, mas em menor intensidade (23,6 para 22,2). Já a obesidade (IMC>30) tem mostrado crescimento entre os dois sexos, mas também com maior intensidade entre as mulheres (13,8 para 16,9). A situação se inverte com relação à prevalência referida de diabetes, onde há estabilização ou muito leve tendência de queda entre as mulheres (6,3 para 6,1) e nítida tendência de crescimento entre os homens (3,9 para 5,5).

A atuação da rede de saúde, principalmente no âmbito da Atenção Primária, pode ter um impacto significativo sobre tais fatores, reduzindo custos para o sistema de saúde e sendo decisiva para a preservação da qualidade de vida da população. Entretanto, neste caso, as ações intersetoriais são imprescindíveis, pois se trata de mudança de estilo de vida, hábitos alimentares saudáveis, atividade física suficiente e ambiente com menor exposição ao estresse. Neste aspecto, a cidade de Porto Alegre, apresenta importante déficit de políticas públicas especialmente para a população feminina.



## Doenças crônicas não transmissíveis (DANT)

### Doenças do aparelho circulatório

Nesta fase do ciclo vital, com relação à morbidade, observa-se importância das doenças circulatórias. Se analisarmos as internações no ano de 2008, nota-se que são a principal causa de internação hospitalar, representando 16% dos casos para todas as idades, 23% na faixa etária de 50-59 anos e atingindo quase 1/3 (31%) entre aqueles acima de 60 anos.

A observação de dados epidemiológicos revela uma tendência de estabilidade ou de leve queda nos indicadores para Acidente Vascular Cerebral (AVC), na comparação entre os anos de 2008 e 2009. Ressalta-se que estes valores estão próximos às metas definidas no SISPACTO para o biênio 2010-2011, respectivamente de 9,2 e 9,0 para idades entre 30 e 59 e, de 55 e 53, para maiores de 60 anos.

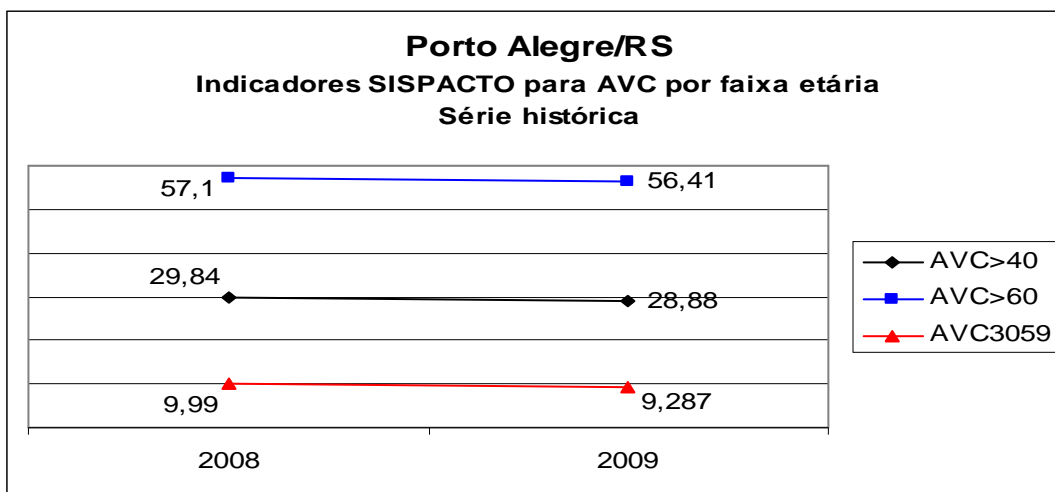


Gráfico 41 - Indicadores de Acidente Vascular Cerebral do SISPACTO, conforme faixa etária, para Porto Alegre/RS.

Fonte: SIH -. Indicadores calculados conforme Instrutivo MS/ 2009.

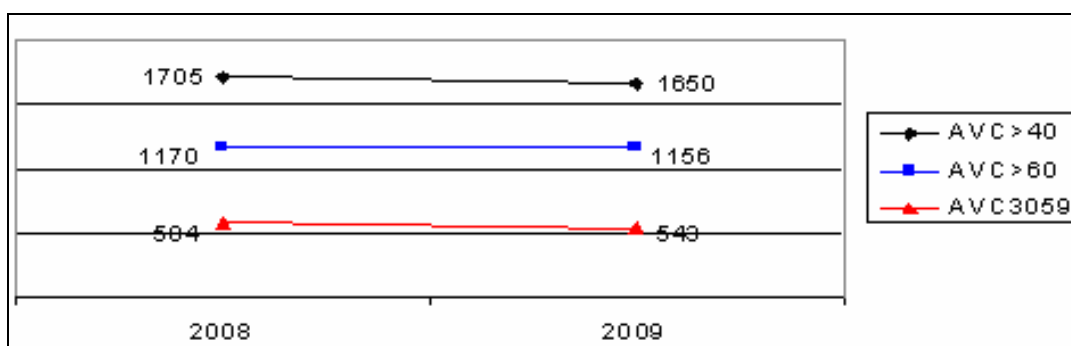


Gráfico 42: Casos absolutos de Acidente Vascular Cerebral, por faixa etária, em Porto Alegre.

Fonte: Sistema de informação hospitalar.

Observam-se, nos dados citados acima, que as doenças do aparelho circulatório acabam tendo um grande impacto na mortalidade e também na morbidade, principalmente se levarmos em consideração que as internações hospitalares ocasionadas por estas patologias, frequentemente, ocorrem em instituições de alta complexidade e, mesmo quando não levam ao óbito, acabam deixando seqüelas graves, suprimindo a autonomia e a capacidade produtiva de um grande contingente da população.

Segundo o VIGITEL, pesquisando indivíduos com mais de 18 anos, têm apontado um aumento na proporção de pessoas que referem ser portadora de HAS passando de 21,4 em 2006, para 25,4 em 2009.

Todos os dados disponíveis mostram que as doenças circulatórias devem representar o maior foco de atenção na gestão de saúde, pois respondem pela maior causa de mortalidade e pelo maior número de internações no município. Estas doenças tendem a determinar desfechos negativos, principalmente nas faixas etárias acima de 40 anos e, de maneira mais intensa, após os 60 anos, justamente a faixa que vem mostrando maior crescimento, pois, Porto Alegre é a segunda colocada entre as capitais das UF com maior proporção de idosos e o com maior índice de envelhecimento (Fonte: IBGE). Este grupo de patologias tem fatores de risco bem identificados na literatura.

## **Diabetes Mellitus (DM)**

Quanto ao DM e suas complicações, dados do Ministério da Saúde apontam que 9% da mortalidade mundial está associada a este agravo. No Brasil, o diabetes e a hipertensão arterial representam a principal causa de mortalidade, hospitalização e de amputação de membros inferiores. Além disso, representa 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetido à diálise. No município de Porto Alegre, os índices também são elevados: segundo o VIGITEL, no ano de 2009, 5,8% da população adulta referiu diagnóstico médico desta doença.

No Estado do RS, segundo dados do MS sobre morbidade hospitalar do SUS, ocorreram 237 óbitos, no período de janeiro a julho de 2010, em função do DM. Atualmente, o Diabetes Mellitus é considerado prioridade de saúde pública e a Atenção Primária tem um importante papel frente à prevenção e o cuidado continuado dos portadores e seus familiares. O conhecimento dos aspectos clínicos que envolvem o DM e que dão respaldo às práticas de saúde é fundamental, porém precisa estar integrado a um olhar ampliado sobre as pessoas com essa doença e seu contexto familiar e sociocultural.

Há urgência da necessidade de rompimento com o modelo tradicional de cuidado e educação em saúde que desconsidera a experiência de cada indivíduo, estabelecendo uma relação verticalizada entre profissional de saúde e usuário. Portanto, torna-se necessário instrumentalizar os profissionais da rede de Atenção Primária em Saúde para apoiar o portador de diabetes a ter um papel mais ativo, para atingir metas do tratamento e do autocuidado e para lidar com seu próprio estado de saúde.

O Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica, desde 2009, vem desenvolvendo uma estratégia que busca capacitar os trabalhadores em saúde voltados ao autocuidado do paciente diabético. A Rede Municipal de Saúde de Porto Alegre, atualmente, conta com sete tutores para o autocuidado em diabetes.

### Saúde bucal

Os adultos e idosos compõem dois ciclos de vida com uma elevada carga de doença cárie e periodontal, acumulando as respectivas sequelas destas doenças. Por isso, estas faixas etárias demandam grande quantidade de procedimentos odontológicos cirúrgico-restauradores, tanto de nível básico como especializado.

As tabelas, a seguir, descrevem os principais resultados do SB 2003 projetados para a população de Porto Alegre.

Tabela 98 - Experiência de Cárie estimada para Porto Alegre em 2003

	<b>CPOD / ceo médio</b>	<b>Dentes cariados não-tratados</b>	<b>Indivíduos livres de cárie</b>
Aos cinco anos	1,55	70%	46%
Aos 12 anos	1,06	55%	-
15 a 19 anos	4,8		18,42%
35 a 44 anos	16,8		-
65 a 74 anos	25,9		-

Fonte: SB2003

Em função de diferentes causas, grande parte da população apresenta falta de alguns ou todos os elementos dentários. Associados a essa ausência diferentes problemas são desencadeados: dores crônicas, problemas de sistema digestivo, entre outros.

Tabela 99 - Necessidade e Uso de Prótese Dentária entre adultos e idosos estimada para Porto Alegre em 2003.

Faixa Etária	Prótese Superior		Prótese Inferior	
	Usam	Necessitam	Usam	Necessitam
<b>20 a 59 anos</b>	54%	31,6%	16,63%	66,8%
<b>Acima 60 anos</b>	80%	21,7%	52,64%	50,1%

Fonte: SB2003

O município tem uma taxa estimada de 15,61 casos para 100.000 homens e 7 casos para cada 100.000 mulheres. Neste sentido, há uma estimativa de possíveis 110 novos casos de neoplasia maligna entre homens e 60 em mulheres em Porto Alegre no ano de 2006 (INCA, 2008). A língua aparece como a localização de maior incidência.

## Doenças Infecto Contagiosas

### Hepatites virais

São doenças causadas mais comumente pelos vírus A, B, C ou D, que provocam inflamação no fígado. Possuem características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes, porém com importantes particularidades. São silenciosas, pois nem sempre apresentam sintomas. Além disso, têm grande importância pelo número de indivíduos atingidos e pela possibilidade de complicações das formas agudas e evolução para formas crônicas, podendo levar à cirrose e ao câncer de fígado (MS).

O Sistema Único de Saúde procura responder aos desafios postos pelas hepatites virais através do Programa Nacional das Hepatites Virais (PNHV), desenvolvido conjuntamente com as Secretarias dos Estados e dos municípios. Os

objetivos são: desenvolver a promoção da saúde através da prevenção, diagnóstico, vigilância epidemiológica e sanitária, acompanhamento e tratamento dos portadores de hepatites virais; ampliação do acesso, incremento da qualidade e da capacidade instalada dos serviços de saúde em todos os seus níveis de complexidade, bem como de centros de referência para o tratamento; organização, regulação, acompanhamento e avaliação do conjunto destas ações de saúde para o efetivo controle das hepatites virais, a partir de cinco componentes/áreas: gestão, prevenção, vigilância epidemiológica, assistência e articulação com a sociedade civil organizada.

A hepatite B é uma infecção viral transmitida pelo contato com sangue e outros fluidos corporais contaminados. Após entrar em contato com o vírus, o indivíduo pode desenvolver hepatite aguda oligo/assintomática ou sintomática. Esse quadro agudo pode ocorrer na infecção por qualquer um dos vírus e tem seus aspectos clínicos e virológicos limitados aos primeiros seis meses. A Hepatite B está arrolada como uma “infecção de transmissão sexual”. A infecção é passível de imunoprevenção. Desde o ano de 1998, a vacina está incluída no calendário básico de imunização da criança em seu primeiro ano de vida e, a partir de 2002, está disponível para pessoas com idade inferior a 24 anos.

No Brasil, mesmo com a maior disponibilidade de uma vacina eficaz de produção nacional autosuficiente, ainda há um expressivo número de portadores que necessitam de adequada assistência, provavelmente devido à exposição ao vírus antes da oferta do imunobiológico (MS - Protocolo das Hepatites Virais).

No gráfico 43, vê-se a distribuição dos casos agudos da doença e, no gráfico 44, sua distribuição proporcional segundo faixa etária, em Porto Alegre, no período 1999 a 2009.

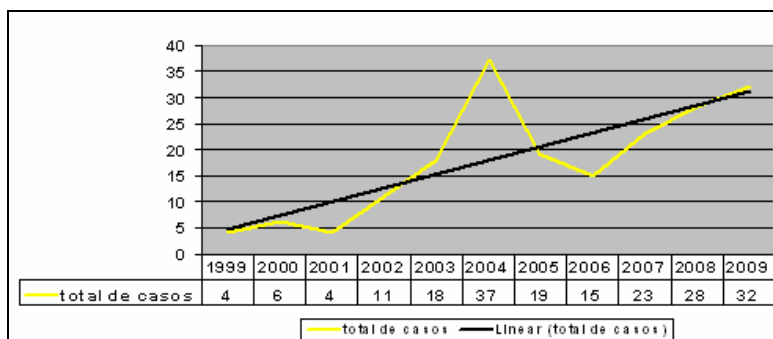


Gráfico 43 - Distribuição dos casos agudos da Hepatite segundo faixa etária, em Porto Alegre, no período 1999 a 2009.

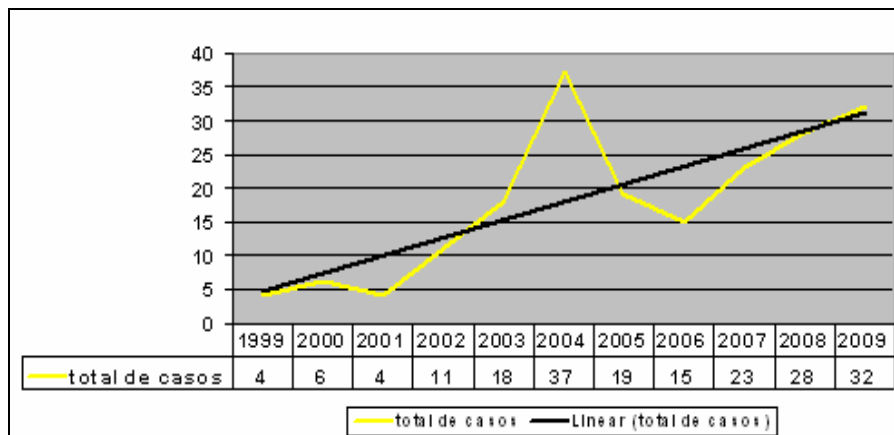


Gráfico 44 - Distribuição proporcional segundo faixa etária, em Porto Alegre, no período 1999 a 2009.

Fonte SMS/CGVS/EVDT/SINAN

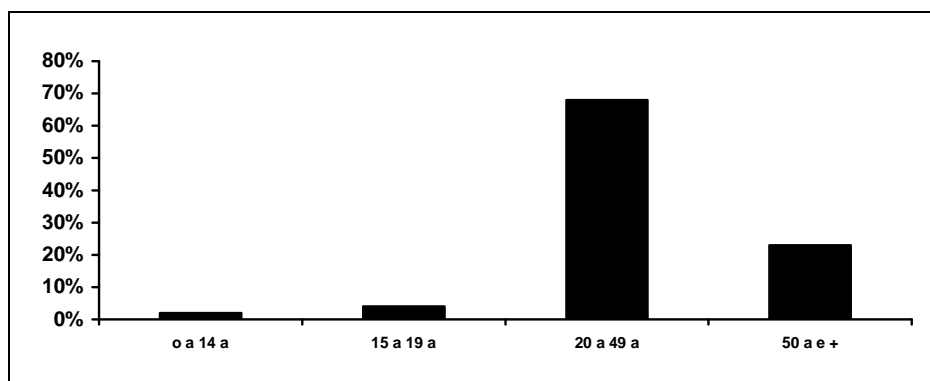


Gráfico 45 - Distribuição proporcional de casos de Hepatite B aguda segundo faixa etária, Porto Alegre, 1999 a 2009.

Fonte SMS/CGVS/EVDT/SINAN

Evidencia-se um aumento de casos, a partir do ano 2001, e com linha de tendência linear ascendente até o ano de 2009. As faixas etárias mais atingidas são as de 20 anos a 49 anos, seguida pela de 50 e mais anos.

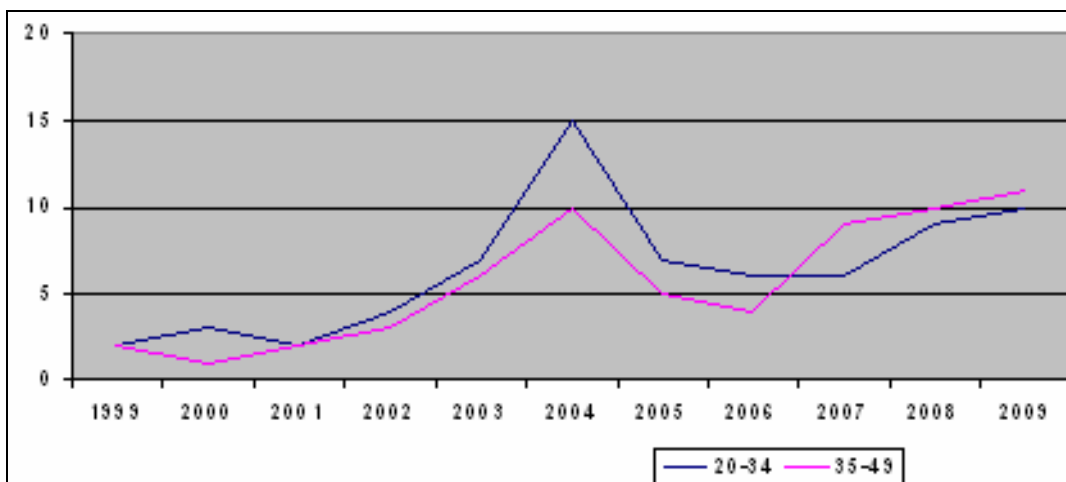


Gráfico 46 – Distribuição dos casos de Hepatite B Aguda segundo faixa etária em anos e ano de diagnóstico, Porto Alegre, 1999 a 2009.

Fonte: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

Verifica-se, nos gráficos, o comportamento detalhado, segundo o ano de diagnóstico e faixas etárias de menor amplitude dentre os grupos etários mais atingidos.

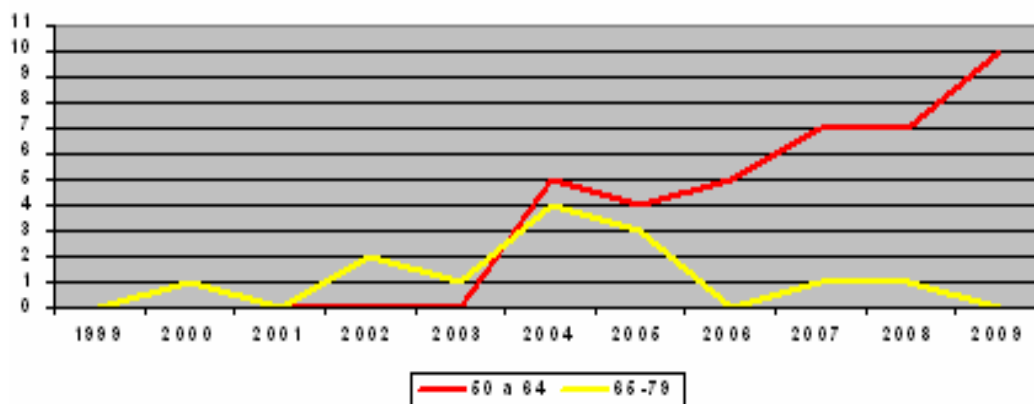


Gráfico 47 - Distribuição dos casos de Hepatite B aguda segundo faixa etária (em anos) e ano de diagnóstico, Porto Alegre, 1999 a 2009.

Fonte SMS/CGVS/EVDT/SINAN

No ano de 2004, observa-se um pico de casos com elevação constante no grupo etário de 35 a 49 anos já ultrapassando, em 2006, o grupo etário anterior. Na faixa etária entre 65 e 79 anos ocorreu um decréscimo no número de casos e um incremento na faixa etária de 50 a 64 anos. O grupo de 50 a 79 anos concentra 75% dos casos.



A persistência do vírus após um período de seis meses pós-infecção caracteriza a cronificação, que também pode cursar de forma oligo/assintomática ou sintomática. Vale ressaltar que a hepatite A não evolui para forma crônica. O risco de cronificação pelo vírus B depende da idade na qual ocorre a infecção. Assim, em menores de um ano chega a 90%, entre um e 5 anos esse risco varia entre 20 e 50% e em adultos entre 5 e 10%. Para o vírus C, a taxa de cronificação varia entre 60 a 90%. Essa taxa pode aumentar em função de alguns fatores do hospedeiro (sexo masculino), imunodeficiências, idade maior que 40 anos.

A hepatite aguda B normalmente tem um bom prognóstico: o indivíduo resolve a infecção e fica livre dos vírus em cerca de 90 a 95% dos casos. As exceções ocorrem nos caso de hepatite fulminante (<1% dos casos) e hepatite B na criança (90% de chance de cronificação em crianças menores de 1 ano e 20 a 50% para aquelas que se infectaram entre 1 e 5 anos de idade) e em pacientes com algum tipo de imunodeficiência. Entre os pacientes que não eliminam o vírus e tornam-se portadores crônicos, o prognóstico está ligado à presença de replicação do vírus (expressa pela presença do HBsAg e/ou HBV-DNA >30.000 cópias/ml). A presença desses marcadores determina maior deposição de fibrose no fígado, o que pode resultar na formação de cirrose hepática.

A partir de 2001, observa-se uma elevação do número de casos. Essa elevação inicial pode estar relacionada a maior sensibilidade do sistema de vigilância especialmente com a notificação laboratorial de marcadores virais positivos para as hepatites.

Na hepatite C, a cronificação ocorre em 60 a 90% dos casos, sendo que, em média, de um quarto a um terço deles evolui para formas histológicas graves, num período de 20 anos. Esse quadro crônico pode ter evolução para cirrose e hepatocarcinoma, fazendo com que o HCV seja, atualmente, responsável pela maioria dos transplantes hepáticos no Ocidente. O uso concomitante de bebida alcoólica, em pacientes portadores do HCV, determina uma maior propensão para desenvolver cirrose hepática.

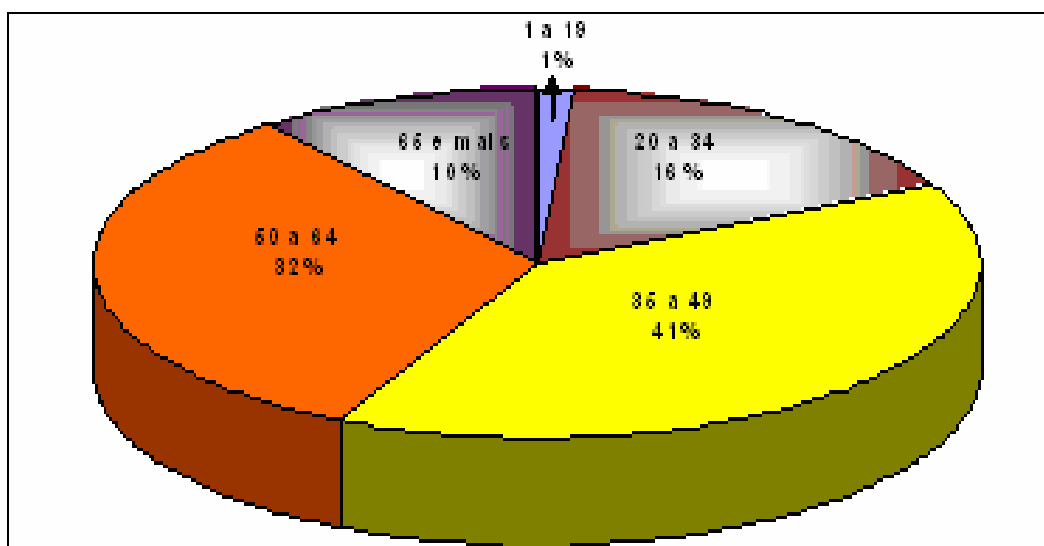


Gráfico 48 - Distribuição proporcional por faixa etária dos casos de Hepatite C, Porto Alegre, 1999 a 2009.

Chama atenção o incremento significativo no número de casos a partir do ano de 2003, como uma possível resposta à sensibilidade no processo de vigilância e maior veiculação de informações sobre esta infecção. Entretanto, o incremento no número de casos, sustentado a partir do ano de 2003, destaca a hepatite C entre os principais problemas de saúde pública na cidade, nesta primeira década do século XXI. A relevância desta endemia se sobressai quando se observa uma concentração dos casos entre os adultos jovens (56%).

### **Sarampo e Rubéola**

A vigilância das doenças exantemáticas compreende essencialmente a observação de circulação dos vírus do sarampo, rubéola (imunopreveníveis) e da dengue.

Conforme já referenciado em Porto Alegre, de 1999 a 2009, não foi evidenciada a circulação do vírus do sarampo. E, no período de 2001 a 2006, não foram

confirmados casos de rubéola. No Brasil, de 1992 a 2008, houve um incremento na taxa de incidência da rubéola, especificamente no ano de 2006. Esta elevação resultou em epidemias disseminadas pelo território nacional. Em vista do acompanhamento deste cenário epidemiológico, buscou-se sensibilizar a rede assistencial para a detecção de casos suspeitos e monitoramento criterioso das coberturas vacinais. No ano de 2007, as medidas de controle realizadas (vacinação de bloqueio) e a efetivação de campanha de vacinação atingindo a população feminina até 49 anos e masculina até 39 anos de vida proporcionou a regressão considerável da circulação viral em 2008 e nos anos de 2009 e 2010 (considerando como limite de observação o mês de julho/2010).

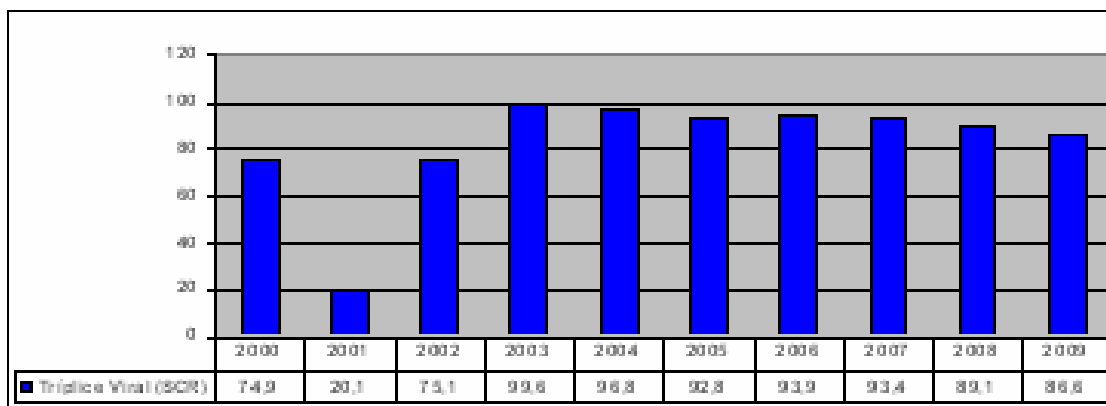


Gráfico 49 - Cobertura vacinal média (%) com vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), Porto Alegre, 2000 a 2009.

Fonte SMS/CGVS/EVDT/SINAN

No gráfico acima, deve ser esclarecida a cobertura vacinal no ano de 2001, 20,1%. Neste ano, houve um desabastecimento da vacina Tríplice Viral e foi utilizada a vacina Dupla Viral composta pelos vírus vacinal para Rubéola e Sarampo. Observa-se que com o restabelecimento da vacina tríplice é retomada a cobertura média em 2002.

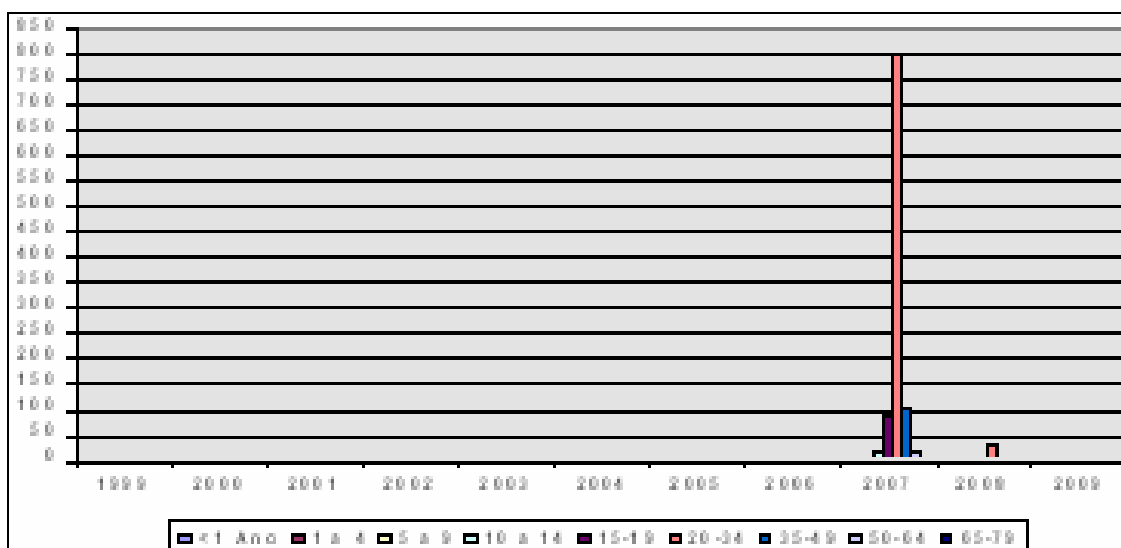


Gráfico 50 – Distribuição segundo faixa etária (em anos) e ano de início dos sintomas dos casos confirmados de rubéola, Porto Alegre, 1999 a 2009  
Fonte: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

Mesmo que nos anos subseqüentes se verifique um incremento significativo nas coberturas vacinais médias, as coberturas baixas nos anos anteriores permitiram a formação de um contingente suscetível que é atingido na epidemia de 2007 com um clássico deslocamento na faixa etária com os casos se concentrando entre os adultos jovens (88,5% dos casos na faixa etária de 20 a 34, 9,9% na faixa de 35 a 49 e 8,7% na faixa de 15 a 19 anos).

Ainda que não tenham sido confirmados casos de rubéola em 2009, é necessário que os serviços de saúde fiquem atentos à formação de novos bolsões suscetíveis uma vez que as taxas de cobertura vêm decrescendo desde o ano de 2008 e, como são observadas em outras vacinas, essas taxas não são homogêneas no território municipal. Ressalta-se, ainda, que não está incorporada à cultura dos profissionais de saúde pública e da população em geral a indicação de imunização em adolescentes e adultos. Embora a vacina da rubéola seja preconizada para homens até 39 anos e mulheres em idade fértil, a situação vacinal destes grupos dificilmente é verificada em situações de atendimento médico e/ou de enfermagem.

## Tétano acidental

De acordo com a Portaria SVS/MS Nº 5 de 21 de fevereiro de 2006, Anexo I, todo caso de tétano acidental é de notificação obrigatória às autoridades locais de saúde. Deve-se realizar a investigação epidemiológica em até 48 horas após a notificação, avaliando a necessidade de adoção de medidas de controle pertinentes. De 1982 a 2007, houve redução de 2.226 para 330 casos/ano no Brasil (redução de 85%, incidência de 1,8 para 0,17/100.000). A distribuição de casos por região nos últimos 5 anos foi: Nordeste (40,23%); Sudeste (20,23%); Sul (19%); Norte (13,36%) e Centro Oeste (0,72%). No mesmo período a doença atingiu mais o sexo masculino (62%), nas faixas etárias de 35 a 49 anos seguidas de 50 a 64 e 30 a 34 anos e a letalidade foi de 35,16%. As categorias profissionais mais afetadas foram: trabalhadores da agricultura, aposentados, do lar e estudantes. Os gráficos 49 e 50 ilustram o comportamento desta doença passível de eficaz imunoproteção no período de 1999 a 2009 no município de Porto Alegre.

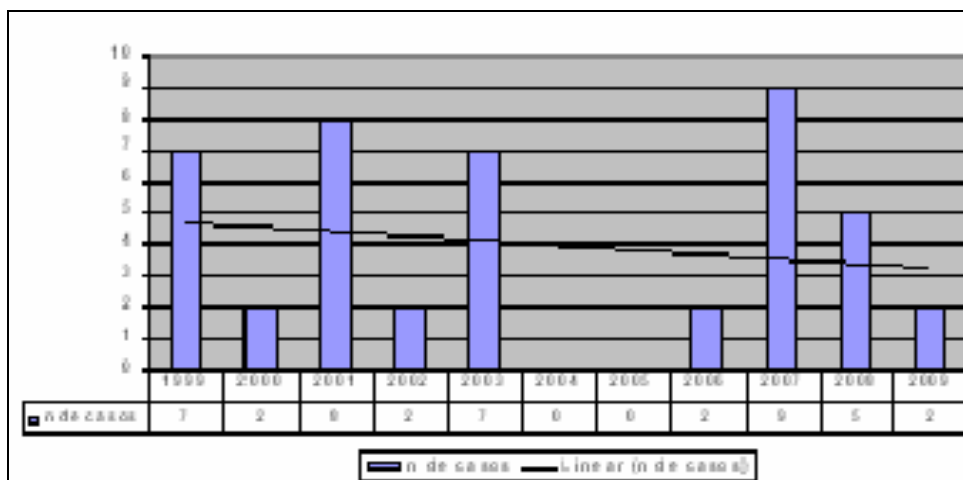


Gráfico 51 – Casos de tétano  
Fonte SMS/CGVS/EVDT/SINAN

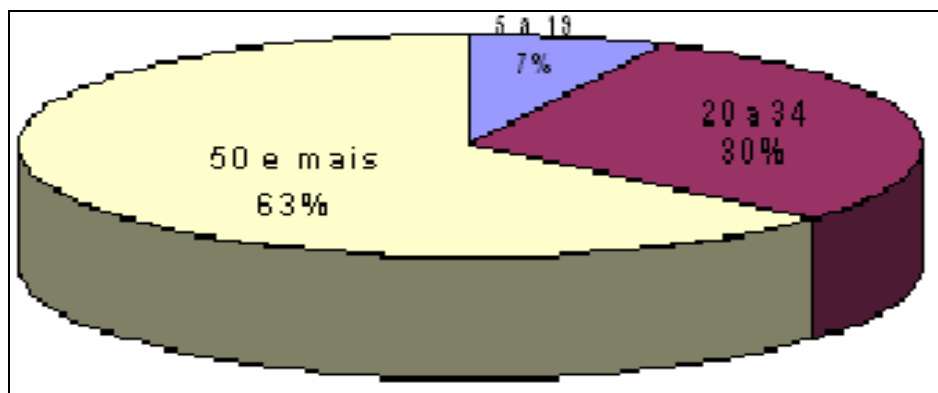


Gráfico 52 – Distribuição segundo faixa etária em anos, do total de casos de tétano Acidental no período de 1999 a 2009. Porto Alegre  
Fonte SMS/CGVS/EVDT/SINAN

Ainda que de baixa magnitude e com tendência linear descendente (gráfico 51) há que se considerar o fato desta ser uma doença de alta transcendência por sua gravidade e por ser imunoprevenível. Sua distribuição por faixa etária (gráfico 52) é semelhante ao descrito para o território brasileiro. A letalidade média da doença em Porto Alegre permanece em torno de 25%, enquanto a observada no Brasil foi de 35,16%, no período 2002 a 2007.

Analisando mais detidamente os anos de 2007 a 2009, observa-se um total de 12 casos com letalidade de 25%. Entretanto, quando se observa a faixa etária de 50 a 64 anos verifica-se uma letalidade de 40%.

Considerando que a imunização contra o tétano não é considerada concluída na infância uma vez que deve ser reativada a cada 10 anos e, em algumas situações específicas como, por exemplo, a gestação, deve-se levar em conta, mais uma vez, a questão das dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde em se manter atentos ao calendário vacinal no atendimento de adolescentes e adultos.

### **Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS**

Em 1983, foi implantada, no município de Porto Alegre, a Política de Controle das DST/Aids, sendo, em 2005, incorporada ao grupo de agravos em saúde e ciclos de

vida constituídos pela Assessoria de Planejamento desta Secretaria Municipal de Saúde. No ano de 2010, passa a denominar-se Área Técnica de DST/Aids e Hepatites Virais.

Desde sua implantação, a Área Técnica vem sendo norteada por uma política nacional que tem como missão formular e fomentar políticas públicas de DST, HIV/Aids e Hepatites Virais de forma ética, eficiente e participativa, fundamentadas nos Direitos Humanos e nos princípios e diretrizes do SUS.

A Área Técnica de DST/Aids atua no planejamento de ações de prevenção e proteção do agravo das DTS/HIV/Aids e Hepatites Virais e diretamente na consecução e monitoramento dessas ações com a parceria de outras áreas que compõem a ASSEPLA, CRAPS, GRSS e do controle social.

Conforme dados apresentados pela CGVS, foram notificados 17.629 casos de AIDS em Porto Alegre, de 1983 a 31 de dezembro de 2008, sendo que 94,4% em adultos e 5,6% em crianças menores de 13 anos. As maiores incidências foram registradas entre os anos de 1998 – 2003 e desde então, os índices têm se mantido na média de 1.175 casos novos/ano, nos últimos seis anos. O gráfico 53 apresenta os coeficientes de incidência de AIDS na cidade de Porto Alegre.

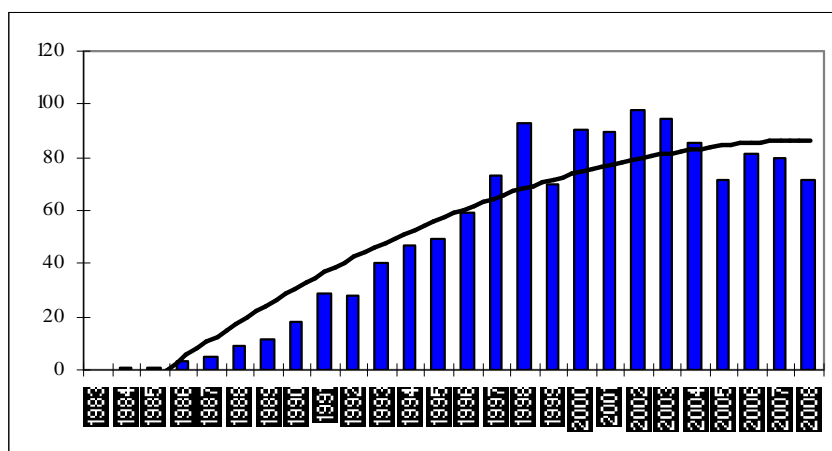


Gráfico 53 - Coeficiente de Incidência por AIDS em residentes em Porto Alegre, série histórica 1983 – 2008

Fonte: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

O coeficiente de prevalência de AIDS é de 734,5 casos/100.000 habitantes e a letalidade geral registrada é de 40% do total dos casos notificados.

Quando verificada a letalidade em relação ao ano diagnóstico, observa-se que ao longo da epidemia ocorreu redução significativa do número de óbitos, principalmente a partir de 1997, provavelmente devido a introdução dos inibidores da protease no tratamento antirretroviral. O gráfico 54 mostra a queda do percentual de letalidade por ano diagnóstico.

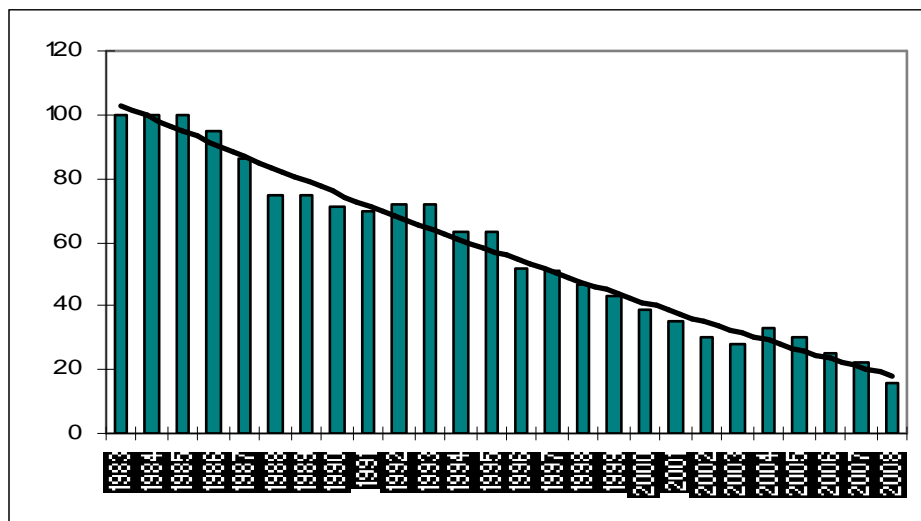


Gráfico 54 - Letalidade por AIDS, residentes em Porto Alegre, por ano diagnóstico, série histórica 1983 – 2008.

Fonte: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

Na distribuição dos casos de AIDS por sexo observa-se redução gradativa na relação homens/mulheres desde 1987, quando do registro dos primeiros casos no sexo feminino e a relação era 13:1. Na última década, a razão de sexo tem média de 1,5 casos em homens para cada mulher notificada. A feminilização da epidemia de AIDS em Porto Alegre, bem como no Rio Grande do Sul, se mostrou mais precoce comparativamente a outras regiões do Brasil, provavelmente pelo maior número de casos de AIDS associados ao uso de drogas injetáveis.

A variável raça/cor passou a ser obrigatória na ficha de notificação de AIDS a partir de 2002, sendo que dados anteriores a esse período não apresentam consistência devido ao grande número de ignorados/brancos. Quando analisado o banco de dados no período de 2002-2008 verificam-se as seguintes médias: cor branca 65,8%, cor preta 20,8%, cor parda 10,9%, cor amarela e indígena menor de 0,5%. Os casos ignorados tiveram diminuição substancial nos últimos anos (6% em



2002 para 1,3% em 2008), porém em relação a essa variável, ainda questiona-se a qualidade na coleta do dado por parte dos profissionais de saúde (se observada ou solicitada ao paciente). O gráfico 55 mostra as distribuições por raça/cor.

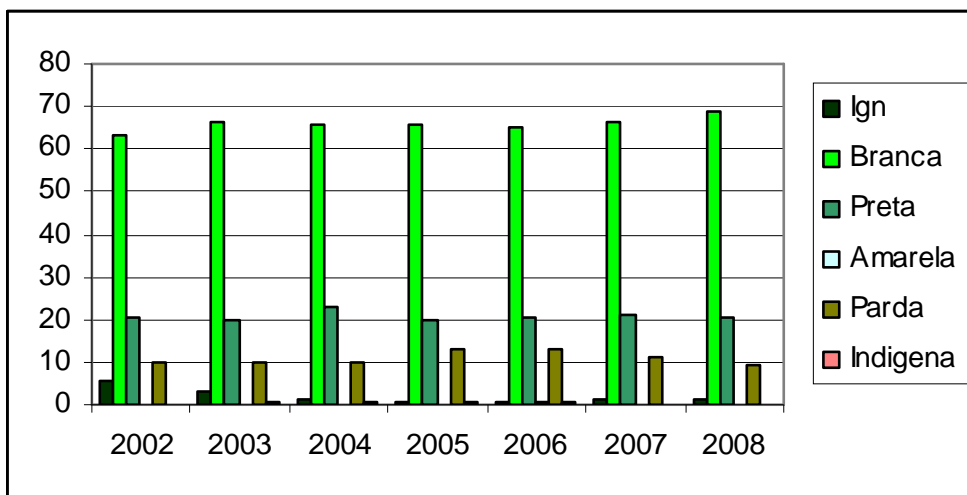


Gráfico 55 - Casos de AIDS, residentes em Porto Alegre, distribuição por raça/cor, série 2002 – 2008.

Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS

Quando analisado o mesmo período, 2002 – 2008, excluídos os ignorados e considerado o sexo, observa-se que a proporção de casos de AIDS em mulheres não brancas é maior do que em homens não brancos, conforme se verifica na tabela abaixo:

Tabela 100 – Casos de AIDS em residentes em Porto Alegre, distribuição dos casos por cor e sexo, série 2002 – 2008

Branco/ Não Branco	% Masculino	%Feminino	%Total
Branco	71,4	64,7	100
Não Branco	28,6	35,3	100

Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS

A epidemia da AIDS atinge de forma mais severa os grupos historicamente excluídos do acesso aos bens de serviço, bem como aqueles que são culturalmente discriminados. No município de Porto Alegre estes dados não diferem do resto do país. No ano de 2009 o Coeficiente de Incidência 2009 população geral foi de – 91,8 casos/100.000 hab.e o Coeficiente de Incidência 2009 para a população negra – 175,76 casos/100.000 hab.

No município de Porto Alegre, os dados de notificação de casos de AIDS apresentam risco 2,5/100.000 para a população negra em relação à população branca.

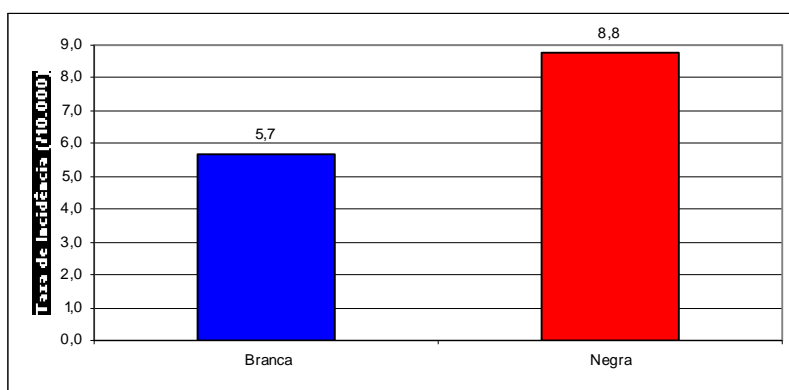


Gráfico 56 - Casos de AIDS em residentes em Porto Alegre, distribuição por sexo e raça, no ano diagnóstico 2009.  
Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS

O gráfico acima apresenta a incidência de casos de AIDS para as mulheres brancas 5,7/10.000 e para as mulheres negras 8,8/10.000, com o risco de 1,6 para as mulheres negras em relação às mulheres brancas.

Em relação às gestantes com infecção para o HIV, o risco para as mulheres negras é 2,5 em relação às mulheres brancas.

Ainda considerando a raça/cor dos indivíduos podemos verificar que no município de Porto Alegre os dados de notificação de casos de AIDS apresentam risco de 1,0 para a população branca e para população negra 2,5/100.000 e incidência de 70,6 para brancos e 175,8/100.000 para negros.

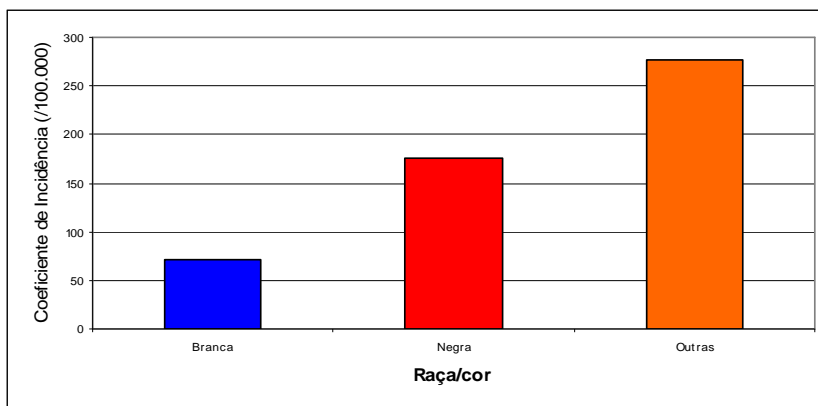


Gráfico 57 - Casos de AIDS em maiores de 13 anos em Porto Alegre, 2009.  
Fonte: CGVS/SIM/Porto Alegre

No Programa de Redução de Danos da Secretaria Municipal de Saúde, os dados EPI – Info no ano 2009 da população vinculada ao serviço com a condição sorológica para HIV por cor e etnia foi de 12 casos para 299 dos brancos e 15 casos de 192 para negros.

Em relação faixa etária dos casos de AIDS em adultos, quando analisada a série histórica 1983 – 2008, 88,5% dos casos encontra-se em indivíduos com idade de 20 e 49 anos (gráfico 58). Na série de 1999 – 2008, (gráfico 59), de forma geral os percentuais não apresentam variações significativas, porém na faixa etária de 50 a 64 anos apresenta discreto aumento de 9,7% para 10,8% dos casos.

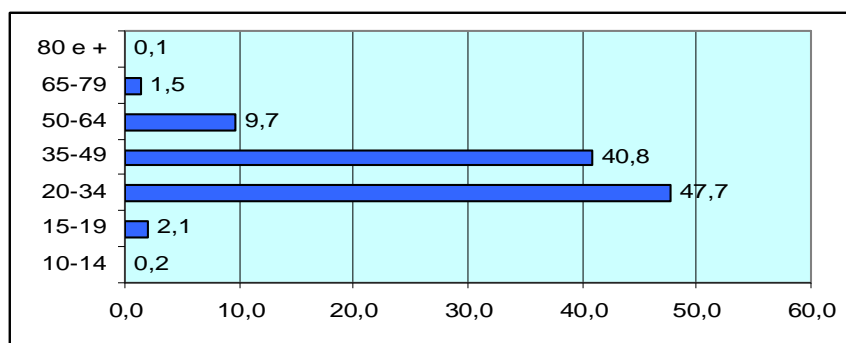


Gráfico 58 - Proporção de casos de AIDS em adultos residentes em Porto Alegre, distribuição por faixa etária, séries históricas 1983 a 2008  
Fonte SMS/CGVS/EVDT/SINAN

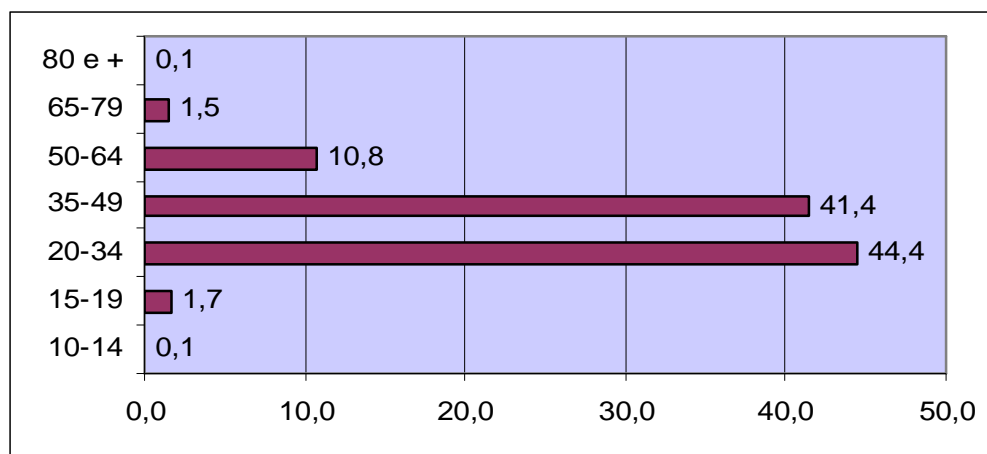


Gráfico 59 - Proporção de casos de AIDS em adultos residentes em Porto Alegre, distribuição por faixa etária, 1999 a 2008  
Fonte: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

A variável “escolaridade” sofreu prejuízos na análise da série histórica, quando da mudança do sistema operacional do SINAN Windows para SINAN NET, em 2007, quando foi modificada sua categorização. De qualquer forma, observa-se que na série 1983 – 2008, 16,9% dos casos têm essa informação ignorada; se analisado o período de 1999 a 2008, em 72,9% dos casos informados, a escolaridade é de ensino fundamental completo e apenas 1,8% dos casos notificados, referem educação superior, sendo que ainda, o percentual de ignorados é em média de 10% dos casos.

Nos gráficos 60 e 61, observa-se a distribuição dos casos de AIDS por categoria de exposição ao vírus HIV, nos últimos 10 anos (1999 – 2008). A categoria heterossexual apresenta crescimento nos anos de 1999 a 2006 e, provavelmente, a diminuição nos anos subsequentes seja consequência do aumento dos casos com categoria de exposição ignorada, principalmente no ano de 2008, este fato pode comprometer a análise do perfil da transmissão do vírus na cidade.

Na categoria homo/bissexual que registrava diminuição progressiva dos casos, verifica-se tendência de aumento a partir 2004. Por outro lado, a categoria uso de drogas injetáveis (UDI) vem em decréscimo desde 2004, atingindo índice menor que 10% em 2008. Provavelmente esta queda tem relação com a migração

dos usuários de drogas injetáveis ao uso do crack, em Porto Alegre, como já ocorreu na região sudeste do Brasil.

Tabela 101 – Casos de Aids em Porto Alegre, proporção dos casos por ano diagnóstico e categoria de exposição, 1999 - 2008

Ano	% Ign	% Hetero	% Homo/Bi	% UDI
1999	25,4	36,4	14,8	23,4
2000	24,5	39,2	11,3	25,0
2001	15,0	44,7	11,9	28,4
2002	11,4	51,4	12,0	25,3
2003	13,1	51,0	11,6	28,9
2004	13,2	53,3	<b>12,6</b>	<b>21,0</b>
2005	8,1	60,1	<b>13,8</b>	<b>18,0</b>
2006	9,9	60,6	<b>13,8</b>	<b>15,8</b>
2007	<b>12,3</b>	<b>57,8</b>	<b>16,4</b>	<b>13,5</b>
2008	<b>21,6</b>	<b>53,9</b>	<b>15,6</b>	<b>8,2</b>

Fonte: MS/CGVS/EVDT/SINAN

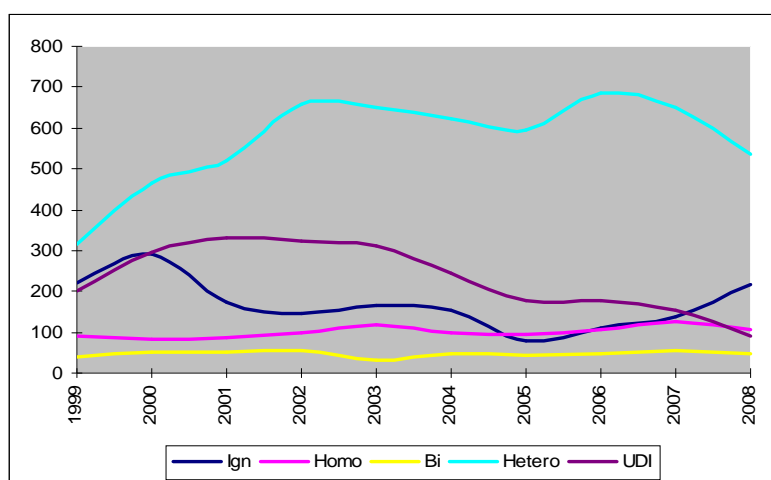


Gráfico 60 - Casos de Aids, residentes em Porto Alegre, distribuição por categoria de exposição, série 1999 – 2008

Fonte: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

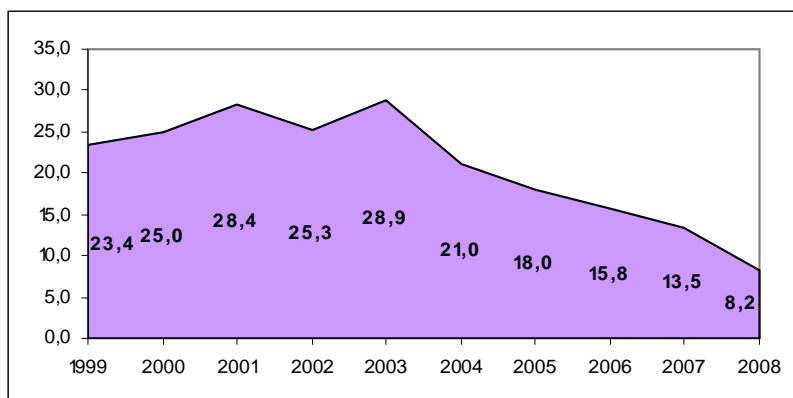


Gráfico 61 - Casos de AIDS, residentes em Porto Alegre, distribuição por categoria de exposição – UDI, 1999 a 2008.  
Fonte: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

A partir da análise dos dados epidemiológicos e da descrição dos serviços de assistência especializada em DST/HIV/AIDS, a Área Técnica de DST/Aids define como objetivos a serem atingidos, no período entre 2010 e 2013, a descentralização do atendimento do paciente HIV+ assintomático para a Rede Básica de Saúde, a redução da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV, a ampliação do número de serviços de assistência especializada e de centro de testagem anti-HIV com aconselhamento, buscando o diagnóstico e a oferta de tratamento precoce.

### **Tuberculose**

Atualmente, 1/3 da população mundial encontra-se infectada pelo bacilo causador da tuberculose (bacilo de Koch), sendo esta a maior causa de adoecimento e morte no mundo. Anualmente, cerca de 9 a 10 milhões de novos casos da doença são registrados a cada ano. Estima-se que cause 7% de todas as mortes e 26% de todas as mortes preveníveis em nível mundial, a maioria ocorrendo em indivíduos jovens. Todos os anos, pelo menos 1,6 milhões de pessoas morrem por tuberculose, 12% em comorbidade com a AIDS, sendo a causa que lidera a mortalidade por infecções em portadores de HIV/Aids. Os países em desenvolvimento concentram 95% dos casos e 98% dos óbitos mundiais por TB. A maior parte da população afetada pela doença reside em regiões metropolitanas, em precárias condições socioeconômicas.

O Brasil ocupa o primeiro lugar em número de casos de tuberculose na América Latina. Estima-se que um em cada quatro brasileiros esteja infectado pelo bacilo de Koch. São registrados, em nível nacional, 80.000 casos novos e 6.000 óbitos, a cada ano, com uma taxa de incidência de aproximadamente 38 casos por 100.000 hab. A tuberculose é a 7ª causa em gasto com internação hospitalar no SUS, e desde 1999, o Ministério da Saúde definiu esta patologia como prioridade entre as políticas governamentais de saúde.

As ações para o controle da TB no Brasil têm como meta diagnosticar pelo menos 90% dos casos esperados, curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados e reduzir a taxa de abandono de tratamento a, no máximo, 5%. A expansão das ações de controle para 100% dos municípios foi definida no âmbito da atenção básica, na qual gestores municipais e estaduais devem agir de forma planejada e articulada para garantir a implantação das ações de controle da TB que incluem o cumprimento da estratégia DOTS (direct observed treatment short course).

No Rio Grande do Sul (gráfico 62), são registrados cerca de 5.000 novos casos de TB por ano, sendo que uma média de 1.600 casos são registrados entre moradores da capital (gráfico 63), 70% destes por tuberculose pulmonar. As populações mais vulneráveis são moradores de rua (incidência 60 vezes maior), presidiários (incidência 46 vezes maior) e índios (incidência 4 vezes maior).

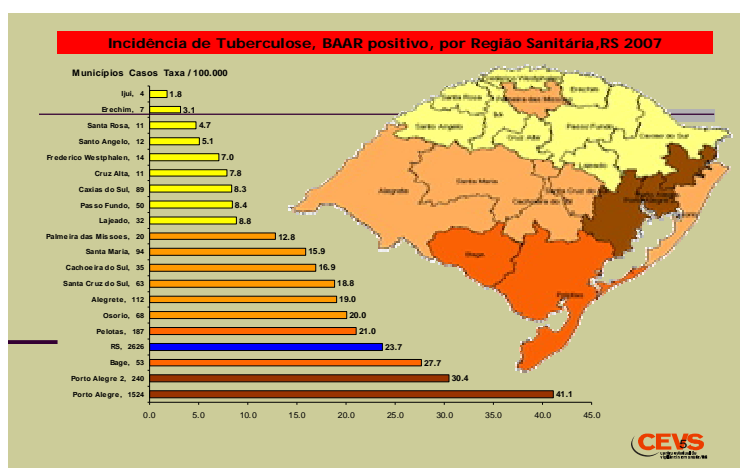


Gráfico 62 - Incidência de tuberculose pulmonar bacilífera, RS, 2007

Porto Alegre é considerado um dos 24 municípios prioritários do Estado, estando entre os 315 municípios do país com maior incidência da doença, que é de 105,30 por 100.000 hab.

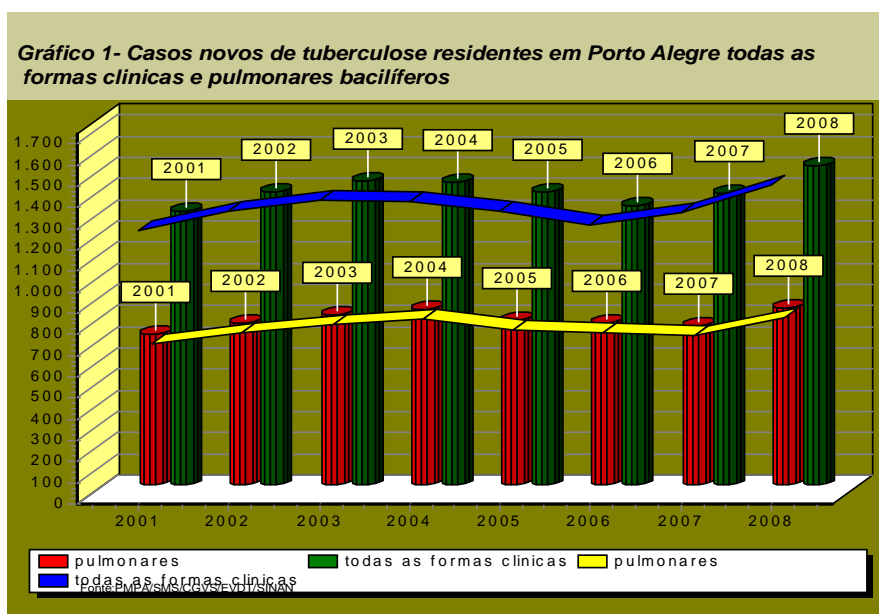


Gráfico 63 – Incidência de tuberculose, Porto Alegre- 2001 a 2008  
Fonte: CGVS / EVDT / SMS/PMPA

O cenário epidemiológico atual da tuberculose coloca Porto Alegre como a capital com o maior coeficiente de incidência do país no ano de 2009 (gráfico 64, Ministério da Saúde).



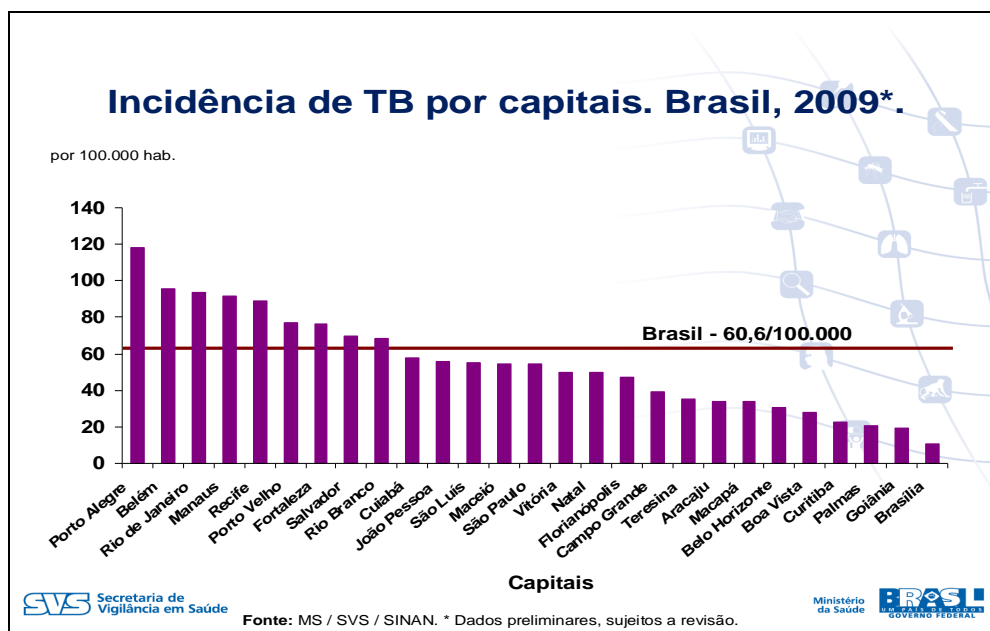


Gráfico 64 – Incidência de Tuberculose nas capitais brasileiras – MS/SVS

A incidência de tuberculose em Porto Alegre, no período de 2001 a 2008, tem mantido a média de 100 casos por 100.000 habitantes, sendo em 2008 de 105,30 por 100.000 hab. Há predominância no sexo masculino (65%), em adultos jovens entre 20 a 49 anos, com baixa escolaridade (< 7 anos de estudos concluídos) e nos moradores de rua. A apresentação pulmonar é a forma mais frequente, em média 70,3% dos casos e a taxa de co-infecção HIV/AIDS está em torno de 35%, conforme gráfico a seguir.

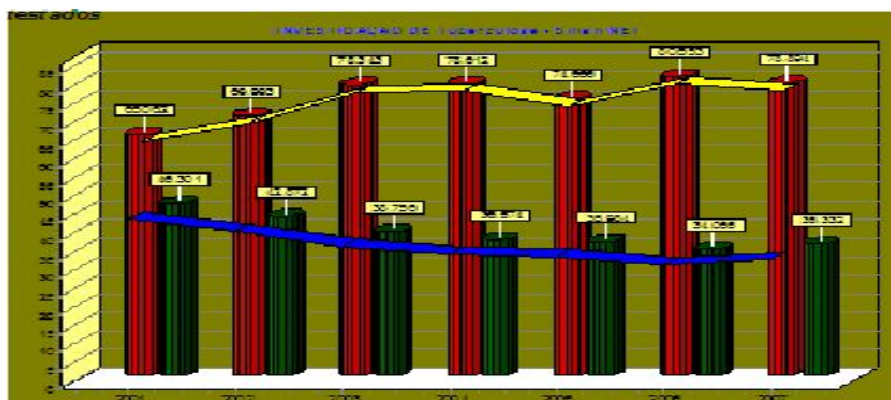


Gráfico 65 - Taxa de coinfeção TB/HIV dos casos novos de tuberculose todas as formas clínicas em residentes de Porto Alegre.

Ao analisarmos a distribuição da doença na cidade, verificamos que a maior incidência de casos bacilíferos, fontes de infecção, está na Região Partenon / Lomba do Pinheiro, com 139 casos/100.000 hab (gráfico 65). Ressaltamos que nesta região está localizado o Presídio Central de Porto Alegre, que contribui para os baixos indicadores em relação à TB. É bastante preocupante, ainda, a incidência nas regiões do bairro Rubem Berta e Bom Jesus, onde são encontrados 21,13% dos casos notificados.

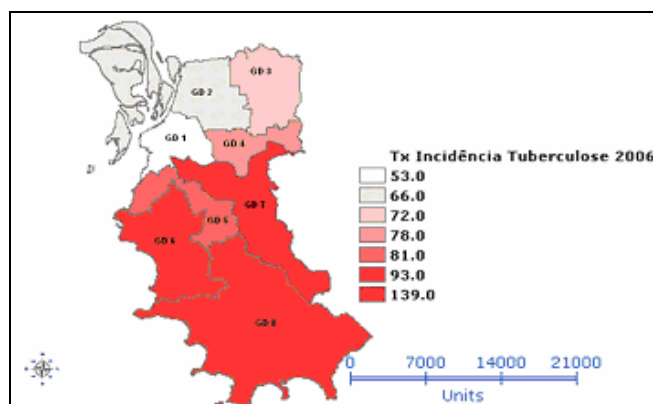


Gráfico 66 - Distribuição da taxa de incidência de casos de tuberculose, por Gerência Distrital / Porto Alegre, 2006.  
Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS/PMPA

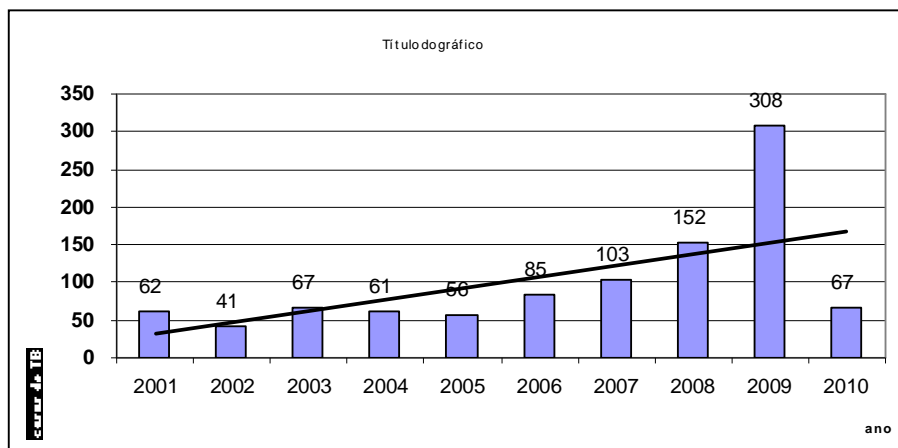


Gráfico 67 - Taxa de incidência de tuberculose Presídio Central, segundo ano de diagnóstico, Porto Alegre 2001-2010.  
Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS/PMPA

No Brasil, entre os negros, o risco de morrer por tuberculose é 70% maior em relação aos brancos, de acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Essa disparidade se revela também nos indicadores de Porto Alegre. No ano de 2008, o indicador para a população branca foi 13,8 e para a população negra 29,9. O risco de incidência de Tuberculose por raça/cor, em 2009, foi 1,0 para a população branca e 2,4 para a população negra.

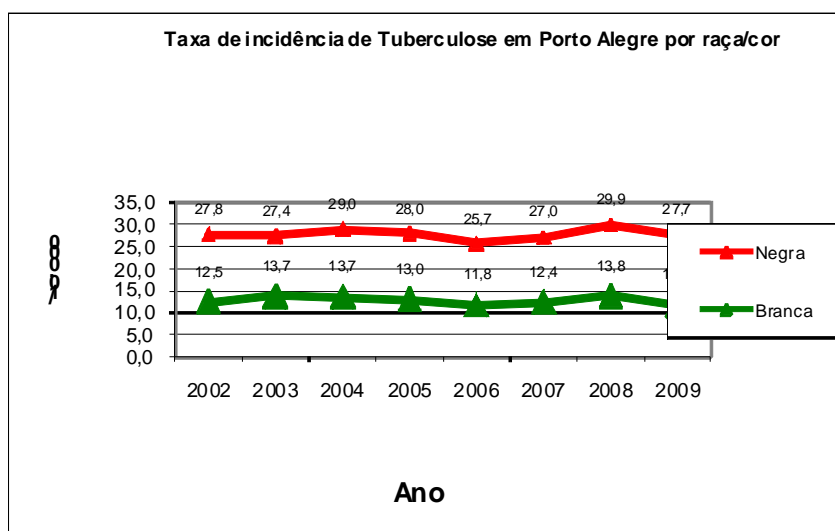


Gráfico 68 – taxa de incidência de Tuberculose por raça e cor  
Fonte: IBGE Censo 2000 e CGVS/SMS/POA

O risco de incidência de Tuberculose por ano e raça/cor demonstra que para a população negra (2,4 por 10.000) é mais o dobro em comparação com a população branca (1,0 por 10.000).

O Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) de Porto Alegre apresenta taxa de abandono muito aquém da meta preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 5% e curar 85% dos casos diagnosticados para se obter o controle da doença no território.

Tabela 102 - Casos Novos de Tuberculose residentes o município, por ano de diagnóstico e resultado de tratamento.

Ano	Ign	% Ign	Cura	Taxa cura	abandono	Taxa abandono	óbito	% óbito	transferência	Taxa transferência	Multirresistente	total
2001	0	0	853	66,23	211	16,38	182	14	42	3,26	0	1,29
2002	0	0	941	68,04	203	14,68	194	14	43	3,11	2	1,38
2003	0	0	982	68,38	232	16,16	180	13	41	2,86	1	1,44
2004	0	0	1039	72,81	171	11,98	172	12	43	3,01	2	1,43
2005	0	0	974	70,53	198	14,34	162	12	46	3,33	1	1,38
2006	1	0,08	960	72,84	174	13,2	141	11	39	2,96	3	1,32
2007	2	0,15	940	68,46	216	15,73	168	12	46	3,35	1	1,37
2008	93	6	959	63,68	263	17,46	126	8	63	4,18	2	1,51

Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/PMPA

A rede de atenção primária à saúde de Porto Alegre conta com 28 unidades com coleta de escarro e 22 unidades com tratamento com esquema básico para TB distribuídas. O Hospital Sanatório Partenon é a única unidade de referência no Estado para o tratamento dos pacientes em esquema de tratamento multidroga resistência.

Para se obter o controle da tuberculose, é necessário curar, pelo menos, 85% dos casos e manter um taxa de abandono até 5%. Porto Alegre não tem atingido as metas estabelecidas.

O insucesso no tratamento traz a perspectiva da tuberculose multidrogarresistente (MDR), forma esta que não apresenta bom resultado aos atuais medicamentos utilizados.

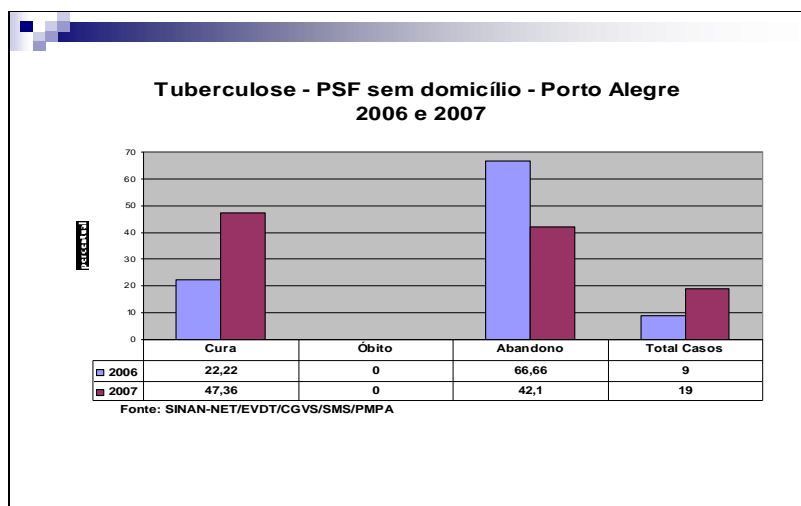


Gráfico 69 - Situação de alta do PSF Sem Domicílio – Porto Alegre, anos 2006 e 2007.

A atual política de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre coloca em estado de prioridade o combate à tuberculose na cidade, definindo, através da Portaria 506/2010, um Grupo Técnico denominado “Força Tarefa”, para enfrentamento do problema.

Diante de tal situação, há necessidade de investimentos na qualificação dos serviços de saúde e na capacitação de recursos humanos para as atividades de diagnóstico, tratamento, vigilância e controle da doença. Necessita-se intensificar a busca do sintomático respiratório<sup>1</sup> (SR) para diagnóstico da fonte de infecção através da baciloscopia de escarro<sup>2</sup>, ampliar o exame dos contatos dos pacientes bacilíferos e melhorar o acompanhamento do tratamento, com vistas a promover a cura dos doentes. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) recomenda, ainda, a adoção do tratamento diretamente observado (TDO), com a supervisão das tomadas da medicação, para que se atinja a meta de curar mais de 85% dos doentes.

O PNCT, integrado na rede de Serviços de Saúde, envolvendo as três esferas de governo, reconhece a importância de que as ações de controle sejam estendidas a todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Recomenda a integração do controle da tuberculose com a atenção básica, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento. Enfatiza, ainda, a necessidade do envolvimento de organizações não governamentais (ONGs) e de parcerias com organismos nacionais, como as Universidades, e internacionais no combate à tuberculose.

As ações de vigilância da tuberculose estão pautadas prioritariamente no diagnóstico precoce e no tratamento. Estas duas ações têm a finalidade de interromper a cadeia de transmissão da doença na comunidade.

Para monitorar a efetividade do tratamento do paciente bacilífero, é importante se ter a baciloscopia de escarro de controle mensal. Hoje, com o novo protocolo de assistência ao doente de tuberculose, a cultura para BK é fator determinante na avaliação da resposta ao tratamento e na identificação de cepas resistentes, assim como de outras espécies de micobactérias (Micobactérias Não Causadoras de Tuberculose – MNTs). A detecção precoce das cepas resistentes também se faz importante para evitar disseminação de tuberculose resistente (TB-

---

**1** <sup>1</sup> Sintomático Respiratório: pessoa com tosse e expectoração por mais de 3 semanas

<sup>2</sup> Baciloscopia: exame de escarro para pesquisa do Bacilo de Koch

MDR), que é uma forma grave da doença, com prognóstico reservado e com custos vultosos, representando grande risco para a Saúde Coletiva.

Para tanto, o serviço do laboratório é peça fundamental na constituição do Programa de Controle da Tuberculose, sendo apoio essencial aos sistemas de vigilância instalados na cidade. Desde 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que é necessário um laboratório local de baciloscopia que possa realizar de 2 a 20 baciloscopias por dia, para atender uma população de 100.000 habitantes e, ao menos um laboratório que realize cultura para uma área geográfica com população de 500.000 habitantes.

Atualmente, o município conta com um único laboratório de referência municipal, o Laboratório Central do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, que hoje realiza uma média de 25-40 exames de baciloscopias por dia (entre exames de diagnóstico e de controle de tratamento). Tendo em vista a população de Porto Alegre (1,5 milhões de habitantes) e, ainda considerando que aproximadamente 40% dos casos de tuberculose são diagnosticados pelos hospitais, para uma avaliação adequada de SR, com a conseqüente detecção dos casos de tuberculose, o laboratório deveria realizar, pelo menos, 100 baciloscopias /dia, somente para diagnóstico. Assim o aumento de demanda das baciloscopias deve ser de 60%, justificando o investimento em reforma de área física e mão de obra laboratorial (recursos humanos especializados).

A rotina das culturas para micobactérias do município hoje é realizada pelo IPB-LACEN/RS. Anualmente, são enviadas aproximadamente 600 amostras pulmonares (escarro e lavado bronco alveolar) para cultivo e aproximadamente 200 amostras extrapulmonares. Entretanto, aquela instituição está oficialmente descentralizando o diagnóstico por cultura para os municípios que já foram capacitados e que necessitam dar uma resposta mais rápida. Municípios estes onde a sua rede de tuberculose está cumprindo sua responsabilidade no atendimento das demandas da atenção primária e em consonância com a nova norma técnica de controle da tuberculose.

Tendo em vista as altas taxas de incidência de TB, de co-infecção TB/HIV (35%) e os casos de retratamento, é imprescindível que o município conte com a cultura como ferramenta diagnóstica que qualifica indubitavelmente o desfecho dos casos de

nossa população, pois possibilita a identificação da espécie de micobactéria e possibilita a detecção precoce dos casos de resistência.

Levantamentos epidemiológicos revelam que a tuberculose tem maior prevalência entre as camadas populacionais mais carentes. A prevalência da doença está associada ao subemprego, baixo grau de escolaridade, alimentação deficiente, habitação insalubre e a outros fatores associados à baixa condição econômica, com maior vulnerabilidades social como moradores de rua, população privada de liberdade, albergados, dependentes químicos. É entre a população de rua, abrigada ou não, que estão os maiores índices de abandono ao tratamento com o conseqüente aparecimento de tuberculose multirresistente, o grande problema mundial para o controle da doença.

São fornecidos vales-transporte para os pacientes que deles necessitam, tanto na fase de diagnóstico como na fase de tratamento, até sua conclusão. Pretende-se com esta ação reduzir o abandono e, conseqüentemente, melhorar a adesão ao tratamento.

O tratamento supervisionado (TS) é proposto para todos os moradores de rua. Uma das estratégias para adesão é a utilização do Restaurante Popular (projeto em parceria com o Fundo Global/MS e Ação e Cidadania). Nestes locais os pacientes recebem a medicação e, após ingeri-la sob a supervisão de profissionais treinados, recebem o almoço. O TS é desenvolvido pela ESF Sem Domicílio, localizado no Centro da Cidade e visa reduzir o abandono do tratamento para esta população em extrema vulnerabilidade social.

### **Vírus influenza**

No dia 25 de abril de 2009, a OMS declarou Situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), devido à ocorrência de casos de Influenza A (H1N1) em humanos no México e nos Estados Unidos. Esta foi recebida com muita apreensão e, imediatamente, a informação desencadeou as estratégias de enfrentamento desta emergência nos níveis federal, estadual e municipal de saúde.

Foram emitidos sete Alertas Epidemiológicos pela EVDT (sendo o primeiro em 27/04/2009), registrando a evolução dos conceitos e ações tomadas para, num primeiro



momento, buscar conter a transmissão autóctone através da investigação e isolamento de viajantes e, na vigência da transmissão sustentada, a minimização das complicações e gravidade dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

No período de 2009, foram notificados para a EVDT 1.579 casos suspeitos de influenza pandêmica. Destes, 1016 foram de moradores de Porto Alegre, dos quais 447 foram confirmados e 569 foram descartados. Entre os descartados, 86 foram confirmados para outros agravos respiratórios como Adenovírus, VSR, Parainfluenza, Influenza A Sazonal, Influenza B Sazonal. Ocorreram ainda 37 óbitos confirmados para Influenza Pandêmica (H1N1) 2009. Uma análise parcial da pandemia foi publicada no Boletim Epidemiológico nº 41 – OUTUBRO DE 2009, ANO XI.

A partir do ano de 2010, o Ministério da Saúde recomendou a notificação e coleta de material apenas dos casos internados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Esta mesma definição foi adotada por outros países membros da Organização Mundial de Saúde. Desta forma, até a semana epidemiológica 31 de 2010 (encerrada em 7 de agosto), foram notificados e investigados pela EVDT, 236 casos suspeitos de SRAG. Destes, 162 eram moradores de Porto Alegre. A investigação resultou em 100% de descarte para Influenza Pandêmica (H1N1). Destes, 64 puderam ser descartados por outras etiologias uma vez que o LACEN processou as amostras para outros vírus respiratórios (VSR, Adenovírus, Parainfluenza, Influenza B Sazonal).

O monitoramento dos casos de influenza vem sendo realizado também por coletas de material em Unidades Sentinela. Desde a pandemia em 2009 as unidades sentinela de Porto Alegre (todas as unidades de saúde do SSC/GHC) haviam sido desativadas. No entanto, em julho deste ano a emergência do HNSC passou a ser sentinela para influenza e também foi estruturada a sentinela na Emergência do Hospital Mãe de Deus.

Para a contenção da pandemia pelo *Vírus Influenza de novo sub tipo pandêmico* a Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde do Brasil adotaram como estratégia a vacinação de segmentos populacionais considerados de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento das formas mais graves da infecção. Na tabela 104, estão descritas de forma comparativa as coberturas vacinais alcançadas no estado do Rio Grande e Porto Alegre, segundo os grupos determinados como estratégicos, de acordo com os dados disponíveis no SI PNI em 19 de julho de 2010.

Tabela 103 - Cobertura Vacinal RGS e Porto Alegre segundo grupos populacionais H1N1.

<b>H1N1</b>	<b>RS</b>	<b>Porto Alegre</b>
Trabalhadores da saúde	121%	247%
Indígenas	100%	122%
Gestantes	76%	100%
Portadores de doenças crônicas (>60 anos)	136%	129%
Portadores de doenças crônicas 60 anos e mais	203%	209%
Crianças < de 2 anos	120%	120%
Adultos 20 a 29 anos	78%	83%
Adultos 30 a 39 anos	70%	68%

Fonte: SI PNI

A meta estipulada pelo Ministério da Saúde para os grupos populacionais considerados estratégicos foi de uma cobertura de vacinal de 80%. O município de Porto Alegre ultrapassou a meta propostas em 7 das 8 categorias.

No grupo trabalhadores da saúde, a vigilância em saúde de Porto Alegre utilizou, para a construção do dado populacional, a informação fornecida por serviços de saúde (hospitais, serviços de emergência e pronto atendimento e rede básica de saúde), enquanto a Secretaria Estadual de Saúde utilizou para essa construção dados do CNES do ano de 2007. Este desencontro na construção do denominador possivelmente esclarece a cobertura alcançada para este grupo pelo município.

No que se refere aos portadores de doenças crônicas, outro grupo em que se observa uma taxa de cobertura muito superior a 100%, informa-se que este achado

pode estar relacionado ao fato do Ministério da Saúde ter subestimado esta população em seu cálculo aliado ao fato da situação de portador de doenças crônicas ser auto referida.

O município não alcançou a cobertura preconizada para a faixa etária de 30 a 39 anos ainda que o período para esta vacinação tenha ficado em aberto até o término das doses de vacina recebidas. Ainda que aquém da meta considera-se a cobertura de 68% resultado positivo ao esforço desenvolvido por toda a rede de vacinação uma vez que historicamente este é um grupo refratário à vacinação.

Na tabela 104, estão descritos os dados comparativos entre as doses de vacina aplicadas e populações totais do Estado e do município. Cabe ressaltar que com esta estratégia de vacinação de execução extremamente complexa o município de Porto Alegre vacinou 44% de sua população total estimada para o ano de 2009.

Tabela 104 - População estimada para o ano de 2009, *DATASUS*.

<b>Local</b>	<b>Total de doses aplicadas</b>	<b>População</b>	<b>Cobertura populacional</b>
RS	4.583.662	10.914.042	42%
PoA	628.855	1.436.124	44%

Fonte: Dados IBGE

### **Asma**

A asma representa um problema médico e social de grande relevância, atingindo de 5% a 20% da população em países industrializados. O aumento da prevalência é observado em todo o mundo, devido a vários fatores que demonstram esta tendência. Estes fatores estão relacionados com o maior número de diagnósticos

realizados, aumento na prevalência de genes para a asma, exposições frequentes a maiores níveis de alérgenos, desmame precoce, exposição a poluentes do ar, infecções virais e parasitoses intestinais.

No Brasil, a maioria dos estudos epidemiológicos referentes a asma não consideram as diferentes regiões do país e desconhecem a verdadeira dimensão da doença.

É uma das doenças crônicas mais preocupantes, não só pela alta prevalência e morbidade, mas também pela sua potencial gravidade. Mesmo com a melhora significativa no conhecimento da fisiopatologia desta doença que vem proporcionando avanços no campo preventivo e de novas terapias, a asma continua sendo um problema de relevância social porque nem sempre estes recursos chegam à maioria dos pacientes. Compete ao sistema de saúde proporcionar uma via racional de acesso à assistência que contemple a prevenção, o controle adequado e a reabilitação. Aproximadamente 2% dos asmáticos desenvolvem asma grave, de difícil controle e com necessidade de internação hospitalar.

Outro aspecto extremamente alarmante se refere ao número de dias de falta ao trabalho (20 milhões de dias por ano) e faltas escolares (10 milhões de dias por ano) devido a asma, verificado nos Estados Unidos<sup>8</sup>. Não há dados disponíveis sobre esse tema no Brasil.

Diversas experiências nacionais e internacionais revelam um impacto positivo muito significativo dos Programas de Asma sobre os indicadores de saúde desses pacientes.

Para fazer frente a este relevante problema de saúde pública, propomos a implementação de um Projeto de Atendimento Global ao Asmático na tentativa de integrar mais efetivamente os serviços públicos de saúde do Município para atingir um atendimento descentralizado no controle da doença, com ações de promoção, ações preventivas concretas e atividades assistenciais especializadas articuladas entre si. O projeto prioriza educação e auto-cuidados, permitindo ao paciente um acesso fácil à rede, com distribuição adequada de medicamentos e formação de profissionais atualizados no manejo, o que, certamente, deve melhorar a qualidade de vida do

paciente, diminuir a tendência à utilização de pronto-atendimentos como meio principal de tratamento da asma e reduzir os índices de morbi-mortalidade pela doença.

### **Leptospirose**

É uma doença infecciosa febril de início abrupto, cujo espectro pode variar desde um processo inaparente até formas graves. Trata-se de uma zoonose de grande importância social e econômica, por apresentar elevada incidência em determinadas áreas, alto custo hospitalar e perdas de dias de trabalho, como também por sua letalidade, que pode chegar a 40%, nos casos mais graves. Sua ocorrência está relacionada às precárias condições de infraestrutura sanitária e alta infestação de roedores infectados. As inundações propiciam a disseminação e a persistência do agente causal no ambiente, facilitando a ocorrência de surtos.

No município de Porto Alegre, no que compete à vigilância, é tratada como doença de notificação compulsória imediata. A investigação epidemiológica dos casos é realizada de forma conjunta com a Equipe Vigilância de Zoonoses/CGVS que organiza ações de controle de roedores muitas vezes de forma articulada com outros setores da PMPA como, por exemplo, o DMLU.

A investigação epidemiológica dos casos é efetivada através da busca ativa e atendimento telefônico das notificações. A rede de serviços da cidade tem-se mostrado sensível à notificação de casos suspeitos. No gráfico 70 se pode observar a ocorrência de notificações, confirmações e descartes de casos no período 1999 a 2009. Neste período a confirmação média de casos foi de 25%.

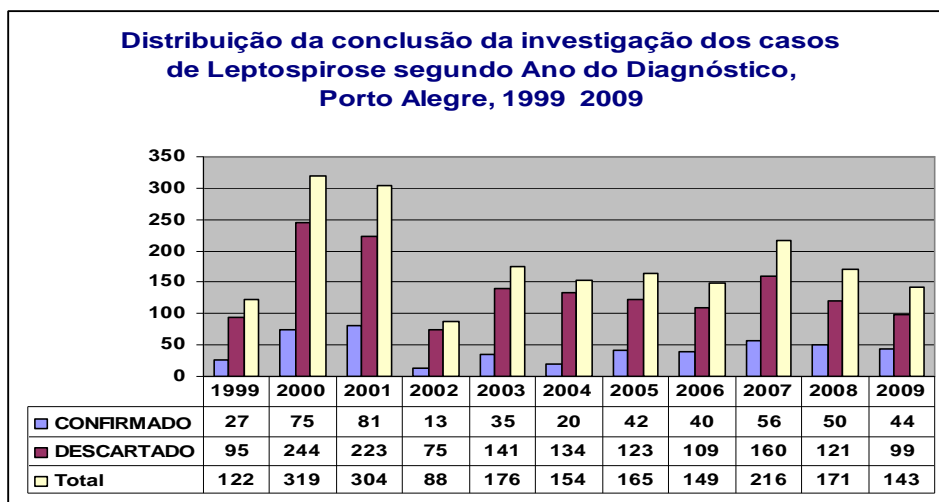


Gráfico 70 - Distribuição da investigação dos casos de Leptospirese

O gráfico 71 informa sobre a evolução, em número de curas óbitos e taxa de letalidade por ano de ocorrência. No período considerado, a letalidade média foi de 10,6%

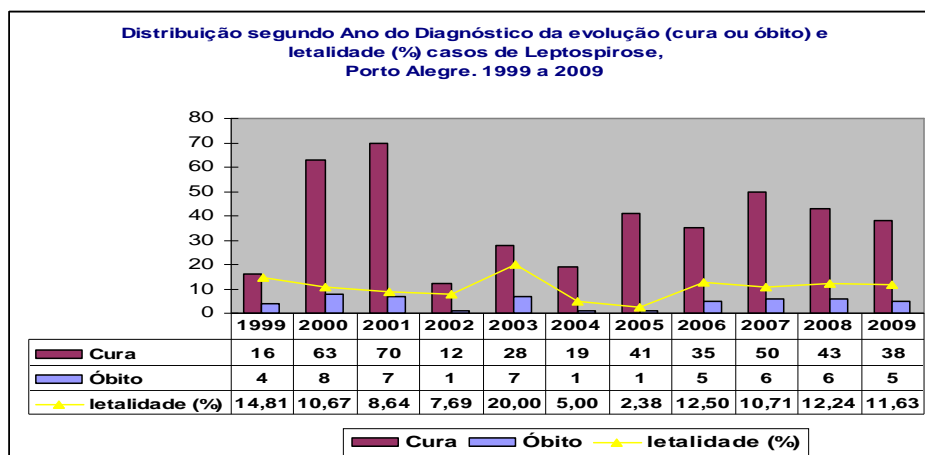


Gráfico 71 - Distribuição da evolução dos casos de leptospirese

Neste mesmo período, a razão média da ocorrência de casos entre sexo masculino e sexo feminino foi de 4:55, sendo que a faixa etária mais atingida foi de 20 a 49 anos. No Boletim Epidemiológico nº 38 de agosto/2008 podem ser obtidas informações detalhadas sobre o comportamento desta doença em Porto Alegre.

## Hanseníase

A Hanseníase se encontra em Porto Alegre em fase de eliminação, mas ainda constitui um grave problema de saúde pública, portanto, há a necessidade de eliminá-la definitivamente em todo território nacional. Pelo fato de causar severas deformidades em pessoas jovens ocasionando gastos ao Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da reabilitação de órteses e próteses.

É uma doença que tem cura e que se for diagnosticada no início apresenta boa evolução, a detecção precoce para as ações de vigilância em saúde pública também se beneficia, e se faz necessário para se obter a interrupção da transmissibilidade para as demais pessoas da comunidade.

A hanseníase é semelhante ao agravo da tuberculose, onde seu controle é baseado no *Diagnóstico e Tratamento e controle dos contatos domiciliares* o que reflete na necessidade da integração das ações da atenção primária e vigilância para o sucesso do controle desta doença.

Em virtude desta integração de ações é muito importante manter o tratamento básico e o diagnóstico descentralizados, para a possibilidade da ampliação da busca de casos novos, o que facilita o acesso ao paciente e aprimora as ações de vigilância no território da atenção básica, fortalecendo e consolidando as diretrizes do Sistema Único de Saúde como norteador da gestão do Programa de Hanseníase.

Em Consonância com as diretrizes do SUS é importante reforçar que a contra referência na hierarquização do atendimento desta patologia é necessária e muito importante para a construção de uma unidade municipal de referência de reações adversas para hanseníase para a população de Porto Alegre, dando apoio ao trabalho já desenvolvido pela atenção primária.

A meta estabelecida pelo Ministério da Saúde para eliminação deste gravo é de não ultrapassar 1 caso/10.000 hab ao ano “*tx de detecção*” e curar 90% dos casos diagnosticados, estes parâmetros são importante porque a hanseníase se encontra em fase de eliminação no município.

Tabela 105 - Casos Novos de Hanseníase residente no município

Ano	Casos Novos	População Residente	coef detecção/10.000hab
2001	14	1.373.312	0,10
2002	14	1.383.454	0,10
2003	13	1.394.087	0,09
2004	19	1.404.670	0,14
2005	19	1.428.694	0,13
2006	14	1.440.940	0,10
2007	21	1.453.075	0,14
2008	17	1.430.220	0,12
2009	15	1.436.124	0,10

Fonte: PMPA/SMS/CGVS/EVDT/SINAN

As capacitações anuais permanentes são o instrumento que possibilita aos profissionais da Rede Básica de Saúde do Município, o conhecimento sobre a doença, mudando o olhar sobre este agravo que muitos consideram não mais existir. Este trabalho leva os profissionais a busca de casos novos, ampliando a detecção precoce, além da intensificação do trabalho de avaliação de 100% dos contatos, através de exame e orientação.

A situação epidemiológica de Porto Alegre é preocupante em virtude do registro de mais casos Multi bacilares, conforme a tabela abaixo. Isto indica que está ocorrendo o diagnóstico tardio da doença na comunidade, contribuindo para a permanência da cadeia de transmissão. Nesta atual situação é importantes reduzir o nº de casos Multi bacilares, ou seja, diagnosticar precocemente, tendo como meta a redução de 10% ao ano o número de casos multi bacilares.



Tabela 106 - Casos de Hanseníase residente em Porto Alegre por classificação Clínica

Total MB	Total PB	Total	Diag Tardio %
8	10	18	44,44
15	4	19	78,95
7	6	13	53,85
19	4	23	82,61
17	3	20	85,00
15	2	17	88,24
19	6	25	76,00
16	2	18	88,89
16	2	18	88,89

Fonte: PMPA/SMS/CGVS/EVDT/SINAN

Tabela 107 - Percentual de cura dos pacientes diagnosticados para Hanseníase em Porto Alegre no período de 2005 a 2009.

Ano	2005	2006	2007	2008	2009
Percentual cura	92,8	82,0	88,9	93,8	95,2

Fonte: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

No período de 2000 a 2009, foram notificados 415 pacientes portadores de mal de Hansen, destes, 175 (42,1%) moradores de Porto Alegre e 240 (57,8%) moradores de outros municípios.

De 2000 a 2009, foram diagnosticados 175 pessoas sendo que, destes, 22,9% foram diagnosticados na fase inicial da doença (paucibacilar) e 77,1% apresentam diagnóstico mais tardio (multi bacilar.- SMS/CGVS/EVDT/SINAN).

Observou-se que dos 175 pacientes diagnosticados por Hanseníase, no Município de Porto Alegre, 76 apresentaram algum grau de incapacidade instalada. Por ser uma doença de curso lento é imprescindível que tenhamos presente o ônus que o diagnóstico tardio acarreta tanto para o paciente, que poderá apresentar algum grau de incapacidade física, como também para o Sistema Único de Saúde, que terá que disponibilizar mais recursos para a realização do tratamento.

O panorama dos baixos percentuais de comunicantes domiciliares avaliados dos pacientes diagnosticados por Hanseníase é um dado preocupante por ser o agravo uma doença transmissível de curso lento, que exige avaliações anuais por um período de cinco anos.

Verifica-se que a ocorrência de diagnóstico de Hanseníase em menores de 15 anos sinaliza o atraso ou ausência da avaliação dos comunicantes expostos a *Mycobacterium leprae*, o que poderia ser evitado se implantada uma rotina de visitas domiciliares de acompanhamento de pacientes e seus contatos. De 2000 a 2009, foram diagnosticados 8 casos nesta faixa etária.

O município tem atingido o percentual de cura preconizado pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase, exceto em 2006. Entretanto, ainda existem diagnósticos realizados tardiamente. Nas pessoas curadas do mal de Hansen, permanecem as incapacidades instaladas.

O programa de Controle da Hanseníase foi municipalizado, em Porto Alegre, no ano de 2005. A partir deste momento, tanto Vigilância como o Programa foram assumidos pela Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, com a implementação de todas as ações concernentes à

organização e capacitações da rede de atendimento. A logística referente aos medicamentos, inclusive a Talidomida, vem sendo realizada por este setor, incluindo armazenamento e dispensação. Manter a descentralização do diagnóstico para a rede de atenção primária, com o objetivo de detecção mais precoce dos casos, tem sido um desafio para o município, em face de tradição do atendimento em ambulatórios de referência.

A Hanseníase se constitui num grave problema de saúde pública, visto que é uma doença de evolução lenta que se manifesta através de lesões de pele e comprometimento dos nervos periféricos, e que se não for diagnosticada precocemente evolui para incapacidades e deformidades físicas principalmente nos olhos, mãos e pés. Em Porto Alegre, desde 1995, alcançamos a meta de eliminação de menos de 1 caso para cada 100.000 habitantes. Como o acompanhamento de um caso de hanseníase é para a vida inteira, se torna necessário a constituição de um Centro de Referência Municipal para o atendimento dos pacientes que precisam da atenção do serviço de saúde, mesmo após a conclusão do tratamento com a polioquimioterapia (PQT/OMS).

Hanseníase tem cura e a principal ação de vigilância é a interrupção da transmissibilidade para as demais pessoas da comunidade.

### 7.3.1 MULHER

#### **Cenário epidemiológico da Mulher Adulta**

Porto Alegre possui um total de 774.045 mulheres, 479.497 (62%) estão em idade fértil (IBGE, 2007) nas faixas etárias compreendidas entre 10 e 49 anos de idade. As mulheres representam 51,2% da população brasileira, sendo 46% pretas e pardas. Historicamente os afro-descendentes ocupam a base da pirâmide racial. Neste grupo, 69% vivem em situação de pobreza e sua esperança de vida é de 66 anos, enquanto nas mulheres brancas é de 71 anos.

Os problemas de saúde atingem a população de maneira diferenciada. Alguns são mais prevalentes em determinados grupos raciais e étnicos. No caso das mulheres negras, a literatura científica refere maior frequência de diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme. No estudo do perfil da morte materna de Porto Alegre, de 1999 a 2003, encontramos uma Razão de morte materna de 118,16 nas mulheres de cor negra, 39,7 nas de cor branca e 27,48 nas de cor parda. A doença falciforme também é mais prevalente neste grupo, e suas portadoras apresentam um risco maior de abortamento e complicações durante o parto (natimortalidade, prematuridade, toxemia grave e outras).

Com relação a população indígena, em Porto Alegre há aproximadamente 557 índios, sendo que 50% são do sexo feminino. Às Unidades de Saúde que atendem prioritariamente esta população são o ESF Panorama, US Tristeza e a Equipe Multidisciplinar com base em Viamão. Mesmo com estas referências estabelecidas, a atenção a saúde das mulheres indígenas ainda não é adequada. É necessário estabelecer e garantir ações básicas de saúde desta população como pré-natal, prevenção do câncer de mama e colo do útero, saúde sexual e reprodutiva e prevenção das DST/AIDS, além disso, lidar com as especificidades culturais desta população. Portanto, as equipes destas Unidades serão prioridade na aplicação do protocolo de atendimento a esta população.

O atendimento integral a saúde das mulheres privadas de liberdade ainda é deficitário requerendo uma adequação. Uma pequena parcela de mulheres recebe ou tem visitas íntimas desta forma os métodos contraceptivos são fornecidos pela SMS, porém o fluxo para a assistência a outros agravos apresentam deficiências é incompleta. A equipe de profissionais é incompleta. A estratégia de saúde da família ainda não está implantada conforme preconiza a legislação.

Quanto às mulheres lésbicas, estudos em larga escala entre norte-americanas demonstram que estas possuem uma maior tendência ao tabagismo e a ingestão de álcool, um maior índice médio de massa corporal, a serem nulíparas, não utilizarem contraceptivos orais, não amamentarem e realizarem menos exames preventivos. Estas características constituem fatores de risco para diabetes, doença cardiovascular e alguns tumores: cólon, pulmão, ovário, endométrio e mama. O número exato da população de mulheres lésbicas no Brasil e Porto Alegre dificilmente podem

ser definidos, principalmente devido ao fato de que muitas mulheres preferem manter sob sigilo sua orientação homossexual. Estas mulheres parecem procurar os serviços de saúde com menor frequência do que as pacientes heterossexuais, principalmente devido ao fato que a maioria dos serviços de saúde não estão preparados para acolhê-las. Algumas, inclusive, após uma primeira experiência, jamais retornam, em função de discriminação e de experiências negativas.

As principais causas de morte em mulheres em Porto Alegre são as doenças cardiovasculares (34,4%), seguidas pelo câncer de mama (16,9%) e pelo câncer de pulmão (15,9%). A mortalidade pelo câncer de colo do útero em Porto Alegre apresenta curva descendente nos últimos 5 anos. É a quarta causa de morte por câncer em mulheres de Porto Alegre.

Considerando os dados de 2008, o Coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi de 230,0 em mulheres e 217,4 entre os homens, este perfil de morte, maior entre as mulheres por este tipo de patologia, já é observado desde 1980. Considerando os indicadores de 2007, as gerências com maior mortalidade por esta causa são: Noroeste/Humaitá-Navegantes-Ilhas (32,5%), Centro (32%) e Sul Centro Sul (31,5%). Portanto, é necessário implementarmos ações específicas para rastrear e detectar precocemente às mulheres com risco cardiovascular para monitorar e quando necessário encaminhar ao nível terciário.

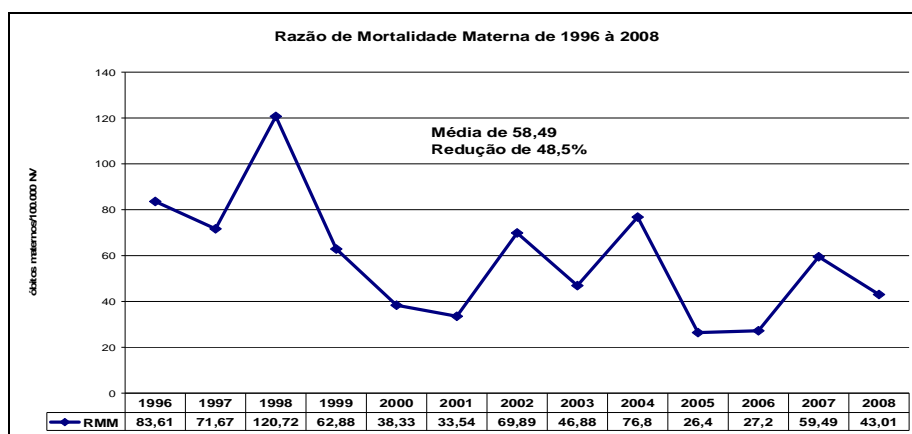


Gráfico 72 – Razão de Mortalidade Materna de 1996 a 2008

Comparando os dados de mortalidade materna de 2007 e 2008, percebe-se uma redução neste índice, que acompanha a tendência histórica observada desde 1996. Percebe-se, no gráfico acima, que mesmo ocorrendo alguns picos, houve uma redução da mortalidade materna na magnitude de 48,5% entre 1996 e 2008. Isso se deve à diminuição dos óbitos decorrentes de causas diretamente relacionadas à gravidez e parto, demonstrando uma qualificação da assistência obstétrica (pré-natal e parto). Desde 2003, as principais causas são as doenças clínicas que coincidem com o período da gravidez, parto e puerpério. As principais causas dos óbitos maternos neste período foram: doenças clínicas (19,4%), SIDA (14,5%), doenças hipertensivas da gestação (13,9%), doenças cardiovasculares (13,3%), infecção puerperal (12,1%), aborto (10,3%), hemorragias (9,1%) e outras diretas (7,3%). Em relação às gestantes com infecção para o HIV, o risco para as mulheres brancas é de 1,1 e para mulheres negras é de 2,5.

No relatório Saúde Brasil 2005, uma análise da situação de saúde apresentou informações e análises segundo raça/cor. No caso da assistência pré-natal, verificou-se que 62% das mães de nascidos brancos referiam ter passado por sete ou mais consultas de pré-natal, para as mães de nascidos indígenas o percentual foi de 27% e para as mães de nascidos negros 37%. As mulheres negras, vivem em piores condições de vida e de moradia e possuem status social e econômico mais baixo. No

que se refere à saúde reprodutiva, têm menos acesso aos métodos contraceptivos e apresentam maiores chances de engravidar ainda que não o desejem.

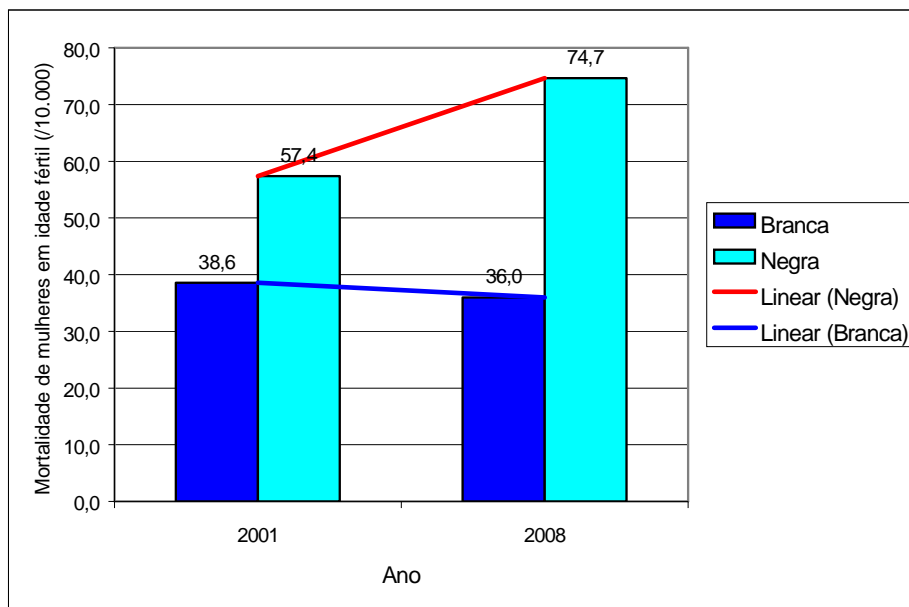


Gráfico 73 - Mortalidade em mulheres em idade fértil, segundo raça/cor, Porto Alegre  
 Fonte: CGVS, SIM, SMS, PMPA/2009

No período entre os anos 2001 e 2008, houve uma queda no índice de mortalidade para as mulheres brancas, entretanto para as mulheres negras houve um crescente aumento de 57,4/10.000 para 74,7/10.000.

Considerando a morte materna por Gerência distrital, observa-se, nos últimos nove anos, uma maior incidência nas Gerências Leste Nordeste, Sul Centro-sul e Glória Cruzeiro Cristal.

As ações de saúde sexual e reprodutiva em Porto Alegre seguem as recomendações da lei 9263/96, da portaria 048/99 e complementadas pelo “Plano Municipal de Saúde Sexual e Reprodutiva – Planejamento familiar como Direito Humano” 2008.

São oferecidos todos os métodos contraceptivos preconizados pelo Ministério da Saúde (MS). Desde 2005, conforme portaria, o fornecimento dos contraceptivos passou a ser responsabilidade do MS. Porém, a quantidade

fornecida para alguns métodos não atende a necessidade como é o caso do medroxiprogesterona 150mg (uso trimestral) e do Noretisterona 0,35 mg, sendo, portanto, necessário compra complementar com recursos próprios do município.

Para estimar a necessidade da distribuição dos métodos contraceptivos utiliza-se a faixa etária das mulheres de 15 a 49 anos de idade, não excluindo dos atendimentos a faixa etária entre 10 a 14 anos, considerando que o início da vida sexual tem sido cada vez mais precoce.

O planejamento para distribuição dos diversos métodos contraceptivos é baseado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) - 2006.

A mortalidade materna e a mortalidade de mulheres em idade fértil são indicadores acompanhados pela saúde da mulher, assim como as causas dos óbitos. Predominam como causas principais de óbito as neoplasias em geral, seguidas das doenças do aparelho circulatório, das doenças infecciosas e parasitárias e causas externas, respectivamente. Sendo que no desmembramento das causas, as doenças cardiovasculares predominam, seguidas pelas neoplasias. A mortalidade por câncer de mama é a causa mais prevalente entre as neoplasias.

São investigados 100% dos óbitos de mulheres e idade fértil (indicador pactuado na PPI) de Porto Alegre e 100% dos óbitos maternos. As mortes destas mulheres são investigadas através do Comitê Municipal de Mortalidade Materna, criado em 1995 pela lei municipal nº 7523 de 19/10/1994. A investigação tem caráter técnico-científico, sigiloso, não coercitivo ou punitivo, visando corrigir as estatísticas, dados epidemiológicos, bem como apontar medidas e estratégias de prevenção. O Comitê Municipal de Mortalidade Materna atua conjuntamente com a Coordenação de Vigilância em Saúde.

Com relação à mortalidade materna, desde 1996 observa-se uma redução de 48,5% no número de mortes maternas. A meta nacional é de reduzir 5% do ano anterior, em relação a 2008, a razão de Mortalidade Materna foi de menos 10,8%.



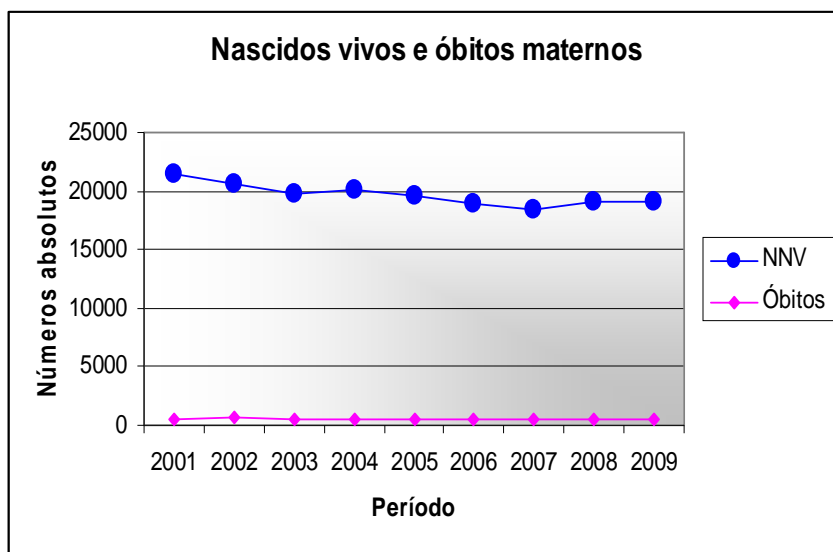


Gráfico 74 – Nascidos vivos e óbitos maternos

Comparando-se o ano de 2009 com o ano anterior, observa-se um pequeno aumento no número de nascidos vivos (6 NV), mas uma redução do coeficiente de natalidade.

O índice de gestação na adolescência vem reduzindo gradualmente desde 1999 e esta redução também é observada em 2009.

Do total de nascimentos de 2008, 12.462 foram partos realizados pelo SUS, destes, 8.536 foram partos normais, perfazendo 61,37% e 3.926 foram cesarianas, representando 28,22% dos partos. Comparando os resultados de 2008 aos dados de 2007, percebe-se um pequeno aumento dos partos normais, quando a proporção foi de 58,60% de partos normais para 28,47% de cesarianas.

As Gerências que se destacam pela captação da gestante antes dos 120 dias são Norte Eixo Baltazar, Sul Centro-Sul, Noroeste Humaitá navegantes-Ilhas e Restinga Extremo - Sul com índices próximos de 80%, as demais não se distanciam muito, com média de 74%. Com isto, pode-se ver que ainda há o que melhorar como a captação precoce das gestantes.

Tabela 108 - Taxa de fecundidade específica por Gerencia Distrital de Saúde, Porto Alegre, 2008

Indicador	Gerência distrital	Centro	HNI	N EB	LN	G CC	SCS	PLP	RE S	POA
Taxa de Fecundidade Específica (/1000)	De 10 a 14 anos	1,0	1,6	2,2	2,7	1,8	1,9	2,7	1,7	2,4
	De 15 a 19 anos	14,1	29,7	39,9	48,7	48,3	33,2	57,8	57,2	52,3
	De 20 a 29 anos	32,8	56,9	76,5	76,5	82,9	70,0	89,4	82,7	70,4
	De 30 a 39 anos	50,0	52,0	42,7	52,6	53,3	50,9	50,3	43,9	54,5
	De 40 a 49 anos	5,9	6,1	6,2	5,3	6,8	6,8	8,0	5,8	6,9

Fonte: CGVS - SINASC

Tabela 109 - Indicadores do pré natal por gerência distrital de saúde – 2008

Gerência Distrital	Nascimento com de 37 semanas	Mortalidade infantil (coeficiente)	Nascimento com menos de 2.500g	Mortalidade materna (n° absoluto)
Centro	11,7	10,6	9,8	4
Noroeste/Humaitá-Navegantes-Ilhas	10,3	10,0	9,8	4
Norte/Eixo-Baltazar	8,8	15,2	9,5	5
Leste/Nordeste	10,6	8,5	10,5	11
Glória/Cruzeiro/Cristal	10,8	15,3	10,4	7
Sul/Centro-Sul	11,8	8,01	10,7	9
Partenon/Lomba	9,7	12,2	9,7	2
Restinga/Extremo-Sul	11,6	13,3	10,7	3

Fonte: CGVS/SMS/PA

Avaliando os dados da tabela acima, por gerência distrital de saúde, percebe-se a necessidade em priorizar a atenção às Gerências Glória Cruzeiro Cristal, Restinga Extremo –Sul, Norte Eixo- Baltazar, e Lomba Partenon, pois nestas ainda há maior número de partos prematuros (antes das 37 semanas), recém nascido de baixo peso e mortalidade infantil mais elevada.

A assistência pré-natal segue os princípios do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e da diretriz clínica da assistência pré - natal de baixo risco do município de Porto Alegre. Também está baseada na análise das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, buscando reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal.

O câncer de colo de útero é, entre todos os tipos de câncer, o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100%, quando diagnosticado precocemente. O principal exame de rastreamento desta patologia é o exame de citopatológico do colo do útero, associado à inspeção visual do colo com ácido acético e lugol, sendo que em Porto Alegre o exame de citopatológico do colo do útero e a inspeção visual são ofertados em todas as Unidades de Saúde, sendo parte da consulta ginecológica de rotina, coletado por médicos e enfermeiros capacitados para este fim e não há limite de cotas para sua realização.

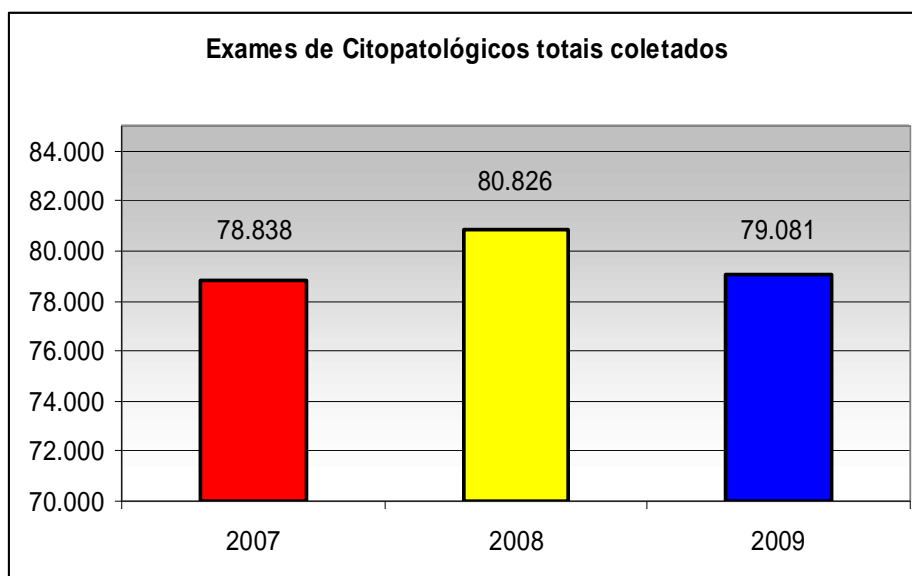


Gráfico 75 - Exames de Citopatológicos coletados 2007 a 2009  
 Fonte: MS/ DATASUS - produção ambulatorial - SIA TBUNIF.DE/  
 SISCOLO/CGVS/POA

Ao analisar os dados do ano de 2009 em relação ao ano anterior, observa-se uma discreta redução do número total de exames citopatológicos coletados. Na população de 10 a 69 anos houve uma diminuição de 2,2%. Entre as mulheres de 25 a 59 anos - faixa prioritária de coleta – encontra-se uma diminuição de menos 1,4% de exames realizados. Mas, ao ser analisada a razão da cobertura do citopatológico, verifica-se que não há diferença significativa entre os anos de 2008. A meta nacional para a população de 25 a 59 anos de idade foi 0,3 meta municipal não atingida, sendo que a pactuação de Porto Alegre para os anos de 2008 e 2009 foi de 0,25 e para a população total foi de 0,19. Desta forma, a meta foi atingida ficando em 0,14 e 0,13, respectivamente. Como o aumento da coleta vem se mantendo num crescente nos últimos meses, acredita-se que inicialmente a redução se deveu a priorização que as unidades de saúde tiveram que dar ao atendimento aos pacientes com sintomas gripais e também do receio das pacientes em procurar a unidade de saúde para um procedimento eletivo em meio a uma epidemia.

Além disso, conforme o gráfico 75, identifica-se um aumento consistente no número de exame de citopatológicos coletados nos últimos três anos, inclusive na faixa etária prioritária (25-59 anos).

Com relação à colposcopia, em torno de 3,4% dos exames de citopatológicos são alterados, conforme os dados do SISCOLO/2008, portanto, o número de colposcopias que é o exame complementar utilizado nestes casos está se mantendo dentro do esperado, inclusive com aumento em relação ao ano anterior.

Com relação a qualidade das coletas do exame citopatológico, verifica-se que as coletas realizadas nas US de Porto Alegre são de ótima qualidade, 98% são satisfatórias, ficando o índice de coletas insatisfatórias abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde.

Em torno de 3,5 % dos exames coletados apresentam alterações necessitando do exame complementar denominado colposcopia, o qual é disponibilizado para aproximadamente 18% do número de citopatológicos coletados, bem acima do percentual esperado de alteração.

Em casos de necessidade de seguimento, a paciente é encaminhada para o especialista em patologia cervical. Atualmente, não há demanda reprimida para esta especialidade.

Considerando que Porto Alegre tem uma cobertura de ESF e UBS abaixo da necessidade da população, o acesso a saúde pode ser um dos problemas evidenciados que possa contribuir para o aumento considerável da coleta de exames, sendo necessário desta forma melhoria do acesso, investimento em educação em saúde e capacitação das equipes.

Observa-se um pequeno aumento na mortalidade por câncer de colo do útero nos últimos dois anos (44 em 2007, 56 em 2008 e 61 em 2009), apesar do aumento da detecção precoce através da coleta de citopatológico e colposcopia.

Com relação ao rastreamento do câncer de mama, de acordo com os parâmetros do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e do Protocolo de Rastreamento e Detecção Precoce do Câncer de Mama de Porto Alegre, é preconizado que o exame de mamografia deve ser anual para todas as mulheres de 50 a 69 anos e para todas as mulheres acima de 35 anos com fatores de risco para esta patologia. Em abril de 2008, foi publicada a lei nacional Nº 11.664 que dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o

seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do SUS. A lei prevê o rastreamento por mamografia (MMG), a partir de 40 anos de idade para todas as mulheres.

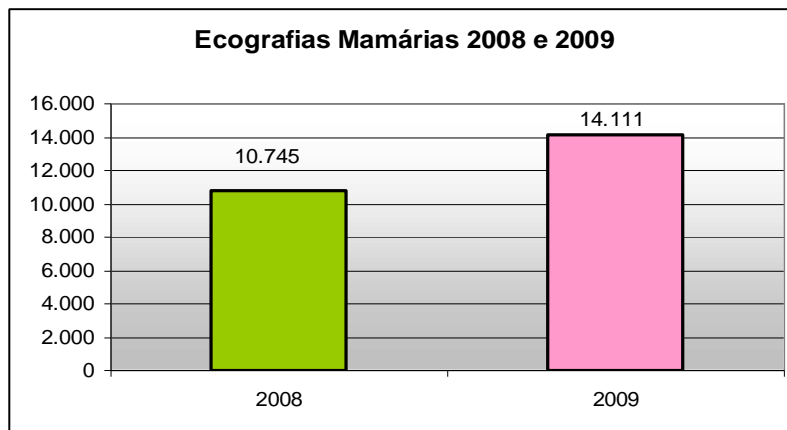


Gráfico 76 - Exames de ecografia realizados, 2008/ 2009.

Para facilitar o acesso aos exames de mamografias as cotas ficam concentradas nas Unidades de Saúde e ESF. As enfermeiras também podem solicitar este exame marcando uma consulta médica para avaliar o resultado. De acordo com os critérios do próprio INCA (Instituto Nacional do Câncer), é necessário para Porto Alegre uma oferta mensal de 6.393 exames de MMG, mas estão sendo ofertados 7.500 exames mês, sendo realizados em média 5.500 exames mês. A oferta de mamografias aumentou a partir de setembro de 2008 e, desde então, observa-se um aumento gradual nos número de exames de MMG solicitadas. Conforme os gráficos acima, observa-se um aumento de 16,96% nos exames realizados em 2008 comparado com 2007. No ano de 2009, observamos que este aumento persiste.

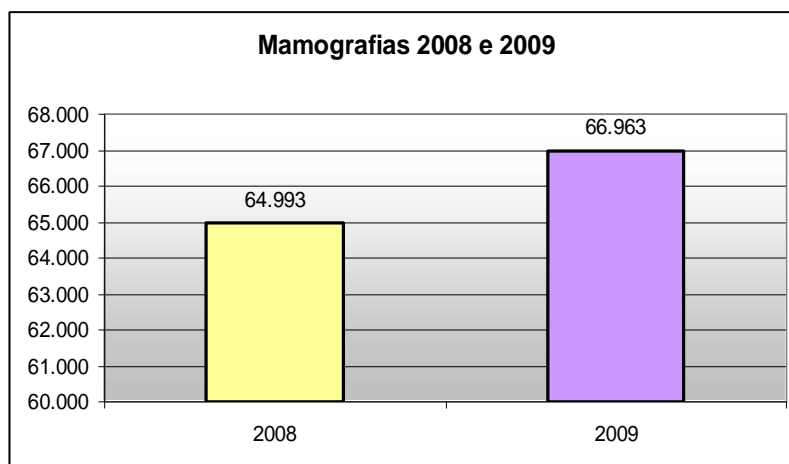


Gráfico 77 - Exames de mamografia realizados, 2008/ 2009.

Em relação às ecografias mamárias, que é um exame complementar a MMG, a necessidade mês preconizada pelo INCA é de 1.768 exames mês e estão sendo ofertando aproximadamente 1.572 exames mês. A oferta do exame aumentou em setembro de 2008 e tem aumentado a sua solicitação gradualmente deste então não havendo demanda reprimida na rede. Para facilitar o acesso, as cotas deste exame ficam nas Gerências e não mais na Central de Marcação.

Também no caso das ecografias mamárias, observa-se um aumento de 27% no número de exames em 2009 em relação a 2008. De janeiro a dezembro de 2009 foram totalizados 14.111 procedimentos de ecografias mamárias. Três mil e trezentas a mais que no ano de 2008.

A mortalidade por câncer de mama teve uma redução em relação a 2008 de 19 casos, este dado deve ser avaliado prospectivamente para verificar se a redução se mantém nos próximos anos.

### 7.3.2 HOMEM

#### **Cenário epidemiológico do homem adulto**

O senso comum considera o masculino como o sexo forte, mas, na verdade, deve ser visto como o sexo fraco, pelo menos em vários aspectos de suas vulnerabilidades físicas e psíquicas. Os meninos e meninas são criados de modos diversos. Os meninos são orientados para serem provedores e protetores e desde cedo são treinados para suportar sem chorar suas dores físicas e emocionais. A violência masculina também é estimulada pela educação. O menino deve revidar se apanhar, como também deve praticar esportes em que a violência sempre está presente e é aceita.

A diferença entre os dois sexos se mantém independentemente da morte ser por doenças cardíacas, cerebrovasculares, câncer, acidentes de carro ou homicídios, excetuando-se as mortes por hipertensão cerebral nas quais predominam as mulheres. A maior diferença se situa em torno dos 20 anos e após os 60 quando os homens adoecem e morrem mais. Os pesquisadores se dividem em relação às causas. De acordo com Pinheiro *et al.*, as diferenças de gênero no risco de adoecer variam de acordo com o estilo de vida (fumo, álcool, estresse, trabalho), fatores genéticos ou hormonais, como também com a biologia (maior vulnerabilidade masculina, mesmo na fase intrauterina). Poucos estudos apontam para a forma como é estruturada a subjetividade masculina e sua possível relação com a morbimortalidade.

Mais alguns dados podem reforçar esta inferência. Por exemplo, as consultas de mulheres e crianças são mais abundantes, de acordo com o PNAD de 1998, as mulheres procuram consultas médicas mais do que os homens. Elas declaram mais suas doenças, consomem mais medicamentos e se submetem a mais exames.

As questões relacionadas à saúde da população masculina estão entrando na pauta das discussões técnicas e políticas, depois de longo, histórico e inexplicável período de absoluta ausência na formatação das políticas públicas de gênero.



Neste ínterim, as perdas sociais foram catastróficas, com ruptura de várias famílias e lares, em razão da morte precoce de milhões de homens, muitos deles provedores, por agravos de saúde na maioria das vezes passíveis de prevenção. Os custos econômicos destas perdas, considerando uma expectativa de vida ainda produtiva destes cidadãos e considerando o manejo tardio de alto custo destes mesmos agravos, poderiam ser estimados em valores da ordem de bilhões de reais. Nesse sentido, até o ano de 2006, ainda permanecem lacunas quanto ao atendimento à saúde do homem nas mais importantes diretrizes em saúde pública no Brasil (Pacto pela Vida).

Uma questão que reforça o não comparecimento dos homens nos serviços de saúde seria o medo da descoberta de uma doença grave, assim, não saber pode ser considerado um fator de “proteção” para os homens independentes do grau de instrução. Outra dificuldade para o acesso dos homens a esses serviços é a vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde, particularmente a região anal, no caso da prevenção ao câncer de próstata.

Os serviços de saúde também são considerados pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as próprias campanhas de saúde pública não se voltam para este segmento.

Além disso, o mercado de trabalho geralmente não garante formalmente a adoção de tal prática, portanto, o homem em dado momento pode ser prejudicado e sentir seu papel de provedor ameaçado e que mesmo considerando que os homens deveriam cuidar de sua saúde, nem sempre conseguem agir de acordo com essa idéia. Isto reforça o que na literatura vem sendo apontado como o medo da descoberta de uma doença grave. Discursivamente, os homens costumam mencionar a saúde como uma situação ideal, mas este discurso não se traduz nas suas vivências.

A discussão da possível contradição entre dados epidemiológicos (que vêem o homem como mais vulnerável do que as mulheres) e o senso comum (que vê o homem como mais invulnerável) pode subsidiar o debate no sentido de revelar que essas idéias, aparentemente contraditórias, se complementam. Ou seja, os homens por se sentirem invulneráveis se expõem mais e acabam ficando vulneráveis.

Diante disto, existe um alinhamento construtivo e concordância em relação ao que os atores que construíram o PNAISH, responsáveis em termos de alguns eixos metodológicos, conceituais e práticos, consideram fundamentais para orientar a formulação de estratégias e ações.

Desta forma, a mudança do foco programático, saindo do restrito campo da “adesão a programas assistenciais de saúde” para uma perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma baseado na atenção integral, valorizando, fundamentalmente, a promoção da saúde, a qualidade de vida e a Educação é uma importante estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas.

Atualmente, nos países em desenvolvimento, a expectativa de vida dos homens tem sido, no mínimo, uma década menor que a das mulheres. Vários fatores podem estar contribuindo para esta realidade. Observando-se a situação específica da mortalidade da população masculina no Município, percebe-se um alto índice de mortes por doenças neoplásicas, cardiovasculares, infecto-contagiosas e por violência. Mais ainda, existem agravos crônicos à saúde desta população para os quais ainda não dispomos de políticas de enfrentamento aplicadas: hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias, estresse, e doenças urológicas de todo tipo. Os processos inflamatórios da próstata, comuns no adulto jovem, e a hiperplasia prostática benigna, por exemplo, podem virtualmente atingir a todos os homens, em especial a partir de 35 anos. As neoplasias malignas urológicas, somente, são responsáveis por mais de 25% de todos os tumores malignos no homem, sendo que o câncer da próstata é o tumor maligno mais freqüente na população masculina e a segunda causa de morte por câncer.

Tabela 110 - Dados Demográficos por GDS – Porto Alegre

Gerências	Homens	Mulheres
<b>Total</b>	<b>636.036</b>	<b>724.980</b>
Centro	116.442	150.570
Noroeste/HNI	82.881	97.023
Norte/EB	86.274	95.399
Glóri/Cruzeiro/Cristal	72.085	79.665
Sul/Centro-Sul	84.454	94.449
Partenon/Lomba	82.080	87.722
Restinga/Extremo-Sul	41.017	43.314

Fonte: Pessoas maiores de 18 anos , IBGE Censo 2000

Tabela 111 - Faixas etárias de homens em Porto Alegre por bairro

Faixa de Idade	Centro	Noroeste	Norte	Leste	Glória	Sul	Partenon	Restinga	Total
<b>Homens 25-29</b>	10234	6569	6857	5755	5800	6415	6606	<b>3248</b>	51485
<b>Homens 30-34</b>	8963	6128	6720	5276	5078	5918	5972	<b>3121</b>	47175
<b>Homens 35-39</b>	9828	6755	7039	5448	5349	6565	6132	<b>2856</b>	49971
<b>Homens 40-44</b>	9010	6565	6476	4920	4886	6449	5693	<b>2598</b>	46596
<b>Homens 45-49</b>	8237	5668	5508	3946	4124	5713	4689	<b>2256</b>	40142
<b>Homens 50-54</b>	7138	4644	4236	3235	3310	4658	3859	<b>1848</b>	32928
<b>Homens 55-59</b>	5721	3523	3085	2313	2396	3332	2831	<b>1311</b>	24512
<b>TOTAL por D</b>	59131	39852	39921	30893	30943	39050	35782	<b>17238</b>	292.810

A população masculina de Porto Alegre é de 636.036 homens maiores de 18 anos (IBGE, 2000), sendo 292.810 na faixa etária entre 25 e 59 anos, faixas etárias específicas abrangidas pela PNAISH.

Referente às causas de internação ao se realizar o cruzamento por capítulo do CID10, observa-se que as causas externas (Cap. 19) lideraram a estatística de casos de internação. O HPS e o HCR juntos representam o segundo maior contingente de homens entre 25-59 anos já internados. Já o HVN lidera os casos masculinos de doenças respiratórias (Cap. 10) e infecciosas (Cap. 01) na Rede Hospitalar. Em segundo lugar, a internação de homens é causada pelas Doenças Cardiovasculares (Cap. 9) e suas complicações. Em terceiro lugar, as Doenças Infecciosas (Cap. 1) levam os homens à internação hospitalar. Em quarto

lugar, por doenças do Aparelho Respiratório (Cap. 10) e, em quinto lugar, as doenças do Aparelho Digestivo. Na saúde mental as internações para tratamento da dependência química e do alcoolismo continuam sendo questões centrais a serem enfrentadas pela saúde mental neste município.

Mesmo havendo a feminilização da AIDS, os casos registrados são em maior número entre os homens, o mesmo acontece com a tuberculose, apresentando maior número de homens diagnosticados do que mulheres. A leptospirose e o tétano também registram mais números de casos entre os homens do que em mulheres, podendo ser atribuído pela maior exposição aos riscos destes agravos.

As quatro principais causas de morte na população masculina em Porto Alegre são: causas externas (violência e acidentes), doenças infecciosas, doenças cardiovasculares e neoplasias. Das oito GD, sete apresentam a mesma seqüência de causas de morte da cidade, exceto a GD Centro registrando em primeiro lugar de mortalidade masculina as neoplasias e em quarto lugar as causas externas.

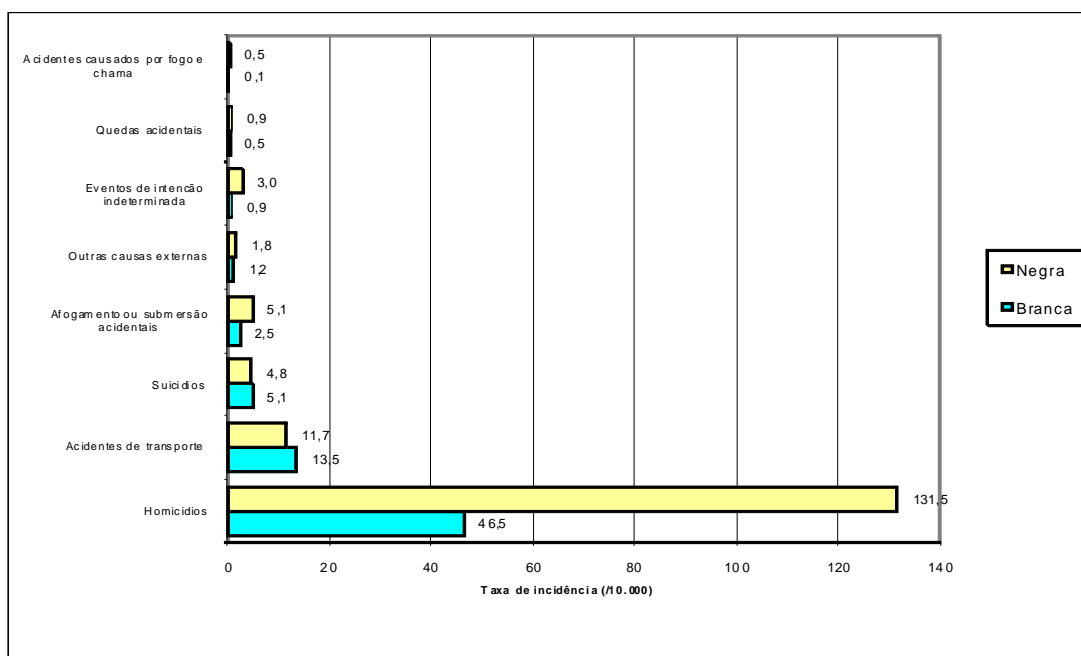


Gráfico 78 - Taxa de incidência de mortalidade por causas externas de 15 a 24 anos por raça/cor em Porto Alegre 2001 a 2009

O risco da população negra, em relação à população branca, de acordo com a tabela acima, para acidentes causados por arma de fogo e chama é 3 vezes mais, quedas acidentais 2 vezes mais, eventos de intenção indeterminada 3 vezes mais, outras causas externas 2 vezes mais, afogamentos ou submersão 2 vezes mais, suicídios e transporte não houve diferença no risco e para homicídio 3 vezes mais risco para a população negra em relação à branca.

Quanto às demandas da saúde do homem nos serviços de saúde observa-se que não há demanda potencialmente reprimida de vasectomias. O número de procedimentos realizados no ano de 2009 já demonstra aumento importante desde 2005 com mais de 900 procedimentos ano. Na cidade existem cinco serviços referencias para realização deste procedimento.

A oferta de preservativos, por outro lado, tem sido objeto de controle e avaliação por parte das equipes das Políticas de DST/AIDS em nível Estadual e Municipal.

As biópsias de próstata, que no ano de 2008 chegaram a 355 procedimentos no total, ainda persistem com demandas reprimidas – incluindo pacientes encaminhados no ano de 2007 – de quase 600 pacientes, os quais ainda seguem aguardando marcação através da Unidade Santa Marta e da Unidade IAPI, conforme levantamento realizado diretamente junto a estas unidades, via CR APS. Provavelmente a demanda atendida em 2008 esteja muito subdimensionada uma vez que não estão computados os procedimentos realizados no HNSC/GHC e no HSL/PUCRS. Da mesma forma, não estão computados aqueles pacientes que realizaram biópsia após serem submetidos a rastreamento oportunístico como sujeitos de pesquisa das “Quinzenas da Próstata” do HCPA. Logo, o redimensionamento da rede de atenção secundária, com a busca de novas alternativas, se torna extremamente necessário, para atender a maior demanda prevista com a implantação desta política.

Outro problema de saúde do homem é o câncer de pênis. O Brasil é reconhecidamente o país com maior prevalência deste tipo de câncer, sendo esta uma neoplasia que pode ser prevenida com educação e higiene. De outro lado, as disfunções sexuais foram pesquisadas em todo o país e observou-se que são altamente

prevalentes entre os homens brasileiros (Carta em defesa da saúde do Homem). Por fim, estando a população masculina com idade acima de 25 anos, em Porto Alegre, abrangendo quase 400.000 cidadãos, verifica-se que estes não dispõem de políticas públicas implantadas de atendimento específico de atenção às peculiaridades de sua saúde com este intuito.

### **Orientação para as metas de saúde**

Haverá continuidade dos esforços voltados ao fortalecimento da capacidade do município para detectar e responder prontamente aos desafios que se apresentem, mesmo antes da sua ocorrência, como a preparação para o enfrentamento, por exemplo, da síndrome respiratória aguda grave e da influenza. Assim como definições de forças tarefas que atuem em doenças que se apresentam com indicadores ruins, como a TB.

A atenção primária definirá os grupos de risco, integrando as medidas de proteção, vigilância e assistência. As ações serão voltadas para as particularidades dos segmentos populacionais específicos e as necessidades individuais, de modo a permitir não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e de terapêutica, mas também uma visão global das suas condições de vida. A gestão como um todo e os operadores do sistema de saúde deverão ser criativos para provocar parceiros visando desencadear ações intersetoriais potentes, capazes de alterar cenários desfavoráveis à saúde e qualidade de vida dos munícipes.

### **7.4 IDOSO**

A assistência à saúde do idoso tornou-se prioridade, tendo em vista o aumento progressivo da expectativa de vida observado nas últimas décadas. A população mundial com idade igual ou superior a 60 anos compreende cerca de 11% da população geral, com expectativa de aumento nas próximas décadas. No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, a população de idosos passou de 6,1% em 1980 para 7,3% em 1991, devendo chegar por volta de 10%

em 2010. Estimativas do IBGE indicam que em 2003 a população de idosos em Porto Alegre respondia 11,8% do total.

Tabela 112 - Distribuição da população idosa por Gerência:

<b>POPULAÇÃO</b>	<b>GERAL</b>	<b>IDOSOS</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
GD CENTRO	267012	49666	18,6%
GD HUM-NAV-ILH	179904	25778	14,3%
GD N- EIX- BALTA	181673	15522	8,5%
GD LESTE- NORD	147641	13043	8,8%
GD GLÓ-CRU-CRI	151750	15218	10%
GD SUL- C. SUL	178903	19012	10,6%
GD PART- LOMBA	169802	16016	9,4%
GD RST- EXT.SUL	84331	6436	7,60%
Total Porto Alegre	1361016	160691	11,8%

Fonte: Censo IBGE 2000

Estima-se que 204.900 pessoas com 60 anos de idade ou mais residam em Porto Alegre no ano de 2009, dos quais 37,4 são homens. Esse dado epidemiológico aponta para uma significativa taxa de mortalidade no sexo masculino. Ainda em relação a dicotomia da população idosa por sexo, encontramos um índice de envelhecimento



superior para as mulheres, tendo em vista o índice calculado através da divisão entre a população idosa (pessoas com 60 anos ou mais) e jovens (pessoas com menos de 15 anos de idade) multiplicada por 100. A partir dos dados, sabemos também que a mortalidade masculina atinge o auge após os 15 anos, ou seja, antes dessa idade o numerador não varia significativamente para jovens femininos e masculinos.

A avaliação desses índices contribui para se estudar a tendência da dinâmica demográfica, ou seja, maiores índices correlacionam-se com uma população mais envelhecida e podem indicar que a transição epidemiológica encontra-se em estágio avançado. Observamos que as capitais têm um índice superior em relação ao restante da população em todos os 5 estados com maiores percentuais. Porto Alegre está em segundo lugar, perdendo apenas para a cidade do Rio de Janeiro.

De acordo com o Inquérito Domiciliar de comportamento de risco realizado pelo MS e pelo INCA nos anos de 2002 a 2003, 45,9 % das pessoas com 60 anos ou mais referiram ter diagnóstico clínico de hipertensão em pelo menos uma consulta. A hipertensão arterial é o principal fator de risco para as doenças cerebrovasculares que são a primeira causa de morte no País.

Além da hipertensão arterial, outros fatores de risco levam ao AVC: diabetes mellitus, doenças cardíacas, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade e inatividade física. De acordo com os dados fornecidos pelo TabWin/GRSS, foram registrados 1170 casos de AVC em 2008 e 1156 casos em 2009, em Porto Alegre. É fundamental identificar os idosos que apresentem fatores de risco que podem levar tanto ao primeiro AVC como também para a recorrência do evento, com o objetivo de reduzir o número de internações na população com mais de 60 anos.

Em 1998, os dados epidemiológicos referentes à perspectiva de vida após um Acidente Vascular Cerebral indicaram óbito de 40 a 50% depois dos seis meses do acometimento e registraram que a maioria dos sobreviventes permaneceria com deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas. Por consequência, além do elevado número de óbitos, o AVC é considerado a principal causa de incapacidade no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em 2008, foram registrados 70.232 óbitos por AVC no país e o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou, no ano passado, 169.453 internações por Acidente Vascular

Cerebral. Só em 2009, foram investidos R\$ 189,6 milhões para o tratamento clínico destes pacientes.

O AVC, quando não é fatal, pode limitar de modo significativo o desempenho funcional do indivíduo, com graves repercussões para si e sua família. Associado aos déficits funcionais e cognitivos, o AVC pode provocar distúrbios respiratórios, alterações de fala, de linguagem e na dinâmica da deglutição.

A disfagia orofaríngea neurogênica (ou distúrbio da deglutição) é a seqüela mais comum do acidente vascular encefálico. Porém, outros agravos podem também causar a disfagia como, por exemplo, o envelhecimento natural das estruturas da deglutição (lábios, língua, bochechas, etc), as doenças neurológicas (como Parkinson e Alzheimer), o traumatismo craniano, as distrofias musculares e o câncer de cabeça e pescoço. As alterações da deglutição podem ocorrer em diferentes fases da vida, contudo, acometem especialmente os idosos. Assim, a orientação e o tratamento adequados são fundamentais para evitar problemas emocionais e o isolamento social, bem como desidratação, desnutrição, pneumonia e o risco de morte por asfixia.

As demências representam um conjunto de doenças de maior impacto na capacidade funcional da pessoa idosa, levando a perda progressiva da autonomia e da independência que acaba demandando a necessidade de um cuidador. As demências são classificadas em vários tipos de acordo com o quadro clínico, entretanto as mais comuns são demência tipo Alzheimer e demência vascular. Elas podem ser causadas por uma série de doenças subjacentes, relacionadas às perdas neuronais e danos à estrutura cerebral. A doença causa grande impacto sobre a vida dos pacientes e também sobre aqueles que convivem com eles, desse modo, tanto os idosos quanto seus familiares e cuidadores merecem atenção especial por parte dos profissionais de saúde após o diagnóstico da demência.

Outro agravo que compromete a qualidade de vida do idoso são as quedas. Entre as causas externas, a queda de pessoas idosas configura-se como a primeira razão de internação hospitalar. Em 2009, foram registradas 463 internações e em 2009 o número subiu para 485. As quedas de idosos têm como conseqüências, além de possíveis fraturas e risco de morte, a restrição de atividades, o declínio na saúde e o aumento do risco de institucionalização. Esse tipo de agravo gera não apenas prejuízo físico e psicológico, mas também aumento dos custos com os cuidados de saúde,

expressos pela utilização de vários serviços especializados, e, principalmente, pelo aumento das hospitalizações. As ações voltadas para diminuir o risco de quedas necessitam de uma abordagem multidimensional, o que só é possível por meio da ação integrada e especializada da equipe de profissionais de saúde. Além das ações educativas sobre alimentação saudável e prevenção de quedas no espaço doméstico, é necessário realizar capacitação profissional para o cuidado do idoso com maior risco de fragilidade e a adequação arquitetônica dos espaços urbanos e das edificações públicas.

Na atenção à saúde dessa população, destaca-se a implementação da Caderneta do Idoso em 2009. Mais de 50% das ESFs foram capacitadas até o final do 1<sup>a</sup> semestre e ficaram para o 2<sup>o</sup> semestre as demais ESFs. Em função da gripe A (H1N1), houve uma prorrogação dessa 2<sup>a</sup> etapa para o ano de 2010.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa contém uma série de informações gerais coletadas pelas Equipes de Saúde da Família, entre as quais, medicações utilizadas, monitoramento da pressão arterial, número de internações, quedas, etc. O objetivo é identificar os idosos independentes, ou seja, aqueles que mesmo sendo portadoras de alguma doença (as mais comuns são hipertensão arterial e diabetes), se mantêm ativos no ambiente familiar e no meio social, bem como identificar os idosos frágeis ou em processo de fragilização, com risco de perda de sua independência e autonomia. A partir da identificação e avaliação são priorizadas as ações de recuperação, de promoção e de atenção, evitando, com isso, a piora do quadro apresentado. Esta Caderneta fica sempre em poder do idoso, para facilitar qualquer atendimento necessário e a troca de informações entre os vários níveis de hierarquia do sistema de saúde (pós-alta hospitalar e retorno a sua unidade de saúde de origem) e seu preenchimento é feito por qualquer membro da equipe de saúde.

A Campanha de Vacinação contra Gripe (Influenza) tem por objetivo proteger grupos populacionais com maior vulnerabilidade para as formas graves da doença. O grande grupo a ser atendido nesta estratégia é composto das pessoas com idade de 60 anos ou mais. O desenvolvimento desta estratégia tem como resultado, já verificado, a diminuição da morbimortalidade das infecções respiratórias graves, principalmente as complicações da gripe, com conseqüente diminuição das internações hospitalares e óbitos.

No período considerado, o município apresenta uma média de 71,4% de cobertura vacinal. No período 1999 a 2007, a meta preconizada pelo Ministério da Saúde era vacinar 70% da população acima de 60 anos. A partir de 2008, a meta a ser atingida passou para 80% de cobertura vacinal, neste mesmo período houve um aumento no dimensionamento da população estimada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), ou seja, houve uma alteração no denominador para cálculo desta taxa.

Em 2007, a população acima de 60 anos estimada era de 171.454 e foram aplicadas 123.592 doses da vacina contra influenza. Em 2008, a população passou para 198.279 e foram vacinados 130.654 idosos. Em 2009 e 2010, a população estimada foi de 204.900 e foram vacinados respectivamente 147.121 e 134.685 idosos. Verifica-se que estão sendo vacinados mais idosos em números absolutos, mas como aumentou a meta e a população a serem vacinadas, as coberturas vacinais apresentam um percentual abaixo de 80%. O ano 2010 foi considerado um ano atípico em decorrência da vacinação concomitante contra o subtipo pandêmico do vírus Influenza (AH1N1) o que possivelmente explica ao declínio na linha de tendência que se mantinha estável até 2009.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. A Atenção à Saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família deve incluir um processo diagnóstico multidimensional influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação entre profissional de saúde e pessoa idosa, profissional de saúde e os familiares/cuidadores, a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico.

Espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento, apoio e assistência domiciliar ao longo do tempo, fortalecimento do vínculo com a equipe, fortalecimento da participação social dos idosos, respeito aos direitos e às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso.

A abordagem do envelhecimento ativo e saudável baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização, determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002). A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela deve permear todas as ações de saúde, sendo pensada em todos os ciclos de vida, desde o pré-natal até a velhice. A reorganização de hábitos saudáveis, o cuidado de si, o estabelecimento e o reconhecimento de uma rede social possibilitam um envelhecimento saudável e a manutenção do “estado de saúde” e de um viver com mais qualidade, mesmo com a existência de alguma doença estabelecida.

O perfil demográfico de Porto Alegre mostra também que a população na faixa etária acima de 60 anos está aumentando cada vez mais. O crescente aumento na proporção da população “mais idosa” no país, ou seja, pessoas com 80 anos ou mais, altera a composição etária dentro do próprio grupo. O que significa dizer que a população idosa também está envelhecendo, levando a uma heterogeneidade do segmento idoso brasileiro, onde há pessoas com plenas capacidades físicas e mentais e outras em situações de maior fragilidade e, conseqüentemente, vulnerabilidade. Desta forma, faz-se necessário criar medidas para dar assistência à saúde para este público.

As ações do município voltadas ao idoso, além do atendimento de suas doenças, visam ao desenvolvimento de ações preventivas e educativas buscando melhorar a qualidade vida. Nesse contexto, o mais importante não é a doença, mas a repercussão dela na vida do idoso. A capacidade funcional (conseguir se locomover, raciocinar, realizar tarefas e o auto-cuidado), é considerada um dos principais fatores relacionado à saúde dos idosos.

## 7.5 POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO ESPECIAL DE VULNERABILIDADE E INIQUIDADE

O direito à saúde é fundamento constitucional e condição substantiva para o exercício pleno da cidadania. Entretanto verificamos facilmente que alguns grupos populacionais têm experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer. Negros, indígenas e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer. Para ilustrar tais experiências destacamos a análise dos dados da cidade de Porto Alegre.

Destacamos, neste bloco, a população negra, remanescentes de Quilombos, de rua e prisional, pois a população indígena, analisada no bloco das condições de saúde deste plano, possui um encaminhamento diferenciado no cenário municipal, em consonância com a política nacional.

### **População negra:**

Além da inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros vivem em um constante estado defensivo. Segundo dados do IBGE, a expectativa de vida desagregada por gênero e raça revela para os segmentos da população, respectivamente: homem branco 69 anos, mulheres brancas 71 anos, homens negros 62 anos e mulheres negras 66 anos. A média de expectativa de vida para o total de brancos é de 70 anos e para o total de negros é de 66,8 anos.

O racismo é um fenômeno complexo caracterizado por diferentes manifestações a cada tempo e lugar. Seu caráter ideológico atribui significado social a determinados padrões de diversidades fenotípicas e/ou genéticas e imputa características negativas ao grupo com padrões tidos como “desviantes”, que justificam o tratamento desigual. O racismo é uma programação social e ideológica a qual todos estão submetidos. Historicamente, os significados sociais, as crenças e atitudes sobre os grupos raciais, especialmente o negro, têm sido traduzidos em políticas e arranjos

sociais que limitam oportunidades e expectativa de vida. O termo *racismo institucional* busca dar visibilidade a processos de discriminação indireta que ocorrem no seio das organizações. O racismo institucional opera no nível das instituições sociais, e diz respeito às formas como estas funcionam, seguindo as forças sociais reconhecidas como legítimas pela sociedade e, assim, contribuindo para a naturalização e reprodução da hierarquia racial (GUIMARÃES, 2005). Ele atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, operando de modo diferenciado na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial. Extrapola as relações interpessoais e instaura-se no cotidiano organizacional, inclusive na implementação efetiva de políticas públicas, gerando desigualdades e iniquidades. A utilização do conceito permite não apenas uma compreensão mais ampla sobre a produção e a reprodução das desigualdades raciais, como também aumenta as possibilidades de resgatar, nas políticas públicas e nas políticas organizacionais, novos olhares para desconstruir o racismo e promover a igualdade racial, desalojando o debate do plano exclusivo das relações interpessoais, para relocalizá-lo nos termos de sua dimensão política e social (SILVA *et alli*, 2009).

Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (CRI, 2006, p.22). O racismo se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial. Uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. As iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos são aquelas desigualdades evitáveis injustas e desnecessárias, além de sistemáticas e relevantes.

Conforme o Ministério da Saúde, os agravos à saúde podem ser maiores, caso não receba atendimento adequado as suas especificidades na promoção na prevenção e tratamento destas doenças.

Os indicadores epidemiológicos analisados em eixo anterior, demonstram que o município não têm assegurado o princípio da equidade na oferta de serviços considerando as especificidades da população negra.

A cidade possui quatro comunidades quilombolas identificadas, totalizando um contingente populacional de 633 pessoas. Populações que se autoreconhecem

como herdeiros de uma tradição afro-descendente, e que resistem à diáspora cotidiana ao qual estão submetidos. Essas comunidades, historicamente invisibilizadas e alijadas do poder, constituíram-se a partir de processos diversos de deslocamento e modificações na territorialização na cidade.

O Quilombo Família Silva está localizado na área de atuação da UBS Vila Jardim. O Quilombo do Alpes fica localizado na área de atuação da UBS Estrada Alpes. O Quilombo Fidelix e Luis Guaranha estão localizados na área de atuação da ESF Modelo.

Os problemas de saúde que atingem com maior gravidade as populações quilombolas são peculiares da população negra no Brasil. Nos Quilombos de Porto Alegre, o tabagismo atinge quase metade das famílias quilombolas, problemas respiratórios são apontados por 36,3% das famílias, dores no corpo/reumatismo por 32% e em alguns casos tais dores podem ser indícios de anemia falciforme (que atinge 10% das famílias). Existe um expressivo índice de famílias que sofrem problemas relacionados à saúde mental. Além daquelas que enfrentam problemas relativos ao consumo de drogas (8,2%), há aquelas com casos de problemas psicológicos como depressão (22%) e inúmeros casos de deficiência mental (atinge 10,5% das famílias). É peculiar e regular na população negra, a alta incidência de hipertensão arterial (queixa em 41%) e diabetes (atinge 15% das famílias). Estes dados reforçam resultados e recomendações sobre a necessidade de ações de saúde que contemplem a especificidade do processo de adoecimento na população (Cadernos de textos Básicos – Saúde da População Negra – Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, MS, 2004).

A falta de utilização da perspectiva étnico-racial na busca por equidade nas políticas e nas ações de saúde tem servido para manter a população negra em situação de vulnerabilidade na medida em que dificulta a identificação de disparidades, obstaculiza a assunção de medidas que melhorem suas condições de saúde e contribui para tornar o campo da saúde produtor e reproduzidor de desigualdades raciais.

Ainda em relação ao quesito raça/cor, na cidade de Porto Alegre existe a Lei Municipal 8.470/2000, que estabelece a inclusão dos itens de raça e etnia nos dados cadastrais da Administração Municipal. Porém, sua aplicação merece aprimoramento para melhorar a produção de dados. A capacitação e sensibilização tanto de



trabalhadores quanto de usuários do sistema de saúde sobre a importância da coleta do quesito é uma das chaves desse aprimoramento. Uma coleta eficiente, garantida pela auto declaração do usuário e pelo preenchimento correto do trabalhador, poderá reverter na construção de indicadores que orientem a elaboração de políticas públicas de promoção da equidade racial na saúde.

### **Pessoa com deficiência**

O município de Porto Alegre conta com algumas ações específicas na área de reabilitação, em serviços de referência. A rede básica identifica as necessidades e encaminha para avaliação de especialistas, que por sua vez encaminham para atendimento no serviço próprio do município (centro de fisioterapia no Centro Vila dos Comerciantes) ou para serviços privados contratados. A maior parte dos procedimentos destinados à recuperação física de afecções neuromusculoesqueléticas no Município e no Estado são realizadas em clínicas ou serviços de Medicina Física ou Fisioterapia. Estes pacientes sejam pequenos ou grandes incapacitados, recebem atendimento de forma incompleta, uma vez que estes tratamentos parciais não representam a Reabilitação. Somente através de uma equipe interdisciplinar pode-se restabelecer no indivíduo sua plena saúde física e psicossocial.

Atualmente, não há no município uma rede de reabilitação integral. Por esta razão, será implementada uma política de reabilitação. Para tanto, esta rede de reabilitação integral necessita de estrutura de alta, média e baixa complexidade, com área física adequada, profissionais habilitados, suporte de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e o envolvimento de todos os setores da sociedade que tenham ações que possam contribuir para o processo de reabilitação da pessoa portadora de deficiência. Contribuindo, assim, para a melhoria das suas condições de vida, sua integração social, e ampliação de suas potencialidades laborais e autonomia nas atividades da vida diária.

O processo de reabilitação deve ser individual e centrado na necessidade integral da pessoa, envolvendo também as ações e vivências que envolvem a comunidade. Deve pressupor a capacitação e a instrumentalização através de recuperação funcional, independência, autonomia e adequação psicoafetiva à realidade

da incapacidade. Deve contemplar a definição dos papéis e ações desenvolvidas pela família e comunidade. Este reabilitando, de posse destes instrumentos está habilitado para exercer, na plenitude de seu potencial, sua cidadania.

Segundo o Programa de Ação Mundial para Pessoas Com Deficiência, reabilitação é um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vistas a permitir que uma pessoa com deficiência alcance os níveis físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo, ajudas técnicas) e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais.

O processo de reabilitação deve ter início, meio e fim, ou seja, uma vez atingido um nível satisfatório de independência (que é a capacidade de realização das atividades da vida diária, e de autonomia, que significa a liberdade ou capacidade de governar-se a si mesmo, no amplo senso de dominar ou administrar um conjunto de situações da vida cotidiana, nas quais o indivíduo evolui, associando a capacidade de execuções, resoluções, gestão, decisão e adaptações recíprocas ao meio em que vive), o indivíduo deve ter alta da reabilitação, mantendo o acompanhamento de seu estado de saúde pela rede de atenção básica (Estratégias de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde).

Para que o processo de reabilitação seja bem sucedido, é fundamental o estabelecimento de uma rede de atenção em reabilitação que considere como prioritário o trabalho interdisciplinar, que pressupõe a associação entre as diversas disciplinas, provoca intercâmbios reais, socialização das informações entre os membros das equipes e implica em vontade e compromisso de elaborar um contexto mais geral no qual cada uma das disciplinas em inter-relação são, por sua vez, modificadas e passam a depender claramente uma das outras. Esta prerrogativa visa garantir uma atenção à saúde mais humanizada dos indivíduos portadores de deficiências e/ou incapacidades.

De acordo com o conceito da Organização Mundial da Saúde é "*o desenvolvimento de uma pessoa até o mais completo potencial, físico, psicológico, social, profissional e educacional, compatível com seu comprometimento fisiológico ou anatômico e limitações ambientais*".

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, conhecida como CIF, pertence à “família” das classificações internacionais desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para aplicação em vários aspectos da saúde. A Funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação.

Nas classificações internacionais da OMS, os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) são classificados principalmente na CID-10 (abreviatura da Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão), que fornece uma estrutura de base etiológica. A funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF. Portanto, a CID-10 e a CIF são complementares, e os utilizadores são estimulados a usar em conjunto esses dois membros da família de classificações internacionais da OMS. A CID-10 proporciona um “diagnóstico” de doenças, perturbações ou outras condições de saúde, que é complementado pelas informações adicionais fornecidas pela CIF sobre funcionalidade. Em conjunto, as informações sobre o diagnóstico e sobre a funcionalidade dão uma imagem mais ampla e mais significativa da saúde das pessoas ou da população, que pode ser utilizada em tomadas de decisão.

Segundo a CIF, a funcionalidade de um indivíduo num domínio específico é uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais (i.e. fatores ambientais e pessoais). Há uma interação dinâmica entre estas entidades, uma intervenção num elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários outros elementos. Estas interações são específicas e nem sempre ocorrem numa relação unívoca previsível. A interação funciona em dois sentidos, a presença da deficiência pode modificar até a própria condição de saúde

No Censo de 2000, foi pesquisado se a pessoa era portadora de deficiência mental permanente e, ainda, se portava um dos seguintes tipos de deficiência física permanente: tetraplegia, paraplegia, hemiplegia, falta de membro ou de parte dele. Foi investigado, também, se a pessoa era portadora de deficiência auditiva, visual e motora por meio da avaliação do seu grau de incapacidade (incapaz, com grande dificuldade ou com alguma dificuldade permanente, sem nenhuma dificuldade) de enxergar, ouvir e caminhar ou subir escada. Definiu-se como:

### **Deficiência mental permanente**

O retardamento mental resultante de lesões ou síndrome irreversível, que se caracteriza por dificuldades ou limitações intelectuais associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, autodeterminação, cuidados com saúde e segurança, aprendizagem, lazer, trabalho, etc. Não se considerou como deficiência mental as perturbações ou doenças mentais como autismo, neurose, esquizofrenia e psicose.

### **Deficiência física**

- Tetraplegia - a paralisia permanente total de ambos os braços e pernas (quadriplegia);
- Paraplegia - a paralisia permanente das pernas;
- Hemiplegia - a paralisia permanente de um dos lados do corpo; ou
- Falta de membro ou de parte dele - a falta de perna, braço, mão, pé ou do dedo polegar ou a falta de parte da perna ou braço.

### **Deficiência visual**

De acordo com a avaliação do grau de incapacidade visual (feita com o uso de óculos ou lentes de contato, no caso da pessoa utilizá-los) a classificação foi como:

- Incapaz de enxergar - quando a pessoa se declarou totalmente cega;
- Grande dificuldade permanente de enxergar - quando a pessoa declarou ter grande dificuldade permanente de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato; ou
- Alguma dificuldade permanente de enxergar - quando a pessoa declarou ter alguma dificuldade de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato.

### **Deficiência auditiva**

De acordo com a avaliação do grau de incapacidade auditiva, (feita com o uso de aparelho auditivo, no caso da pessoa utilizá-lo) a classificação foi como:

- Incapaz de ouvir - quando a pessoa se declarou totalmente surda;
- Grande dificuldade permanente de ouvir - quando a pessoa declarou ter grande dificuldade permanente de ouvir, ainda que usando aparelho auditivo; ou
- Alguma dificuldade permanente de ouvir - quando a pessoa declarou ter alguma dificuldade permanente de ouvir, ainda que usando aparelho auditivo.

### **Deficiência motora**

De acordo com a avaliação do grau de incapacidade motora, (feita com o uso de prótese, bengala, ou aparelho auxiliar, no caso da pessoa utilizá-lo) a classificação foi como:

- Incapaz de caminhar ou subir escadas - quando a pessoa se declarou incapaz de caminhar ou subir escadas sem ajuda de outra pessoa, por deficiência motora;
- Grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas - quando a pessoa declarou ter grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas sem ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar; ou
- Alguma dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas - quando a pessoa declarou ter alguma dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas sem ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar.

Esta estratégia de investigar a existência de deficiência ou incapacidade foi definida com a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE do Ministério da Justiça, em trabalho conjunto desde a fase de planejamento do Censo Demográfico 2000 (IBGE, 2000).

Segundo dados do Censo Demográfico 2000, 14% da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência de acordo com a sua classificação e, segundo a OMS, 2% da população mundial apresenta deficiências físicas.

É importante destacar que a inclusão no Censo Demográfico da pesquisa de deficiências na população brasileira se constitui em uma importante fonte de dados, que permite o planejamento de ações em saúde voltadas para esta parcela da população, porém, não incluiu dados sobre as incapacidades e suas conseqüências sobre a funcionalidade dos indivíduos.

### Estimativa de indivíduos com deficiência física no município

Estima-se que o município possui em torno de 23.900 pessoas portadoras de deficiências (PPD). Apresentamos abaixo a estimativa de PPD no município de Porto Alegre por gerência distrital.

Tabela 113 – Estimativa de PPD

<b>Gerência</b>	<b>População</b>	<b>Pop. PPD(2%)*</b>
<b>Noroeste Humaitá Ilhas</b>	179.610	3592
<b>Partenon Lomba</b>	178.713	3.574
<b>Restinga Extremo Sul</b>	83.430	1.669
<b>Centro</b>	267.087	5.342
<b>Norte Eixo Baltazar</b>	183.750	3.675
<b>Leste Nordeste</b>	147.441	2.949
<b>Glória-Cruzeiro-Cristal</b>	154.939	3.099
<b>Total</b>	<b>1.194.970</b>	<b>23900</b>

\*Refere-se à estimativa de pessoas com deficiências físicas da OMS.

Os dados do Censo Demográfico 2000 apontam 14% de pessoas portadoras de vários tipos de deficiência, entre as quais estão incluídas as deficiências físicas.

Um problema de grande relevância na reabilitação é a disfagia. Doença de base que pode ser congênita ou adquirida, permanente ou transitória, resultante de causas diversas: neurogênica, mecânica, decorrente da idade, psicogênica ou iatrogênica.

Na infância, a disfagia pode se tornar um problema de grande proporção, pois a alimentação, além de ser uma fonte de sobrevivência nos primeiros meses de vida, representa as primeiras experiências do recém nascido com o meio ambiente. Esse processo, se interrompido, pode acarretar sérios riscos ao desenvolvimento, como disfunção sensorio-motora oral, atraso no desenvolvimento, aversão alimentar e problemas psicológicos. Assim, alterações relacionadas à alimentação tornam essa função menos prazerosa tanto para a criança, quanto para a família. Qualquer dificuldade inicial no processo de alimentação pode trazer implicações no desenvolvimento global.

A avaliação precoce da disfagia e o início imediato da terapia adequada são essenciais para diminuir o impacto de morbidades associadas à disfagia.

As condições neurológicas são as etiologias, frequentemente, mais associadas à disfagia pediátrica, destacando-se as lesões cerebrais e a prematuridade. Disfagia é prevalente em bebês e crianças pequenas que têm histórias de prematuridade, displasia broncopulmonar, doença cardíaca congênita, anormalidades anatômicas, várias síndromes, traumatismo crânio encefálico e exposição à substâncias químicas durante a gestação, mais especificamente ao crack. No entanto, estudos atuais relatam que a disfagia pode ocorrer em crianças sem fator de risco aparente, manifestando-se sem a presença da tosse e sendo possível o seu diagnóstico somente através da videofluoroscopia, uma vez que a aspiração nestes casos é sempre silente, ou seja, sem tosse.

Em adultos destaca-se, entre os fatores etiológicos, as neoplasias de laringe, o Traumatismo Craniano, o Acidente Vascular Cerebral, a Doença de Parkinson, a Doença de Alzheimer, entre outros.



Os pacientes disfágicos do município de Porto Alegre encontram-se desassistidos do ponto de vista fonoaudiológico, em virtude da dificuldade de diagnóstico destes distúrbios da deglutição causada pelo pequeno número de exames videofluoroscópicos com acompanhamento fonoaudiológico oferecidos e pela dificuldade de acesso aos mesmos pelo SUS na cidade. Atualmente, esse exame somente é realizado no Hospital da PUC e Hospital da Criança Santo Antonio, sendo que neste último a agenda é aberta só para pacientes egressos deste hospital.

Para garantir este atendimento, são necessárias estratégias promocionais que possibilitem primeiramente o diagnóstico, para que posteriormente possa ser realizada a intervenção terapêutica e de forma integral.

### **População de Rua**

Moradores de rua são pessoas que fazem das ruas seu local de moradia permanente, em razão de fragilidade ou ausência de vínculos familiares, sofrimento psíquico, dependência química e alcoolismo, desemprego, rompimento do vínculo familiar e migração. A violência doméstica é uma das maiores causas de mulheres em situação de rua; além destas situações, existem pessoas em situação eventual de rua por violência doméstica (mulheres com crianças).

Cresce o número daqueles que estão em situação de rua por terem perdido suas casas e vínculos nos bairros de origem em função da violência urbana e da drogadição, principalmente em relação ao uso do crack, pois as organizações ligadas ao tráfico de drogas exercem controle sobre determinados agrupamentos urbanos.

Segundo pesquisa realizada pelo Laboratório de Observação Social (LABORS), vinculado ao Instituto de Filosofia e Ciências Sociais (IFCH) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em parceria com a Fundação de Educação Social e Comunitária (FASC) em 2008, foram identificados 1.203 pessoas adultas em situação de rua em Porto Alegre. O bairro com maior concentração de adultos em situação de rua foi o Centro (23%), seguido do bairro Floresta (15%) e Menino Deus (11,7%). Esses três bairros totalizaram 50,6% da população encontrada. Isso é

compreensível na medida em que é nesses espaços da cidade que se encontram os principais serviços de atendimento para essa população, assim como há grande circulação de pessoas e concentração de comércio e serviços.

Nessa população 81,8% são do sexo masculino, sendo a população feminina de 18,2%. Verifica-se uma relativa concentração etária nas faixas mais jovens. Entre 18 e 24 anos, encontra-se 19,7% da população, no intervalo dos 25 aos 34 anos são 30%, na escala de 35 a 44 anos são 22,1%, entre 45 e 54 anos encontramos o percentual de 21,9% e as pessoas com 60 anos ou mais são 3,2%.

Com relação à raça/cor, segundo dados do IBGE, a classificação negra/preta apareceu em primeiro lugar com 32%, seguida da raça/cor branca com 32,1% e parda com 24,7%. A categoria indígena com 2,1% e a amarela com 0,1%. No que se refere a raça/cor auto atribuída, temos uma pequena diminuição da categoria branca, que contou com 27,8% dos casos, a primeira categoria em termos percentuais. Houve uma diminuição significativa na categoria negra/preta que, na situação de autoatribuição, contou com 22% dos casos, o que deve ser relacionado com o aparecimento de categoria percentualmente importante, “moreno”, que contou com 12,1% das autodeclarações. Os autodeclarados “pardos” ficaram com 10%, houve 3,2% que se autodeclararam “indígenas”, 2,8% que se disseram “sará”, 1,7% se afirmaram “moreno claro/a”, o mesmo percentual se declarando “bugre”, 1,3% “misto” e 1,2% se autodeclararam “mulato/a”.

Mais da metade da população investigada nasceu em Porto Alegre ou Região Metropolitana (52%). Cerca de 35% migrou de outros municípios para Porto Alegre e 6,9% de outros estados.

Segundo a pesquisa supracitada, em 2008 havia 383 crianças e adolescentes em situação de rua em Porto Alegre. Destas, 19,7% estavam na faixa de 0 a 6 anos de idade e 30,5% entre 7 e 11 anos, enquanto acima desta idade 25% estavam na faixa de 12 a 14 anos e 24,5% na faixa de 15 a 18 anos. Desta população 29,5% eram do sexo feminino. Com relação à categoria raça/cor, 32,6% era parda/mulata, 31,9% negra/preta e branca, ficou em terceiro lugar, com 28,5% dos entrevistados.

No que tange a cidade natal dos entrevistados, a proporção de crianças e adolescentes provenientes do interior do estado é baixa: 4,42%. Também é pouco representativa a incidência dos que nasceram fora do Rio Grande do Sul: 3,3%.

As pessoas que vivem em situação de rua, ainda apresentam necessidades de acompanhamento social, devido a reivindicação de moradias, alimentação, trabalho, educação, desemprego, saúde.

Para atender às necessidades de saúde da população de rua de Porto Alegre, a ESF Sem Domicílio vem construindo uma rede integrada de atenção que conta com a intersetorialidade e a sensibilização da rede de saúde como um todo, visando um olhar diferenciado a esta camada populacional, buscando a sua inclusão social e cidadania independentemente do território. Para tanto, garantindo o acesso e acompanhamento continuado, o fortalecimento de sua autoestima e motivação para um processo gradual e contínuo objetivando seu auto cuidado e autonomia. Sendo assim, a criação de um vínculo e monitoramento sistemático de seus cuidados, a humanização do acolhimento, a criação de parcerias com a Rede de Assistência Social (FASC) e a Rede de Saúde Mental atendendo assim as necessidades de saúde desta população.

A ESF Sem Domicilio tem realizado esta tarefa e, atualmente, estão cadastrados 2667 moradores de rua que já receberam atendimento nesta unidade, e é referência para tratamento para tuberculose desde ano de 2006. A demanda de atendimento se refere, principalmente, em relação à tuberculose, HIV, saúde mental, gravidez de alto risco e outros. Ainda tem realizado ações de saúde objetivando a promoção da saúde, a prevenção e o diagnóstico precoce (vacinação, palestras, grupos de saúde, coleta de escarro, etc.).

O que tem se buscado é o resgate da história de vida dos usuários, o fortalecimento da autoestima, o acesso às demais políticas sociais, possibilitando sua saída do abrigo e o exercício de sua autonomia. O que tem ocorrido, é que essa população, ou tem permanecido nos abrigos por maior tempo ou tem retornado para a rua. Essa situação ocasiona um aumento significativo de demanda, incluindo um percentual significativo de jovens adultos com experiência de rua desde a infância.

Quanto à saúde mental, onde quase 70% dos moradores caracterizam esta população, existe grande dificuldade de internações e encaminhamentos, bem como a

utilização de drogas ilícitas. Conta-se apenas com o Cais Mental Centro (o qual não realiza atendimento para dependentes químicos), através de consultorias realizadas quinzenalmente com a equipe para discussão de casos.

### **População prisional:**

Outro grupo especialmente vulnerável é a população prisional, sobretudo à algumas doenças. A Vigilância do Programa de Controle da Tuberculose vem monitorando e avaliando de forma indireta a ocorrência da doença tuberculose no Sistema Prisional alocado na cidade de Porto Alegre. A transmissibilidade da tuberculose é um sério problema de saúde pública, uma pessoa doente contamina ao ano em torno de 15 pessoas, que terão a chance de adoecer aproximadamente em um ano. Se houver pessoas vivendo com HIV essa chance aumenta significativamente. Enquanto, uma pessoa HIV negativa infectada pelo bacilo da tuberculose tem uma chance de adoecer 10 a 15% em toda a sua vida, o portador do HIV tem este risco ao ano. Para termos o controle deste agravo é necessário curarmos 85% dos doentes e não ultrapassar uma taxa de 5% no abandono do tratamento.

O Sistema Prisional tem papel prioritário em decorrência de suas peculiaridades não só no âmbito de sua organização, mas também pela necessidade de intervenção necessariamente conjunta entre os gerentes de saúde e do próprio sistema prisional. O confinamento peculiar ao sistema prisional é um potencial amplificador de casos de tuberculose na cidade. A impossibilidade de monitoramento do tratamento tem propiciado o surgimento de Tb-MDR. Ainda que a população carcerária seja fechada seu contato com visitantes e profissionais de saúde e segurança poderá desencadear uma epidemia com bacilos multirresistentes. Uma epidemia com essa característica é potencialmente de alto risco em virtude do potencial impacto sobre a saúde individual e coletiva, gerando ainda vultosos custos para assistência em saúde. Esse grupo está especialmente vulnerável à doenças infectocontagiosas e a violências e à dificuldade de acesso à atenção a saúde na rede do SUS disponível na cidade, pela condição de presas.

## **Povos Indígenas**

Em 1999, a Lei 9.836 de 23 de setembro, estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde e em 2002, a Portaria nº 254/MS, de 31 de janeiro, instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas dividiu o país em 34 Distritos Especiais de Saúde Indígena - DSEI, com subordinação técnica ao Departamento de Saúde Indígena da FUNASA, em Brasília e às Coordenações Regionais da FUNASA, nos estados. O município de Porto Alegre está situado no DSEI Litoral Sul.

Em 19 de agosto de 2010, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), dentro da estrutura do Ministério da Saúde. Trata-se de uma reivindicação antiga dos povos indígenas. O prazo para a estruturação da nova secretaria é de 180 dias, ou seja, final de janeiro de 2011. Após esta reestruturação da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas será retomado o processo de repactuação da atenção à saúde com os estados e municípios que possuam populações indígenas.

Porto Alegre possui três etnias indígenas: Mbyá Guarani, Kaingang e Charrua.

A atenção primária à saúde é prestada nas terras indígenas ou nos pólos-base pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, compostas por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento. Os pólos-base localizam-se nas terras indígenas ou nos municípios. Como o município de Porto Alegre ainda não possui Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, a atenção primária à saúde dos povos indígenas é executada por Equipes de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde próximas ao local de moradia desta população. A atenção especializada (consultas e exames) e internações seguem a mesma lógica de referência e contra-referência do Sistema Único de Saúde utilizado para toda a população de Porto Alegre.

O município de Viamão possui uma Equipe Multidisciplinar de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que atende a etnia Mbyá Guarani do DSEI Litoral Sul ao qual Porto Alegre também pertence. Em contrapartida Porto Alegre fornece o Agente Indígena de Saúde – AIS - para atuar junto a esta equipe, bem como a atenção especializada (consultas e exames) e as internações.

Tabela 114 - Comunidades indígenas segundo etnia, serviços de atenção primária à saúde de referência e existência de Agente Indígena de Saúde – Porto Alegre - 2010

<b>Terra Indígena</b>	<b>UBS/ESF</b>	<b>Agente Indígena de Saúde - AIS</b>
Comunidade Kaingang Lomba do Pinheiro	ESF Panorama	Sim
Comunidade Kaingang Morro do Osso	UBS Tristeza	Sim
Núcleo Doméstico Kaingang Agronomia	UBS Vila Mapa	Não
Núcleo Doméstico Kaingang Vila Safira/Morro Santana	ESF Vila Jardim	Não
Núcleo Doméstico Kaingang Vila Jardim do Verde/Morro Santana	ESF Jardim Protásio Alves I e II	Não
Comunidade Mbyá Guarani Lomba do Pinheiro	Equipe Multidisciplinar do Pólo Base de Viamão	Sim
Comunidade Mbyá Guarani Aracuã/Cantagalo	Equipe Multidisciplinar do Pólo Base de Viamão	Não
Núcleo Doméstico Mbyá Guarani Lami	Equipe Multidisciplinar do Pólo Base de Viamão	Não
Comunidade Charrua/Aldeia Polidoro	UBS Lami	Não

Fonte: Área Técnica Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/ASSEPLA/SMS

A saúde dos povos indígenas é resultante da interação de alguns elementos fundamentais: acesso à posse da terra, grau de contato com a sociedade nacional, respeito à sua organização político-cultural, acesso às ações e serviços de promoção,

proteção e recuperação da saúde e a participação no controle dos serviços e ações de saúde.

A melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência de conhecimentos e tecnologias da biomedicina. Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística que considera as relações individuais, familiares e coletivas com o universo que rodeia as comunidades. As suas práticas de cura possuem uma lógica interna própria de cada aldeia ou etnia, bem como a sua relação com o mundo espiritual e os seres (animados e inanimados) do ambiente em que vivem.

No planejamento e na realização das ações em saúde, estas questões devem ser consideradas, bem como a importância da participação dos líderes indígenas (pajés, xamãs, kujás e caciques), pois eles são referências para a comunidade e podem facilitar o processo, contribuindo na sensibilização e na viabilização das ações. Outro aspecto a ser considerado é a qualidade da comunicação dos agentes de saúde com estas comunidades, dificultada pelo desconhecimento das línguas dos diferentes povos indígenas.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas tem o controle social exercido pelos povos indígenas e a sociedade não indígena. Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena são instâncias de caráter deliberativo, paritário por índios e segmentos da sociedade não indígena, como gestores do SUS, organizações governamentais e não-governamentais prestadores de serviço e trabalhadores do setor saúde dos DSEI.

Os indígenas também deveriam estar representados no Conselho Estadual de Saúde e nos Conselhos Municipais de Saúde. No Rio Grande do Sul esta questão ainda não está resolvida.

Os dados contidos no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena – SIASI - referem-se aos povos indígenas organizados em aldeias, chamados “aldeiados”.

Os indígenas de Porto Alegre são considerados “urbanizados” e somente no ano de 2009 foram cadastrados pela FUNASA. Os Charruas não constam do SIASI porque ainda não foi criado um código para eles no sistema.

Na figura abaixo consta o perfil demográfico dos povos indígenas no Brasil. A pirâmide populacional possui configuração semelhante no Rio grande do Sul e em Porto Alegre.

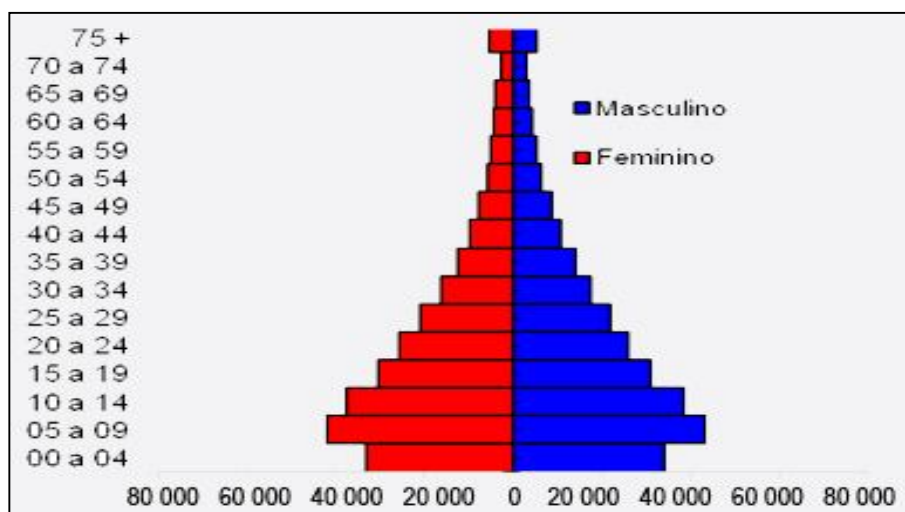


Gráfico 79 - Pirâmide populacional dos indígenas cadastrados no SIASI, 2009.

Tabela 115 - População indígena de Porto Alegre por etnia, gênero e comunidade

<b>Terra Indígena</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>População Total</b>
Comunidade Kaingang Lomba do Pinheiro	68 45,0%	83 55,0%	151 pessoas
Comunidade Kaingang Morro do Osso	48 53,9%	41 46,1%	89 pessoas
Núcleo Doméstico Kaingang Agronomia	06 40,0%	09 60,0%	15 pessoas
Núcleo Doméstico Kaingang Vila Safira/Morro Santana	15 55,6%	12 44,4%	27 pessoas
Núcleo Doméstico Kaingang Vila Jardim do Verde/Morro Santana	12 54,5%	10 45,5%	22 pessoas
Comunidade Mbyá Guarani Lomba do Pinheiro	36 45,6%	43 54,4%	79 pessoas
Comunidade Mbyá Guarani Aracuã/Cantagalo	66 52,4%	60 47,6%	126 pessoas
Núcleo Doméstico Mbyá Guarani Lami	18 51,4%	17 48,6%	35 pessoas
Comunidade Charrua/Aldeia Polidoro	11 47%	12 52,2%	23 pessoas
<b>TOTAL</b>	280 40,9%	287 50,6%	567 pessoas 100,0%

Fonte: Estudo Quantitativo e Qualitativo dos Coletivos Indígenas em Porto Alegre e Regiões Limitrofes, UFRGS, 2008.



Segundo a pesquisa “Estudo Quantitativo e Qualitativo dos Coletivos Indígenas em Porto Alegre e Regiões Limítrofes” (UFRGS, 2008), é expressiva a concentração da população na faixa etária entre 7 e 21 anos nas comunidades indígenas. Conforme a pesquisa, 70% está nessa faixa etária. Em contrapartida, a população idosa é mínima, apenas 4,8%. O número reduzido é um indicador das difíceis condições de vida enfrentadas por essa população. O estudo identificou 567 indígenas em dez grupos em Porto Alegre, sendo 53,6% Kaingang, 42,3% Mbyá Guarani e 4,05% Charrua. Durante o período pesquisado, foram levantados dados sobre demografia, meio ambiente, saúde, escolaridade, alimentação, entre outros, relativos ao modo de viver e pensar desses grupos. Atividades oriundas do artesanato e da horticultura é o foco da sustentabilidade dos indígenas, sendo que 80% dos Mbyá Guarani tiram seu sustento da horticultura e 90,8% dos Kaingang do artesanato, assim como 81,8% dos Charruas. Outro dado significativo é a pouca permanência dos indígenas nas diferentes localidades em que os grupos familiares se instalam. Estes locais não são consideradas aldeias pelas instituições FUNAI e FUNASA. Em média, o indivíduo índio fica de um a quatro anos em uma mesma localidade.

Apesar da implantação do SIASI a nível nacional, a partir de 2001, as informações epidemiológicas ainda são superficiais. No caso específico de Porto Alegre, as informações não estão disponíveis, visto que o SIASI é gerenciado pela FUNASA e os dados referem-se apenas aos Mbyá Guaranis que são atendidos por Viamão.

Segundo o 1º Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, maior estudo sobre a saúde dos povos indígenas já realizado no país, as alterações nos padrões alimentares e de atividade física têm provocado drásticas transformações na saúde indígena, levando para as aldeias problemas como obesidade, hipertensão arterial e diabetes. A pesquisa também apontou altas prevalências de desnutrição (em crianças) e de anemia (em mulheres e crianças).

A assimetrias determinadas pelos aspectos acima analisados, perpassam toda a cartografia da cidade e remetem para a necessidade de intensificação de políticas públicas prioritariamente em algumas regiões e alguns grupos populacionais, visando diminuir essas iniquidades. Se isso não for observado, a aplicação dos recursos públicos

pode, inclusive, aprofundar as diferenças e piorar ainda mais a condição de vida de algumas comunidades.

No conjunto de medidas estarão a continuidade e fortalecimento da educação em saúde, em especial nas escolas (ação intersetorial), que configuram espaço com grande potencialidade para a difusão de informações que gerem mudanças de atitudes nos alunos e famílias, voltadas para a promoção da saúde e, por conseguinte, para a qualidade de vida, sobretudo na efetivação da cidadania. Igualmente importante será a educação em saúde nos serviços

As ações de proteção a vida devem estar sendo discutidas e acompanhadas por vários atores da sociedade, a inserção da saúde como prática epidemiológica e preventiva.

## 8 A GESTÃO DO SUS

### 8.1 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO

O SUS, em seu processo de implantação e institucionalização, necessita de estratégias que busquem articular ações entre as três esferas de governo, visando à cooperação necessárias para um funcionamento efetivo e resolutivo. Salienta-se que o município é a instância onde devem se concretizar as ações em saúde necessárias ao pleno atendimento da população, pois existe maior proximidade entre o gestor e a população, estabelecendo, desta forma, condições para formular políticas locais que garantam práticas de saúde a partir das necessidades locais.

A estruturação do SUS tem na diretriz da descentralização um dos seus pilares fundamentais, e sua implementação vem promovendo um movimento político-institucional de redefinição de atribuições e responsabilidades entre os entes governamentais, expresso, atualmente, no Pacto pela Saúde, com o objetivo de incidir de forma qualificada na gestão da política de saúde.

Algumas das dificuldades para a consolidação e qualificação da descentralização no campo da gestão pública em saúde podem ser reportadas a uma série de fatores: insuficiência de recursos financeiros; insuficiência quantitativa do quadro profissional; iniquidades referentes ao acesso a serviços de saúde entre a população local e entre municípios, regiões e estados; mecanismos e instrumentos regulatórios com eficiência limitada; fragilidade e fragmentação dos sistemas de informação em saúde; ordenamento institucional compartimentalizado e fragmentado; fragilização dos espaços de pactuação intergestores; desarticulação institucional das práticas de planejamento, monitoramento e avaliação.

Esses problemas também são evidenciados nesta SMS de Porto Alegre e, mesmo com a progressiva municipalização, o processo de independência institucional para uma atitude pró-ativa frente às demandas assumidas pela SMS aconteceu parcialmente. Todos os problemas apontados no parágrafo acima devem ser considerados no desenvolvimento do trabalho em saúde, tendo em vista que podem ser

considerados marcadores da efetivação da municipalização do setor saúde na esfera pública.

A demora em assumir o compromisso com o Pacto pela Saúde, assim como aconteceu com muitos outros municípios do Rio Grande do Sul e Estados brasileiros, por exemplo, pode evidenciar a insegurança em assumir formalmente certas responsabilidades na atenção à saúde frente aos demais municípios parceiros. Ao mesmo tempo, essa mobilização obrigatória pelo Pacto pela Saúde permite uma autoavaliação sobre o preparo para assumir tal responsabilidade. A divulgação do Pacto trouxe, então, a reflexão forçada sobre as próprias responsabilidades gestoras e, mais uma vez, os Estados e municípios tiveram de ser induzidos por uma política elaborada na esfera da União, que os fez imergir em um processo de gestão participativa e colegiada.

Em outras palavras, concorda-se que há uma necessidade do processo de descentralização ser acompanhado de reordenamento gerencial e administrativo do sistema nas três esferas de gestão, demarcando competências, sejam elas somativas, exclusivas, concorrentes ou subjetivas. Porém, nem sempre as relações se estabelecem conforme o sistema normativo imposto por legislações e organogramas. Na busca pelo resultado perseguido, os indivíduos estabelecem estratégias frente ao que o sistema normativo impõe. O que um espaço compartilhado de gestão permite, então, é a diminuição da necessidade de atuação por meios não formais de colaboração.

Nesta perspectiva, a descentralização é entendida como um processo onde as decisões não necessariamente se afastam do centro, mas se aproximam e permeiam a periferia, refletindo as necessidades da população, onde o controle social permitirá viabilizar ações de equidade e justiça distributiva. Assim, se reconhece a descentralização como um dos instrumentos de ação governamental que objetiva democratizar o Estado e ampliar a justiça social.

Esta é, então, a realidade de Porto Alegre, onde os acordos de colaboração e as pactuações estão ainda em processo de formalização. Busca-se, com isso, a gestão participativa e espaços colegiados que ampliem as possibilidades de decisões e ações conjuntas para direcionar as políticas públicas de forma que elas reflitam e integrem, na medida do possível, desde as necessidades regionais até as locais. Para isso, as estratégias que estão sendo pautadas nesta SMS objetivam a efetivação da

regionalização e da descentralização com resolubilidade, permitindo a inclusão da população e do controle social ao mesmo tempo em que se busca otimizar e regular o sistema de saúde.

## 8.2 MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA

### A municipalização do SUS em Porto Alegre

[...] começa em 1994, com a assinatura do convênio “Gestão Descentralizada das Ações e Serviços do Sistema Único de Saúde” entre a Prefeitura e o Governo do Estado. A partir deste ano são transferidos para o Município os postos de saúde das ilhas da Pintada e Grande dos Marinheiros, o Centro Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador (CIAST), a Pensão Pública Protegida Nova Vida e o credenciamento de hospitais em Porto Alegre. Também são repassadas para o Município algumas ações de vigilância em saúde, o que demanda a criação do Centro de Vigilância à Saúde, depois denominada Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) (PORTO ALEGRE, 2010, p.4).

Em 1996, numa segunda etapa da municipalização, a Prefeitura amplia suas atribuições, efetivando o processo de descentralização do SUS na cidade. A gerência da maioria dos serviços públicos de saúde federais e estaduais passa para o Município, como os grandes centros de saúde. Os serviços que ainda permaneceram nas suas respectivas esferas de poder começam a ser geridos de forma indireta pelo Município, que assume a responsabilidade sanitária em seu território (PORTO ALEGRE, 2010).

A partir daí, houve um progressivo reordenamento do sistema de saúde municipal, em conformidade também com a Lei Municipal Complementar 273/92 e o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano e Ambiental e, “como consequência, os 11

distritos de saúde passaram a ser 16 e as gerências distritais de saúde passaram de seis para oito (PORTO ALEGRE, 2010, p.4).

A complexidade da rede de serviços e suas coordenadorias de gestão é tramada nos espaços de (inter) ação entre servidores (profissionais assistenciais e gestores), a população porto-alegrense e a sociedade civil organizada e representada pelo CMS e seus conselhos distritais. Nessa perspectiva, para a efetivação da Política Nacional de Saúde, a gestão local aqui será entendida como: “criação e utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios de organização da política” (PAIM, TEIXEIRA, 2006, p. 76), entendida como uma política descentralizada e regionalizada de efetivação do SUS no município de Porto Alegre. Considerando a diversidade de atores que podem se envolver nesse processo, pode-se falar em uma perspectiva colegiada dessa gestão em saúde:

A gestão, entendida como o conjunto de práticas para a condução do processo em instituições, torna-se qualificada quando permite e promove a socialização das informações e a participação do conjunto dos dirigentes, gerentes e trabalhadores nos processos decisórios e executivos (BRASIL, 2009, p.168 – ABC do SUS).

Essa dimensão, colegiada e participativa, deve integrar a análise e conferir direcionamento sobre os elementos que compõem e conduzem o fazer da SMS: Financiamento do SUS, Regulação do sistema, Informatização da rede de serviços e da gestão em saúde, Estrutura da SMS, Gestão do trabalho em saúde, Gestão Participativa, e a Avaliação e Planejamento no SUS.

### 8.3 FINANCIAMENTO DO SUS

O financiamento para a SMS e suas ações advém de recursos das três esferas de governo. Para o ano de 2009 e conforme a Emenda Constitucional nº 29, o Município investiu 19,01% dos seus recursos em saúde e o governo do Estado do Rio

Grande do Sul investiu apenas 7,24%. A União, por sua vez, mesmo sendo o responsável por 78,39% dos recursos da saúde pública investidos especificamente em Porto Alegre (BRASIL, 2010), não atingiu a variação nominal do PIB em relação ao ano anterior (EC 29), e investiu menos que 4% dessa variação para a saúde no Brasil (BRASIL, 2009).

Sobre as transferências das demais esferas de gestão ao Município, a esfera da União é reconhecida como principal financiadora do SUS, sendo responsável por 96,79% dos recursos transferidos, conforme segue abaixo (tabela 116).

Tabela 116 - Despesa total e específica em saúde em Porto Alegre/RS, 2009.

<b>Indicador</b>	<b>Valor</b>
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	96,79 %
Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 521,98
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	35,02 %
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	1,62 %
Participação da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	48,30 %
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	0,68 %
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	19,01 %

Fonte: SIOPS/DATASUS, acessado em: dez./2010.

A despesa em saúde na SMS de Porto Alegre, incluindo todos as transferências governamentais, equivale a R\$ 521,98 em saúde por habitante em 2009 (tabela 116), enquanto que a média do investimento *per capita* no Brasil foi de R\$ 449,93 para o mesmo ano. Por apresentar média *per capita* superior à nacional, essa informação não significa necessariamente um financiamento suficiente na esfera municipal de Porto Alegre. Cabe lembrar que houve uma redução global nos investimentos em saúde relacionados à esfera Estadual e da União, se for considerado que os investimentos deveriam acompanhar proporcionalmente o incremento tecnológico no setor e a ampliação da cobertura da atenção à saúde estimulada pela efetivação do SUS e pela municipalização.

Não explicitado o quadro acima, mas subtraindo o transferido pela União ao total transferido para o município, toma-se como hipótese que o Estado do Rio grande do Sul completa o total dos recursos transferidos para o SUS em Porto Alegre com apenas 3,21%. No entanto, conforme o quadro a seguir (tabela 117), o Estado do Rio Grande do Sul foi responsável por apenas 1,84% de todos os recursos destinados a esta SMS, enquanto que a União ofertou 55,53% e o Município 41,9% dos recursos totais transferidos para esta SMS. Essa discrepância, entre o investido pela União, Estado e Município, atenta para a necessidade de discussão sobre as responsabilidades gestoras no SUS.

Tabela 117 - Transferências de outras Esferas de Governo para a Saúde (Transf. Reg e Automáticas, Pgto Serv., Convênios) e investimento Próprio, 2009.

Transferências de Recursos do SUS	Receita Realizada 2009 (R\$)
União (X)	429.616.110,32
Atenção Básica	34.340.710,47
Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	381.965.072,79
Vigilância em Saúde	4.962.168,51
Assistência Farmacêutica	5.824.734,72



Gestão do SUS	879.278,42
Convênios	98.100,00
Outras Transferências Fundo a Fundo	1.546.045,41
Estado(XI)	14.270.924,79
Outras Transferências do Estado	14.270.924,79
Municípios (XII)	324.132.338,22
Outras Receitas do SUS (XIII)	5.571.164,72
Remuneração de Depósitos Bancários	5.571.164,72
Total (XIV = X + XI + XII + XIII)	773.590.538,05

Fonte: SIOPS/DATASUS, dez./2010.

Sobre o repasse fundo a fundo em esferas de densidade tecnológica, os dados acima (tabela 117) evidencia a predominância de repasse de recursos para a Média e Alta Complexidade, sendo que esta SMS entende que há a necessidade de ampliar os investimento na Atenção Básica, de forma a contemplar o direcionamento político-institucional adotado na esfera municipal. Não significa, portanto, que seja negada a necessidade de se continuar investindo em Média e AC, mas, de outra forma, que não deve ser a primeira frente de financiamento ao SUS municipal. Essas considerações conduzem à percepção da necessidade de ampliar o financiamento global do SUS em todas as esferas de gestão, principalmente estadual e federal.

Atualmente, com o Pacto pela Saúde, há um reconhecimento de que as necessidades financeiras devem ser pactuadas entre os gestores. Isso possibilitará a revisão das necessidades reais de financiamento, induzindo à autoavaliação gestora para a adequação da capacidade de financiamento. Desta forma, todos os investimentos em saúde deverão ser explicitados e trazidos à disposição de forma a permitir o acesso a uma quantidade maior de pessoas envolvidas no processo de pactuação e, conseqüentemente, do controle social. A seguir são dispostos os quadros sobre os pacotes específicos de recursos da União e do Estado destinados a SMS de Porto Alegre, conforme a portaria 586 de 2006.

## DECRETO PORTARIA Nº 586/06

PADRONIZAÇÃO DOS VÍNCULOS DOS RECURSOS DA SAÚDE PAGOS PELO ESTADO AOS MUNICÍPIOS		
VÍNCULO	FINALIDADE OU PROJETO	PROGRAMA
4.000	GESTÃO DO SUS	MUNICÍPIO RESOLVE
4.010	GESTÃO BÁSICA	MUNICÍPIO RESOLVE
4.020	GESTÃO PLENA	MUNICÍPIO RESOLVE
4.030	INVERNO GAÚCHO	MUNICÍPIO RESOLVE
4.040	VERÃO GAÚCHO	MUNICÍPIO RESOLVE
4.050	FARMÁCIA BÁSICA	FARMÁCIA
4.060	FARMÁCIA 3ª IDADE	FARMÁCIA
4.070	FARMÁCIA SAÚDE MENTAL	FARMÁCIA
4.080	PACS	SAÚDE PRA TODOS
4.090	PSF	SAÚDE PRA TODOS
4.100	PSF INDÍGENA	SAÚDE PARA TODOS
4.110	SAÚDE BUCAL	SAÚDE PRA TODOS
4.120	SAÚDE BUCAL INDÍGENA	SAÚDE PARA TODOS
4.130	PRÊMIO VIVA À CRIANÇA	SAÚDE PARA TODOS
4.140	INCENTIVO À HANSENÍASE	SAÚDE PARA TODOS
4.150	INCENTIVO À TUBERCULOSE	SAÚDE PARA TODOS
4.160	PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR	PIM
4.170	SALVAR	PROGRAMA SALVAR
4.180	SANITÁRIA	VIGILÂNCIA EM SAÚDE
4.190	EPIDEMIOLOGIA	VIGILÂNCIA EM SAÚDE
4.200	AMBIENTAL	VIGILÂNCIA EM SAÚDE
4.210	TRABALHADOR	VIGILÂNCIA EM SAÚDE
4.220	CUCA LEGAL (CAPS)	CUCA LEGAL (CAPS)

4.230	HOSPITAIS PÚBLICOS MUNICIPAIS	PARCERIA RESOLVE
4.240	REGIÃO RESOLVE	CONSULTA POPULAR
4.250	SALVAR	CONSULTA POPULAR
4.260	SAÚDE PARA TODOS	CONSULTA POPULAR
4.270	CUCA LEGAL (CAPS)	CONSULTA POPULAR
4.280	PROSAN	CONSULTA POPULAR
4.290	SANEAMENTO BÁSICO	PROSAN
4.300	ESPECÍFICAS (POR PROJETO)	CONVÊNIO MUNICIPAIS
4.310	ESPECÍFICAS (POR PROJETO)	CONVÊNIO ENTIDADES PARCEIRAS

## PORTARIA Nº 586/06

PADRONIZAÇÃO DOS VÍNCULOS DOS RECURSOS DA SAÚDE PAGOS PELA UNIÃO AOS MUNICÍPIOS		
VÍNCULO	FINALIDADE OU PROJETO	PROGRAMA
4500	FUNASA - INCENTIVO À DESC. DE UNIDADES SAÚDE	PAB
4510	PAB FIXO	PAB
4520	PSF – SAÚDE DA FAMÍLIA	PAB VARIÁVEL
4530	PACS – AGENTES COM. DE SAÚDE	PAB VARIÁVEL
4540	SAÚDE BUCAL	PAB VARIÁVEL
4550	FATOR INCENTIVO POVOS INDÍGENAS	PAB VARIÁVEL
4560	INCENTIVO SAÚDE SISTEMA PENITENCIÁRIO	PAB VARIÁVEL
4570	POLÍTICA À SAÚDE ADOLESC. CONFLITO COM A LEI	PAB VARIÁVEL
4580	COMPENSAÇÃO ESPECIFICIDADES REGIONAIS	PAB VARIÁVEL
4590	TETO FINANCEIRO	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
4600	CEO	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
4610	LABORATÓRIO PRÓTESE DENTÁRIA	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
4620	SAMU	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
4630	CENTRO REF. SAÚDE TRABALHADOR	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
4640	HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
4650	INTEGRASUS	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
4660	FIDEPS	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
4670	IAPI	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
4680	OUTROS A SEREM INSTITUIDOS POR ATO NORMATIVO	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
4690	FUNDO AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO	FAEC
4700	NOVOS PROCEDIMENTOS (CUSTEADOS POR SEIS MESES)	FAEC
4710	TETO FINANCEIRO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	VIGILÂNCIA EM SAÚDE
4720	FORTALECIMENTO GESTÃO DA VISA (VIGISUS II)	VIGILÂNCIA EM SAÚDE
4730	CAMPANHAS DE VACINAÇÃO	VIGILÂNCIA EM SAÚDE
4740	INCENTIVO PROGRAMA DST/AIDS	VIGILÂNCIA EM SAÚDE
4750	TERMO AJUSTES E METAS – TAM (MAC – VISA)	VIGILÂNCIA EM SAÚDE
4760	PISO ATENÇÃO BÁSICA EM VISA – PAB VISA	VIGILÂNCIA EM SAÚDE
4770	FARMÁCIA BÁSICA FIXA	ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA
4780	FARMÁCIA BÁSICA VARIÁVEL	ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA
4790	CONTROLE DE ENDEMIAS	ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA
4800	ANTIRRETROVIRAIS DO DST/AIDS	ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA
4810	SANGUE E HEMODERIVADOS	ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

O orçamento anual da SMS considera os valores gastos no ano anterior e a perspectiva de atenção relacionada às áreas estratégicas a serem implementadas. Dentre os investimentos orçados para 2011, teremos: Sistema de Saúde da Restinga, Hospital de Pronto-Socorro – HPS, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – HMIPV, Pronto-Atendimento, Coordenadoria Geral do Sistema Municipal de Urgências – CMU, Saúde da Mulher, Prestadores Públicos e Privados de Saúde, Assistência Farmacêutica, Dst/Aids, Laboratório Central de Análises Clínicas, Estratégia de Saúde Escolar, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Saúde Bucal, Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Atendimento à Saúde do Servidor, Publicidade e Comunicação Social, Administração Geral da SMS, Comunidades Terapêuticas, Obrigações Patronais (PREVIMPA e outras) e Regime Próprio da Previdência Social, Atenção à Dependência Química, Conselho Municipal de Entorpecentes – COMEN, Conselho Municipal de Saúde - CMS, Ouvidoria.

Todos estes investimentos deverão ser analisados quando da decisão pela sua aplicação, considerando as referências legais relacionadas ao SUS e à gestão pública financeira. Da mesma forma, investimentos não inclusos no orçamento, se devidamente justificados a sua importância e a sua dimensão na resolubilidade da atenção e melhoria das condições de saúde da população, serão estudados caso a caso.

#### 8.4 REGULAÇÃO DO SUS

A política de Regulação da Atenção a Saúde deve ter como missão implementar uma gama de ações que incidam sobre os prestadores, públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolutividade e da humanização. Deve, portanto, articular e integrar mecanismos que permitam aos gestores regular as ações e serviços de saúde, tais como: fazer dos contratos entre gestores e prestadores, pactos; reformular as atividades de controle assistencial e da avaliação da atenção a saúde; desenvolver os protocolos assistenciais e implementar a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores.

Com o objetivo de organizar a gestão pública da saúde foi aprovada a NOAS 01/2002, que estabelece os processos de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, definindo responsabilidades de estados e municípios na pactuação de recursos e um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência do acesso.

A partir da Lei Orgânica da Saúde 8080 e da criação do SUS, o governo central, os estados e municípios vêm desenvolvendo diferentes estratégias para regulação do sistema público de saúde, buscando a garantia dos princípios básicos de equidade e universalidade de acesso dos cidadãos aos serviços de saúde.

A Gerência de Regulação de Serviços de Saúde (GRSS) é responsável pela regulação das consultas especializadas, procedimentos de alto custo e hospitalizações nos serviços de saúde públicos e contratados (ou conveniados). Composta de Ambulatório de Apoio Administrativo, Auditoria, Cadastro de Nacional de estabelecimento de Saúde, Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados, Central de Regulação de Internações Hospitalares (CERIH), Faturamento, Núcleo de avaliação de Contas Hospitalares (NACH) e Núcleo de Relação com os Prestadores.

Vem aumentando progressivamente, em especial através da CERIH e o NACH, o controle através da pendência do faturamento das contas para os que não seguem os fluxos da regulação, sobretudo do ingresso no sistema hospitalar. A principal barreira para que esta ação se intensifique é a ausência de um sistema informatizado que integre as diferentes etapas da regulação e os diferentes prestadores de serviços.

A regulação eficaz muda a lógica do acesso aos serviços obrigando o atendimento das necessidades estabelecidas pelo gestor, não sendo permitida a escolha de pacientes ou de procedimentos por parte do prestador ou o tráfico de influências. Por este motivo, o ato de regular enfrenta uma série de obstáculos e vários mecanismos são experimentados visando fugir do controle, tais como:

- a) Nº de leitos vagos informados para a central de regulação de leitos não corresponder aos realmente existentes;

- b) Recusa em aceitar transferências e internações de pacientes regulados, porém, aceitação do mesmo se for contato direto entre os serviços;
- c) Aumento de bloqueios das agendas ofertadas para a CMCE;
- d) Oferta de agendas não correspondentes às especialidades e procedimento para os quais estes serviços estão habilitados; e
- e) Aumento do número de atendimento de pacientes tendo como porta de ingresso no sistema as emergências, muitas vezes para a realização de procedimentos considerados eletivos como forma de não seguir os critérios da regulação . Ou seja, opta-se pela “urgencialização” do atendimento para fugir às regras da regulação, e hoje 60% das internações têm caráter informado como urgentes para 40% das internações eletivas, quando o inverso é o esperado.

Fazem parte das atividades da regulação: Atuar sobre a demanda reprimida nos procedimentos regulados; Distribuir de forma equânime os recursos de saúde para população própria ou referenciada; Gerenciar a fila de espera para consultas ou procedimentos, estabelecendo prioridades; Organizar e garantir o acesso às ações e serviços em tempo oportuno; Oferecer a melhor alternativa assistencial disponível, considerando a necessidade do usuário a disponibilidade do recurso; Otimizar a utilização de todos os recursos disponíveis; Subsidiar o processo de programação pactuada (PPI); Assessorar os gestores no processo de contratação de prestadores de serviços de saúde; Controlar o cumprimento das metas físico-financeiras dos estabelecimentos contratados; e autorizar formalmente os procedimentos regulados através do fornecimento de senha.

Os problemas elencados acima acarretam em diminuição da oferta dos serviços que deveriam estar sendo regulados e, conseqüentemente, aumenta a demanda reprimida, podendo agravar a condição de saúde das pessoas que aguardam pelas consultas ou procedimentos. Para alterar essa realidade, está sendo proposto a implementação e qualificação da rede informatizada.

## 8.5 INFORMATIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS E DE GESTÃO EM SAÚDE

Um grande volume de dados e informações está sendo cotidianamente produzido pelos diferentes profissionais em suas atividades diárias, com diversas folhas de evolução especializadas e redundantes, formulários catalogados em diversos livros (de cadastro de clientes, de agendamento, de inscrição em programas e atividades) e anotadas em fichas como as que registram as vacinas aplicadas. Esses dados são registrados de tal forma que dificilmente possibilitarão a sua transformação em informações a serem utilizadas no planejamento, na avaliação da qualidade da atenção e do impacto das ações sobre a saúde da população. Adicionalmente, a SMS tem sido indagada a responder sobre o processo de atendimento nos seus serviços de saúde sem, no entanto, dispor dessas informações de forma oportuna e organizada, necessitando de maior tempo e servidores para atendimento dessas demandas.

A integração das informações geradas através dos diversos sistemas envolvidos no atendimento permite o compartilhamento com outras instituições de saúde, conseguindo-se, desta forma, melhorar a qualidade da assistência ao paciente e iniciando a implementação do conceito de assistência integrada. Esse novo conceito de fazer saúde requer um sistema de informações que dê suporte a um prontuário efetivamente virtual e longitudinal e um sistema de telecomunicações adequado para sua implementação.

A SMS considerou duas questões fortemente estratégicas e que devem ser respondidas pelo novo sistema:

- Aumentar a qualidade e ampliar o atendimento de Saúde otimizando os recursos disponíveis (infraestrutura e recursos financeiros próprios ou de outras esferas de governo), garantindo a atenção integral e continuada dos usuários do SUS.
- Facilitar o acesso, diminuindo o tempo de espera.

Essas questões serão respondidas se observados os seguintes requisitos:

- Refletir a proposta da atividade de Acolhimento dos usuários nas unidades de saúde;
- Implementar a classificação de risco;
- Ter performance que garanta que não existirão filas nos guichês de agendamento de consultas;
- Emitir comprovante de agendamento para o usuário, contendo o local da consulta (unidade de saúde), data e horário, profissional, especialidade, dados do paciente e detalhes complementares como sala, andar, etc;
- Emitir receitas, requisições de exames e encaminhamentos de forma integrada com os subsistemas de controle de estoque, agenda, cotas de procedimentos, etc.
- Cadastrar todos os usuários em módulo de Cadastro, compatível com o modelo do Cartão SUS do MS e emitir o Cartão de Saúde de Porto Alegre;
- Identificar usuários que pertencem à área de atuação da Unidade;
- Identificar usuários que NÃO pertencem à área de atuação da Unidade, mas desejam estabelecer vínculo com ela. O vínculo de usuários de fora da área de atuação deverá possuir regras definidas pela Secretaria como padrão a todos os serviços;
- Auxiliar no gerenciamento das agendas dos profissionais de saúde;
- Registrar os dados gerados a partir dos atendimentos realizados nas unidades de saúde, conforme padrão determinado pelo sistema SIA SUS;
- Possuir interface amigável e de fácil uso por profissionais de baixa especialização e com pouco conhecimento de informática;
- Necessitar de pequeno volume de digitação;



- Produzir relatórios padronizados e customizáveis;
- Possibilitar a implantação em módulos, sem interferir desfavoravelmente com as atividades em desenvolvimento;
- Respeitar as questões éticas e de segurança.

Ou seja, o processo de informatização da SMS é um projeto de modernização de todo o Sistema de Informações em Saúde (SIS) desta SMS-POA. Para atender ao objetivo de incluir na rede municipal de saúde de POA de um sistema integrado de informações que qualifique o atendimento aos usuários, as condições de trabalho dos profissionais e a gestão das ações de saúde, esse processo de modernização da informatização da SMS permeará não somente a sua rede própria, mas todos os serviços prestados para o SUS no âmbito municipal.

Lembra-se que o objetivo desta dimensão em informatização é, primeiramente, a garantia dos princípios básicos de equidade e universalidade de acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, conforme preconiza a Lei Orgânica da Saúde – LOS (BRASIL, 1990). Associado a isso, o fato de esta ser a sétima tentativa de informatização desta SMS nos últimos 19 anos justifica a necessidade urgente de modernizar o sistema informatizado existente, visto que há um quadro atual de precariedade que:

- Dificulta a agilidade da assistência à saúde, devido à morosidade atual da transferência de informações necessárias aos processos burocráticos e protocolizados na gestão e na assistência à população;
- Desperdiça recursos públicos, pela não regulação dos prestadores de serviços a SMS e não rastreabilidade das ações e utilização de serviços pelos usuários na rede de assistência da SMS e;
- Limita a capacidade de ação frente ao obscurantismo em informações que algumas equipes sofrem, causado pela indisponibilidade de acesso à Internet e dados e informações pertinentes à tomada de decisões adequada e em tempo hábil.

O processo de expansão, consolidação e modernização da informatização da SMS-POA objetiva atingir a todas as estruturas de atenção à saúde por meio de rede fixa e móvel (*wireless*). Incluirá, ainda, a integração entre os sistemas desta SMS, por meio da sua Gerência de Regulação de Serviços de Saúde (GRSS), e os prestadores de serviços de média e alta complexidade.

A viabilidade desta proposta será por meio da prestação de assistência técnica em tecnologia da informação (TI): 1) pela PROCEMPA, que auxiliará na identificação de necessidades ainda não coberta pelo Sistema de Informação em Saúde municipal atual; 2) e pela própria SMS, que se responsabilizará em atuar diretamente na implementação de novos módulos, com alterações necessárias ao SIS, e por meio de educação e capacitação para o uso dos SIS implementados e/ou modificados.

Para viabilizar esse projeto, houve um convênio entre a Prefeitura Municipal de Porto Alegre e a SES do Rio Grande do Sul. Com isso, houve a cessão das licenças de uso do SIS, com a utilização de recursos financeiros específicos do Ministério da Saúde para a informatização da gestão do SUS. Esses recursos incluirão, bem como a responsabilidade da SMS já exposta acima (educação e capacitação), um processo de educação permanente e também de educação continuada que permita aos servidores municipais e prestadores privados refletir sobre seu papel no SUS. Mobilizará, assim, o componente qualitativo de toda a gestão da SMS, fazendo com que reflitam sobre seus processos de trabalho na esfera pública.

## 8.6 ESTRUTURA DA SMS

A SMS, como instituição responsável por protagonizar a implementação do SUS no âmbito municipal e ser referência regional, sofreu várias modificações e adaptações ao longo do tempo de forma a atender a crescente complexidade do sistema e diretrizes do SUS nacional.

A gestão da SMS pretende organizar e executar o sistema municipal de saúde de modo a incluir a avaliação, o planejamento, a programação e a implementação de ações e estratégias que visem à efetivação dos objetivos e diretrizes explicitados neste PMS. Esse direcionamento será efetivado através de um processo em constante avaliação e retroalimentação através de discussão com os diversos atores. Contará,

para isso, da qualidade dos serviços prestados pelos componentes do espaço macrogestor: Gabinete do Secretário de Saúde; Assessorias (de Comunicação, de Planejamento e Programação, Jurídica e Técnica); e Coordenadorias Gerais (de Administração e Desenvolvimento dos Servidores de Saúde, de Administração Financeira e Orçamentária, de Apoio Técnico-Administrativo, de Vigilância em Saúde, da Rede de Atenção Primária à Saúde, e Municipal de Urgências).

Fazem parte da SMS, também: as Gerências de Regulação de Serviços de Saúde; Conselho Municipal de Saúde; Gerência de Saúde do Servidor Municipal; HPS; HIMPV; e prestadores de serviços. Trata-se de estruturas componentes de um sistema hierarquizado, cujas características, funções, potencialidades e deficiências são importantes para compreender a dinâmica de trabalho da SMS.

A iniciar pelo Gabinete do Secretário de Saúde, este é composto pelo Secretário de Saúde, assessor e secretária, pelo Secretário de Saúde Adjunto, assessora técnica e secretária, e pela Secretária Substituta. Além destes, inclui ainda uma assessora parlamentar, auxiliar administrativo, coordenador geral e chefe de gabinete, recepcionista e os dois motoristas de apoio. Essa estrutura está sob a responsabilidade do Secretário de Saúde, Secretário Adjunto e Secretária Substituta e é responsável pela relação entre esses gestores, os servidores desta SMS, prefeitura e Câmara Municipal, Conselho Municipal de Saúde, Assembléia Legislativa, Secretaria Estadual da Saúde, demais municípios e colegiados de gestão do Estado e Ministério da Saúde. São, portanto, uma estrutura de pessoal escolhida pelo Secretário de Saúde para facilitar a sua relação com demais instâncias da sociedade e auxiliar no desenvolvimento da sua capacidade política.

### **8.6.1 Assessorias**

A Assessoria de Comunicação (ASSECOM) responde pela imagem institucional e relacionamento da Secretaria com seus diversos públicos. A ASSECOM é composta por uma equipe multidisciplinar de jornalistas, relações públicas e estagiárias de jornalismo, de relações públicas e de publicidade e propaganda.

Planeja e estabelece estratégias e ações de comunicação; promove a divulgação das ações, através do relacionamento com a imprensa; produz todo o

material gráfico e é responsável pela atualização e implementação do conteúdo do site institucional e das informações para o Diário Oficial de Porto Alegre (DOPA). Também é de competência da ASSECOM a comunicação interna (distribuição de informes aos funcionários) e a realização de eventos, incluindo cerimonial e protocolo.

Observa-se, no transcorrer do cotidiano de trabalho, o progressivo aumento da demanda a esta assessoria reflexo do aumento da complexidade da instituição. Essa situação evidenciou aspectos que deverão ser qualificados e redimensionados para atender de forma eficiente às demandas. A crescente solicitação para a organização de eventos e outras agendas, aponta para a necessidade de contratação de um serviço especializado ou para o aumento de recursos humanos, de área física e de equipamentos para que seja capaz de dar a resposta qualificada às demandas.

Torna-se relevante, neste contexto, a aplicação de projetos de comunicação interna, que inclua toda a equipe e que seja utilizada como ferramenta de gestão, com atenção especial ao cumprimento das metas estabelecidas neste PMS. Pretende-se que os informes e a comunicação se elevem ao um patamar estratégico para apoiar a política de educação permanente da instituição, e atuar em parceria com os vários setores diretamente envolvidos e com base nos dados da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) e Assessoria de Planejamento e Programação da SMS (ASSEPLA).

A qualificação da relação com a imprensa externa é outra necessidade detectada no cotidiano, uma vez que também é uma via de comunicação da SMS com a população. Para tanto, estamos propondo a capacitação de fontes, aqui entendido como servidores preparados para informar qualificadamente sobre as ações institucionais, que sejam capazes de gerar pautas de interesse público e que possam contribuir para a melhora da imagem do SUS.

A inexistência de recursos específicos de publicidade para ações de saúde (que não envolvam necessariamente mídia) e a falta de padronização da identidade visual institucional são fatores que preocupam, pois são necessários para qualificar o trabalho.

A criação da identidade visual, e sua aplicação em todos os serviços, deverá ser capaz de explicitar o direcionamento desta SMS à efetivação do SUS, incluído seus

princípios, diretrizes e políticas de saúde. Essa necessidade foi apontada nas diversas oficinas realizadas durante a construção deste PMS e o mesmo se aplica à produção gráfica oriunda das demandas desta ASSECOM. A SMS necessita a utilização de padrão gráfico que remeta, de forma fácil e contundente, a inclusão dos estabelecimentos de saúde do município ao SUS. Da mesma forma, a comunicação interna desta SMS deve primar pela comunicação clara e direta, que permita ao servidor da gestão e da assistência identificar informações pertinentes ao seu cotidiano do trabalho e que esteja inclusa a lógica imperativa constitucional do SUS e seu arcabouço legal.

A Assessoria Jurídica (ASSEJUR) tem o objetivo de atuar na análise da legalidade das ações e decisões desta SMS. Deve buscar, com isso, a efetivação do SUS na esfera municipal por meio da garantia do esclarecimento ao gestor municipal sobre as suas possibilidades legais de ação junto à esfera federal e estadual de saúde, aos prestadores de serviços e outras relações que possam se constituir por meio de acordos legais. É também responsável por todas as orientações e encaminhamentos com necessidade de cumprimento de critérios legais.

A Assessoria Jurídica atua basicamente em quatro áreas: Sindicância, Contratos e Licitações, Vigilância e Contencioso (Judicial e Administrativo). Essa atuação é tanto preventiva, na análise de contratos e avaliação jurídica das ações a serem desenvolvidas, quanto direta, com atuação junto ao Ministério Público, Tribunal de Contas, Delegacias de Polícia, Conselhos Tutelares e outros.

Enfrenta desafios relacionados a sua estrutura e gestão, à semelhança da ASSECOM, no que tange ao aumento da demanda. Relacionam-se à quantidade crescente de processos que ingressam no setor e que está diretamente relacionada à amplitude de atuação desta SMS no setor saúde dentro e fora do município. Além disso, o fenômeno que hoje se constitui a “judicialização da saúde”, ou seja, a via direta entre os usuários e o sistema de saúde público por meio de processos judiciais, aponta para a necessidade de se estabelecer parceria para estudo de casos. Vislumbra-se, com essa medida, ampliar as possibilidades de acordo e agilizar os processos.

A eficiência e eficácia da Ouvidoria, como espaço de escuta, orientação, conciliação e resolução de problemas através da articulação direta com os outros serviços da instituição, poderá contribuir para a diminuição de processos judiciais

oriundos de demandas de usuários. Assim sendo, ainda que a demanda de trabalho seja grande (e os prazos exíguos para resposta), as modificações, tanto na estrutura física quanto no quadro funcional, implementadas recentemente, trouxeram uma melhora substancial nas condições de trabalho, o que certamente refletirá na qualidade e na agilidade do trabalho.

A Assessoria Técnica visa, especificamente, auxiliar as tarefas gestoras relacionadas à conexão entre as decisões dos Secretários de Saúde (Secretário, Secretário Adjunto e Substituto) e as coordenadorias gerais e demais assessorias da Secretaria. Até novembro de 2010, restringia-se a estabelecer conexão do gestor aos contatos políticos e operacionais da instituição, e de outras esferas e espaços de governo. Respondendo às necessidades apresentadas na gestão do SUS municipal, seu papel foi ampliado, incluindo o auxílio na análise e avaliação das ações gestoras que se situam na dimensão técnica, específica da área da saúde coletiva, como em projetos técnicos e no direcionamento institucional para o fortalecimento do SUS. Tem, com isso, a responsabilidade de integrar as necessidades gestoras de respostas políticas e institucionais com a capacidade técnica que a Assessoria de Planejamento e outros setores e coordenadorias desta SMS desenvolvem.

A Assessoria de Planejamento (ASSEPLA) é responsável pelo planejamento e programação de todas as políticas municipais de atenção à saúde, e pela articulação desse processo dentro e fora da instituição. Junto com o GS, tem papel principal na elaboração e no direcionamento estratégico das políticas públicas do SUS, na esfera municipal. É responsável, assim, desde o desenvolvimento de planos e projetos técnicos de ação, nas áreas técnicas das políticas públicas de saúde e com a articulação com os serviços de saúde, até a articulação com demais setores da SMS para a construção dos Relatórios de Gestão e Planos Municipais de Saúde e sua elaboração.

Historicamente, este setor passou por várias fases e processos, e permaneceu, ao longo do tempo, com uma característica de ação mais ou menos fragmentada. Políticas estanques dificultaram a formulação de respostas transversais, concertadas e potencializadas. Outro aspecto relevante, e que se constitui ao longo do tempo num fator negativo, foi o distanciamento dos planejadores com os setores operacionais, consolidando uma dicotomia entre o pensar e o fazer.

Estabelecido esse diagnóstico e o entendimento de devia ser alterada essa dinâmica polarizadora, iniciou-se, em 2010, um processo de reorganização desta assessoria, à luz do Pacto pela Saúde e das necessidades emergentes na instituição. A primeira providência foi alterar a denominação das políticas setoriais passando a denominar-se áreas técnicas, a saber: Áreas Técnicas Nucleares - Saúde da Criança e Adolescente, Saúde do Homem, Saúde da Mulher e Saúde do Idoso. Estes quatro áreas constituem o núcleo estruturantes sobre as quais aportarão as Áreas Técnicas Transversais de: Nutrição, Saúde da População Negra, Saúde Bucal, Pneumologia, Saúde Mental, Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Os núcleos de trabalho das áreas temáticas são responsáveis pelo planejamento (diagnóstico das necessidades em saúde, objetivos e diretrizes), bem como das programações anuais referentes às orientações estratégicas da instituição. Tendo em vista também essa responsabilidade, a qualificação constante e progressiva de seu quadro de pessoal técnico, visando estabelecer um perfil planejador e gestor que rompa as estruturas e visões fragmentadas e enrijecidas no setor público de saúde, constitui o principal desafio colocado para esta assessoria.

### **8.6.2 Coordenações**

Diferente das Assessorias desta SMS, as Coordenadorias visam atender, na prática dos serviços de saúde, à complexidade e à dimensão da instituição. Desta forma, aqui não serão tratadas as Coordenadorias uma a uma, mas sim as suas concretizações por meio da estrutura em estabelecimentos, serviços e capacidade de prestação de serviços à população porto-alegrense e das demais regiões referenciadas a Porto Alegre.

Especificamente, referencia-se agora a Coordenadoria Geral de Apoio Técnico-Administrativo (CGATA), que desenvolve suas atividades através da Equipe de Apoio Administrativo (EAA), Núcleo de Expediente, Equipe de Programação e Compras (EPC), Núcleo de Licitações e Contratos (NLC), Assessoria de Projetos (ASSEPRO),

Equipe de Manutenção Predial (EMP), Equipe de Transportes (ETRA), Equipe de Materiais (EMAT), Núcleo de Distribuição de Materiais, Equipe de Patrimônio (EPAT) e Núcleo de Manutenção de Equipamentos (NUME). Justifica-se por se tratar de Coordenação meio na estrutura organizacional da SMS.

A CGATA tem como atribuição as atividades de apoio administrativo às demais Coordenações desta SMS tais como: tramites administrativos, protocolo, correspondências, serviços terceirizado (portaria, limpeza, vigilância, etc), programação de compras (insumos, materiais permanentes, etc.), licitações, contratos, obras (projetos e fiscalização), manutenção predial (somente prédios das Unidades de Saúde, dos Pronto Atendimentos, das Bases SAMU e da administração), manutenção de equipamentos (somente das Unidades de Saúde, Pronto Atendimentos, SAMU e da administração), transporte (incluindo o transporte social e o alternativo às remoções hospitalares), almoxarifado central, patrimônio, telefonia e energia elétrica.

## 8.7 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Devido à regionalização, que é progressiva ao longo dos últimos 20 anos, tempo em que o SUS foi legitimado como política do Estado brasileiro para o setor saúde, o quadro de servidores da SMS aumentou. Mais do que isso, a SMS incorporou servidores de outras esferas de governo e que já atuavam na atenção à saúde dos porto-alegrenses, além de ter ampliado consideravelmente seu quadro geral. Para atender a essa realidade, a Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores de Saúde (CGADSS) conta com equipes específicas dentro de sua estrutura (equipe de ingresso, equipe de administração de pessoal, equipe de desenvolvimento, e equipe de estágios) para atender às necessidades desta SMS e que são apresentadas a seguir.

### 8.7.1 Quantitativo de profissionais

Os servidores atuantes na SMS têm origens diferentes dentro da esfera pública de saúde. Do total de 6.016 servidores, somente 67,65% são servidores estatutários que tem sua origem a Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Atualmente, o



percentual de servidores municipalizados, oriundos do MS e da SES, é de 16,31%. Em complementação, o percentual de funcionários com regime CLT e oriundos da Fundação de Gastroenterologia (FUGAST) é de 5,29%, e o percentual de profissionais temporários é de 7,45%.

Tabela 118 - Quantitativo de Pessoal da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, 2010.

<b>Origem</b>	<b>Nº Servidores</b>	<b>Variação %</b>	<b>Variação %</b>
Prefeitura Municipal de Porto Alegre	4.070	56,24	67,65
Secretaria Estadual da Saúde	710	9,8	11,8
Temporários - Lei 7.770/96	448	6,2	7,45
Ministério da Saúde	470	6,5	7,8
FUGAST	318	4,4	5,3
<b>Total - lotados na SMS</b>	<b>6.016</b>	<b>83,13</b>	<b>100</b>
Cardiologia (PSF)	381	5,26	31,2
Hospital Moinhos de Vento (PSF)	38	0,53	3,1
Hospital Divina Providência (PSF)	27	0,37	2,2
Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PSF)	23	0,3	1,9
Limpeza, Conservação e Vigilância	752	10,4	61,6
<b>Total – terceirizados pela SMS</b>	<b>1.221</b>	<b>16,87</b>	<b>100</b>
<b>Total Geral de Efetivo - Secretaria Municipal de Saúde</b>	<b>7.237</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

Fonte: ASETEC - CGADSS - Agosto de 2010 - Base de Dados de Junho/2010

Somando o total de servidores e profissionais lotados na SMS (municipais, municipalizados e temporários) aos demais profissionais terceirizados pela mesma, a SMS apresenta um quadro de 7.237 profissionais atuantes. Os profissionais

terceirizados correspondem à atuação em ESF e em serviços gerais (limpeza, conservação e vigilância), e somam 16,87% dos profissionais atuantes na SMS.

Especificamente para o atendimento de 97 equipes de Estratégia de Saúde da Família com as equipes técnicas necessárias, a SMS conta com a parceria de quatro Hospitais e do Instituto de Cardiologia, instituições privadas, para a contratação destes profissionais terceirizados, totalizando um quantitativo correspondente a 6,48% do quadro geral de pessoal da SMS.

Já os profissionais que executam atividades de apoio, como Limpeza, Conservação e Vigilância, através de contratação de empresas especializadas e terceirizadas nestas áreas, correspondem a 10,39% do quadro total e 61,6 do quadro de profissionais terceirizados.

Outro ponto importante a ser analisado se refere à divisão dos servidores municipais (não municipalizados) entre aqueles em atividade operacional e aqueles em atividade administrativa e/ ou gestora. Neste caso, identifica-se 81,81% dos servidores ativos em atividades operacionais e somente 18,19% estão em atividades administrativas e/ ou gestoras.

Tabela 119 - Quadro geral de distribuição dos servidores municipais:

Tipo	Nº de Servidores	Percentual
Servidores em Atividade de Administração	955	18,19%
Servidores em Atividade Operacional	4.295	81,81%
Total de Servidores	5.250	100,00%

Fonte: ASETEC - CGADSS - Agosto de 2010

Especificamente, na Sede, essa regularidade se mantém em seu limite, e a distribuição de recursos humanos apresenta 51,71% dos servidores em atividade operacional e 48,29% em atividade administrativa. Ressalta-se que, das atividades da GRSS, o grupo de servidores em atividade operacional é bastante significativo pelo perfil de atividade de controle efetivo da regulação dos serviços assistenciais no município. Com a qualificação da regulação nesta SMS, com a informatização da rede de serviços regulados a esta central de regulação, a perspectiva é de se adequar o quantitativo de pessoal às novas demandas do sistema, no sentido do seu funcionamento ótimo.

Tabela 120 - DISTRIBUIÇÃO DE SERVIDORES – SEDE

Tipo	Número de Servidores	%
Servidores em Atividade de Administração	155	48,29%
Servidores em Atividade Operacional	166	51,71%
Total de Servidores	321	100,00%

Fonte: ASETEC - CGADSS - Agosto de 2010

O que se pode inferir nestes casos é que, nas atividades de planejamento e programação, há uma fragilidade pelo desequilíbrio entre operação (ação) e planejamento (gestão), como se ambas fossem pertencentes a dois pólos opostos e dissociados. No entanto, as atividades de planejamento e programação da são executadas por profissionais técnicos (assistenciais) das diversas áreas da saúde (odontologia, enfermagem, medicina, psicologia, assistente social, nutricionista, entre outros) com história de atuação em planejamento e programação em gestão de programas e políticas de saúde, ou seja, com direcionamento operacional para a gestão de saúde.

Além disso, considera-se que há uma necessidade de incluir os profissionais operacionais, ou “assistenciais”, em uma perspectiva de gestão participativa organizada

em colegiados de gestão. Essa perspectiva permitirá o empoderamento desses profissionais, sensibilizando-os quanto às possibilidades locais de gestão, além de otimizar o uso do espaço gestor centralizado para ações estritamente necessárias de atuação dos coordenadores e Secretários de Saúde.

De forma geral, conforme as esferas de atenção à saúde, na distribuição de servidores municipais no todo da SMS a Rede de APS possui um total de 2.680 servidores, correspondendo a 51,05% do total de servidores. Já o Hospital de Pronto Socorro conta com um quadro de 1.444 servidores, correspondendo a 27,56% do total. Na Coordenadoria de Vigilância em Saúde o quadro de pessoal é de 203 servidores, que corresponde a 3,87%, e na Sede da SMS o quadro atual é de 321 servidores correspondendo a 6,11% do total de servidores da Secretaria. Comparando-se o quantitativo de profissionais na APS e na rede hospitalar e especializada, observa-se que o quadro de pessoal da APS deve ser qualitativamente analisado.

Conforme deliberado pelo CMS, a SMS deve adotar a ESF como principal estratégia na APS. Neste caso, como a cobertura assistencial em ESF é baseada em população adscrita aos serviços de saúde, se considerarmos a abrangência desta esfera de atenção em uma população do tamanho de Porto Alegre, de 1.409.939 habitantes (PORTO ALEGRE, 2010 – Observa POA), em termos Estratégia de Saúde da Família (ESF) a SMS teria de ampliar a sua cobertura para um total de 403 equipes, considerando uma área adscrita média de 3500 habitantes por equipe. Se considerarmos cada equipe de ESF com 8 a 10 profissionais (1 médica, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde, respectivamente com ou sem o apoio da saúde bucal de 1 odontóloga, 1 técnico em saúde bucal), a média de profissionais assistenciais necessários em Porto Alegre seria de aproximadamente 3626 profissionais – entre equipes com e sem saúde bucal.

Nesta descrição, o que se pode aferir é a necessidade de ampliação das equipes de ESF para atingir a meta de gestão de 50% de cobertura assistencial no total da população. Essa ampliação, de pouco mais 100% da situação atual, ou seja, de 97 para 201 equipes, significa um acréscimo da cobertura assistencial de 339,5 mil para 703,5 mil habitantes cobertos, considerando 3500 habitantes adscritos por equipe. Profissionalmente, esse aumento da cobertura assistencial significa um aumento médio

de 873 para 1801 profissionais assistenciais atuantes na ESF, considerando-se entre 8 e 10 profissionais por equipe.

Ao mesmo tempo em que há a necessidade de ampliação de profissionais assistenciais, para que haja um ação coordenada e em rede há a necessidade de ampliar a gestão da APS municipal. Neste caso, necessita-se da reposição e ampliação do quadro de profissionais administrativos nas GDs e na CGRAPS para que auxiliem burocrática, normativa e estrategicamente as equipes assistenciais, como nos casos dos assistentes administrativos e dos sanitaristas. Além disso, esses profissionais são os responsáveis pela atuação articulada e permanente com os prestadores privados que executam a ESF, o que merece especial atenção para a execução da política de APS do SUS, conforme preconiza as diretrizes do SUS.

### **8.7.2 Reposição do quadro de pessoal**

A respeito de Ingresso e Vacância de servidores de movimentação de servidores, municipais e municipalizados, pode-se realizar algumas leituras a partir do gráfico abaixo. A primeira se refere à média de vacância dos servidores que, do ano de 2000 ao ano de 2003 se identifica uma média de aposentadoria e exonerações de 125 servidores/ano. No período de 2006 a 2009 a média de aposentadorias e exonerações aumentou para 173 servidores/ano. Com isto identificou-se que há um aumento de 39% na vacância de servidores nos últimos quatro anos.

A segunda leitura refere-se ao número de ingressos de servidores. Em 2009, com a municipalização do Murialdo, ingressaram exatamente 100 servidores. Desta forma a afirmação é que desde 2005 o ingresso de servidores é menor do que as saídas, e gerou uma defasagem de 239 servidores.

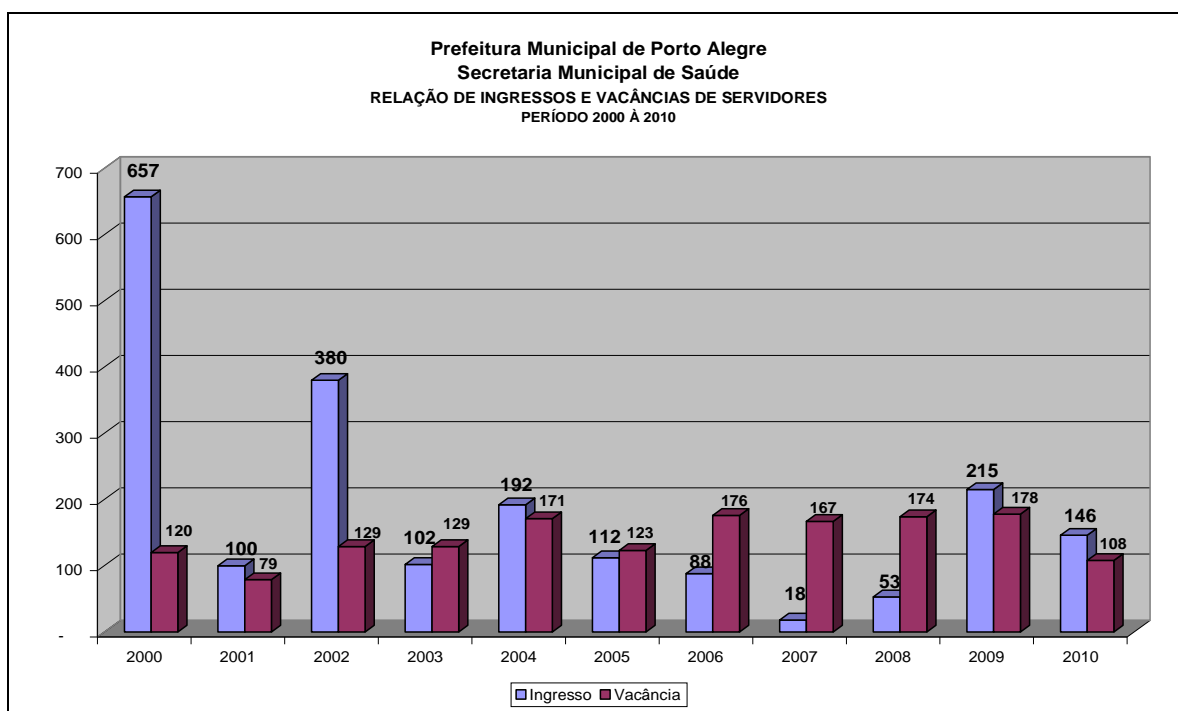


Gráfico 80 – Relação de vacâncias  
Fonte: ASETEC - CGADSS - Agosto de 2010

Salienta-se que, os servidores municipalizados e da FUGAST que se aposentam não tem sua reposição automática, pois não existem vagas disponíveis no município. Nos próximos 5 anos, 82% dos servidores municipalizados e FUGAST estarão se aposentando. Em razão disso, identifica-se a necessidade de criação de cargos no município para a reposição destes servidores nos locais de trabalho. Abaixo, verifica-se um panorama do comportamento das aposentadorias a partir de 1996.

Tabela 121 - Aposentadorias, no período 1996 a 2013, de servidores do MS, da SES e da FUGAST.

<b>Origem</b>	<b>Nº Servidores</b>	<b>Variação %</b>
1996 à 2008 servidores já aposentados	924	43,16%
2009 à 2013 servidores ainda ativos	1.217	56,84%
<b>Total de Aposentadorias no período</b>	<b>2.141</b>	<b>100,00%</b>
<b>Percentual de Aposentadorias até 2013 do total atual de municipalizados ativos</b>	<b>82%</b>	

Fonte: ASETEC - CGADSS - Agosto de 2010 - Base de Dados de Junho/2010

Conforme tabela a seguir, providenciou-se a criação de 966 cargos no município de Porto Alegre para o atendimento das necessidades da SMS. Será necessário também a utilização dos cargos vagos hoje existentes no município para a reposição dos servidores municipalizados e da FUGAST que estarão aposentados nos próximos 5 anos.

Tabela 122 - Aposentadoria de servidores municipalizados (e criação de novas vagas)

<b>Origem - MS – SES - FUGAST-</b>	<b>Nº de Servidores</b>	<b>Variação %</b>
Necessidade de Criação	966	79,38%
Cargos vagos	251	20,62%
<b>Total de Aposentadorias</b>	<b>1.217</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: ASETEC - CGADSS - Agosto de 2010 - Base de Dados de Junho/2010

No quadro abaixo, a descrição dos 966 cargos, conforme atuação profissional, que deverão ser criados para que se possam substituir os servidores municipalizados (MS e SES) e contratados da FUGAST.

Tabela 123 - Necessidade de criação de vagas para suprir os servidores municipalizados.

<b>Origem MS - SES e FUGAST</b>	<b>Número de Servidores</b>	<b>Varição %</b>
Técnico em Enfermagem	434	44,93%
Médico	355	36,75%
Cirurgião Dentista	50	5,18%
Psicólogo	28	2,90%
Farmacêutico	22	2,28%
Enfermeiro	36	3,73%
Técnico em Radiologia	15	1,55%
Assistente Social	14	1,45%
Nutricionista	12	1,24%
<b>Total de vagas a ser criadas</b>	<b>966</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: ASETEC - CGADSS - Agosto de 2010 - Base de Dados de Junho/2010



Independentemente da necessidade de criação de vagas para a cobertura dos servidores municipalizados e contratados pela FUGAST, há necessidade de repor os cargos de Auxiliares de Enfermagem. Para tanto, será necessário criar os cargos de Técnico em Enfermagem. Desta forma, a primeira movimentação que está sendo realizada é a providencia da transformação de 213 cargos de Auxiliar de Enfermagem em 188 cargos de Técnicos em Enfermagem e 25 cargos de Técnico em Radiologia.

Como passo seguinte, propõe-se a transformação de 25 cargos de Assistente Administrativo Hospitalar em 10 Cargos de Auxiliar de Farmácia, 09 cargos de Farmacêuticos e 05 cargos de Biomédicos para atender as demandas atuais da SMS. Em um terceiro momento, será solicitada a criação de mais 83 outros cargos de profissionais assistenciais (Enfermeiros, Auxiliar de Gabinete Odontológico, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Assistente Social, Nutricionistas, Fonoaudiólogos e Educador Físico). Salienta-se que estas demandas são fruto de programas do Ministério da Saúde, que objetivam a ampliação do atendimento e cobertura da assistência à saúde para a população.

Em síntese, está se solicitando a criação de 1.286 cargos para atender às demandas atualmente existentes nesta SMS, considerando, também, a criação dos 966 cargos para atender a aposentadoria futura dos servidores municipalizados e FUGAST. Entende-se, desta forma, que é possível atender as demandas de recursos humanos para toda a Secretaria a fim de evitar a falta de pessoal nos locais de atendimento à população.

Deste quantitativo de servidores que está se pretendendo ampliar até o ano de 2013, compreende-se que há a necessidade de se manter o qualitativo profissional da SMS. Para isso, o estudo e desenvolvimento de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários será elaborado por uma Comissão Paritária de Carreiras, composta por representantes da gestão da SMS e dos trabalhadores, e será uma imagem-objetivo a ser alcançada nesta gestão. A proposta da SMS será apresentada à Secretaria Municipal de Administração (SMA) da Prefeitura de Posto Alegre e desenvolvida considerando as propostas já existentes na SMS e as apresentadas pelas diferentes categorias profissionais, incluindo as sugestões da própria SMA.

Além deste aspecto, relacionado aos Planos de Cargos e Salários dos servidores da SMS, outro fator que compreende o desenvolvimento qualitativo dos servidores e sua força de trabalho é a política de desenvolvimento técnico para a atenção à saúde no direcionamento político para o SUS. Verifica-se que os recursos humanos que ingressam no setor público para exercerem suas atividades no SUS apresentam alguns fatores que merecem atenção - como a formação precária de profissionais em nível técnico, de graduação e pós-graduação por não serem orientadas pelas reais necessidades do SUS.

Esta situação requer investimentos em dois sentidos: primeiro de buscar a reorientação curricular e das práticas educacionais, através da integração ensino-serviço, objetivando que os futuros profissionais estejam habilitados a responder as necessidades do SUS e, segundo, realizar investimento na educação permanente para qualificar os trabalhadores que já estão em serviço.

A existência de gestores e gerentes sem a devida preparação para o exercício da gestão do trabalho na lógica da saúde coletiva, também requer medidas voltadas ao fortalecimento e a ampliação do alcance dos processos formativos nesse âmbito, com a finalidade de otimizar o Sistema. Essa realidade é evidenciada no nível da formação das universidades de Porto Alegre e região, em que nenhuma delas contemplava, até 2008, um curso no nível de graduação, em análise de políticas e sistemas de saúde. Conseqüentemente, os estagiários e alunos que se inserem na SMS não tem esse perfil e não se inserem nos setores de gestão, o que agrava ainda mais a atualização e qualificação dos servidores que ocupam tais posições.

Os conflitos, que são inerentes às relações de trabalho, são ainda mais acentuados pelo desgaste e tensões presentes cotidianamente nos serviços de saúde. Esta realidade exige o investimento permanente na qualificação das relações de trabalho, através da: a) manutenção de dispositivos de negociação e processamento de conflitos e suporte aos gerentes; b) do fomento a práticas gerenciais participativas; c) do contínuo investimento na qualificação da relação com as instâncias de participação, de representação dos trabalhadores e do controle social.

Chama-se aqui a atenção para a necessidade urgente de uma Política de Educação Permanente nesta SMS, disposta a seguir. Busca-se, assim, direcionar a formação do quadro atual da SMS para a gestão em saúde no âmbito da Saúde

Coletiva, incluindo aspectos sociais e humanos no fazer da assistência e da gestão no sistema de saúde.

### 8.7.3 Política Municipal de Educação Permanente

A atenção à saúde caracteriza-se por ser uma área de uso e produção intensiva de conhecimento e novas tecnologias, o que requer o investimento na construção e consolidação de uma política de educação permanente, através de um conjunto de diferentes estratégias:

- a) a constituição, em todas as instâncias da rede assistencial e de controle social do SUS, de *espaços de reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde*, visando à transformação dos modos de produção da atenção à saúde;
- b) *articulação entre os gestores e as instituições de ensino e pesquisa* para o desenvolvimento dos profissionais e a melhoria constante da atenção à saúde e do SUS;
- c) *desenvolvimento de plano de educação orientado pelas necessidades identificadas nos diferentes níveis do sistema*, através de técnicas pedagógicas inovadoras e em larga escala.

A atual estrutura da SMS não está dimensionada para atender as suas necessidades no que tange à educação e qualificação permanente da equipe de profissionais atuantes. Essa discrepância não decorre apenas da redução do número de técnicos da área ao longo do tempo, mas, também, por que essas necessidades ampliaram-se muito, não apenas pelo novo papel estratégico do conhecimento na atenção à saúde, mas também pelo aumento das responsabilidades locais (municipais) na atenção à saúde da população e pelo desenvolvimento teórico e normativo do SUS enquanto política de Estado.

Com toda a necessidade de desenvolvimento do SUS desde a sua instituição no Brasil, houve um aumento no incentivo que as instituições de ensino têm recebido da Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde (MS) para

desenvolver programas de integração ensino-serviço e pela procura de campos para prática profissional pelas escolas e universidades. Há, portanto, uma reconhecida necessidade de integrar ensino-pesquisa-trabalho, norteados pelos preceitos ideológicos do SUS e seus princípios e diretrizes, nos campos de prática da atenção e da gestão em saúde, motivando, assim, a movimentação desta SMS para a instituição da Política de Educação Permanente também na esfera municipal.

Sobre as ações de educação permanentes desenvolvidas na Secretaria, destaca-se ainda que existe fragmentação na sua realização pelas diferentes áreas, sem a devida articulação necessária entre si, bem como com as políticas de saúde. Desta forma, considerando as necessidades da educação permanente e atual estrutura da SMS, evidenciam-se um importante e inicial desafio a ser enfrentado nesse novo processo, que é sobre a definição dos recursos a serem investidos para atender às necessidades de educação permanente em toda a SMS e suas políticas de saúde.

Como a educação permanente é um processo que não se limita a capacitações, mas envolve uma mudança postural no sentido da conscientização, empoderamento e responsabilidades sobre as práticas cotidianas exercidas, para que esse processo se inicie nesta SMS é necessário:

- a) identificar as necessidades de ação, emergentes e de longo prazo;
- b) ampliar a capacidade operacional para os processos de educação permanente;
- c) atuar em conformidade e suficiência à dimensão da SMS, que tem mais de 6.000 trabalhadores distribuídos em diversos serviços.

Desta forma, é evidente a necessidade de investimentos e esforços para a constituição de uma estrutura que garanta a geração do de aprendizado permanente, incluído outros atores como parceiros nesse processo, como é o caso das universidades e demais instituições de ensino na área da saúde.

#### 8.7.4 Humanização na assistência e da gestão em Saúde

Como importante componente estratégico e também operacional na reestruturação da SMS de Porto Alegre, a institucionalização da humanização na esfera municipal reforça a noção de que somente uma gestão voltada para o interesse público e coletivo será capaz de modificar qualitativamente a saúde da população.

A Política de Humanização na SMS recebeu importante impulso a partir de 2009, com o progresso na estruturação do Comitê Municipal de Humanização (CMH) e da Rede Municipal de Humanização (RMH). Até então, algumas UBS e alguns profissionais assistenciais e de gestão já haviam iniciado uma “micropolítica humanizadora”, como observado nas práticas do Acolhimento ou entre técnicos do planejamento e programação que não dispensam a diálogo em equipe na busca por melhores práticas assistenciais e organizacionais. O problema é que essas práticas ainda não expressam a maioria das práticas de saúde da SMS. Nesse sentido, a instituição do CMH e a RMH possibilitaram o avanço concretamente nos seguintes aspectos:

- a) ampliação da participação de representantes de vários setores da Secretaria, tendo sido realizadas 16 reuniões, com média de 10 participantes por reunião);
- b) consolidação dos GTHs (Grupos de Trabalho da Humanização) do HPS e HMIPV, e início a implantação dos GTHs da GDCentro, GDPartenon/Lomba do Pinheiro, GD Norte/Eixo Baltazar e Pronto Atendimento Bom Jesus (PABJ);
- c) capacitação de sete (07) servidores da SMS que concluíram o Curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS em maio/2009, tornando esses trabalhadores Apoiadores Institucionais da PNH.

Para o alcance das metas serão desenvolvidas ações em cada serviço, de acordo com as suas condições específicas e capacidade de organização. O Comitê de Humanização e a Política de Humanização buscarão alcançar as metas através da implementação de ações, segundo a Política Nacional de Humanização que tem como diretriz a ampliação do diálogo entre os trabalhadores, entre trabalhadores e a

população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo gestões participativas, colegiadas e compartilhadas do cuidado e da atenção em saúde. Para isso, se utilizará também de parceria com a Ouvidoria da SMS, na busca pelo fim dos nós críticos do sistema que forem noticiados pela população que busca pela ouvidoria.

#### **8.7.5 Redes de Atenção à Saúde indutoras de Linhas de Cuidado**

As ações em saúde são planejadas por meio de políticas voltadas para a atenção à Criança e Adolescente, à Mulher, ao Idoso, Saúde Mental, Pneumologia, Tabagismo, DST/Aids, Nutrição, Saúde Bucal, Assistência Farmacêutica e Saúde do Trabalhador (PORTO ALEGRE, 2010, p.4). Essas políticas, se trabalhadas com um sentido integrador dentro do Sistema, em redes, e incluindo a interlocução entre os atores que as constituem, poderão ser capazes de formar “Linhas de Cuidado”, ou seja, um

“caminho para o alcance da atenção integral ou a integralidade da atenção, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que proporciona a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas de garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes”.

Para que isso aconteça, é necessário que sejam realizados diagnósticos sobre as subáreas de atenção à saúde. Estes requerem apoio institucional para tal, o que traduz a importância do apoio gestor neste processo de formação, primeiro, das redes de atenção à saúde no território de Porto Alegre. Percebe-se, assim, que houve um equívoco na SMS, uma vez que nos últimos anos as redes de atenção à saúde pouco foram desenvolvidas.

A importância da formação das redes de atenção à saúde, está na sua capacidade de, dentro delas, se formar linhas de cuidado que permeiem os serviços de

diferentes densidades tecnológicas e tenham como objetivo a resolubilidade da atenção à saúde com humanização.

Nessa perspectiva, a formação de uma Agenda de política pública que inclua a formação de redes de atenção à saúde e a forma como os serviços se relacionarão com a população será conformada segundo o direcionamento que o gestor induzirá ao sistema de saúde existente. Esse direcionamento pode ser, inclusive, a prioridade do atendimento pela demanda espontânea, sem cuidados maiores com a promoção, a prevenção, e a construção coletiva de análises e planos de trabalho. Acredita-se, no entanto, que esse tipo de posicionamento não seja resolutivo, e que acumula mazelas por não desenvolver estratégias coerentes de enfrentamento dos problemas primários presentes nos diferentes grupos populacionais.

Formar redes de atenção e desenvolver linhas de cuidado que considere as trajetórias terapêuticas e as formas de viver dos usuários é o caminho necessário à efetivação do SUS em seus princípios. Desta forma, entende-se que o objetivo deste PMS é, em primeiro lugar, garantir que as redes de atenção à saúde sejam discutidas enquanto desenhos potencializadores das formas institucionalizadas e reconhecidas de cuidado profissionais, a ser desenvolvidas na esfera de atuação municipal.

## 8.8 GESTÃO PARTICIPATIVA : PERSPECTIVAS MACRO E MICROPOLÍTICAS

O processo de inclusão da participação social na saúde iniciou desde a criação do SUS. Em uma esfera micropolítica, ainda se observa canais pouco organizados e efetivos de discussão coletiva sobre o tema em Porto Alegre, uma vez que os Conselhos Locais de Saúde ainda não estão todos atuantes. Neste contexto, a escolha direta pelas prioridades do setor saúde em Porto Alegre no Orçamento Participativo (OP) tem se mostrado uma alternativa frente às dificuldades de integrar atores locais na gestão do sistema.

Há, no OP, a inclusão de prioridades em obras e reformas de infraestrutura das UBS em algumas regiões da cidade, mostrando a importância que a população atribui à estrutura necessária à qualidade na atenção à saúde. As avaliações e prioridades não contempladas pelo OP, especificamente a necessidade de mudanças no modelo de gestão e atenção à saúde, podem ser pautadas a partir do fortalecimento da

atuação dos conselhos locais junto às UBS e aos conselhos distritais e ao CMS, na busca por uma cosmovisão coletiva sobre as formas institucionalizadas do fazer em saúde na SMS do município.

Ao mesmo tempo em que fortalecer os conselhos locais e sua atuação política é importante, empoderar e fortalecer a participação das equipes das UBS e de outras estruturas assistenciais e de gestão da SMS também é importante. Incluir esses atores na gestão do seu cotidiano do trabalho é garantir a sua inclusão enquanto cidadãos de direitos e responsabilidades dentro do SUS.

A co-gestão, com a construção de espaços coletivos e a formação de sujeitos com capacidade analítica e interventiva sobre sua própria realidade é uma estratégia para a ampliação da democracia institucional e para a política nos territórios de atuação (CAMPOS, 2000). O que se pretende é justamente a radicalização dos princípios democráticos da construção do SUS municipal.

Por outro lado, a análise e a ação participativa macropolítica nos espaços de diálogo e acordos intergestores já se constituem uma realidade que inclui a SMS de Porto Alegre. A Comissão intergestores Bipartite (CIB), o Conselho Regional de Desenvolvimento, a Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde Estadual e também a regional que inclui Porto Alegre e a Grande Porto Alegre (GRANPAL) são espaços de discussão e busca de consensos que sejam pactuados entre os gestores municipais e estes e o governo estadual.

Apesar de já haver um Plano Diretor de Regionalização estadual, o que se observa é que as referências assistenciais estão em constante renegociação. Isso é previsto pela NOAS (BRASIL, 2002), que instituiu o PDR como estratégia de descentralização assistencial e também administrativa do SUS, porém, os impasses na gestão participativa de necessidades regionais se mantêm quando a discussão se afunila às responsabilidades dos municípios pólo, como é o caso de Porto Alegre.

Uma das pactuações regionais é a PPI (Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde). É um processo instituído no âmbito do SUS e que deve estar de acordo com o processo de planejamento, onde são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada município, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.



O registro dos dados é realizada pelo SIS - PPI que é uma ferramenta desenvolvida e mantida pelo Ministério da Saúde para de Programação Assistencial realizada pelos Estados e Municípios propiciando um melhor acompanhamento por parte dos Gestores. O SIS – PPI contem dois módulos sendo um estadual e um municipal.

O módulo Estadual deve incluir a programação da AC e recursos com finalidade específica, pactuados com parâmetros sugeridos por técnicos da SES, representantes da ASSEDISA e de municípios pólos, com aprovação da CIB. Já o módulo Municipal inclui desde a Média Complexidade Hospitalar (AIH), com valores pré-definidos pela SES-RS até as estratégias específicas em áreas como Saúde Bucal, do Trabalhador, do Idoso, Saúde Mental, entre outras, com desenvolvimento de ações coletivas, ações individuais.

Assim, são pactuados os recursos das ações referenciadas (de Média e AC) a partir das percentagens de atendimentos, oriundos da própria população porto-alegrense e dos municípios referenciados (para Média e AC). A SMS entende, assim, que o que definirá os valores orçamentários finais serão as referências regionais negociadas entre Porto Alegre e os demais municípios do RS.

Nos anexos pode-se verificar o detalhamento da PPI com Áreas estratégicas e agregadas e os valores programados após adequação à proposta da CIB.

Além da PPI, o Pacto Pela Saúde é outra estratégia que permite a aproximação e diálogo intergestores. Não diferente da PPI, as dificuldades estavam na negociação das responsabilidades regionais dos gestores municipais. Vê-se que, para além de apenas instituir um novo direcionamento político na gestão em saúde, deve-se pensar no desenvolvimento das habilidades gestoras para assumir tais responsabilidades. Neste sentido, os processos constantes de negociação e a garantia de espaços de diálogo são sempre aliados na resolução de problemas intergestores. Ao apostar nessa assertiva, a SMS de Porto Alegre se compromete com a gestão participativa, somativa e inclusiva, tanto regional como também dentro do município, nas instâncias distritais e locais, e que seja capaz de honrar com os princípios e diretrizes do SUS. Neste sentido, a seguir são descritas e analisadas questões referentes a Ouvidoria da SMS e ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, que são considerados importantes espaços participativos que devem ser destacados no âmbito do município.

### 8.8.1 Ouvidoria SUS

A Ouvidoria SUS da SMS se caracteriza por ser um instrumento de comunicação com a população, através de diversos canais, como: telefone, e-mail, carta, presencial, link, etc. Através destes canais, o cidadão pode se manifestar no que se refere a sugestões, reclamações, denúncias, elogios e solicitações, em geral no que diz respeito à saúde, cabendo a Ouvidoria encaminhar a demanda à área competente para resposta e esta ser encaminhada com brevidade ao cidadão solicitante.

Cabe ressaltar que a atuação da Ouvidoria da SMS ainda tem sua capacidade limitada de atendimento frente às demandas referidas pela população. Como afirmado acima, sobre o CMS, a participação social no desenvolvimento do SUS amplia as possibilidades dos gestores em atender às necessidades da população e, com isso, pode influenciar positivamente na resolubilidade das demandas nos usuários e otimizar o direcionamento das políticas de saúde. Sendo assim, a justificativa de implantação da Ouvidoria SUS deve-se aos seguintes aspectos:

1. A importância da participação da população de forma ativa na construção e manutenção do SUS, respeitando a lei 8.142 que defende a participação da comunidade na gestão do SUS, ou seja, a gestão participativa;
2. A descentralização da Ouvidoria do Ministério da Saúde, que vem sensibilizando todos os Estados e Municípios com gestão plena a assumirem a Ouvidoria SUS de forma descentralizada em cada esfera de governo;
3. Identificação de nós críticos na rede assistencial.

Ou seja, a Ouvidoria pode se tornar um canal democrático onde o cidadão pode manifestar sua demanda não atendida de forma satisfatória, possibilitando aos gestores públicos um instrumento de gestão e controle social para aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pela SMS. Garante, desta forma, o relacionamento entre prefeitura municipal de Porto Alegre e cidadão. Possibilita, ainda, produzir relatórios gerenciais que subsidiem os gestores na tomada de decisões, auxiliando, assim, o controle social e a ampla articulação entre cidadãos e demais atores envolvidos com a saúde pública.

O objetivo da Ouvidoria é atender toda a população de Porto Alegre que utiliza os Serviços do SUS e também aos moradores de outros municípios que estejam em atendimento aqui em Porto Alegre. Desde a sua implantação, que foi oficialmente em 07/04/2008, os maiores problemas enfrentados por esta Ouvidoria, são:

- Dificuldade no cumprimento dos prazos das demandas, com um retorno ao cidadão muito atrasado acarretando imobilidade nos processos operacionais da Ouvidoria e seus encaminhamentos futuros;
- Dificuldade de maior qualificação no serviço de tele-atendimento, que hoje é realizado pelo 156, não sendo um serviço especializado em saúde;
- Dificuldade com os relatórios emitidos pelo sistema utilizado pela Ouvidoria, onde nem sempre geram dados confiáveis;
- Falta de um espaço físico adequado para a Ouvidoria e criação da mesma oficialmente dentro da estrutura da Secretaria, criando uma equipe multidisciplinar, para o correto encaminhamento das demandas e análise dos dados, bem como qualificação junto a todos os atores envolvidos.

Essa realidade mostra que ainda há muito que avançar no desenvolvimento da Ouvidoria para a efetivação do controle popular por uma via direta da população com a SMS. Se assim se concretizar, possibilitará a inclusão da avaliação da gestão e da atenção prestada pela SMS sob a perspectiva dos usuários e da população, qualificando-a.

### **8.8.2 Conselho Municipal de Saúde**

Na ocasião da IX Conferência Nacional de Saúde, definiu-se controle social como a capacidade da sociedade organizada em intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses na definição das prioridades e metas dos planos de saúde (BRASIL, 1992). Carvalho, Petris e Turini (2001) citam Carvalho ao propor que o controle social também é entendido como uma tentativa de se estabelecer uma nova relação entre Estado e sociedade, para que essa participe das decisões a serem tomadas.

Sendo assim, o princípio do controle social – uma das diretrizes organizativas do SUS - parte da máxima de que quanto mais envolvimento houver da sociedade na construção e fiscalização do sistema, mais chance haverá de êxito, apontando que todos os sujeitos envolvidos no SUS têm papel na sua implementação (profissionais, prestadores, gestores e, principalmente, usuários que estão na ponta do sistema e que acompanham o cotidiano da política pública) (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER).

A efetivação constitucional da participação social foi contemplada no Artigo 198 da Constituição Federal de 1988 - “a participação da comunidade”, posteriormente traduzida através das Leis 8.080/90 e 8142/90, instituindo duas formas de participação (instâncias colegiadas) em cada esfera de governo: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde (KUJAWA, BOTH, BRUTSCHER; CARVALHO, PETRIS E TURINI, 2001), cada qual com suas atribuições específicas, sendo ambos essenciais para o sucesso do controle social e da consolidação dos princípios do Sistema.

A cidade de Porto Alegre é mundialmente conhecida pela efervescência da participação Social. Trata-se de um reconhecimento de uma história que surge na década de 80 com os Conselhos Populares e consolida-se com o Orçamento Participativo. No setor saúde, surgiu também na década de 80, na esteira dessa mobilização, a Comissão Interinstitucional de Saúde, sempre com muita participação e que foi responsável por importantes lutas e conquistas. Em 1992, foi constituído o Conselho Municipal de Saúde, em cumprimento à lei, que prosseguiu o trabalho e obteve muitos avanços, consolidando práticas de controle social efetivo, tornando-se referência para a cidade e para outros municípios do país.

Devido a divergências quanto à aplicação de recursos e a outros posicionamentos dos gestores que atuaram na SMS até fevereiro de 2010, nos últimos cinco (05) anos as relações entre o CMS e a instância gestora desta SMS foram conflituosas. A forma de gerir o sistema municipal de saúde, com o desenvolvimento de ações não aprovadas pelo CMS e a não prestação de contas de forma satisfatória a este órgão fiscalizador e deliberativo do SUS, agravaram a situação na SMS.

Após este período, à gestão atual da SMS cabe reconhecer a importância do controle social e intensificar o apoio concreto a este por meio do PMS. Esse apoio está sendo concretizado pelo diálogo entre os gestores da SMS desde o primeiro semestre

de 2010, e também se dará por meio do reconhecimento do CMS nas diretrizes e metas que primam pela sua participação efetiva e constante aperfeiçoamento.

O Conselho Municipal de Saúde tem que ser considerado parceiro da SMS, visto as suas atribuições conferidas pela LOS 8142/90 e pela Lei Municipal e Complementar nº277, de 1992 (LC 277/92), que lhe qualifica ao potencial objetivo de direcionar a Política Municipal de Saúde e a descentralização da gestão. Assim, o CMS tem a função de avaliar e propor a organização e funcionamento do SUS municipal, com a finalidade de concretizar o seu papel como “Instância permanente e deliberativa, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde” (BRASIL, 2010, p. 296 – regulamento do SUS).

No aspecto descrito acima, cabe ao CMS analisar e aprovar os Planos Municipais de Saúde, os relatórios de gestão, incluído os financeiros e orçamentários, e também fiscalizar e propor estratégias, tudo conforme descrito da LC 277/92. Para se qualificar nessa tarefa deve, então, se manter atualizado sobre as demandas da população e seus grupos, sobre a capacidade instalada existente na SMS, bem como sobre a organização da SMS para dar conta das suas atribuições.

Estrategicamente o CMS é composto por Núcleos, que ficam responsáveis por discutir e aprovar ou não os projetos e intenções da SMS, bem como propor e deliberar sobre temas relativos ao direcionamento do SUS municipal. Para que atue de forma prevista à LOS 8142/90 e a LC 277/92, com direcionamento decisório resultante da sua composição paritária exigida e ao mesmo tempo qualificada, entende-se que as instâncias locais e descentralizadas do CMS devam ser estimuladas à participação na gestão do SUS, se apropriando das suas potencialidades e espaços de atuação.

Mesmo com os esforços do Poder Executivo da SMS, de qualificar as equipes assistenciais e distritais para acolher os Conselhos Locais e Distritais de Saúde, espera-se que o CMS seja também parceiro nesse processo de estimular os usuários cidadãos à participação política ativa no SUS. Com essa parceria necessária SMS e CMS para a ampliação da gestão participativa no SUS municipal, objetiva-se que a Conferência Municipal de Saúde será orientada por esse princípio, contemplando as expectativas da SMS quanto à ampla participação cidadã e à profundidade das discussões e deliberações geradas.

Indispensável para que a Conferência Municipal de Saúde ocorra, a Comissão Organizadora terá a responsabilidade de organizar a Conferência de forma estrutural, operacional e programática, contemplando os temas presentes no PMS, aqueles que ficaram em aberto e que já foram abordados nas últimas conferências municipais de saúde, e aqueles que, de forma dialogada, são elencados como indispensáveis por representar a situação de saúde e do SUS municipal. Neste caso, a Comissão Organizadora deve contar com a condução do CMS, principal indutor da participação social na esfera municipal.

Por fim, se reconhecer que o controle social, seja por meio do CMS, OP, ouvidoria SUS ou outras formas de democratização do SUS, é um forte instrumento para a qualificação do sistema conforme as necessidades de saúde reais da população civil e conforme a capacidade do sistema de saúde em atendê-las com qualidade.

## 8.9 AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DO SUS

Embora a Lei Nº. 8.080/90 atribua à gestão federal do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito SUS”, até 2006 não existia um processo integrado de planejamento, em especial em cooperação com as demais esferas. As ações eram pautadas principalmente no atendimento às demandas interna e externa.

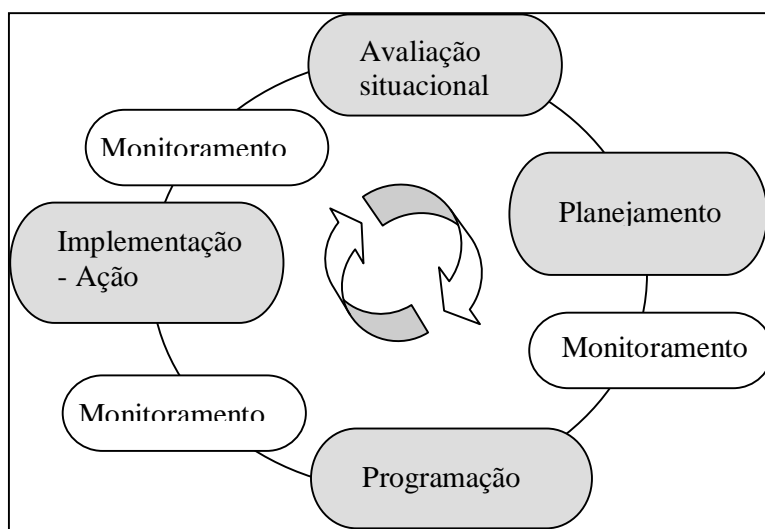
O Relatório Anual de Gestão foi regulamentado na Lei 8080/90, porém, a sua execução era atribuída principalmente à prestação de contas e não como instrumento para o processo reflexivo de avaliação e planejamento do SUS.

A partir de 2006, com a crescente discussão sobre as responsabilidades das esferas de gestão e com a necessidade de qualificar os processos de gestão do SUS, houve a inclusão de Atos Normativos que aprofundam o processo de avaliação e planejamento no âmbito do SUS. Como resultado, Plano de Saúde, Relatórios Anuais de Gestão (RAG), e o Pacto pela Saúde, entre gestores, foram a tônica para o aprofundamento das discussões sobre a gestão do SUS. Desta forma, o monitoramento, atualização e avaliação das ações passam a contribuir efetivamente para a melhoria da gestão e das ações e serviços prestados à população pelo SUS.

Os desafios atuais são enormes ao se considerar que, até hoje, o que se vivenciou é reflexo da forma centralizada como foi conduzida a política de gestão do Estado brasileiro. Na esfera municipal de Porto Alegre, ainda que a esfera pública federal tenha divulgado e normatizado instrumentos auxiliares no desenvolvimento da gestão do SUS desde 2006, não se conseguiu efetivar a gestão norteada pela avaliação e planejamento.

O PlanejaSUS (BRASIL, 2006), enquanto instrumento auxiliar pedagógico e normativo de gestão no SUS, busca resgatar o papel estratégico do planejamento para a gestão. Nesse sentido, desde o início de 2010 a SMS de Porto Alegre vem investindo energia para que a prática de planejamento seja introduzida e permaneça na rotina dos programas e serviços de saúde. Acredita-se que essas práticas otimizarão o gasto público, os recursos necessários a demandas específicas, o tempo de espera da população pelos serviços demandados, e incluirão a perspectiva dos atores sociais interessados (população, CMS, gestores municipais e estadual) na gestão do SUS.

Tentando contemplar a perspectiva participativa do processo gestor, a SMS/POA pretende organizar e executar o sistema municipal de saúde de modo a incluir a avaliação, o planejamento, a programação e a implementação de ações e estratégias que visem à efetivação dos objetivos e diretrizes defendidos neste PMS. Com esse direcionamento pretende-se instituir um processo em constante retroalimentação e diálogo, com conseqüentes modificações e mudanças necessárias ao atendimento dos princípios e diretrizes do SUS.



### Gráfico 81 - Planejamento estratégico na SMS/POA

A figura acima mostra que o processo de planejamento deve ser constante, e que, iniciado pela avaliação situacional (ou análise situacional do PMS), suas etapas devem sempre ser monitoradas com o objetivo de se avaliar se o caminho escolhido no planejamento, programação e implementação está sendo efetivo positiva ou negativamente. Pode-se, assim, continuar a executar um projeto, caso ele esteja correspondendo à expectativa dos gestores e da população, ou mesmo readequá-lo para que encontre o resultado esperado na efetivação do SUS e da saúde da população.

O que se pretende nesta gestão da SMS de Porto Alegre é a condução de um processo de planejamento e avaliação não meramente quantitativo, mas também qualitativo e pluralista. Ou seja: ao mesmo tempo que é indispensável considerar aspectos normativos, quantitativos, administrativos, incluindo os RAG emitidos pelo SARGSUS (sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS) e outras formas de controle e avaliação, busca-se também considerar as necessidades do conjunto plural que é representado pela sociedade o compõe em diferentes instâncias (CMS, conselhos locais e distritais, associações intergestores, comissões intersetoriais, etc.), de forma qualitativa e inclusiva.

Admite-se, assim, que é necessário aprofundar projetos e estratégias já em andamento como também dar visibilidade e espaço às pessoas, projetos e lugares com potencial de auxiliar no desenvolvimento e efetivação do SUS. Por fim, reforça-se, aqui, o caráter em complementariedade que é necessário à efetivação do SUS em capacidade instalada e em estratégia operacional, percorrendo desde a dimensão macropolítica e estrutural do sistema de saúde, até a microgestão do cotidiano das unidades de saúde (básicas, ambulatoriais e hospitalares) para a avaliação e planejamento em saúde, buscando a sua institucionalização na esfera municipal.



## 9 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

### 9.1 Vigilância em saúde

A vigilância dos tem por objetivo conhecer o comportamento das doenças transmissíveis de notificação compulsória que ocorrem em Porto Alegre determinando: quais ocorrem, em quem ocorrem, como ocorrem, onde e por que ocorrem; dessa vigilância deve resultar a adoção de medidas de controle, de prevenção e se possível de erradicação.

Faz parte ainda da missão da equipe de vigilância epidemiológica detectar mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde coletiva; informar oportunamente aos serviços de saúde sobre mudanças no cenário epidemiológico e comportamento clínico das doenças como forma de instrumentalizar a assistências com os elementos epidemiológicos necessários para a decisão no tratamento da saúde individual e proteção da saúde coletiva.

A Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS), setor responsável pelas ações coletivas de vigilância em saúde em Porto Alegre, busca consolidar uma prática de atuação articulada entre suas equipes e as três vigilâncias (epidemiológica, sanitária e ambiental) e saúde do trabalhador, visando a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar fatores de exposição que podem gerar danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantido a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem coletiva quanto individual dos problemas de saúde.

A CGVS é composta por uma coordenação geral e oito equipes: Equipe de Vigilância da Qualidade de Água (EVQA); Equipe de Vigilância de Zoonoses (EVZ); Equipe de Vigilância dos Serviços e Produtos de Interesse à Saúde (EVSPIS); Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis (EVDT); Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos Não Transmissíveis (EVEV); Equipe de Vigilância de Alimentos (EVA); Equipe de Apoio Administrativo (EAA) e Equipe de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador (EVSAT).

A atuação da CGVS, mesmo das equipes que tradicionalmente desenvolviam ações eminentemente fiscalizadoras, pauta-se em atividades educativas, intersetoriais e promotoras da saúde, buscando romper com as práticas policialescas tradicionais. Essas ações estão voltadas para setores sujeitos à regulação da vigilância, consumidores e população em geral. São realizadas em conjunto com várias equipes e, sempre que possível, envolvem outros setores da sociedade.

A CGVS trabalha para toda a cidade, fato esse que mostra limitações em determinadas ações, principalmente nas que envolvem uma maior participação da comunidade local, desta forma, um dos objetivos atuais é a descentralização das ações de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental) para os serviços básicos de saúde. Existem algumas ações de menor complexidade, porém de grande relevância, relacionadas direto à assistência básica que podem estar sendo desenvolvidas localmente por esses serviços. Desta forma, é necessário incrementar a parceria com as Gerências Distritais e os serviços de saúde locais.

A atuação da CGVS tem reconhecimento público e se constitui em um importante espaço de promoção da saúde da população e de consolidação do modelo de atenção da Vigilância da Saúde. A capacitação profissional continuada é um dos eixos norteadores da gestão da CGVS, pois permite a reflexão permanente sobre o modelo de atenção à saúde e a discussão de atitudes, habilidades e competências necessárias para o trabalho realizado.

A corresponsabilidade é uma das características do modelo de gestão da CGVS, pois a saúde de indivíduos e população é de responsabilidade não somente do setor público, mas de toda a população, uma vez que os determinantes da saúde e da doença encontram-se no modelo de desenvolvimento econômico e social adotado pelo país, transcendendo, dessa forma, o campo de atuação tradicional da saúde. Assim, população e trabalhadores da saúde são corresponsáveis na identificação de problemas, necessidades e demandas de saúde e na busca de alternativas para o seu enfrentamento.

A CGVS busca atuar a partir do modelo de atenção da vigilância e da promoção da saúde. Assim, procura reforçar o papel de todos: setores regulados, população, trabalhadores da saúde e gestores do SUS. Nesse sentido, necessita o trabalho integrado e participativo de toda a sociedade.

A coordenação geral da CGVS é composta por um coordenador, seu adjunto, um grupo de assessores diretos, estagiários de nível superior e médio. A coordenação geral faz a articulação entre as equipes, o gabinete da SMS e demais entes dos governos municipal, estadual e federal. É a coordenação geral a instância representativa da CGVS que junto ao núcleo de gestão da SMS faz o pleito das demandas e dificuldades existentes para o funcionamento da CGVS como um todo. A coordenação geral ao longo do tempo já apresentou diferentes composições e formatos, estando hoje também abrigando o núcleo da junta julgadora do Processo Administrativo Sanitário. São atribuições diretas da coordenação: Elaborar conjuntamente com as equipes as diretrizes para a CGVS; ordenar as despesas da CGVS; articulação entre as equipes; elaborar e executar o planejamento estratégico das ações de vigilância em saúde; avaliar e corrigir a estrutura gerencial e executiva da CGVS; consolidação do relatório de gestão; consolidação do Plano Municipal de Saúde – Vigilância em Saúde; realizar a manutenção preventiva e corretiva do prédio e frota da CGVS; gerir de compras de materiais de consumo e permanente, contratações de serviços de terceiros; gerir os estagiários oriundos de projetos específicos; planejamento e execução do material gráfico; coordenação da junta julgadora do Processo Administrativo Sanitário; interlocução junto ao CMS, estado e união das ações pactuadas de vigilância em saúde.

A Equipe de Vigilância em Saúde Ambiental (não Biológicos) e do Trabalhador começou a se estruturar no ano de 2009. Tem como objetivo geral identificar e monitorar fatores de riscos não biológicos relacionados a contaminantes ambientais, qualidade do ar, solo e desastres naturais, de forma a minimizar os riscos de doenças e agravos decorrentes da exposição da população.

A Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis (EVEV) é responsável pela vigilância de todos os eventos que envolvem a existência do cidadão, do seu nascimento ao óbito, passando pelas patologias e agravos que não são de notificação compulsória. Para tal são empregados diferentes sistemas e programas, sendo sete (7) Sistemas Nacionais de Informação, dos quais quatro (4), abaixo especificados, compõem o Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis – Doenças e Agravos Não Transmissíveis e dois (2) Programas de Vigilância Municipais, conforme descrito na relação abaixo. O objeto de trabalho concentra-se no gerenciamento destes sistemas e programas e na disseminação das informações produzidas. São responsáveis atualmente pela execução

de todas as atividades da equipe 8 servidores de nível médio, 11 servidores de nível superior e 29 estagiários. Os sistemas e programas são relacionados a seguir:

- SINASC – Nascidos Vivos
- SIM – Mortalidade
- SISPRENATAL – Pré-Natal
- SISVAN\* – Alimentar e Nutricional
- SISCOLO\* – Câncer de Colo de Útero
- SISMAMA\*- Câncer de Mama
- VIVASINANNET\* - Violência

\*Sistemas nacionais de informação que integram o Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Os programas de vigilância em funcionamento são: o Prá-Nenê – 1º ano de vida e o Prá-Parar – notificação de agravos causados por Violência que chegam aos serviços de saúde.

A Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis (EVDT) é responsável pela vigilância epidemiológica dos agravos transmissíveis de notificação compulsória elencados em território nacional, estadual e municipal a partir do processo de municipalização da saúde iniciado no município no ano de 1994. A vigilância de doenças e agravos de interesse para a saúde pública bem como o Programa Nacional de Imunizações responde ao prescrito na Lei federal nº 6259 de 30 de outubro de 1975. O Instrumento legal em vigor, que regulamenta a referida lei, é a Portaria da Secretaria de Vigilância em Saúde /MS nº 5 de 21 de fevereiro de 2006.

A vigilância destes agravos tem por objetivo conhecer o comportamento das doenças transmissíveis de notificação compulsória que ocorrem em Porto Alegre determinando: quais ocorrem, em quem ocorrem, como ocorrem, onde e por que ocorrem; dessa vigilância deve resultar a adoção de medidas de controle, de prevenção

e se possível de erradicação. Faz parte ainda desta vigilância detectar mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde coletiva; informar oportunamente aos serviços de saúde sobre mudanças no cenário epidemiológico e comportamento clínico das doenças como forma de instrumentalizar a assistências com os elementos epidemiológicos necessários para a decisão no tratamento da saúde individual e proteção da saúde coletiva.

Considerando que a vigilância das doenças imunopreveníveis é ação estratégica para o controle e erradicação de doenças, está inserido na EVDT o Núcleo de Imunizações. Este núcleo de trabalho tem sob sua responsabilidade a atualização técnica dos trabalhadores em sala de vacinas, a supervisão da rede de frio essencial para garantir a qualidade das vacinas e outros imunobiológicos oferecidos à população e o monitoramento das coberturas vacinais preconizadas pelo Programa Nacional de Imunizações para o calendário básico de imunizações.

A informação produzida a partir da notificação e busca ativa de casos é armazenada nos seguintes sistemas nacionais de Informação:

- SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação);
- API (Avaliação do Programa Imunizações);
- EDI (Estoque e Distribuição de Imunobiológicos);
- AIU (Apuração de Imunobiológicos Utilizados);

A informação e análise sobre o comportamento das doenças transmissíveis de notificação compulsória é oferecida no Boletim Epidemiológico que é publicado trimestralmente com o objetivo de retroalimentar as fontes notificadoras, atualizando e informando os profissionais de saúde, a rede assistencial (pública e privada) e a população de Porto Alegre. Considerando a informação como instrumento para o planejamento de ações para avaliação dos programas de saúde, para a proteção dos cidadãos e da coletividade, os boletins epidemiológicos impressos são distribuídos a cada serviço de saúde de Porto Alegre, Conselho Municipal de Saúde, Universidades, e se encontram na página eletrônica da prefeitura de Porto Alegre.

A equipe de vigilância em Zoonoses compõe-se do Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores atua desde 1989 e realiza a vigilância ambiental de fatores biológicos de interesse em saúde pública. Este núcleo planeja, executa, fiscaliza e avalia ações de vigilância de zoonoses, além de fomentar ações de vigilância e controle de fatores ambientais e biológicos relacionados às zoonoses. Entre os embasamentos legais pode-se citar o Código Municipal de Saúde no seu artigo 10, item XVIII, onde consta: *“Compete a Secretaria Municipal de Saúde, realizar o controle de vetores e hospedeiros intermediários responsáveis pela transmissão de doenças ou agravos à saúde”* (Código Municipal de Saúde – LM 395/96, Art. 10 - item XVII).

As principais ações são a vigilância do *Aedes aegypti* através do Programa Municipal de Prevenção à Dengue, a vigilância da Leptospirose e das mordeduras de ratos e controle de roedores, vigilância entomológica de flebotomíneos em áreas com transmissão de Leishmaniose e de triatomíneos, na vigilância da Doença de Chagas, vigilância do parasitismo humano por carrapato, fiscalização zoosanitária de áreas de risco para a presença de vetores e roedores, ações de educação ambiental e orientações sobre outros animais incômodos e identificação de espécies de interesse em saúde pública. Atualmente o núcleo conta com 5 biólogos, 1 médico veterinário, 2 assistentes administrativos, 1 técnica em enfermagem, 1 encarregado, 4 fiscais, 6 estagiários de nível médio, 6 estagiários de nível superior, 9 operários terceirizados, da Cooeza, 42 agentes da Coopal, atua na região do Arquipélago.

A gerência dos agentes de endemias advindos dos contratos temporários do Programa Municipal de Prevenção à Dengue agrega a este núcleo 3 biólogos, 20 supervisores e 140 agentes controle de endemias.

Ressalta-se que Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores, com a confirmação da transmissão autóctone da dengue em Porto Alegre, passa a trabalhar com sua capacidade de atendimento operacional quase que exclusivamente para as ações do Programa de Prevenção à Dengue. Ações como a vigilância da leptospirose e de mordedura de ratos, os atendimentos de desratização via 156 e das áreas de PSF, sofreram um atraso muito grande inconcebível, o passivo de atendimentos via 156 nunca foi tão expressivo. A própria fiscalização, que é realizada por duas duplas de fiscais, não conseguiu fazer frente a demanda explosiva, que se estendeu além dos meses mais quentes, alterando o perfil de demandas sazonais.

As atividades de controle de roedores e vetores são realizadas por funcionários terceirizados da cooperativa Cooeza, além do vínculo precário, há ainda a questão de que a atividade de bloqueios de transmissão com o uso de UBV portátil ou pesada, exige atualmente, um operacional mais qualificado.

O conhecimento acerca dos custos das estratégias de ação e dos componentes prioritários dos programas de prevenção e controle da dengue e de outros programas (controle de roedores), alguns não pactuados, pode orientar a tomada de decisões quanto à aplicação dos recursos orçamentários disponíveis. O cenário que se apresenta é de crescimento das atividades realizadas pelo Núcleo, serão necessários recursos humanos e materiais para fazer frente às novas tarefas.

O controle de roedores é um serviço da SMS para atendimento das reclamações da população, com relação a infestação de ratos nas vias públicas, praças e parques da cidade. O controle de roedores em via pública é um serviço que o NVRV tem prestado a população de Porto Alegre, atendendo as solicitações para o controle químico nos bueiros, praças e parques da cidade recebidos pelo telefone 156. Esta é uma atividade complementar a vigilância da leptospirose e de mordedura de rato.

Destaca-se no conjunto das ações, o controle da raiva, pois se trata de uma doença viral, grave, sem cura e com 100% de letalidade caso não seja feita vacinação pós-exposição. Todos os mamíferos (humanos, cães, gatos, morcegos e outros mamíferos silvestres como macacos, gambás, etc) são suscetíveis à raiva. A transmissão desta doença somente ocorre através de contato direto, através da saliva do animal doente, por mordedura, arranhadura etc.

Mesmo estando à raiva urbana em cães e gatos controlada desde 1981 (data do último cão com raiva no nosso município) a SMS realiza o monitoramento da raiva urbana em Porto Alegre.

Considerando o risco de transmissão de raiva por morcegos, a Secretaria de Saúde, através do Núcleo de Vigilância de População Animal, a partir do ano de 2007, priorizou o recolhimento de morcegos adentrados ou moribundos, encontrados mortos, caídos ou envolvidos em acidentes com pessoas, ou seja, uma equipe vai até a residência recolhe o morcego caído ou adentrado, e o mesmo é encaminhado para análise de raiva.

A Equipe de Controle de Zoonoses, através do Núcleo de Vigilância de População Animal (NVPA), é responsável pela vigilância da raiva urbana em nosso município.

Tabela 124 - Morcegos enviados para análise laboratorial de Raiva - 2005 a outubro de 2010 - Porto Alegre

ANO	Nº MORCEGOS ENCAMINHADOS	Nº MORCEGOS POSITIVOS
2005	15	02
2006	14	zero
2007	21	03
2008	29	03
2009	7	03
2010	19	

Fonte: CGVS, SMS

No caso de positividade é realizado um inquérito Epidemiológico, verificando a possibilidade de contatos com morcegos e de transmissibilidade da raiva, com objetivo de orientar a população exposta. De forma complementar é realizado um Bloqueio vacinal anti rábico em cães e gatos em um raio de 300 metros, conforme metodologia do Instituto Pasteur, atividade esta que começou a ser realizada a partir de junho de 2007.

Desde então até o momento foram diagnosticados nove morcegos positivos para Raiva em Porto Alegre, sendo que estes animais eram não hematófagos e foram encontrados nos bairros: Centro, Cidade Baixa, Bom Fim, Santana, Restinga, Ipanema, Azenha. Foram realizados nove Bloqueios Vacinais Anti-rábicos em cães e gatos pela Equipe, sempre em um raio de 300 metros a partir do foco.



Tabela 125 - Bloqueios Vacinais 2007-2009 Porto Alegre

BAIRRO	DATA	Nº CÃES VACINADOS	Nº GATOS VACINADOS	TOTAL
Santana	Junho/07	398	134	532
Restinga	Janeiro/08	908	138	1046
Ipanema 1	Marco/08	388	90	478
Ipanema 2	Abril/08	227	70	297
Centro 1	Dezembro/08	290	156	446
Centro 2	Janeiro/09	274	261	535
Centro 3	Fevereiro/09	25	14	39
Bom Fim	Marco/09	210	150	360
Azenha	Julho/09	264	68	332
TOTAL	09 bloqueios	2984	1081	4065

De fevereiro a maio de 2009, também foram notificados de 16 casos de Raiva em herbívoros (bovinos e eqüinos) na região do Lami e extremo sul de Porto Alegre, desta vez causada por morcegos hematófagos cujo controle é competência da Secretaria de Agricultura. A Equipe de Zoonoses da Secretaria Municipal de Saúde realizou 16 Bloqueios Vacinais antirábicos em cães e gatos nesta região envolvendo uma área de aproximadamente quatro quilômetros de raio.

São cerca de 150 solicitações mensais, em média, entram através do telefone 156 sendo que atualmente tem-se atendido somente 50% deste serviço no prazo previsto, conforme o dado fornecido pela equipe da SMA / 156. Já que nossa equipe operacional é centralizada e não exclusiva para o controle de roedores, realiza, também, o controle de vetores, priorizando as ações pactuadas do Programa Municipal de

Prevenção a Dengue. Além deste fato, as ações do NVRV devem ser priorizadas a partir de avaliações epidemiológicas das regiões, focando suas atividades de vigilância ambiental nos espaços nos quais ocorre a incidência das zoonoses, como forma de evitar o aumento de casos destas doenças e agravos. Esta é a verdadeira atribuição do núcleo, ligada a saúde coletiva, e não a de ser somente um serviço de controle de pragas urbanas.

A Equipe de Serviços de Interesse à Saúde é responsável pelo conjunto de ações capazes de prevenir, minimizar ou eliminar riscos e agravos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes da prestação de serviços de interesse da saúde.

O objetivo da equipe é garantir condições de segurança sanitária, controlando o risco e o dano à saúde, tanto em locais públicos como em privados, quando esses locais apresentarem riscos à saúde, individual e / ou coletiva, decorrentes de procedimentos, instalações e equipamentos.

O Serviço exerce as funções de cadastramento, regulamentação, orientação, controle e fiscalização a fim de sanar e prevenir irregularidades e assim proteger o indivíduo e / ou a coletividade de danos à saúde.

A Equipe atua nos seguintes Serviços de Interesse à Saúde: Clínicas e consultórios Médicos com ou sem procedimentos; Serviços de Diagnóstico por Imagem; Hospitais gerais e especializados; Clínicas de Estética; Unidades de Saúde; *Home Care*; Clínicas Odontológicas com ou sem Equipamento de Raios – X; Serviços de Enfermagem; Serviços de Nutrição; Serviços de Psicologia; Serviços de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; Serviços de Fonoaudiologia; Serviços de Remoções; Banco de Leite Humano; Banco de Sangue; Banco de Células e Tecidos Germinativos; Agência Transfusional; Centrais Sorológicas; Serviços de Nutrição Enteral; Serviços de Terapia Antineoplásica; Serviços de Terapia Renal Substitutiva; Serviços de Coleta de Material Humano Isolado; Posto de Coleta descentralizado de laboratório de análises e pesquisas clínicas/patologia clínica; Laboratórios de Análises Clínicas; Laboratórios de Anatomia Patológica; Casas de Repouso para Idosos; Casas de Apoio para portadores de enfermidades crônicas e para dependentes químicos; Embelezamento; Asilos para Idosos; Orfanatos; Albergues Assistenciais; Centros de Reabilitação para Dependentes Químicos com ou sem alojamento; Casas de Apoio para Crianças e Adolescentes;

Educação Infantil - Creches; Serviços de Prótese dentária; Lavanderias hospitalares isoladas; Estabelecimentos de Tatuagem, Piercing e congêneres.

O núcleo de vigilância de produtos de interesse à saúde realiza o licenciamento e a fiscalização dos estabelecimentos que importam, armazenam e ou comercializam medicamentos, correlatos e saneantes. Para tal as atividades específicas deste núcleo são: Licenciamento e fiscalização do comércio de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos (Drogarias, Farmácias, Distribuidoras e Transportadoras), licenciamento e fiscalização do comércio de Produtos para Saúde (Comércio Varejista, Distribuidoras, Importadoras, Exportadoras e Transportadoras), licenciamento e fiscalização do comércio de Cosméticos (Distribuidoras, Importadoras, Exportadoras e Transportadoras), Licenciamento e fiscalização do comércio de Saneantes (Distribuidoras, Importadoras, Exportadoras e Transportadoras).

O núcleo de engenharia é responsável pela análise e, quando atendidas as prerrogativas legais, aprovação dos projetos arquitetônicos de todos os estabelecimentos assistenciais de saúde de interesse a saúde, bem como dos projetos complementares, tais como hidráulicos, de proteção radiológicas e etc. Esse núcleo é composto por dois engenheiros civis, dois engenheiros mecânicos e estagiários de nível superior.

A Equipe de vigilância de Alimentos é responsável pelo monitoramento, controle e fiscalização da cadeia que envolve todo o comércio de alimentos no município de Porto Alegre; ou seja, transporte, distribuição, produção, manipulação, estocagem, exposição e consumo.

Atua em um universo de bares, restaurantes, lancherias, supermercados, açougues, cozinhas industriais e hospitalares, padarias, confeitarias, peixarias, entre outros tipos de comércio de alimentos. Também é responsável pela investigação dos surtos de doenças de transmissão alimentar em conjunto com a Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Também monitora e fiscaliza os alimentos comercializados por ambulantes, feirantes e eventos especiais. Para cumprir com sua atribuição, utilizam-se de vários instrumentos entre eles a educação em saúde, e a legislação sanitária.

Atualmente a Equipe é composta por dois veterinários, treze agentes de fiscalização e dois assistentes administrativos, para atender: aos processos de alvará de

saúde, denúncias dos consumidores, demandas da Secretaria Estadual da Saúde, Ministério Público, Secretarias Municipais, entre outros órgãos, vistorias para liberação de feiras e eventos especiais e notificações de surtos de DTA.

A equipe de vigilância da qualidade da água tem dois grandes objetivos relacionados à promoção e prevenção da saúde. O primeiro é garantir que a água consumida pela população atenda aos padrões estabelecidos na legislação vigente, e segundo, atuar sobre problemas relacionados ao saneamento que possam vir a representar riscos para saúde humana. As ações realizadas pela Vigilância de Águas incluem a vigilância dos teores de flúor nas águas de abastecimento público e a vigilância de piscinas, desde 1994. Logo após, em 1995, foram repassadas para a esfera municipal, a vigilância da qualidade da água, com a análise dos parâmetros bacteriológicos e físico-químicos (flúor, cloro e turbidez), as ações de vigilância de esgotos lançados em vias públicas, poços artesianos e fontes alternativas de abastecimento de água e, complementarmente a todas essas, as ações de educação em saúde. A partir do ano 2002, com a implantação do programa Vigiagua / MS, um sub componente da Vigilância em Saúde Ambiental, as rotinas da vigilância foram padronizadas nacionalmente. Em Porto Alegre, onde já havia a vigilância da qualidade da água, a partir da implementação desse programa, teve alguns avanços como o aumento do número de amostras mensais disponibilizadas para análise e a sistematização dos resultados em um banco de dados nacional - o Sisagua. Esse sistema de informação foi concebido com o objetivo de propiciar o monitoramento e o planejamento das ações para ampliação e melhoramento da qualidade da água oferecida à população em todo o território nacional.

Outras atividades previstas no Vigiagua, e que são rotina na equipe de Vigilância de Águas, desde 1995, são as inspeções sanitárias em Estações de Tratamento de Água (ETA) com a finalidade de avaliar as boas práticas operacionais executadas pelas companhias de abastecimento.

Atualmente, são realizadas 53 coletas mensais de água, onde são analisados os parâmetros cloro residual livre e total, turbidez, fluoreto, coliformes totais e termotolerantes. Além das atividades relativas ao Vigiagua, a equipe desenvolve atividades que abrangem vistorias relacionadas às condições de reservatórios de água coletivos, inspeções regulares em escolas e clubes com piscinas de uso coletivo,

atendimento de denúncias relativas à água e esgotamento sanitário, investigações de surtos de hepatite A e outras doenças de veiculação hídrica e atividades educativas junto a escolas, unidades de saúde, associações, entre outros. Deve ser destacado o Projeto “A Divindade da Água”, que tem realizado ações ambientais integradas com instituições religiosas e movimentos sociais, na região da nascente do Arroio Moinho, Morro da Polícia. A equipe é composta por um engenheiro químico, uma odontóloga (coordenadora), um assistente administrativo e quatro fiscais.

## 9.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A atenção primária à saúde (APS) tem se mostrado uma proposição estratégica para sistemas de saúde no mundo.

No caso brasileiro, a APS tornou-se alvo recente de investimento, como estratégia para reordenar o Sistema Único de Saúde tanto em termos de cobertura populacional como em termos de qualidade assistencial compreendendo a proteção à saúde, controle de exposições e prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Constitui-se, junto com a rede de urgências, a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde.

Fundamenta-se nos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integração, responsabilidade sanitária, humanização, equidade e participação social.

Porto Alegre, através da Secretaria Municipal de Saúde, estará pautada por esta diretriz, investindo na APS, reconhecendo-a como ordenadora do sistema através do reconhecimento das reais necessidades de saúde da população, que dimensiona o cuidado individual e coletivo.

A rede de atenção primária em saúde, nomeada pelas políticas de saúde do SUS como Atenção Básica em Saúde (ABS), foi a rede de serviços que inicialmente foi transferida à responsabilidade municipal com o progresso emancipatório da regionalização e descentralização da saúde no Brasil. Em Porto Alegre não foi diferente e, hoje, todos os serviços básicos de saúde, à exceção dos postos de saúde do GHC, são de responsabilidade da SMS.

Em 19 de janeiro de 2009, as unidades de saúde que antes eram de responsabilidade administrativa e gerencial da Escola de Saúde Pública (ESP) passa a SMS de Porto Alegre, conforme reportagem da SMS publicada no período.

[...] o Murialdo é a única unidade básica de saúde de Porto Alegre pertencente e gerenciada pelo Governo Estadual. O centro agrega treinamento em serviço de recursos humanos através da Residência Integrada em Saúde, visando ao fortalecimento e à consolidação das diretrizes do Sistema Único de Saúde e tendo como eixo a abordagem da Atenção Primária à Saúde (APS).

Com a assinatura do termo, a SMS passa a gerenciar as ações e os serviços de atenção e assistência à saúde, desenvolvidas pelas sete Unidades de Saúde (2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8) e pelo andar térreo do Centro de Saúde Escola Murialdo. No mês passado, os servidores participaram de seminário de acolhimento. As unidades estão localizadas no Bairro Partenon, dentro da Gerência Distrital de Saúde Partenon e Lomba do Pinheiro, com uma cobertura estimada de aproximadamente 80 mil pessoas, entre 10 e 12 mil por unidade. São realizados atendimentos nas áreas de clínica geral, pediatria, ginecologia, cardiologia e oftalmologia.(PMPA, 2010 - site)

Amplia-se, assim, as responsabilidades gestoras na ABS, visto que, conforme a NOAS (2002), a ABS é de responsabilidade municipal.

Em 2004, por meio do Programa Expansão e Consolidação de Saúde da Família (Proesf) do Ministério da Saúde, é dado início no Município à conversão da rede ambulatorial básica para o modelo de Saúde da Família (PORTO ALEGRE, 2010, p.4). Além disso, com a necessidade de propiciar um atendimento à sua população de acordo com suas características sócio-econômicas, Porto Alegre aderiu a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria Nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Nesta perspectiva, a ampliação e o acesso da população aos serviços e promover a qualidade, a integralidade, à equidade e a humanização na atenção à saúde seguirá a adoção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como o modelo de APS em Porto Alegre.

Hoje, existem 106 equipes de ESF em atividade no município de Porto Alegre, considerando as 86 equipes contratadas pela SMS com o Instituto de Cardiologia e 20 equipes conveniadas (GHC, HCPA, Hospital Moinhos de Vento, Hospital Divina Providência). Essas 106 equipes correspondem a uma cobertura de 26,4% da população porto-alegrense. Para a ampliação da ESF em Porto Alegre, a expansão das equipes acontecerá de três formas. A primeira, e mais imediata, será através das substituições de UBS por novas ESF. Neste primeiro formato, os critérios para esta substituição serão:

- População menor de 12 mil habitantes;
- Estrutura física adequada para até 04 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 02 Equipes de saúde Bucal (ESB);
- Concordância dos usuários das unidades junto aos seus conselhos deliberativos.

A segunda forma de conversão de UBS em ESF em Porto Alegre, mais lenta e progressiva, será para as UBS que atendem a uma população maior que 12 mil habitantes. Para isso, serão necessários os desmembramentos, ou seja, a construção de Unidades de Saúde da Família em áreas adjacentes (satélites) à unidade básica inicial. Estas unidades deverão ter no mínimo 02 equipes de ESF com 01 equipe de SB. Com este movimento, de readequação da população da unidade básica inicial e a sua progressiva redução, estas unidades terão até 12 mil habitantes. A partir daí, entrará na primeira forma de substituição, utilizando os mesmos critérios.

Pode-se afirmar que este processo já está ocorrendo se considerarmos as obras de novas equipes (OP, Portaria MS – 2226/ 2009, PAC 2), bem como se considerarmos a ampliação das atuais junto aos parceiros prestadores de serviços na ESF (HCPA, GHC, FUC, Hospital Mãe de Deus, Hospital Divina Providência). A tabela a seguir inclui as metas e programação anual de 2011 para a expansão da ESF em Porto Alegre, conforme número total de equipes.

Tabela 126 – Expansão da ESF.

<b>Período</b>	<b>Prestadores</b>	<b>ESF</b>	<b>SB</b>	<b>NASF</b>
<b>2010</b>	Parceiros	86	13	-
	Conveniados	20	5	-
	<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>18</b>	<b>0</b>
<b>2011</b>	SMS-POA	30	20	10
	Conveniados	36	15	4
	<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>35</b>	<b>14</b>
<b>Total 2010 + 2011</b>		<b>166</b>	<b>53</b>	<b>14</b>

Fonte : SMS-POA, dez./2010. Legenda: ESF – Equipes de Estratégia de Saúde da Família; SB – Equipes de Saúde Bucal; NASF- Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Neste mesmo movimento, o investimento da gestão ocorrerá sobre a formação e também sobre as formas de contratação dos servidores para este modelo de atenção. Especificamente, se destaca a implementação do Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família (IMESF) à rede municipal, como forma viável de avançar nesta mudança.

O IMESF será uma Fundação Estatal de Direito Privado que, sob a governabilidade da própria SMS-POA:

- a) atenderá aos objetivos de efetivação da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, por meio do controle gerencial da SMS e da participação do CMS; e
- b) flexibilizará as formas de contratação.

Por conseguinte, auxiliará na efetivação do SUS municipal, ampliando a governabilidade pública sobre a APS, e desonerará o orçamento municipal sobre o índice da folha de pagamentos, sendo uma alternativa à Lei de Responsabilidade Fiscal.

Entende-se, por se tratar de uma mudança paradigmática, que deve ser gradual, com metas progressivas, respeitando as individualidades dos servidores (p. ex. perfil, formação do curso), da população (p. ex. demandas OP, vazios assistenciais), das necessidades dos serviços (p. ex. dados epidemiológicos) e das possibilidades orçamentárias.



Além disso, se prevê a ampliação do acesso ao cuidado em saúde bucal na ABS passando de uma cobertura de 37,5 para 63,2%, por meio da criação de 37 equipes de saúde bucal na ESF e contratação de 19 dentistas já concursados, até 2013. Inclui essa ampliação de ações e serviços a ampliação de equipes de ESF junto a comunidades quilombola e indígena de Porto Alegre. Também utilizará o apoio matricial como instrumento às estruturas locais e regionais através dos NASF. Terá como elementos estruturais o ACS e AE, médicos, enfermeiros e dentistas.

Sabe-se que, para implantação desta política, o sistema de informação deve ser integrado e funcionar não só como ferramenta de fluxo de trabalho, mas também como ferramenta de gestão local e regional. Essa ampliação envolverá um processo progressivo e transparente, que deverá ser acompanhado e avaliado por mecanismos do controle social e pela equipe gestora da ABS na SMS acerca da sua efetivação.

Necessariamente acoplado a este movimento, o investimento da gestão ocorrerá também, sobre a formação de seus servidores para este modelo de atenção. Composto com eles os recursos humanos necessários para estas novas equipes, assim como para os NASF e outros serviços do município. A formação destes se fará através de especializações, residências, convênios junto às universidades e outras ferramentas de capacitação.

Por se tratar de uma mudança de paradigma, deve ser gradual, com metas progressivas, respeitando as individualidades dos servidores (perfil, formação do concurso), da população (demandas OP, vazios assistenciais), das necessidades dos serviços (dados epidemiológicos) e das possibilidades orçamentárias.

A estratégia da saúde da família (ESF) passa a ser uma política de atenção no município (Resolução 37 - CMS). Utilizará a metodologia do matriciamento, como instrumento de reforço às estruturas locais e regionais através dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF), os centros de atenção psico-sociais em saúde (CAPS), os Centro de Especialidades (CE), os centros de especialidades odontológicas (CEO) e núcleos de atenção à saúde do escolar (NASCA). As equipes serão compostas basicamente por agentes comunitários de saúde (ACS) técnicos de enfermagem (TE), médicos, enfermeiros e odontólogos. O sistema de informação integrará o fluxo de trabalho e será uma importante ferramenta de gestão local e regional.

Existem atualmente cento e sete equipes da saúde da família, correspondendo a uma cobertura populacional de aproximadamente 27%. Os outros 73% da população são assistidos por unidades básicas de saúde (UBS), estruturas tradicionais que permanecem compondo o sistema. Inexistem “vazios” de atendimento já que toda a população é referenciada. Existe, entretanto, insuficiência de resposta em todos os níveis do sistema haja visto o grande número de pessoas referenciadas às UBS e aos centros de especialidades e a complexidade das necessidades em saúde decorrentes, inclusive, da alta vulnerabilidade social de grande parte da população.

A expansão das equipes acontecerá de duas formas. A primeira, a curto prazo, ocorrerá através da substituição de Unidades Básicas de Saúde por Equipes de Saúde da Família. Os critérios para substituição serão: População menor de 12.000 habitantes, estrutura física adequada para até 4 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 2 Equipes de saúde Bucal (ESB) e a concordância dos usuários de cada serviço, representados pelos seus conselhos locais e distrital de saúde.

Os servidores municipais ou municipalizados das UBS transformadas, serão remanejados para outros serviços da própria região. A prioridade será reforçar o quadro de pessoal das UBS que permanecem no modelo atual, que possuam insuficiência de recursos humanos e que possuam ou passem a possuir terceiro turno. A segunda opção será reforçar os Centros de Especialidades, NASF, NASCA e CEO da região, respeitando a formação, o perfil dos servidores e a necessidade de serviço.

A médio e longo prazo será realizada a conversão das unidades básicas que atendem uma população maior que 12.000 habitantes. Para tanto, serão implantadas Unidades de Saúde da Família nos territórios de abrangência dessas unidades, em posições estratégicas, visando a redistribuição do território, de acordo com os critérios do programa de Saúde da Família. Serão serviços com pelo menos duas equipes básicas e uma equipe de saúde bucal. No momento que houver redução da população de responsabilidade para até 12.000 habitantes, a UBS, preenche o critério para substituição por ESF.

Trata-se de uma progressiva migração do modelo portanto terá que haver, concomitantemente, investimento em ferramentas de gestão, em infraestrutura física e tecnológica, educação continuada em serviço e formação de servidores. Especificamente no que se refere à formação, serão oferecidos cursos de

especialização, residência e outras formas de capacitações, mediante convênios com universidades e outras instituições de ensino.

O processo deverá ser gradual e progressivo dentro das possibilidades orçamentárias do município. As metas serão pactuadas anualmente através do PAS, seguindo as diretrizes aqui estabelecidas.

Verificamos abaixo um quadro demonstrativo do plano.

Tabela 127 - Plano de readequação da Rede de Atenção Primária, por GD:

<b>Locais</b>	<b>Crítérios</b>	<b>Novas Equipes</b>	<b>Nº ESF</b>	<b>Nº ESB</b>
UBS Nova Brasília	Desmembramento			
UBS Ramos	Desmembramento			
UBS Passo das Pedras	Desmembramento			
UBS Rubem Berta	Desmembramento			
UBS Santa Rosa	Desmembramento			
<b>UBS São Cristóvão</b>	<b>Desmembramento / Incompatibilidade de Estrutura Física</b>			
UBS Assis Brasil	Substituição		4	2
UBS Sarandi	Substituição		4	2
UBS Vila Elizabete	Substituição		2	1*
UBS Costa e Silva (GHC)	Substituição		2	1
UBS Parque dos Maias (GHC)	Substituição		4	2
<b>TOTAL</b>	<b>S = 5      D= 6</b>		<b>16</b>	<b>8</b>

\*Devido falta de estrutura física da UBS a ESB será alocada na UBS Nova Brasília.

Tabela 128 - Plano de readequação da Rede de Atenção Primária, por GDS

<b>Locais</b>	<b>Critérios</b>	<b>Novas Equipes</b>	<b>ESF</b>	<b>ESB</b>
UBS Beco do Adelar	Desmembramento			
UBS Camaquã	Desmembramento			
UBS Campo Novo	Desmembramento			
UBS Ipanema	Desmembramento			
UBS Nonoai	Desmembramento			
UBS Tristeza	Desmembramento			
UBS Monte Cristo	Desmembramento			
<b>UBS Guarujá</b>	<b>Desmembramento/ Incompatibilidade de Estrutura Física</b>			
UBS Jardim das Palmeiras	Substituição		2	1
UBS Calábria	Substituição		2	1
UBS Jardim das Palmeiras	Substituição		2	2
<b>TOTAL</b>	<b>S = 3      D= 8</b>		<b>6</b>	<b>4</b>

Tabela 129 - Plano de readequação da Rede de Atenção Primária, por gd restinga

<b>Locais</b>	<b>Critérios</b>	<b>Novas Equipes</b>	<b>ESF</b>	<b>ESB</b>
UBS Restinga	Desmembramento			
UBS Macedônia	Desmembramento			
UBS Belém Novo	Desmembramento			
UBS Lami	Substituição		2	1
<b>TOTAL</b>	<b>S = 1      D= 3</b>		<b>2</b>	<b>1</b>

Tabela 130 - Plano de readequação da Rede de Atenção Primária, por GD: **GD GCC**

<b>Locais</b>	<b>Critérios</b>	<b>Novas Equipes</b>	<b>ESF</b>	<b>ESB</b>
Ambulatório Básico VC	Desmembramento			
UBS Vila Cruzeiro	Desmembramento			
UBS Cristal	Desmembramento			
<b>UBS Aparício Borges</b>	<b>Desmembramento/ Incompatibilidade de Estrutura Física</b>			
<b>UBS Tronco</b>	<b>Desmembramento /Incompatibilidade de Estrutura Física</b>			
UBS Belém Velho	Substituição		3	2
UBS Estrada dos Alpes	Substituição		1	1
UBS Glória	Substituição		3	2
UBS 1º De Maio	Substituição		3	2
UBS Vila Gaúcha	Substituição		1	1
<b>TOTAL</b>	<b>S = 5      D= 5</b>		<b>11</b>	<b>8</b>

Tabela 131 - Plano de readequação da Rede de Atenção Primária, por GD: **GD LENO**

<b>Locais</b>	<b>Critérios</b>	<b>Novas Equipes</b>	<b>ESF</b>	<b>ESB</b>
Ambulatório básico BJ	Desmembramento			
UBS Vila Jardim	Desmembramento			
UBS Morro Santana	Desmembramento			
Campos A. PUC	Substituição		2	1
UBS Chácara da Fumaça	Substituição		4	2
UBS Barão de Bagé – GHC	Substituição		2	1
UBS Coinma – GHC	Substituição		2	1
<b>TOTAL</b>	<b>S = 4      D= 2</b>		<b>10</b>	<b>5</b>

Tabela 132 - Plano de readequação da Rede de Atenção Primária, por GD: GD NHNI:

<b>Locais</b>	<b>Critérios</b>	<b>Novas Equipes</b>	<b>ESF</b>	<b>ESB</b>
UBS (HED) Ilha do Pavão	Desmembramento			
UBS Vila Ipiranga	Desmembramento			
UBS Farrapos	Desmembramento			
UBS Diretor Pestana	Desmembramento			
Ambulatório Básico Navegantes	Desmembramento			
Ambulatório Básico IAPI	Desmembramento			
<b>Total</b>	<b>S = 0      D= 6</b>			

Tabela 133 - Plano de readequação da Rede de Atenção Primária, por GD: GD CENTRO

<b>Locais</b>	<b>Critérios</b>	<b>UBS</b>	<b>ESF</b>	<b>ESB</b>
Ambulatório Básica Santa Marta	Desmembramento			
Ambulatório Básico Modelo	Desmembramento			
<b>Total</b>	<b>S = 0      D= 2</b>			

Tabela 134 - Plano de readequação da Rede de Atenção Primária, por GD: GD Partenon e Lomba do Pinheiro:

<b>Locais</b>	<b>Crítérios</b>	<b>Novas Equipes</b>	<b>ESF</b>	<b>ESB</b>
<b>UBS 2</b>	<b>Desmembramento</b> <b>Incompatibilidade de Estrutura Física</b>			
<b>UBS 6</b>	<b>Desmembramento</b> <b>Incompatibilidade de Estrutura Física</b>			
<b>UBS SÃO JOSÉ</b>	<b>Desmembramento</b> <b>Incompatibilidade de Estrutura Física</b>			
UBS Panorama	Desmembramento			
UBS Bananeiras	Desmembramento			
UBS Pequena Casa da Criança	Desmembramento			
UBS Mapa	Desmembramento			
UBS 8 ( Moinhos de ventos)	Substituição		<b>2</b>	<b>1</b>
UBS SÃO CARLOS	Substituição		2	1
UBS 3	Substituição		3	2
UBS 7	Substituição		2	1
<b>TOTAL</b>	<b>S = 5      D= 7</b>		<b>12</b>	<b>6</b>

Destacado em negrito as UBS que não possuem estrutura física para substituição das UBS por Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Estratégia de Saúde Bucal (ESB), porém com população inferior a 12000 hab. Sendo assim, entrarão em caráter de desmembramento das UBS e não de substituição programa das UBS.

Tabela 135 - Total de unidades por modelo:

<b>Substituição ESF/ESB</b>	<b>Desmembramento UBS</b>	<b>Desmembramento/ Incompatibilidade de Estrutura Física UBS</b>
<b>57/32</b>	<b>32</b>	<b>7</b>

A Portaria Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, editada pelo Ministério da Saúde, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família que tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção primária, melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção a saúde. Estipula que os núcleos sejam constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuarão em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família, apoiando-as. Não constituirão, portanto, porta de entrada do sistema. Assumirão responsabilidade compartilhada com as equipes de saúde da família, revisando as práticas de encaminhamentos com base na referência e contra-referência. Pretende-se com essa medida, reforçar a gestão do cuidado de cada usuário do sistema, otimizando a resposta ajustada à necessidade, no tempo mais próximo possível do ideal.

A implantação dos NASF será progressiva. A composição dos NASF obedecerá critérios de necessidades de saúde de cada região e serão referência para 10 ESF.

A Coordenação Geral da Rede de Atenção Primária (CGRAPS), executará este plano através das gerências distritais, quais sejam: Norte/Eixo Baltazar, Leste/Nordeste, Noroeste/Humaitá/Ilhas/Navegantes, Centro, Partenon/Lomba do Pinheiro, Glória/ Cruzeiro/ Cristal, Sul/Centro Sul e Restinga/Extremo Sul.



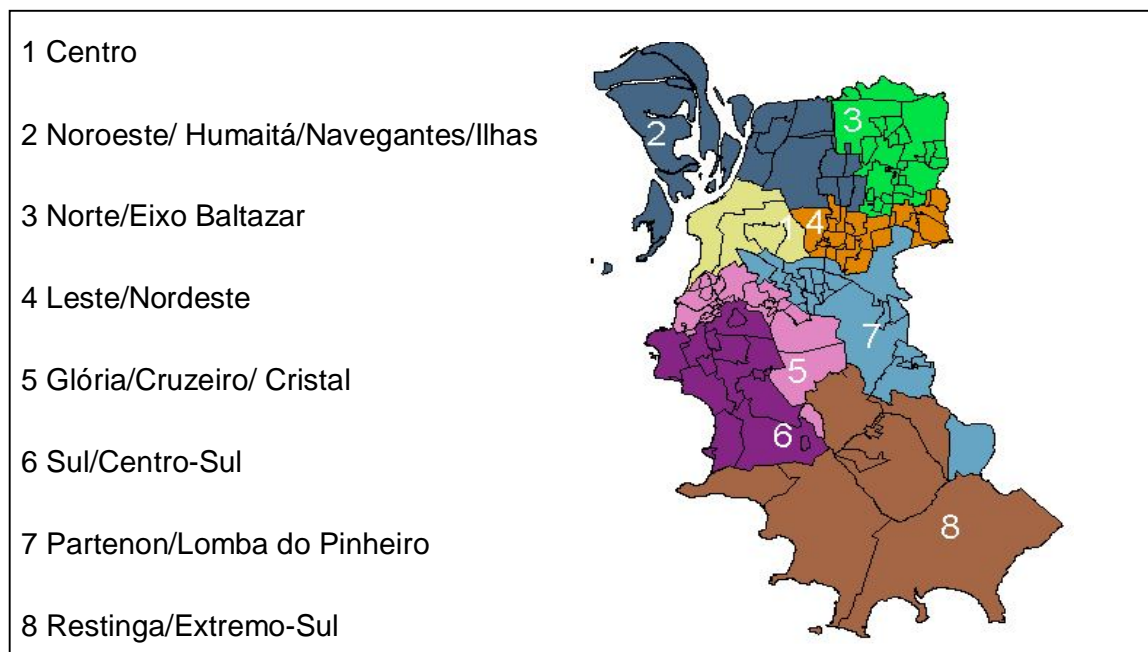


Gráfico 82 - Territórios de abrangência das Gerências Distritais de Saúde, 2010

### Gerência Distrital Centro:

Composta pelos seguintes serviços de saúde: ESF Modelo, ESF Santa Cecília I, ESF Santa Cecília II, ESF Santa Cecília III, ESF Santa Cecília IV, ESF Sem Domicílio I e II, ESF Santa Marta, US Santa Cecília, CS Santa Marta, CS Modelo, Casa Harmonia – CAPS i - Saúde Mental, Geração POA, Pensão Protegida Nova Vida, Pró-Jovem, NASCA, CAPS 2 e CAIS 8 – Saúde Mental, Saúde Mental – Equipe de Saúde Mental da Infância e adolescência, Saúde Mental do Adulto, Tisiologia, Serviço de Homeopatia, Acupuntura, CEREST, CEO Santa Marta, Centro de especialidades, Serviço de Odontologia, Serviço de Atendimento aos Ostomizados, Serviço de Apoio diagnóstico, duas Farmácias Distritais e Farmácia Homeopática.

Atende os bairros: Auxiliadora, Azenha, Bela Vista, Bom Fim, Centro, Cidade Baixa, Farroupilha, Floresta, Independência, Jardim Botânico, Menino Deus, Moinhos de

Vento, Mont'Serrat, Petrópolis, Praia de Belas, Rio Branco, Santa Cecília e Santana, Auxiliadora, Azenha, Bela Vista, Bom Fim, Centro, Cidade Baixa, Farroupilha, Floresta, Independência, Jardim Botânico, Menino Deus, Moinhos de Vento, Petrópolis, Praia de Belas, Rio Branco, Santa Cecília e Santana.

#### **Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal:**

Composta pelos seguintes serviços de saúde: ESF Alto Embratel, ESF Cruzeiro do Sul, ESF Divisa, ESF Graciliano Ramos, ESF Jardim Cascata I, ESF Jardim Cascata II, ESF Mato Grosso, ESF Nossa Sra das Graças I, ESF Nossa Sra das Graças II, ESF Orfanotrófio, ESF Osmar de Freitas I, ESF Osmar de Freitas II, ESF N<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup> de Belém, ESF São Gabriel, ESF Sta. Anita, ESF Sta. Tereza I, ESF Sta. Tereza II, ESF Rincão I – HDP, ESF Rincão II – HDP, CS Vila Comerciantes – CSV, Ambulatório Básico do CS Vila dos Comerciantes, US 1<sup>o</sup> de Maio, US Aparício Borges, US Belém Velho, US Cristal, US Vila Cruzeiro/ FASE, US Estrada dos Alpes, US Glória, US Tronco, US Vila Gaúcha – HMD, CAPS II Cruzeiro, Saúde Mental - Equipe de Atend. Álcool e Drogas, CAPS II / CAIS 4 Saúde Mental e NASCA.

Abrange os bairros Belém Velho, Cascata, Glória, Santa Tereza, Medianeira, Cristal.

#### **Gerência Distrital Leste/Nordeste**

Composta pelos seguintes serviços de saúde: ESF Batista Flores, ESF Jardim Carvalho I, ESF Jardim Carvalho II, ESF Jardim da FAPA, ESF Jardim Protásio Alves I, ESF Jardim Protásio Alves II, ESF Mato Sampaio, ESF Milta Rodrigues I, ESF Milta Rodrigues II, ESF Safira Nova, ESF Tijuca I, ESF Tijuca II, ESF Laranjeiras, ESF Timbaúva I, ESF Timbaúva II, ESF Vila Brasília, ESF Vila Pinto, ESF Wenceslau Fontoura, CS Bom Jesus, US Chácara da Fumaça, US Morro Santana, S.Mental - Equipe Adultos, US Vila Jardim, US GHC/ Barão de Bagé, US GHC/Coinma, ESF GHC/ Divina Providência I, ESF GHC/ Divina Providência II, ESF GHC/ SESC, Campus Aproximado da PUC, S.Mental CAPS I, S.Mental - Equipe Adultos e NASCA Leste/Nordeste.

Atende os bairros Bom Jesus, Chácara das Pedras, Jardim Carvalho, Jardim do Salso, Jardim Sabará, Morro Santana, Três Figueiras e Vila Jardim, já a região Nordeste é composta pelo bairro Mario Quintana

### **Gerência Distrital Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas**

Composta pelos seguintes serviços de saúde: ESF Mário Quintana, ESF Nazaré, CS IAPI, CS Navegantes, US Diretor Pestana, US Farrapos, US Vila Ipiranga, ESF HMV/ Ilha da Pintada, ESF HMV/ Ilha dos Marinheiros, ESF GHC/ SSC Santíssima Trindade, ESF GHC/ SSC Conceição, ESF GHC/ SSC Floresta, ESF GHC/ SSC Jd. Itú I, ESF GHC/ SSC Jd. Itú II, CAPS II, NASCA Navegantes / Humaitá/ Ilhas / Noroeste, S.Mental – CAPS 5 - Equipe Adultos e Casa de Apoio Viva Maria.

Atende os bairros: Boa Vista, Cristo Redentor, Higienópolis, Jardim Floresta, Jardim Itu, Jardim Lindóia, Jardim São Pedro, Passo D'Areia, Santa Maria Goretti, São João, São Sebastião, Vila Ipiranga, Anchieta, Arquipelago, Farrapos, Humaitá, Navegantes e São Geraldo.

### **Gerência Distrital Norte/ Eixo Baltazar**

Composta pelos seguintes serviços de saúde: ESF Asa Branca, ESF Beco dos Coqueiros, ESF Esperança Cordeiro, ESF Jenor Jarros, ESF Nova Gleba, ESF Passo das Pedras I, ESF Planalto, ESF Santa Fé, ESF Santa Maria, ESF Santo Agostinho, ESF São Borja I, ESF São Borja II, US Assis Brasil, US Nova Brasília, US Passo das Pedras, US Ramos, US Rubem Berta, US Santa Rosa, US São Cristóvão, US Sarandi, US Vila Elisabete, US GHC/ Costa e Silva, US GHC/ Parque dos Maias, US GHC/ Jd. Leopoldina, US GHC/ N. S. Aparecida, NASCA e Saúde Mental- Equipe de Interconsulta.

Abrange os bairros Passo das Pedras, Rubem Berta e Sarandi.

**Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro**

Composta pelos seguintes serviços de saúde: ESF Esmeralda I, ESF Esmeralda II, ESF Lomba do Pinheiro I, ESF Lomba do Pinheiro II, ESF Lomba do Pinheiro III, ESF Panorama, ESF Pitoresca I, ESF Pitoresca II, ESF Vila São Pedro I, ESF Vila São Pedro II, ESF Vila Viçosa, ESF Herdeiros, ESF Maria da Conceição, US Bananeiras, US Mapa, US Panorama, US Pequena Casa da Criança, US São Carlos, US São José, Saúde Mental – Equipe Adultos, NASCA, US Posto 7 Campo da Tuca (Murialdo), ESF Ernesto de Araújo I (Murialdo), ESF Ernesto de Araújo III (Murialdo), UBS Vila Vargas - Posto 2 (Murialdo), UBS Posto 3 -São Guilherme (Murialdo), UBS Posto 5 – Albion (Murialdo), UBS Posto 6 - São Miguel (Murialdo) e UBS Posto 8 - M. de Vento.

Atende os bairros Partenon, São José, Lomba, Agronomia, Aparício Borges, São Judas Tadeu , Santo Antônio.

**Gerência Distrital Restinga / Extremo Sul**

Composta pelos seguintes serviços de saúde: ESF 5ª Unidade, ESF Castelo I, ESF Castelo II, ESF Chácara do Banco, ESF Ponta Grossa I, ESF Ponta Grossa II, ESF Vila Pitinga, US Belém Novo, US Lami, US Macedônia, US Restinga, Saúde Mental - Equipe de Adultos e NASCA Restinga Extremo Sul.

Atende os bairros Belém Novo, Chapéu do Sol, Lageado, Lami, Ponta Grossa e Restinga.

**Gerência Distrital Sul /Centro Sul**

Possui os seguintes equipamentos de saúde: ESF Morro dos Sargentos, ESF Moradas da Hípica, ESF Vila Nova Ipanema, ESF Alto Erechim, ESF Cidade de Deus, ESF São Vicente Mártir, ESF Campos do Cristal, UBS Beco do Adelar, UBS Ipanema,

UBS Tristeza, UBS Guarujá, UBS Calábria, UBS Camaquã, UBS Campo Novo, UBS Jardim das Palmeiras, UBS Nonoai, UBS Monte Cristo, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Farmácia Distrital, equipe de Saúde Mental e um NASCA.

Atende os bairros Espírito Santo, Guarujá, Hípica, Ipanema, Pedra Redonda, Serraria, Tristeza, Vila Assunção e Vila Conceição.

A rede totaliza, portanto, 58 Unidades Básicas de Saúde, 107 ESF (compondo 56 serviços).

O cálculo populacional para configuração dos Centros de Saúde (CS) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), foi realizado aplicando o fator de conversão 1,059 sobre os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo de 2000. As ESF utilizam os dados primários, extraídos do Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB. A relação dos estabelecimentos de saúde municipais e a respectiva população constam em anexo.

### **Assistência ambulatorial especializada**

Os 8 centros de especialidades: Vila dos Comerciários, IAPI, Modelo, Santa Marta, Navegantes, Camaquã, Bom Jesus e Murialdo, complementam a rede de serviços de atenção primária em saúde.

A distribuição destes centros não obedece a critérios técnicos ou epidemiológicos. Trata-se de estruturas herdadas do modelo antigo (antigos PAM da previdência social). Assim sendo, sofreram adaptações ao longo do tempo e foram adquirindo características particulares tanto na estrutura física e recursos tecnológicos como de oferta de serviços.

O CE Santa Marta e o CE Modelo fazem parte da GD centro. O CE IAPI e CE Navegantes se encontram na gerência NHIH. Já o CE Bom Jesus faz parte da GD LENO e o CE Murialdo atende as regiões Partenon e Lomba do Pinheiro. O CE Vila dos Comerciários está na GDGCC e o CE Camaquã, na GDSCS. As gerências extremo sul e Restinga não possuem centros de especialidades e dependem da central de marcação de consultas e exames. A referida CMCE define e regula as consultas e exames de

média e alta complexidade para os centros de especialidades e para as unidades de saúde.

O Centro de Saúde Marta está situado na região central da cidade e por este motivo é um complexo que reúne diversos Serviços e Ambulatórios. Em média, o CS presta 14 mil atendimentos.

O Ambulatório de Especialidades recebe usuários de todas as áreas da cidade, região metropolitana e interior do Estado. Possui as especialidades de Urologia, Proctologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Vascular, Pneumologia, Endocrinologia, Homeopatia, Otorrinolaringologia, Neurologia Adulto e Infantil, Nefrologia Infantil, Oftalmologia, Dermatologia (realização de pequenas cirurgias), Nutrição e Fonoaudiologia (Audiologia).

As primeiras consultas médicas são agendadas pela Central de Marcação de Consultas Especializadas e os retornos com os profissionais e pessoal auxiliar. No setor de marcação de consultas são agendados exames, procedimentos e cirurgias em hospitais, laboratórios e clínicas conveniadas do SUS para os usuários que consultaram no CS.

Os serviços de audiometria, ECG, rX Dentário são referências para praticamente toda a cidade, realizando um expressivo número de procedimentos diariamente. O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) é referência para as unidades de saúde de quatro gerências distritais. CEO do tipo II possui as especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia buco-maxilo-facial, estomatologia e pacientes com necessidades especiais (as duas últimas com referência aberta). Em média são realizados 450 procedimentos/mês.

O serviço de estomizados é referência para mais de 700 usuários cadastrados, onde disponibiliza consultas de enfermagem, apoio e orientação nutricional e médica, grupo de convivência com palestras de diversos temas e fornecimento de bolsas coletoras.

O Ambulatório Projovem é referência no tratamento e acompanhamento de jovens e adolescentes vítimas de abusos e maus tratos. O atendimento é realizado por equipe multiprofissional composta de psicóloga, médico, assistente social, terapeuta ocupacional e psicopedagoga, contando ainda com o apoio de convênios com clínicas

de formação e aperfeiçoamento profissional na área terapêutica. Realiza trabalho de apoio e orientação ao Ministério Público, Conselhos Tutelares e Delegacias de Polícia.

Pela sua diversidade de serviços, o centro possui apresenta uma peculiar e movimentada rotina, com grande circulação de usuários, profissionais e estagiários das mais diversas áreas profissionais, bem como de trabalhadores terceirizados.

Atualmente, a especialidade de Dermatologia conta com atendimento da UFCSPA, estando adequado à demanda. A especialidade de Oftalmologia também conta com atendimento da UFCSPA, suprimindo a demanda.

As especialidades de geriatria e reumatologia deixaram de ser oferecidas neste CS devido à aposentadoria dos profissionais.

A demandas reprimidas por especialidade:

Otorrino: 7.500

Urologia: 1950

Uro/Onc: 450

Proctologia: 1900

Proctologia urgente: 180

Cirurgia vascular: 1500

Gastro-hepático: 360

Ortopedia: 169

Demandas reprimidas de exames especializados

Total: 2954

Biópsia de Próstata: 900

Biópsia de Próstata Urgente: 280

Colonoscopia: 300

Cistoscopia: 450

Espirometria: 250

Eco veias: 600

ENMG: 150

Tomografia: 24

Observação: Dados são de 17/06/10

Diante do diagnóstico evidenciado há necessidade de contratação de especialistas. Há também a necessidade de compra de equipamentos como eletrocardiógrafos, espirômetros, eletroneuromiógrafos e de ultrassonografias.

O Centro de Saúde IAPI possui uma demanda reprimida:

Ortopedia adulta: 1.923

Gastroenterologia: 20

Dermatologia: 44

Oftalmologia: 05

Reumatologia: 513

A demanda reprimida para exames especializados:

Ecografia abdominal: 175

Cintilografia Miocárdica de perfusão: 107

Ecografia de Articulação: 313

Ecografia Doppler de vasos: 774

Ecografia Transvaginal: 228

Tomografia abdominal: 221



Eletroneuromiografia: 178

Colonoscopia: 66

Ecografia de tireoide: 55

Ecografia Pélvica: 59

Os demais exames represados representam nº é inferior a 10. Os exames solicitados antes de janeiro de 2007 não foram computados. Estão inativos e serão reativados imediatamente quando o paciente buscar informações sobre o mesmo.

Demanda Reprimida para atendimento na rede especializada por gerencia para CMCE:

GD Centro: 4.153

GD HNI: 6.618

GDLP: 6.127

GD NEB: 5740

GD RES: 3080

GD SCS: 22.281

A seguir especificaremos a demanda de algumas gerências, por necessidade, para que possamos visualizar as principais deficiências, por região:

### **Gerencia Distrital de Saúde Leste Nordeste**

Total de consultas de especialidades represadas 4.273

Gastroenterologia: 629

Oftalmologia: 1257

Ortopedia: 297

Acupuntura: 75

Cirurgias diversas especialidades: 810

Dermatologia: 652

Endocrinologia: 08

Fisioterapia: 76

Fonoaudiologia: 11

Ginecologia diversas especialidade: 169

Medicina Interna: 40

Neurologia: 157

Nefrologia: 48

Infectologia: 20

Mastologia: 48

Psiquiatria: 289

Reumatologia: 385

Proctologia: 229

Urologia: 470.

Outras especialidades não informadas têm números inferiores a 20 pessoas em lista de espera.

### **Gerencia Distrital Restinga Extremo Sul**

Traumatologia: 988

Fonoaudiologia: 43

Otorrinolaringologia: 409

Urologia: 16

Fisioterapia: 33

Ecografia obstétrica: 71

### **Gerencia Partenon Lomba do Pinheiro**

Traumatologia: 4429

Otorrinolaringologia: 988

Urologia: 409

Ecografias: 261

### **Gerencia Distrital Norte Eixo Baltazar**

Cardiologia: 29

Dermatologia: 86

Cirurgia diversas especialidades: 172

Endócrino: 85

Gastroenterologia: 171

Neurologia: 707

Ortopedia: 1393

Psiquiatria: 307

Psicologia: 427

### **Gerencia Distrital Sul Centro Sul**

Total de especialidades em lista de espera: 22.281

Exames: Ecografias: 1163

Consultas especialidades:

Cardiologia: 1904

Cirurgia Diversas áreas: 2895

Dermatologia: 680

Endocrinologia: 646

Gastroenterologia: 1533

Ginecologia: 147

Neurologia: 2535

Oftalmologia: 264

Ortopedia: 4745

Otorrino: 1812

Pneumologia: 360

Protocologia hospitalar: 236

Reumatologia: 628

Urologia hospitalar: 417

Planejamento familiar: 134

Outras especialidades não informadas têm números inferiores a 20 pessoas em lista de espera.

A orientação deste plano aponta para a articulação dos serviços especializados com as UBS e ESF, configurando uma rede de atenção primária em cada território complementada, nos casos necessários, pelos hospitais gerais e especializados, através de sistemas de referência e contra referência regionalizados.

Para isso se faz necessário:

1. Organização e estruturação dos serviços de assistência especializada (ambulatorial e hospitalar), configurando uma rede de atenção à saúde hierarquizada e regionalizada, que atenda às necessidades de saúde;
2. Estruturação de serviços especializados para configuração linhas de cuidado, no mínimo para as áreas de atenção cardiovascular, em traumatologia-ortopedia, neurológica, oftalmológica, fisioterápica, para diabetes, nutrição e assistência fonoaudiológica. Essas são necessidades diagnosticadas para todas as regiões do município;
3. Modernização e aumento da capacidade dos laboratórios, referência para a rede de saúde pública, assim como a reestruturação e contratualização da rede hospitalar e quantidade e qualidade suficiente;
4. Inserir postos de coleta de exames, principalmente nas regiões mais distantes dos laboratórios próprios ou contratados;
5. Informatização das unidades de saúde públicas, de forma a possibilitar a integração digital aos complexos reguladores e a todos demais participantes da rede de atenção.

Propomos a organização, inicialmente, conforme quadro abaixo.

Tabela 136 - Regionalização da assistência especializada:

<b>Centros de Especialidades</b>	<b>Distritos</b>	<b>Hospitais</b>
Bom Jesus	LENO PARTENON	H PUC – Leste/Partenon HNSC – Nordeste
IAPI	NEB LENO NHIN	HNSC H PUC H Santa Casa
Santa Marta	Centro Restinga extremo sul Partenon Lomba	H Clinicas H Santa Casa
Vila dos comerciantes	GCC SCS	H Clinicas H Parque Belém

Os hospitais de Cardiologia, HPS e Cristo Redentor, por serem especializados, não farão parte da regionalização.

Além disso, os centros de especialidades serão ampliados para aumentar a oferta de serviços especializados de média complexidade em diagnóstico e terapêuticas específicas. A composição de cada centro, em termos de especialidades, levará em conta o diagnóstico epidemiológico regional.

### **Assistência farmacêutica**

A Assistência Farmacêutica, parte integrante da CGRAPS, é uma rede de atenção transversal que tem como objetivo geral apoiar as ações e políticas de saúde promovendo o acesso da população aos medicamentos e seu uso racional. No município de Porto Alegre tem ações compartilhadas entre as três esferas de Governo.

O financiamento e fornecimento de medicamentos para os Programas Estratégicos são de responsabilidade do Ministério da Saúde e reúne o controle de endemias (Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas), DST/Aids (anti-retrovirais), sangue e hemoderivados, imunobiológicos e insulina.

Os medicamentos anti-retrovirais são repassados pela SES ao município, que é responsável pela separação e distribuição aos locais de dispensação: Hospital de Clínicas, GHC (Hospital Conceição e Hospital Fêmea) e Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, Ambulatório de Dermatologia Sanitária e Hospital-Dia do Sanatório Partenon.

Da mesma forma, os medicamentos tuberculostáticos são repassados ao município pela SES e são dispensados em dez Unidades Dispensadoras: Navegantes, Modelo, Vila dos Comerciantes, IAPI, Restinga, Sanatório Partenon, Vila Floresta, Divina Providência (Vila Jardim), Santíssima Trindade (Vila Dique) e Parque dos Maias.

A Insulina NPH é fornecida em todos os locais de dispensação de medicamentos do município, mediante cadastramento dos pacientes, e a insulina regular é fornecida na Farmácia Distrital do CS Santa Marta, também mediante cadastro.

Os medicamentos de dispensação especial e excepcional (Portarias GM/MS 2.577/06 e a Portaria SES/RS 238/06) são de responsabilidade do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual da Saúde. São dispensados na Farmácia de Medicamentos Especiais, de responsabilidade da SES, situada na Av. Borges de Medeiros, 546 – Centro, Porto Alegre.

A maior parte dos medicamentos básicos, pactuados na CIB em dezembro de 2005 e constantes na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME (anexo 3), são de responsabilidade municipal.

Os medicamentos do componente Saúde Mental são adquiridos pelo município, sendo parte do nosso elenco os medicamentos considerados básicos em saúde mental, ficando os demais sob a responsabilidade do gestor estadual.

As aquisições são planejadas pela coordenação de assistência farmacêutica, de acordo com seu consumo e perfis epidemiológicos, considerando-se também a sazonalidade das prescrições feitas. A compra pode ser realizada por meio de pregão eletrônico, registro de preço ou com dispensa de licitação, quando o valor permitir. Todo o procedimento licitatório fica sob responsabilidade da área de compras e serviços da SMF. O Município de Porto Alegre possui uma Comissão de Cadastro de Marcas de Medicamentos (CCMED), que analisa semanalmente todos os medicamentos indicados por fornecedores. Somente as marcas cadastradas são autorizadas a participarem dos Processos Licitatórios de aquisição de medicamentos.

Alguns medicamentos constantes no componente básico são de responsabilidade de compra e distribuição direta do Ministério da Saúde, conforme a Portaria 3.237/07.

O local utilizado para o armazenamento (grande volume) dos medicamentos é o Almoarifado Central (GMAT). Não ocorre recebimento direto do fornecedor nas unidades de saúde. Os procedimentos de recebimento e armazenamento de medicamentos são padronizados e estão sob a responsabilidade de uma farmacêutica.

A distribuição dos medicamentos para as unidades de saúde é mensal, conforme cronograma preestabelecido e regionalizado por Gerências Distritais. Critérios epidemiológicos e de histórico de consumo médio mensal são utilizados para a

distribuição dos medicamentos, transportados às farmácias por um caminhão-baú de propriedade da prefeitura.

A dispensação de medicamentos se dá nas Farmácias Distritais e em pequenas farmácias existentes em todas as Unidades de Saúde do município, contemplando mais de 110 locais de dispensação de medicamentos. Somente as Farmácias Distritais que possuem farmacêutico dispensam psicotrópicos e alguns medicamentos de dispensação restrita.

Além das Unidades de Saúde com gestão do município, existem as Unidades do GHC, pertencente ao Ministério da Saúde, que também dispensam medicação básica.

O controle mensal de estoque realizado no Almoarifado Central é parcialmente informatizado. Nas Unidades de Saúde o controle ainda é totalmente manual.

Medicamentos do Componente Saúde da Mulher – fornecimento em medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde.

Medicamentos do Componente Alimentação e Nutrição – fornecimento em medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde.

Os medicamentos Insulina regular, Alopurinol, Azitromicina, Ciprofloxacina, Clonazepan, Fluconazol e Metotrexato, constantes na Portaria SES/Rs nº 238/06, serão fornecidos através de processo na Farmácia de Medicamentos Especiais do Estado. Os demais medicamentos constantes na REMUME anterior foram excluídos pela Comissão de Farmacoterapêutica.



Tabela 137 - Farmácias Distritais e farmacêuticos

Local	Nº de farmacêuticos do quadro
Farmácia Distrital Centro	1
Farmácia Distrital Navegantes	1
Farmácia Distrital IAPI	1
Farmácia Distrital CSVC	1
Farmácia Distrital Bom Jesus	1
Farmácia Distrital Camaquã	1
Farmácia Distrital Farroupilha	1
Farmácia Homeopática	1
Farmácia Distrital Partenon- Lomba	1
Farmácia Distrital Restinga	
Farmácia Distrital Norte- Eixo Baltazar	
Farmácia Distrital Extremo Sul	
P.A Lomba	
Gerência Norte- Eixo Baltazar	1
Gerência Glória- Cruz- Cristal	1
Gerência Restinga- Extr. Sul	
Gerência Leste- Nordeste	1
Gerência Partenon- Lomba	1
Gerência Sul- Centro Sul	1
Gerência Nor- Hum- Nav- Ilhas	
Almoxarifado	1
Nível Central	1
<b>Total</b>	<b>15 + 1</b>

A assistência farmacêutica deverá garantir o acesso da população aos medicamentos que necessita. Deverá estar informatizada para otimizar custos e orientar as ações que evitem múltiplas ações medicalizadas. Os medicamentos disponibilizados pelo município deverão estar atualizados segundo protocolos assistenciais vigentes e que sigam as normas técnicas do MS. Há a necessidade de estruturação dos setores dispensadores assim como a ampliação e organização das farmácias distritais, no que tange principalmente ao número dos recursos humanos e qualificação destes.

### **Rede de especialidades ambulatoriais**

Atualmente existem 8 centros de especialidades (CE) no município, distribuídos de forma não homogênea, não abrangendo todas as gerências distritais de saúde. Estes CE são de capacidades diferentes entre si, desde o tipo de serviços até a estrutura física. O CE Santa Marta e o CE Modelo se encontram no bairro Centro, CE IAPI e CE Navegantes se encontram na gerência NHIN, CE Bom Jesus na gerência LENO, CE Murialdo na região Partenon-Lomba do Pinheiro, CE Vila dos Comerciantes na região Glória-Cruzeiro-Cristal, e o CE Camaquã na região Sul-Centro Sul. As demais gerências não possuem CE, dependem somente da Central de Marcação de Consultas e Exames. Central esta que define e regula as consultas e exames de média e alta complexidade para os centros de especialidades e às unidades de saúde junto aos hospitais.

A articulação dos serviços especializados com a rede de atenção primária deverá contemplar as necessidades de cada território. A redefinição das relações estabelecidas entre estes diferentes níveis de atenção, com reorientação dos papéis dos hospitais gerais e especializados, fortalecerá as redes assistenciais específicas e estabelecimento de sistemas de referência e contra-referência regionalizados.

Sobre a denominação entre centros de saúde e centro de especialidades, os centros de saúde se referenciavam a um termo antigo, onde os centros de saúde eram os únicos equipamentos de saúde da região centralizados em locais de maior concentração urbana e reuniam algumas atividades de saúde. Com o tempo e a maior

necessidade de serviços descentralizados assim como de especialistas, indicam a atenção primária descentralizada no bairro, na comunidade e os centros de especialidades centralizados por região, portanto empregamos os centros de especialidades como denominação preferencial a este tipo de serviço. Neste serviço consideram-se medidas de organização, a ampliação, a qualificação estrutural e tecnológica da rede de atenção especializada de média complexidade, que venham em de acordo com as necessidades regionais e de gestão.

Para isso se faz necessário:

1. Organização e estruturação dos serviços de assistência especializada – ambulatorial e hospitalar – na perspectiva de conformação de uma rede de atenção à saúde hierárquica, regionalizada, que correspondam às necessidades reais da comunidade.
2. Estruturação de serviços especializados para conformação de redes, incluindo: atenção cardiovascular, traumatologia-ortopedia, neurológica, oftalmológica, fisioterapia, diabetes e terapia nutricional e fonoaudiológica que são demandas contínuas.
3. Modernização e aumento da produção dos laboratórios centrais e de referência em saúde pública, assim como a reestruturação e contratualização da rede hospitalar do município.
4. Inserir postos de coleta de exames, principalmente nas regiões mais distantes do centro administrativo.
5. Informatização das unidades públicas de saúde, de forma a possibilitar a integração aos complexos reguladores e a todos demais participantes da rede de atenção.

Segue um quadro inicial de organização reguladora junto aos centros, seus distritos e hospitais gerais. Alguns hospitais de ações específicas inicialmente ficam fora de regionalização, exemplo Hospital de Cardiologia e Hospital Cristo Redentor.

Tabela 138 – Centros de especialidades

Centros de Especialidades	Distritos	Hospitais
Bom Jesus	Leste-Nordeste (LENO) Partenon-Lomba-Pinheiro (PARTENON)	H PUC – Leste/Partenon HNSC – Nordeste
IAPI	Norte-Eixo Baltazar (NEB) LENO Navegantes-Humaitá-Ilhas (NHIN)	HNSC H PUC H Santa Casa
Santa Marta	Centro Restinga extremo sul (RES) Partenon Lomba	H Clinicas H Santa Casa
Vila dos Comercários	Glória-Cruzeiro-Cristal (GCC) Sul-Centro Sul (SCS)	H Clinicas H Parque Belém

### 1) Rede Básica de Saúde Mental

Regulados, principalmente pelas Portarias 189/02 e 336/02 do Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm como atribuição o tratamento e reabilitação de crianças, adolescentes e adultos com transtornos mentais severos e persistentes e dependentes químicos e usuários de álcool, em caráter não intensivo, semi-intensivo e intensivo. Sua principal função é se constituir com um serviço substitutivo à internação hospitalar, atendendo o usuário em caráter integral e compondo a rede de referência matricial.

A equipe mínima é composta por 01 psiquiatra, 01 enfermeiro com especialização em saúde mental, 04 profissionais de nível superior, dentre os quais, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, pedagogo, ou outro, definido a partir da realidade local e 06 profissionais de nível médio, entre eles: técnico de enfermagem, técnico administrativo, artesão e outros.

Sendo o indicador pactuado para 2010-2011 pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde de 01 (um) CAPS para cada 100.000 hab., identifica-se, para o município de Porto Alegre, uma necessidade urgente de ampliação destas unidades de saúde mental. Abaixo, segue quadro sobre a distribuição de serviços de saúde mental em nível ambulatorial em Porto Alegre.

Tabela 139 - Serviços de saúde mental

Gerência	Serviços de Saúde Mental
Norte-Eixo Baltazar (NEB)	Ambulatório de psiquiatria - adultos - HNSC
	CAPS ad HNSC
	CAPS I HCPA
	CAPS II HNSC
Navegantes-Humaitá-Ilhas (NHNI)	Equipe de Interconsulta - NEB
	Ambulatório - Pró Jovem CS Santa Marta
	CAPS ad IAPI -HMD
	CAPS I HCPA
	Equipe De Saúde Mental Adulto - CS IAPI - NHNI
	Equipe De Saúde Mental Infância, Equipe de Saúde Mental Infância CS Santa Marta
Partenon-Lomba-Pinheiro (PLP)	Ambulatório Adulto - Melanie Klein - HPSP
	Ambulatório - Pró Jovem CS Santa Marta
	Ambulatório Criança e Adolescente HPSP CIAPS - Centro Integrado de Atenção
	CAPS I HCPA
	Equipe de Saúde Mental Adulto - PLP
	Equipe de Saúde Mental Infância CS Santa Marta
CENTRO	Ambulatório - Pró Jovem CS Santa Marta
	CAPS I Casa Harmonia - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
	CAPS II Centro - CAIS MENTAL 8
	Equipe de Saúde Mental Infância CS Santa Marta
	Equipe de Saúde Mental Modelo - CS Modelo - CEN
Sul-Centro Sul (SCS)	CAPS ad Vila Nova
	CAPS I Casa Harmonia - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
	CAPS II Cruzeiro
	Equipe de saúde Mental Infância, Adolescente e Adulto – SCS US Camaquã
Glória-Cruzeiro-Cristal (GCC)	CAPS ad GCC
	CAPS I Casa Harmonia - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
	CAPS II Cruzeiro
Leste-Nordeste (LENO)	CAPS ad HNSC -NEB
	CAPS II HCPA
	Equipe de Saúde de Mental Adulto - US Morro Santana
Restinga (RES)	CAPS I Casa Harmonia - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
	CAPS II Cruzeiro
	Equipe de Saúde Mental Infância, Adolescente e Adulto - RES UBS Restinga

Conforme destacado no quadro sobre a situação atual da rede municipal de atendimento em saúde mental, estão sublinhados os CAPS que estão dentro da região que atendem, sendo que a região Partenon - Lomba do Pinheiro, Restinga Extremo Sul e Leste Nordeste, não possuem nenhum tipo destes serviços, passando a ser prioridade inicial da gestão, para o ano 2011.

Como meta para o período de vigência para o ano de 2013, a possibilidade de ampliação dessa rede se efetivará com:

- a) a regularização da rede existente, conforme o preconizado pelo MS para a composição das equipes de CAPS; e
- b) a abertura, em 2011, de 3 CAPS em regiões distritais de saúde de Porto Alegre que ainda não contam com tal serviço e que, pelo aporte populacional, demandam urgentemente tal estrutura em serviços de saúde.

## 2) Rede de Serviços de Urgência e Emergência

Os esforços para salvar ou manter vidas demandam recursos humanos, materiais e financeiros de grande monta, tornando-se um grande desafio para a gestão do sistema de saúde. Nos serviços de emergência se gerencia com recursos escassos para necessidades ilimitadas, complexificando ainda mais a responsabilidade de planejar adequadamente. A necessidade de se planejar em urgência e emergência se justifica pela necessidade de se atingir objetivos operacionais que convirjam em direção às necessidades assistenciais dos cidadãos que utilizam esses serviços.

Entende-se que, já equipado com hospitais que atendem às urgências e emergências (Hospital de Pronto-Socorro e os demais hospitais habilitados e conveniados a esta SMS para proceder atendimentos de urgência e emergência), o município de Porto Alegre deve investir na descentralização do atendimento de urgência. Com esse intuito, a SMS-POA está na busca para se favorecer de toda alternativa disponível no MS e em outros órgãos financiadores, no sentido de ampliar os recursos específicos e a qualificação do trabalho da urgência. As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), nesta perspectiva, são exemplares neste contexto e os seus números de atendimentos efetuados mostram a sua aceitação e necessidade.

Atualmente, existem quatro UPAs: UPA Saúde Restinga, UPA Cruzeiro do Sul, UPA Lomba do Pinheiro e UPA Bom Jesus. Essas unidades de urgência são responsáveis por atender e estabilizar pacientes em situações de patologias agudas ou crônicas agudizadas.

O projeto de implantação de novas UPA e qualificação das já existentes visam melhorar o acesso ao atendimento no momento de agravo agudo à saúde. Estas ações estão vinculadas a políticas públicas nacionais regulamentadas por portarias específicas, respectivamente PM/GM 1020/2009 e PM/GM 1863/2003, as quais dão orientações técnicas para o planejamento e funcionamento, bem como descrevem o custeio mensal relacionado a cada unidade implantada ou existente.

Para o ano de 2011 está sendo programado a implantação de duas (02) UPA, sendo que as mesmas serão construídas através de:

- Recursos do governo Estadual, conforme pactuado desde 2008;
- Concordância de localização das novas UPA, entre a SMS (técnicos e gestores) e o Conselho Municipal de Saúde;
- Disponibilidade de terrenos para este fim.

Sabe-se que, conforme o porte populacional de Porto Alegre, e conforme as UPA já disponíveis (4), ainda há a necessidade de quatro (4) UPA que atendam 200 e 300 mil habitantes (BRASIL, 2009). Estas UPA, por distribuição geográfica e estratégica, serão adequadas para suprir as necessidades das regiões Zona Norte, Zona Sul, Navegantes e Partenon, totalizando em uma (01) UPA por região citada. Após a construção destas UPA em 2011, teremos a seguinte tabela:

Tabela 140 – Distribuição das UPAS

<b>Processo</b>	<b>UPAs por Região</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Existentes</b>	Restinga	01
	Cruzeiro do Sul	01
	Bom Jesus	01
	Lomba do Pinheiro	01
	<b>Total</b>	<b>04</b>
<b>Para início de obras em 2011</b>	Zona Norte, Zona Sul, Navegantes <u>ou</u> Partenon	02
	<b>Total existentes + 2011</b>	<b>06</b>

Esta definição está sendo pautada a partir de estudos técnicos de viabilidade realizados pela Coordenadoria Municipal de Urgências (CMU), visto que as regiões para a implantação também já haviam sido definidas em momento anterior. Como se tratam de regiões com adensamento populacional e necessitam de atendimento de Média Complexidade nas urgências, permitindo desafogar importantes salas de emergências hospitalares da capital, tecnicamente a CMU reitera essa necessidade das UPA. Assim, a integralidade no atendimento de urgência com a hierarquização dos serviços estará contemplada como determina as diretrizes do SUS.

## 2) Rede hospitalar

### Leitos Hospitalares

Conforme o CNES (2010), a oferta de leitos na cidade é de 8.355 unidades, sendo 66,65% disponíveis no SUS (5541) e 33,35 % (2772) NÃO SUS. No anexo???



verifica-se o detalhamento do total da oferta de leitos disponíveis, nº de estabelecimentos que oferecem a especialidade, nº de leitos SUS e nº de leitos n° SUS.

Tabela 141 - Relatório de Leitos de Porto Alegre

Código	Descrição	Existente	Sus	Não Sus
CIRÚRGICO				
01	BUCO MAXILO FACIAL	25	23	2
02	CARDIOLOGIA	283	188	95
03	CIRURGIA GERAL	861	407	454
04	ENDOCRINOLOGIA	19	17	2
05	GASTROENTEROLOGIA	58	49	9
06	GINECOLOGIA	141	126	15
08	NEFROLOGIAUROLOGIA	117	94	23
09	NEUROCIRURGIA	200	128	72
11	OFTALMOLOGIA	35	26	9
12	ONCOLOGIA	153	107	46
13	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	413	290	123
14	OTORRINOLARINGOLOGIA	66	37	29
15	PLASTICA	91	73	18
16	TORAXICA	52	43	9
67	TRANSPLANTE	31	28	3
TOTAL		2545	1636	909

CLÍNICO				
31	AIDS	130	129	1
32	CARDIOLOGIA	285	174	111
33	CLINICA GERAL	1318	851	467
35	DERMATOLOGIA	9	7	2
36	GERIATRIA	16	8	8
37	HANSENOLOGIA	2	2	0
38	HEMATOLOGIA	76	60	16
40	NEFROUROLOGIA	86	64	22
41	NEONATOLOGIA	89	79	10
42	NEUROLOGIA	127	92	35
44	ONCOLOGIA	146	57	89
46	PNEUMOLOGIA	175	147	28
TOTAL		2459	1670	789
COMPLEMENTAR				
64	UNIDADE INTERMEDIARIA	78	34	44
65	UNIDADE INTERMEDIARIA NEONATAL	73	59	14
66	UNIDADE ISOLAMENTO	46	34	12
74	UTI ADULTO - TIPO I	144	65	79
75	UTI ADULTO - TIPO II	110	82	28
76	UTI ADULTO - TIPO III	289	192	97

77	UTI PEDIATRICA - TIPO I	19	0	19
78	UTI PEDIATRICA - TIPO II	35	35	0
79	UTI PEDIATRICA - TIPO III	74	64	10
80	UTI NEONATAL - TIPO I	36	0	36
81	UTI NEONATAL - TIPO II	60	54	6
82	UTI NEONATAL - TIPO III	103	98	5
83	UTI DE QUEIMADOS	7	7	0
TOTAL		1019	724	295
OBSTÉTRICO				
10	OBSTETRICIA CIRURGICA	277	228	49
43	OBSTETRICIA CLINICA	176	116	60
TOTAL		453	344	109
PEDIATRICO				
45	PEDIATRIA CLINICA	500	429	71
68	PEDIATRIA CIRURGICA	58	45	13
TOTAL		558	474	84
OUTRAS ESPECIALIDADES				
34	CRONICOS	28	28	0
47	PSIQUIATRIA	987	450	537
49	TISIOLOGIA	48	28	20
TOTAL		1063	506	557

HOSPITAL DIA				
07	CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	82	45	37
69	AIDS	91	91	0
71	INTERCORRENCIA POS-TRANSPLANTE	51	39	12
72	GERIATRIA	3	3	0
73	SAUDE MENTAL	31	31	0--
0				
TOTAL		258	209	49
Sumário				
TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO		5004	3306	1698
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR		7336	4839	2497

Conforme o quadro acima, os leitos de internação saúde mental são maioria na rede privada. São destinados aos casos graves em que o paciente necessita mais tempo de cuidados intensivos do que 72hs, ou para desintoxicação, e o período de internação deve ser breve, em média de 20 a 28 dias.

Tabela 142 – Leitos de Saúde Mental em Porto Alegre

LEITOS DE SAÚDE MENTAL				
LOCAL	ESPECIALIDADE	N°	SEXO	IDADE
HEPA (1)	PSIQUIATRIA	180	M/F	>18 a
HPB (cedequim)(2)	DEPEN QUÍMICA	15	F	> 18 a
HPB (cedequim)(2)	DEPEN QUÍMICA	26	Masc	> 18 a
HMIPV	PSIQUIATRIA	19	Fem	>16 a
HMIPV	DEPEN QUÍMICA	5	Fem	>16 a
HSLPUC	PSIQUIATRIA	4	M/F	>18 a
HCPA	PSIQUIATRIA	26	M/F	>18 a
AHVN(3)	ALCOOLISMO	39	Masc	>18 a
AHVN(3)	DEPEN QUÍMICA	24	Masc	>18 a
HNSC(4)	PSIQ/DQ	14	M/F	>18 a
UNIDADE SÃO RAFAEL HMD(5)	DEPEN QUÍMICA	25	Fem	>18 a
UNIDADE SÃO RAFAEL HMD(5)	DEPEN QUÍMICA	5	Fem	16a – 18a

Fonte: CERIH – SMS

A rede de saúde mental de Porto Alegre ainda carece de leitos integrais em Hospitais Gerais, a maioria dos leitos ainda se encontra nos dois hospitais psiquiátricos, sendo que o Hospital São Pedro atende apenas a região Metropolitana, e o Hospital Espírita de Porto Alegre atende Porto Alegre e Região Metropolitana, bem com os Hospitais Gerais.

Recentemente, o Hospital Conceição (do GHC) iniciou o atendimento hospitalar de internação para meninas adolescentes. No entanto, os leitos em saúde mental para menores de 16 anos e para adolescentes entre 16 e 18 anos são ainda insuficientes. Na necessidade de uma resolução imediata às pessoas que necessitam de atendimento nesta área, o município compra leitos na rede privada - Clínica São José e Clínica Gramado. Sabe, com isso, que não é o ideal, mas que é a alternativa disponível, até que a rede de saúde mental da SMS se estruture de forma mais sustentável, como pretende com a reestruturação da rede por meio dos CAPS.

Essa intenção de direcionamento aos CAPS as demais políticas de saúde mental coincidentes com o MS permitirão a organização necessária ao enfrentamento de alguns problemas de saúde mental pública em Porto Alegre, como os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Dados referentes ao ano de 2009, em relação à internação hospitalar, evidenciam a diminuição do uso de múltiplas drogas, porém há um aumento motivado pelo uso e abuso de crack no município de Porto Alegre.

Tabela 143 – Diagnósticos - CID 10

Diagnóstico - CID 10	PROCEDÊNCIA PORTO ALEGRE			
	2009	2008	diferença	%
F10 Transtornos mentais comportamentais devidos uso	522	305	217	71%
F14 Transtornos mentais e comportamentais devido uso	714	213	501	235%
F19 Transtornos mentais comportamentais múltiplas	147	173	-26	-15%
Total Transtornos mentais e comportamentais devido uso	1.383	691	692	100%
Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos (F20-F29)	1.113	1001	112	11%
Transtornos Afetivos (Humor) (F30-F39)	1.603	1492	111	7%
Outros Transtornos psiquiátricos (F40-F99)	129	146	-17	-12%
Demências (F00-F09)	58	67	-9	-13%
Total transtornos mentais	2.845	2639	206	8%
TOTAL GERAL	4.286	3397	889	26%

Fonte: Tabwin

É possível compreender que, além do aumento no consumo, há também um fator migratório de tipologia de consumo. Os dados demonstram que há uma concentração das internações na faixa etária de 15 a 34 anos, porém, não possibilitam afirmar que essa extensão etária tenha a dependência química e o alcoolismo como morbidade central.

Tabela 144 – Internações em Porto Alegre

INTERNAÇÕES EM PORTO ALEGRE					
2009		2008			
Faixa etária	Total	Faixa etária	Total	diferença	%
<1 <sup>a</sup>	1	1-4a	1	0	0%
1-4 <sup>a</sup>	1	1-4a	0	1	100%
5-14 <sup>a</sup>	55	5-14a	49	6	12%
15-24 <sup>a</sup>	1158	15-24a	906	252	28%
25-34 <sup>a</sup>	1753	25-34a	1336	417	31%
35-44 <sup>a</sup>	1412	35-44a	1355	57	4%
45-54 <sup>a</sup>	1352	45-54a	1294	58	4%
55-64 <sup>a</sup>	496	55-64a	426	70	16%
65e+a	108	65e+a	88	20	-23%
Total	6336	Total	5455	881	16,00%

Fonte: Tabwin

No entanto, se associarmos esses dados secundários a dados empíricos, como relatos obtidos através do contato com a rede de serviços de saúde e intersetoriais, bem como representação do controle social, movimentos sociais e a mídia, é fundamental considerar que a dependência química e o alcoolismo continuam sendo questões centrais a serem enfrentadas pela saúde mental neste município. Trata-se, então, de dar voz à avaliação do usuário e dos movimentos sociais para as necessidades em saúde sentidas pela população, garantindo, principalmente, que o controle social seja parceiro no direcionamento e qualificação do alcance das políticas públicas em saúde mental.

A atenção em Saúde Mental no município de Porto Alegre é organizada a partir das diretrizes da Lei Federal 10.216/01, da Lei Estadual 9.716/92, portarias e normativas deliberadas nos níveis federal, estadual e municipal, da execução do controle social, através dos Conselhos Municipais, principalmente do CMS, Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN), fóruns e redes intersetoriais, locais e regionais, bem como através da execução do planejamento municipal de saúde em consonância com os colegiados gestores que agregam servidores e coordenadores da Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

Orientada para uma cultura antimanicomial, a Política de saúde mental, se constitui no estado do Rio Grande do Sul, a partir da década de 70, acompanhando os movimentos que deram materialidade à Reforma Sanitária. Este novo ordenamento foi fomentado na base da rede assistencial, dos movimentos de trabalhadores da saúde, das universidades, dos usuários e das representações populares. Na década de 80 e 90, esses movimentos tomaram forma e deram origem aos dos programas desenvolvidos no estado e neste município. Com a aprovação das primeiras leis estaduais que determinaram a substituição do modelo de atenção hospitalocêntrico onde a doença, o saber médico e a exclusão do convívio familiar e comunitário prevalecem, o objetivo central passa a ser efetivar o modelo de atenção integral. Neste, a doença começa a ser compreendida e tratada também como parte de determinações sociais, onde devemos atuar de modo intersetorial, considerando as implicações decorrentes do convívio familiar, comunitário e da inserção do estado como provedor de assistência e políticas públicas. Neste modelo, programas de saúde mental passam a ser configurados para organizar a assistência de modo substitutivo as internações.

À luz do novo modelo, o nosso primeiro plano de saúde mental foi aprovado no ano de 1992, durante a realização da I Conferência Municipal de Saúde Mental da Cidade de Porto Alegre. O movimento desencadeado pelos sujeitos implicados na política de saúde mental acaba por ser contemporâneo de toda a formulação do atual sistema de saúde.

Podemos analisar que esta contemporaneidade impulsionou o movimento e de algum modo ainda confere identidade à luta pela garantias dos direitos dos usuários da saúde mental, a partir da base articulação contínua com as diferentes instâncias de controle social e de gestão democrática das políticas públicas. Alguns dos desafios

qualitativos, postos em 1992, ainda estão presentes como temas relevantes para a configuração das políticas de saúde nas diferentes esferas de governo.

O curso da história no município de Porto Alegre demonstra que houve progressos no que se refere à:

- Atenção à urgência e emergência, considerando a instalação de dois serviços de pronto atendimento;
- Acompanhamento de programa de transferência de renda e equipamentos que ofertam moradia e trabalho protegidos;
- A expansão das equipes de apoio matricial;

A rede de atenção primária constitui-se um espaço privilegiado de atenção à saúde mental. Todos os serviços, tais como as unidades básicas de saúde, programa de saúde da família, estão habilitados a avaliar e identificar necessidades referentes à saúde mental, possibilitando, desta forma, um olhar integral, contínuo e regionalizado sobre a diversidade de agravos decorrentes do campo da saúde mental. Trata-se de um nível de atenção potencialmente estratégico, podendo executar ações de promoção, prevenção e ressocialização junto à família e a comunidade de origem. A partir da rede básica, os usuários têm acesso aos serviços especializados. Após a avaliação dos profissionais de saúde responsáveis pela assistência básica e equipes de matriciamento, o usuário acessa os serviços de maior complexidade.

Alguns conceitos estratégicos são adotados pelo município na organização da Atenção à saúde seguindo as deliberações da III Conferência de Saúde Mental da – Intersetorial (2010):

O Apoio Matricial como Referência em Saúde Mental desenvolve, através das Equipes de Saúde Mental e equipes de CAPS, supervisão e capacitação com intuito de ofertar auxílio especializado para diagnóstico e tratamento de usuários com transtornos mentais e dependência química nos serviços de saúde das unidades de atenção primária. Sua principal função é qualificar a atenção em saúde mental, garantir a integralidade, aproximar a rede de serviços da comunidade e a rede de suporte familiar.



A Redução de Danos cujo objetivo é reduzir os danos à saúde, oferecendo alternativas seguras para diminuir a transmissão, entre usuários de drogas, de doenças como leptospirose, tuberculose, hepatite B, hepatite C e aids através da promoção de ações de atenção integral à saúde. O programa tem como base legal a Portaria nº. 1.028 de 4 de julho de 2005 do Ministério da Saúde e preconiza estabelecer diretrizes que orientam a implantação das ações e, desta forma, subsidia municípios e estados na manutenção ou implantação de ações voltadas para usuários de drogas. Deste modo, vem se constituindo, junto a esta política, como uma orientação normativa para abordagem na dependência química. As estratégias de atuação do programa vem sendo gerenciadas, a partir da demanda de diferentes seguimentos de usuários, que se caracterizam pelo uso contínuo de substâncias, não aderência aos serviços de saúde tradicionais, e o alto grau de vulnerabilidade e exposição a uso decorrente das condições de vida e territórios de pertencimento. A estratégia de redução de danos deverá ser executada de modo descentralizado, junto os serviços de atenção primária em saúde e equipes especializadas de saúde mental, progredindo posteriormente para ações intersecretarias.

A rede de saúde mental conta atualmente com 60 serviços, sendo 27 próprios. Além destes serviços, o município conta com ações de saúde mental realizadas nas unidades básicas de saúde, bem como ações eventuais realizadas intersecretarias, tais como cursos, palestras, discussão de casos, terapias comunitárias.

A precarização das condições de vida e de trabalho, determinantes étnico/raciais e sócio ambientais da população brasileira vem desafiando a capacidade do sistema de saúde em prover ações integrais, sobretudo diante de determinantes de alta complexidade e desigualdades regionais acentuadas.

Bassani (2008), sistematiza e analisa a proporção da desigualdade entre as regiões do Orçamento Participativo de Porto Alegre, nos anos de 1991 e 2000, considerando o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M). A principal consideração apontada pela análise de Bassani é a flagrante condição de desigualdade presente entre as regiões do sul do Brasil, entre a capital gaúcha e região metropolitana e ainda dentro das regiões agrupadas pelo orçamento participativo. Destaca que embora o Rio Grande do Sul tenha alcançado a categoria de Alto Desenvolvimento Humano, nos

anos de 1991 e 2000, o achado exige a re-iterpretação em virtude destas diferenças locais.

No caso de Porto Alegre, a autora evidencia que se agruparmos as regiões a partir das gerências distritais, distritos como Sul/Centro/Sul, Glória/Cruzeiro/Cristal e Partenon/Lomba do Pinheiro, para citar, encontraremos diferenças de posições no ranking muito acentuadas. Segundo dados já citados anteriormente pela gerências distritais, a ocorrência de baixos índices de escolaridade, proles numerosas, baixa renda familiar, gravidez precoce, expressões diversas de violência, geram poucas expectativas de futuro para as famílias, afetando especialmente jovens e mulheres, os tornando vulneráveis ao uso abuso e dependência de drogas lícitas e ilícitas e ao tráfico. Estes fatores indicam parte da complexidade para elaboração de indicadores, proposição e organização dos serviços. Cumpre ainda a necessidade de adaptação de critérios normativos gerais, preconizados pelo Ministério da Saúde, onde a densidade populacional é um dos principais critérios para organização da rede.

Assim, a partir do Plano de Saúde Mental 2005-2008, da análise do planejamento e execução da política de saúde mental, realizado em conjunto com os servidores, coordenadores de equipe a partir de 2007 e das deliberações da III Conferência Municipal de Saúde Mental em 2010, consideramos fundamental a afirmação dos princípios e diretrizes do SUS, aplicados a política de saúde mental nos seguintes aspectos:

Os objetivos são:

- Construir uma unidade de concepção em saúde mental, tomando como base o marco legal e as diretrizes apontadas pelo MS, no que se refere ao apoio matricial e a redução de danos.
- Recolocar a saúde mental na agenda de diálogos de políticas públicas intersetoriais;
- Constituir uma rede integral e integrada de serviços;

A implantação das novas estratégias e tecnologias em saúde apontadas pelo MS, tais como: Casas de Acolhimento Transitório (consistem em casas de albergamento de usuários da rede de atenção psicossocial em tratamento para transtornos

relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Procuram ampliar os recursos da rede, de forma a oferecer atenção e cuidados contínuos de modo integral e protegido, a populações em estado de extrema vulnerabilidade e riscos. Funcionam como albergues 24 horas constituídos para potencializar as ações de saúde mental da rede de atenção):

O Consultório de Rua que promove a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania. A Escola de Redutores, um mecanismo fundamental e imprescindível de ampliação do acesso e da adesão ao tratamento, de enfrentamento ao estigma, de qualificação das redes sociais e de saúde, de reconhecimento de determinantes biopsicossociais de vulnerabilidade, risco, padrões de consumo, além do desenvolvimento de fatores de proteção.

Almeja-se:

- Qualificar o planejamento e a gestão da política de saúde mental a partir de uma base de diálogo contínua com os diferentes sujeitos implicados e,
- Propor ações integradas e intersetoriais para atenção as populações vulnerabilizadas, tais como: negros, índios, situação de rua, crianças e adolescentes em cumprimento de medida sócio educativa, idosos, egressos de presídios, dependentes químicos e portadores de transtornos mentais com comorbidades infecto contagiosas;
- Ampliar os serviços de moradia protegida;
- Qualificar o sistema de informações de saúde que contemple a saúde mental e demais políticas intersetoriais, para definição de indicadores locais.

As Oficinas de Geração de Renda que tem como objetivo efetivar ações e compor redes para a ressocialização dos usuários da saúde mental, através da geração de renda, diferentes formas de organização de trabalho coletivo e protegido. Agrega ações estratégicas no campo das artes, cultura, e economia solidária, constituindo

espaços potencialmente terapêuticos, que estimulam a autonomia e cooperação. Atende jovens e adultos em caráter individual, grupos e oficinas. A equipe é composta por assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e serviços gerais.

O Serviço Residencial Terapêutico, organizado a partir de três casas onde a equipe realiza acompanhamento individual e grupal continuado, em caráter de moradia, para portadores de transtornos mentais graves com o objetivo de reabilitação psicossocial, oriundos ou não de instituições. Mantém contínua articulação em rede, buscando a atenção integral a saúde dos usuários durante a abrigagem e após o seu desligamento e retorno a comunidade. Conta com terapeuta ocupacional, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, cozinheiro, técnico de enfermagem, motorista e serviços gerais.

O Programa de Volta para Casa tem como marco legal a Lei Federal 10708/03 e está sob o gerenciamento técnico administrativo do nosso Residencial Terapêutico. Consiste na oferta do auxílio/reabilitação psicossocial para assistência e reintegração social de portadores de transtorno mental egressos de hospitais credenciados pelo SIH-SUS, após período de internação, ininterrupto, igual ou superior a dois anos. O município vem acompanhando e preparando o desligamento da totalidade destes usuários a partir do trabalho conjunto com os hospitais psiquiátricos e do Instituto Psiquiátrico Forense. A execução deste programa é uma importante estratégia para a reinserção social e diminuição de leitos hospitalares conforme preconiza a legislação federal. No município de Porto Alegre, não tem nenhum paciente em condições de receber o auxílio que ainda não o tenha realizado.

Os Ambulatórios de Saúde Mental configuram o seu atendimento a partir de equipes multidisciplinares, atendendo a todas as faixas etárias e gênero de acordo com a designação do serviço. A rede conta com as especificidades voltadas para atenção a vítimas de violência doméstica e urbana, acompanhamento de jovens em cumprimento de medida judicial, transtornos mentais severos e persistentes e dependência química. *Profissionais:* assistente social, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, ginecologista, pediatra, clínico geral, psicopedagogo, advogado e auxiliar administrativo.

Tabela 145 - Número de novas consultas em saúde mental, disponibilizadas mensalmente pela CMCE

<b>Nº de novas consultas mensais, em saúde mental</b>				
<b>Local</b>	<b>Especialidade</b>	<b>Nr. Cons</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>
HCPA	PSIQ	18	M/F	18a
HCPA	PSIQ-AD	4	M/F	>18a
HCPA	PSIQ-Adolesc	6	M/F	12a-17a
HCPA	Esquizofrenia	4	M/F	
HCPA	Clínica Infantil	1	M/F	
HCPA	Clínica Infantil	4	M/F	0 - 3a
HCPA	Infanc.Adoles	8	M/F	<18a
HCPA	Transexuais	8	M/F	21a-75a
HMIPV	Pediatria	2	M/F	
HMIPV	PSIQ	13	M/F	>18a
HNSC	PSIC - ADOL	17	M/F	12a-18a
HNSC	PSIC - PED	28	M/F	<12a
HNSC	PSIQ-pediátrica	40	M/F	<18a
HNSC - NEB	PSIQ-adulto	64	M/F	>18a
HPB	DQ	80	M/F	
ISCM	Psiqu. Doenças afetivas	8	M/F	
<b>TOTAL DE NOVAS CONSULTAS MENSAS</b>		<b>305</b>		

Fonte: Central de Marcação de Consultas Especializadas – GRSS- Dez.2009

As Equipes de Saúde Mental estão localizadas nos distritos fortalecendo as redes de cuidados da comunidade e serviços. Oferecem atenção à saúde mental de modo integral. Entre seus objetivos está os de racionalizar os encaminhamentos para os serviços de maior complexidade e fazer a ligação entre a atenção básica e os ambulatórios especializados, CAPS, e internações, bem como o apoio matricial. A assistência é destinada à diferentes faixas etárias conforme a especificidade de cada serviço.

A equipe básica deve ser composta por psiquiatra, psicólogo e assistente social ou outro profissional de Nível Superior especializado em Saúde Mental.

Os Centros de Atenção Psicossocial regulamentados, principalmente pelas Portarias 189/02 e 336/02 do Ministério da Saúde. Tem como atribuição o tratamento e reabilitação de crianças, adolescentes e adultos com transtornos mentais severos e persistentes e dependentes químicos e usuários de álcool, em caráter não intensivo, semi-intensivo e intensivo. Sua principal função é se constituir com um serviço substitutivo à internação hospitalar, atendendo o usuário em caráter integral e compondo a rede de referência matricial. A equipe mínima é composta por 01 psiquiatra, 01 enfermeiro com especialização em saúde mental, 04 profissionais de nível superior, dentre os quais, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, pedagogo, ou outro, definido a partir da realidade local e 06 profissionais de nível médio, entre eles: técnico de enfermagem, técnico administrativo, artesão e outros. O indicador pactuado para 2010-2011 pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde é de 01 (um) CAPS para cada 100.000 hab.

A tabela abaixo demonstra que a rede de serviços de saúde mental foi ampliada e qualificada, tanto no que se refere a assistência a transtornos mentais, quanto a álcool e drogas. O que permite que o município identifique com maior clareza o agravamento de alguns transtornos e o conjunto de nossas necessidades.

Tabela 146 - Rede Regionalizada de Saúde Mental em Porto Alegre

<b>NEB</b>	<b>NHNI</b>	<b>PLP</b>	<b>CENTRO</b>
Ambulatório de psiquiatria para adultos do HNSC	Ambulatório Pró Jovem no CS Santa Marta	Ambulatório Adulto Melanie Klein - HPSP	Ambulatório - Pró Jovem CS Santa Marta
CAPS AD - HNSC	CAPSAD no IAPI	Ambulatório Pró Jovem CS Santa Marta	CAPSi Casa Harmonia CAPS Infante Juvenil
CAPSi - HCPA	CAPSi - HCPA	Ambulatório Criança e Adolescente HPSP CIAPS - Centro Integrado de Atenção	CAPS II e CAIS MENTAL 8
Equipe de apoio Matricial	Equipe de Saúde Mental Infância	Equipe de Saúde Mental Adulto	Equipe de Saúde Mental no CS Modelo
	Equipe de Saúde Mental Infância CS Santa Marta	Equipe de Saúde Mental Infância CS Santa Marta	

**Atenção à Saúde Bucal:**

São realizados, pela rede assistencial própria e contratada, atendimentos odontológicos preventivos, curativos e reabilitadores. Procedimentos ortodônticos não são realizados e trabalhos de prótese apenas são desenvolvidos na área de próteses removíveis pelo Centro de Especialidades Odontológicas do Hospital Conceição.

As ações preventivas de educação, orientação de escovação e aplicação de flúor são realizadas individual e coletivamente, nas unidades de saúde e nas escolas públicas e creches conveniadas com o município. Em decorrência da não existência de um programa instituído pela área técnica de saúde bucal, estes procedimentos coletivos não ocorrem de forma uniforme nos diversos serviços.

O acesso da população de Porto Alegre a serviços odontológicos básicos ainda é insuficiente se considerado o indicador pactuado com a SES-RS, ou seja, o *número de primeiras consultas odontológicas programáticas*. No ano de 2009 pactuou-se 5% de primeiras consultas odontológicas programáticas para a população de Porto Alegre no entanto alcançou-se somente 3,3%.

Atualmente, a estrutura da saúde bucal pública municipal (própria e contratada) conta com 71 serviços de atenção primária. Nenhum destes serviços oferece atendimento odontológico no terceiro turno regularmente, ocasionando dificuldade de acesso à população trabalhadora.

Destes serviços, 44 Unidades e Centros de Saúde e 12 Equipes de Estratégia da Saúde da família são municipais, 12 Unidades Básicas de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, 02 Equipes de Estratégia da Família do Moinhos de Vento e 01 do Divina Providência.



Tabela 147 - Distribuição dos serviços de saúde bucal da rede de saúde própria e contratada do município.

<b>NÍVEL DE COMPLEXIDADE</b>	<b>Tipo de Serviço</b>	<b>Nº de Serviços da Rede Própria da SMS</b>	<b>Nº de Serviços da Rede Não-Própria da SMS</b>
<b>Atenção Básica</b>	ESF	12	3
	UBS	44	12
	NASCA	8	
<b>Média Complexidade</b>	CEO	2	2
	SAPE*	1	
<b>Alta Complexidade</b>	Bloco Cirúrgico	1 SAPE*	3
<b>Urgência</b>	Clínica	1	1
	Trauma	1	1
<b>CGVS</b>	Equipe de Vigilância de Serviço de Interesse em Saúde e	2	-
	Equipe de Águas	1	-

Fonte: SAPE\*: Serviço de Atendimento ao Paciente Especial (HMIPV)

Encontra-se detalhada na tabela 148, a distribuição dos cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal que atuam na assistência direta à população na Rede Primária de Saúde própria e contratada da SMS nas diferentes gerências distritais. A capacidade instalada de recursos humanos na rede básica (própria e contratada) reflete um padrão de cobertura de cuidado em saúde bucal no município de Porto Alegre. Os dados desta tabela podem incentivar a discussão sobre padrões de cobertura em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em geral. Para efeito de mensuração de cobertura, ajustou-se a capacidade instalada ao parâmetro de incentivo financeiro atualmente adotado pelo Ministério da Saúde para implantação de Equipes de Saúde Bucal, ou seja: para cada 7 mil habitantes, aproximadamente, instala-se uma Equipe de Saúde Bucal. Neste caso foi considerada a Equipe de Saúde Bucal Tipo II, que é composta por um cirurgião dentista, um técnico em saúde bucal (TSB) e um auxiliar em saúde bucal (ASB), todos atuando 08 horas por dia (turno integral) na atenção primária à saúde. Este ajuste foi necessário porque a rede básica atual ainda se configura como uma rede heterogênea, onde os serviços de saúde bucal apresentam diferentes categorias profissionais e cargas horárias.

Para ajustar a capacidade instalada de cirurgiões-dentistas foram somadas as horas disponíveis destes profissionais para assistência à população. O somatório foi dividido por 8 para se obter a quantidade potencial de profissionais de turno integral (08 horas por dia). No caso dos TSB e ASB, não foi feito ajuste, pois se considerou a carga horária contratual destes profissionais, que é de 08 horas diárias de trabalho.

Tabela 148 - Cobertura em saúde bucal na rede de atenção primária (própria e contratada) em Porto Alegre e por gerência distrital.

	POA	Gerências Distritais de Saúde							
		Centro	NHNI	LENO	GCC	PLP	RES	SCS	NEB
População segundo estimativa IBGE em 2009	1.436.084	281.712	189.156	156.252	151.126	186.412	89.358	188.468	193.634
N de ASB necesarios	<b>205</b>	40	27	22	21	26	12	26	27
N atual de ASB	<b>53</b>	5	9	8	5	11	5	4	6
% Cobertura atual de ASB	<b>25,8%</b>	12,5%	33,3%	36,3%	23,8%	42,3%	41,6%	15,3%	22,2%
Déficit de ASB	<b>152</b>	35	18	14	16	15	7	22	21
N de TSBs necesarios	<b>205</b>	40	27	22	21	26	12	26	27
N atual de TSB	<b>11</b>	0	4	3	0	0	0	0	4
% Cobertura atual de TSB	<b>5,3%</b>	0	14,8%	13,6%	0	0	0	0	14,8%
Déficit de TSB	<b>194</b>	40	23	19	21	26	12	26	23
Nº de CD necesarios	<b>205</b>	40	27	22	21	26	12	26	27
N atual de CD turno integral	<b>109,50</b>	7	20	15,5	11,5	17,25	10,25	15,25	12,75
% Cobertura atual de CD	<b>53,1%</b>	17,5%	74,0%	68,1%	52,3%	65,3%	83,3%	57,6%	44,4%
Déficit de CDs	<b>96</b>	33	7	7	10	9	2	11	15
<b>% Cobertura de Equipe de Saúde Bucal</b>	<b>27,9%</b>	<b>9,91%</b>	<b>40,6%</b>	<b>39,4%</b>	<b>24,4%</b>	<b>36,9%</b>	<b>41,3%</b>	<b>24,1%</b>	<b>35,7%</b>

N: Numero Cob: Cobertura CD: Cirurgião-dentista ASB: Auxiliar de Saúde Bucal TSB Técnico em Saúde Bucal

Como pode ser observado na tabela 148, precisa-se de aproximadamente 205 Equipes de Saúde Bucal, para atender a necessidade de saúde da população da cidade. O déficit de profissionais integrantes das Equipes de Saúde Bucal foi estimado a partir da diferença entre a necessidade e a capacidade instalada atual (recursos humanos atuando na assistência da rede de atenção primária própria e serviços contratados). Note-se que cada equipe tipo II é composta por 03 profissionais, portanto o percentual geral de cobertura de Equipes de Saúde Bucal levou em conta a capacidade instalada conforme cada categoria profissional.

Nas Unidades de Saúde, ESF e nos Centros de Especialidades, são realizados diversos procedimentos odontológicos nas áreas de dentística, cirurgia, periodontia e prevenção. Além destas, são realizadas atividades preventivas e de educação em saúde, individualmente ou em grupo. Nas instituições de ensino, escolas e creches também são feitas ações como instrução de higiene bucal, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor agregado à disponibilização de escovas e creme dental, onde o principal objetivo é a sensibilização a comunidade escolar para a necessidade do desenvolvimento de bons hábitos higiene bucal, bem como de alimentação saudável.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), realizam tratamentos especializados de periodontia, endodontia, cirurgia e estomatologia, além de atendimento ambulatorial aos pacientes com necessidades especiais. Os pacientes com alterações em tecidos moles que não mostraram melhora com tratamentos em nível de atenção básica são encaminhados para os Centros de Especialidades Odontológicas para avaliação com o estomatologista. Após a realização da biópsia, os exames anatomopatológicos são encaminhados a serviço de Patologia da Faculdade de Odontologia da UFRGS ou PUC para diagnóstico dos casos suspeitos. Além destes serviços, o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas é referência especializada ambulatorial para casos complexos e de difícil manejo em odontopediatria e também realiza tratamento dentário sob anestesia geral em pacientes com necessidades especiais.

Os Hospitais de Pronto Socorro e Cristo Redentor são referências em urgência e cirurgia respectivamente para atendimento em traumatologia buco-maxilo-facial.

As urgências dentárias clínicas que não são possíveis de serem resolvidas nas unidades básicas de saúde em seu horário de funcionamento, são atendidas em regime de plantão no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul e Hospital Conceição.

Faz-se necessário sistematizar as informações sobre as condições relativas às áreas físicas dos serviços de atendimento odontológico da rede própria, bem como em relação às normas de biossegurança. Quanto aos equipamentos odontológicos, frequentemente apresentam defeitos técnicos, sendo muitos deles considerados pela equipe de manutenção técnica como sem recuperação. Mesmo quando existe a possibilidade de conserto dos equipamentos o tempo de efetivação deste e a demora da visita do técnico tem feito com que os serviços suspendam suas atividades por períodos indeterminados, gerando grande perda de produtividade dos profissionais e, conseqüentemente, desassistência à população da área.

Quanto aos recursos humanos, salienta-se a falta de cobertura de prestação de serviços odontológicos por insuficiência de profissionais de nível superior e médio na maioria das regiões da cidade, tanto na atenção básica quanto na média complexidade. Esta insuficiência é mais acentuada nos territórios de algumas gerências distritais, como ficou demonstrado na tabela 147. Contudo, reconhece-se que o critério adotado para medir a cobertura na rede básica de saúde bucal (relação ESB/7 mil habitantes) não é suficiente para demonstrar as reais necessidades dos diferentes grupos populacionais, pois não considerou o perfil socioeconômico e epidemiológico.

Com relação aos serviços especializados em saúde bucal, a falta de acesso a certas especialidades como, por exemplo, endodontia ficou evidenciada a partir da identificação de longas listas de espera na maioria das unidades básicas. Em levantamento realizado pela coordenação da área técnica de saúde bucal, em outubro de 2009, junto às unidades da rede própria municipal, constatou-se que, naquela ocasião, havia mais de mil pacientes aguardando endodontia e cerca de 529 aguardando tratamento periodontal. Esta demanda por tratamentos especializados, quando comparada à capacidade atual de resposta, gera um tempo de espera que, potencialmente, pode agravar o problema de saúde bucal do usuário. Este fato está

relacionado à escassez de recursos humanos na área de especialidades e pela insuficiente regulação das consultas especializadas. É necessário conhecer o grau da insuficiência da assistência especializada em saúde bucal através de uma avaliação mais aprofundada da demanda reprimida.

Com relação aos registros odontológicos, destaca-se a baixa confiabilidade dos mesmos. Além disso, constata-se a inexistência de protocolos assistenciais baseados em evidência, onde a oferta de procedimentos odontológicos esteja adequada às necessidades específicas de cada grupo populacional nos diversos distritos de saúde. A falta de pactuação de normas e rotinas atualizadas em saúde bucal tem levado, por exemplo, a adoção de diferentes formas de agendamento nas UBS, ESF, CE e CEO. Esta situação potencialmente beneficia alguns usuários em detrimento de outros com as mesmas necessidades, contrariando frontalmente o princípio da equidade de acesso aos serviços públicos de saúde. Nota-se também que, apesar do número de ações especializadas apresentarem aumento nos últimos dois anos, estas ações ainda não contemplam as necessidades da população. Entretanto, como já foi dito, a situação geral de insuficiência de acesso à rede especializada carece de informações mais detalhadas. Somente um diagnóstico preciso da demanda reprimida poderá gerar um gerenciamento adequado das listas de espera. O monitoramento e avaliação das ações de saúde bucal, desenvolvidas na rede municipal, é ainda deficitária. A articulação e integração entre os serviços da rede própria e conveniada, de media complexidade, é também bastante frágil.

Quanto ao modo de atenção, na rede pública de saúde do município, destaca-se a atenção fortemente centrada em um modelo cirúrgico restaurador. Este modelo torna-se evidente se observarmos o número de profissionais de nível médio em relação aos de nível superior. A tabela 148 demonstrou a proporção de técnicos em saúde bucal em relação ao número de cirurgiões-dentistas que compõem o quadro de servidores vinculados aos serviços próprios da SMS e aos conveniados à gestão municipal da saúde. O modo de atenção vigente baseia-se principalmente na prestação de serviços odontológicos por profissional de nível superior. Isso dificulta a integralidade do cuidado e acolhimento do usuário, provoca baixa resolutividade da atenção básica e encarece a atenção à saúde bucal, pois utiliza pouco o potencial e a competência profissional dos técnicos em saúde bucal na prestação de serviços odontológicos. Ressalta-se ainda a falta de atualização da política municipal de saúde bucal. É necessário repactuar e

validar, por exemplo, os protocolos de acesso da população a serviços básicos e especializados em saúde bucal, com a incorporação de critérios epidemiológicos e socioeconômicos para a distribuição de serviços de saúde bucal e para a contratação de recursos humanos.

### **Atenção à Saúde do trabalhador**

A assistência ao trabalhador, em relação às doenças do trabalho, está centralizada no CEREST e no Ambulatório de Doenças do Trabalho do HCPA. O acesso é através do documento de referência.

Os acidentes de trabalho são atendidos nos Hospitais HPS e Cristo Redentor, na maior parte das vezes, sem a devida notificação de acidente de trabalho. Esta situação acaba impossibilitando tanto a caracterização dos acidentes quanto o levantamento e a análise epidemiológica dos dados que são importantes para nortear as ações de saúde. O atendimento ao trabalhador é realizado na rede de saúde, porém com pouco reconhecimento dos agravos e da sua relação com o trabalho e de forma desarticulada. Assim sendo, inexistente uma atenção integral e descentralizada da Saúde do trabalhador, conforme preconiza a RENAST/MS (Portaria nº 2.728, de 11/11/09).

#### **CEREST – Regional Porto Alegre:**

Tem por função o provimento de retaguarda técnica para o SUS, nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores. Também é referência para 48 municípios da região de abrangência (1º, 2º e 18º CRSs), devendo promover, assessorar e incentivar ações em saúde do trabalhador nesta região.

#### **Municípios de abrangência do Cerest Regional/POA**

Alvorada; Arambaré; Arroio do Sal; Arroio dos Ratos; Balneário Pinhal; Barão do Triunfo; Barra do Ribeiro; Butiá; Cachoeirinha; Camaquã; Capão da Canoa; Capivari do Sul; Caraã; Cerro Grande do Sul; Charqueadas; Chuvisco; Cidreira; Dom Feliciano; Dom Pedro de Alcântara; Eldorado do Sul; Glorinha; Gravataí; Guaíba; Imbé; Itati;

Mampituba; Maquiné; Mariana Pimentel; Minas do Leão; Morrinhos do Sul; Mostardas; Nova Santa Rita; Osório; Palmares do Sul; Porto Alegre; Santo Antônio da Patrulha; São Jerônimo; Sentinela do Sul; Sertão Santana; Tapes; Terra de Areia; Torres; Tramandaí; Três Cachoeiras; Três Forquilhas; Triunfo; Viamão; Xangri-lá.

Presta atendimento individual e coletivo, visando a promoção e proteção à saúde, por meio de desenvolvimento de ações que assegurem o controle de riscos e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho. Suas ações são dirigidas a todos os trabalhadores, urbanos e rurais, independentemente do seu vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho, abrangendo os do mercado formal, com carteira assinada ou não e os do mercado informal.

O trabalhador deve ser encaminhado por um serviço de saúde da rede SUS, através de documento de referência/contra-referência, quando houver suspeita de doença do trabalho ou acidente de trabalho. Com este documento, o trabalhador é atendido no CEREST, para avaliação e retornando para acompanhamento no seu Serviço de Saúde de Referência.

Tabela 149 – Recursos humanos do CEREST – Regional/POA

Profissionais	nº
Médico	3
Fisioterapeuta	2
Psicólogo	1
Assistente Social	1
Terapeuta Ocupacional	1
Enfermeiro	1
Jornalista	1
Acupunturista	1



Técnico de Segurança do Trabalho	2
Motorista	1
Aux. administrativo	1
Agente de vigilância	2
Estagiário de Psicologia	2

Atua em parceria com a Equipe de Vigilância em Saúde do Trabalhador (EVSAT/ CGVS).

O CEREST realiza as seguintes ações:

- Atendimento Individual:

Consulta Médica; Enfermagem; Fisioterapia; Psicologia; Serviço Social; Acupuntura e Terapia Ocupacional. É o único serviço que realiza acompanhamento das pessoas da comunidade, expostas a acidentes com material biológico, no município.

- Grupos Terapêuticos:

Reflexão sobre o Trabalho; Grupo Viver Bem; Insere Trabalho, Grupo de Convivência e Grupo Recomeçar; Por Dentro do CEREST.

- Educação e Formação Permanentes - Profissionais de Saúde:

Capacitações, palestras, cursos, seminários e diversas ações educativas com o objetivo de capacitar os profissionais da rede SUS e privada, assim como os agentes comunitários, sobre prevenção e ações da saúde do trabalhador, que incluem a formação da rede de assistência, instituição dos protocolos na área e temas relacionados à prevenção e vigilância em saúde.

Social:

- Educação e Formação - Trabalhadores, Comunidade e Controle

Capacitações, palestras, cursos, seminários e ações educativas e informativas com o objetivo de informar, orientar e difundir temas sobre saúde, trabalho e doença e suas relações, com ênfase na prevenção, vigilância em saúde e assistência. É dirigido aos trabalhadores, sindicatos, gestores de saúde, membros do controle social e comunidade em geral.

- Vigilância em Saúde:

Ações voltadas para a prevenção em saúde do trabalhador, através de vigilância epidemiológica, com notificações através do Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST) e Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) na área de abrangência do CEREST e do mapeamento dos processos produtivos ( ramos de atividade) e riscos de POA e região de sua abrangência.

- Regionalização:

Visitas técnicas aos municípios da área de abrangência, com atividades direcionadas às características de cada região e município, contemplando a descentralização das ações, aproximando o atendimento ( ao) trabalhador, permitindo ainda o mapeamento por ramo produtivo, formação e consolidação da rede integral e fluxo de atenção ao trabalhador nos diversos níveis de atenção, em toda a região.

- Assessoria e acompanhamento técnico para os municípios organizarem e consolidarem as redes locais e regionais de assistência e vigilância em saúde do trabalhador.

- Parcerias e Articulações Interinstitucionais:

Atividades com instituições, por meio de parcerias para campo de estágio nas diversas áreas, ações educativas, de formação e de articulação de (da) rede de assistência e apoio interinstitucional ao trabalhador. Algumas das instituições: HCPA (Ambulatório de Saúde Ocupacional); UFRGS; IPA; FASC; Ministério Público do Trabalho; Ministério do Trabalho e Emprego; Fórum Estadual de Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador; Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/RS); Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde EVSAT/CGVS/SMS/POA, entre outras.

De acordo com a Portaria nº 2.728( 11/11/09), as ações em saúde do trabalhador devem contemplar:

- 1) Organização de ações de atenção integral à saúde do trabalhador, compreendendo promoção, vigilância, atenção básica e serviços de média e alta complexidade;
- 2) Inserção das ações de atenção integral à saúde do trabalhador nas redes de atenção à saúde locais e regionais;
- 3) Qualificação e promoção da Saúde do Trabalhador por meio de articulação intra e intersetorial.

A partir destas diretrizes, a Saúde do Trabalhador passa a descentralizar as ações e notificações na área, através da implantação do fluxo de ações e notificações em ST nas Gerências Distritais de Saúde, de forma integral, reconhecendo e assistindo o trabalhador em todos os níveis de atenção, realizando a identificação e atuando nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde, reforçando a atenção primária. Através disso, o CEREST passa a efetivar a sua principal função de centro de referência técnica e especializada, que planeja, organiza e define as ações, conforme preconiza a RENAST e realizando a retaguarda técnica somente para os casos de complexidade diferenciada.

Com a estruturação e operacionalização, estão sendo implantadas as Unidades Sentinelas, que são referência especializada para os casos em que a atenção primária não tenha condições de assistir e solucionar pela sua especificidade, ressaltando que todos os outros Serviços de Saúde, incluindo todos os níveis de atenção (primária, especialidades, urgências), devem atuar como Unidades Notificadoras.

Unidades Sentinelas implantadas:

- CEREST: Unidade Sentinela para todos os agravos;
- HCPA: Unidade Sentinela para todos os agravos;
- Hospital Santa Casa: Unidade Sentinela para Pneumoconiose.
- Implantação Unidade Sentinela
- HPS (Hospital de Pronto Socorro)

### 9.3 PROGRAMAS E PROJETOS ESPECÍFICOS

#### **Enfrentamento de agravos por causas externas**

Recentemente, o Ministério da Saúde, numa tentativa de enfrentar esse grave problema de saúde pública, tem articulação com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tem promovido, coordenado, financiado, apoiado e executado várias ações

de vigilância das violências e de promoção da saúde e da cultura da paz (vide Portaria 2.920/2008).

Consoante com a política nacional, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, participa ativamente dessa iniciativa, de forma articulada com os demais serviços públicos e organizações civis, por entender a relevância do seu papel na identificação, tratamento, encaminhamento das vítimas de violência e, principalmente, contribuindo na promoção da segurança e da qualidade de vida das pessoas que vivem nessas comunidades.

Cabe ressaltar que várias iniciativas de enfrentamento à violência fazem parte da rotina dessa Secretaria, tanto na rede de atenção básica de saúde e na vigilância, como nos hospitais e na rede de serviços especializados. Em 2004, foi firmado convênio com o Ministério da Saúde, a partir do qual foi instituído o PRÁ-PARAR, sistema de notificação e produção de informações a respeito da violência. Em 2008, foi estabelecida parceria com o Governo do Estado, através do termo de adesão mediante o qual o município assume o compromisso de implantar e operacionalizar o Programa de Prevenção à Violência (PPV). Neste mesmo ano, foi constituído o Núcleo de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, formalizado pela portaria 732 que, em uma conjugação inter secretarias e sociedade civil, está elaborando o Plano Municipal de Enfrentamento à Violência e outras Causas Externas.

O Centro de Referência de Atendimento à Infância (CRAI), a Casa de Apoio Viva Maria, Casa Harmonia, por exemplo, são serviços reconhecidos nacionalmente em seu papel de acolhimento às vítimas de violência. Destacamos também o Ambulatório da Violência do HIMPV, os CAPS (vários) e o próprio SAMU 192 - pioneiro no país e que norteou a política nacional de atenção às urgências - como contribuições da saúde de Porto Alegre, no tema violência.

Na atenção básica, o trabalho desenvolvido na Lomba do Pinheiro já mereceu destaque nacional e internacional pela sua originalidade e significado para os profissionais e comunidade.

Ingressar nesse tarefa com os demais atores significa qualificar e intensificar as ações já existentes e evoluir dentro da compreensão de que a violência é uma epidemia multifacetada e multifatorial e que, portanto, seu enfrentamento deve ser feito

em rede, de forma articulada e solidária. É preciso tornar claro o papel principal da saúde nos programas de prevenção da violência, não atendo-se a *recolher e tratar as vítimas*, mas sobretudo prevenindo novas ocorrências.

À semelhança do que ocorre no restante da cidade e do país, nossas equipes têm dificuldade na identificação e abordagem nas situações de violência que batem à sua porta. A maioria dos serviços de saúde não atende as vítimas de violência levando em consideração a complexidade do problema. Via de regra atem-se ao tratamento “clínico”.

Acredita-se que esta situação é resultante do pouco preparo dos serviços e profissionais para lidarem com essas situações. Frequentemente, presenciamos a banalização do problema. Por outro lado, as formas tradicionais de capacitações não atingiram o objetivo no preparo das equipes para o enfrentamento do problema das causas externas. Podemos afirmar isso com base na avaliação do cotidiano das equipes que pouco alteraram o *savoir-faire* coletivo diante da “*epidemia da violência*”. Participar da mudança desse cenário é um desafio para o setor saúde.

Assim sendo, em Porto Alegre, se faz necessário realizar uma ação concertada em torno ao direito à segurança, onde tem um papel de destaque as múltiplas causas que limitam a vida e o desenvolvimento das pessoas ao gerar sofrimentos, lesões, traumatismos e morte. Existem várias iniciativas e serviços mas são pouco potentes pois carecem de uma visão integral que oriente uma ação simultânea e concertada do conjunto da sociedade e do poder público, dentro de uma ideia de ter não só impacto como também sustentabilidade. Isso implica numa abordagem integral em três níveis simultâneos:

Promoção da segurança contra os acidentes (violências não intencionais), frequentemente caracterizadas pela negligência ou a indiferença, iniciando pelo espaço doméstico (os acidentes domésticos são uma das principais causas de traumas em crianças e idosos), pelas instituições (escolas, casas de repouso e geriatrias, hospitais, locais de trabalho e de diversão) e finalmente nos espaços públicos (parques, praças, vias públicas, barragem, praias e rio Guaíba);

Promoção da segurança contra violências intencionais tais como as violências auto infligidas (auto abuso, comportamento suicida, tentativa de suicídio e suicídio), as violências interpessoais (familiar e comunitária).

Promover a segurança através de iniciativas contra a violência coletiva determinada por decisões políticas, econômicas ou políticas que suprimem direitos (trabalho, educação, alimentação moradia e saúde) e determinam ou aprofundam iniquidades sociais.

Adotar um conceito de território protetor da vida onde se promova segurança de forma integrada e onde se construa ou se reconstrua individual e coletivamente os sujeitos e se reconheçam e respeitem as diferenças, desacordos e conflitos a partir do reconhecimento da dignidade, da diversidade, da equidade, da integralidade e da igualdade de direitos.

Neste sentido, se propõe o desenvolvimento de uma ação estratégica e uma abordagem na perspectiva da segurança como um direito fundamental do ser humano em todas as fases do ciclo vital.

Incluir-se ativamente na construção da Cultura da Paz, passa por deflagrar um processo participativo de formação-diagnóstico-ação-pesquisa, junto aos atores públicos locais da saúde (trabalhadores, gestores e comunidade), que vise a desnaturalização dos agravos por eventos violentos, promova a segurança, evitando os acidentes, as violências e suicídios, na lógica da estratégia promocional da qualidade de vida e saúde e da construção de um Território de Paz. Faz-se necessário propiciar educação continuada aos trabalhadores da saúde para a identificação e abordagem adequada dos agravos por violências, suicídio, tentativas de suicídio e acidentes, bem como para os encaminhamentos das potenciais vítimas, vítimas e suas famílias aos demais serviços da rede de proteção ou para os programas específicos de prevenção e proteção.

Introduzir mudanças substantivas na orientação de sistemas e serviços de saúde para construção de estratégias de promoção da segurança e de proteção da Vida através da criação de estruturas, redesenho de fluxos e qualificação de seus trabalhadores em consonância com as iniciativas de todos os agentes públicos operadores em toda a cidade é imperativo. Para tanto precisa melhorar a infraestrutura

dos serviços de saúde municipais visando a abordagem adequada das vítimas de violências e de grupos vulneráveis. Isso significa que precisamos ampliar/qualificar a área física dos serviços onde existe possibilidade de expansão (terreno). Nos serviços onde não existe possibilidade por falta de terreno, trabalhar com alternativa de redesenhos de espaços e/ou criação de espaços em locais de fácil acesso para a população dessas equipes onde possam realizar as ações preventivas para grupos, em especial os mais vulneráveis.

Aperfeiçoar o sistema de vigilância em todos os serviços da atenção primária, rede especializada, rede de urgências e hospitais. Construir observatórios sociais a partir da saúde através da organização de base de dados, de bibliografia e de recursos didáticos sobre acidentes e violências. Informações quantitativas e qualitativas - narrativas para compreender a natureza dos eventos, podem contribuir no planejamento e desenho de políticas e intervenções. Essa é uma inequívoca contribuição da saúde pois poderiam orientar as ações preventivas e o envolvimento das comunidades para o enfrentamento das causas dos agravos a nível local ou da cidade como um todo.

Para uma participação efetiva do setor saúde na prevenção da violência e acidentes e na promoção da segurança, faz-se necessário o desenvolvimento de programas de educação em serviço com vistas a qualificar, progressivamente, todos os trabalhadores públicos de saúde da região para a identificação e registro dos agravos por causas violentas, bem como a abordagem adequada das vítimas e suas famílias. Consolidar nos trabalhadores de saúde pública, a visão que a promoção da segurança é um desdobramento da estratégia da promoção da qualidade de vida e saúde e como tal abarca as ações educativas, preventivas, protetoras, de diagnóstico, tratamento e reabilitação. Uma estratégia que tem se mostrado exitosa é a articulação com instituições de ensino de todos os níveis e organizações não governamentais, no sentido trazerem seus aportes de pesquisa e elaborações que possam embasar iniciativas focadas e sustentáveis que promovam a segurança. Inclui a abertura da instituição para a de pesquisa através de convênios e parcerias e estímulo à participação de pesquisadores e estudantes nos territórios de paz dentro do tema da violência.

A saúde pode ainda contribuir para a redução da exposição à morbidade e à mortalidade por violências e acidentes, através de iniciativas que incidam sobre fatores



condicionantes e determinantes desses agravos nos serviços e na comunidade. Deve para tanto construir agendas próprias de promoção da saúde nas comunidades e participar de agendas construídas pela comunidade e/ou parceiros bem como desenvolver e implementar programas e estratégias promotoras da qualidade de vida. Espera-se também sua participação ativa no fortalecimento da ação comunitária para fazer frente aos problemas em suas causalidades, articulando os agentes públicos e as lideranças comunitárias em redes sociais de proteção à vida através da construção de agendas estratégicas para as regiões e para a cidade através de representação qualificada nos espaços interinstitucionais e comunitários que discutem e formulam políticas no campo da segurança.

#### 9.4 SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE) **HIV/Aids**

A Rede Municipal Especializada para testagem, aconselhamento e tratamento em HIV/Aids conta atualmente com os seguintes serviços:

##### **Centro De Orientação e Apoio Sorológico Paulo César Bonfim - COAS**

O COAS, localizado no Centro de Saúde da Vila dos Comerciantes - CSVC, é constituído por uma equipe de três psicólogos, duas assistentes sociais (uma na coordenação).

Este serviço realiza teste para o vírus HIV, aconselhamento, grupo de autocuidado e psicoterapia breve, com foco na conflitiva relacionada com o HIV.

##### **Serviço De Atendimento Especializado em DST/Aids – SAE CSVC e SAE IAPI**

Os SAE"s são referência para atendimento de:

Assistência ambulatorial a portadores do HIV ou doentes de Aids;

Acompanhamento das crianças expostas e das portadoras do HIV/Aids;

Acompanhamento pré-natal de mulheres portadoras do HIV/Aids;

Assistência ambulatorial a portadores do vírus HTLV-I e II (SAE CSVC);

Adesão ao tratamento.

Além destes, o serviço especializado é responsável pela dispensação de medicamentos anti-retrovirais através da Unidade de Dispensação de Medicação (UDM), medicamentos para profilaxia de doenças oportunistas e medicamentos para o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, bem como pela dispensação de insumos de prevenção para seus usuários.

O Serviço Social dos SAE realizam cadastro de carteiras para passe-livre e encaminhamentos para rede de atendimento social da cidade, visitas domiciliares e busca ativa de pacientes.

Também compõe a assistência especializada o **Ambulatório de Adesão** ao tratamento que consiste na realização de consulta de enfermagem com foco na adesão ao tratamento do paciente com HIV/Aids que requer orientação e estimulação constantes.

O SAE CSVC realiza **Assistência Domiciliar Terapêutica a Portadores de Aids (ADOT)**, que consiste no atendimento intermediário entre o hospitalar e o ambulatorial. Uma equipe multidisciplinar (enfermeiro, médico, fisioterapeuta e auxiliares de enfermagem) realiza visitas domiciliares aos doentes de Aids, cujo estado físico não permite, temporariamente, a locomoção até um serviço de saúde.

Os dois Serviços de Atendimento Especializado, localizados no CSVC e no CS IAPI, implantados em 1993 e 2008, respectivamente, são constituídos por equipes multidisciplinares, conforme quadro 5. 60

Tabela 150 – Número de Equipes dos Serviços de Atendimento Especializado  
- SAE CSVC

Profissional	SVC	SAE CS IAPI	Nº
Coordenação (Médico Infectologista)	1	Coordenação (Psicólogo)	1
Assistente Administrativo	0	Assistente Administrativo	0
Assistente Social	1	Assistente Social	2
Auxiliar de Enfermagem	9	Enfermeiro	1
Enfermeiro	4	Farmacêutico	1
Farmacêutico	1	Médico Clínico Geral	1**
Fisioterapeuta	1	Médico Ginecologista	1
Médico Geral Comunitário	1	Médico Infectologista	1
Médico Clínico	4	Médico Pediatra	1
Médico Infectologista	4	Médico Pneumologista	2*
Médico Ginecologista	2	Técnico em Enfermagem	1
Médico Pediatra	2	Técnico em Nutrição****	1
Médico Dermatologista		1	

### **Projeto NASCER**

O Projeto NASCER operacionaliza ações com intuito de evitar a Transmissão Materno Infantil do HIV, como o acompanhamento às gestantes HIV+, garantindo o cumprimento do cronograma de consultas de pré-natal e a adesão ao uso da profilaxia com anti-retrovirais. Junto as puérperas, em maternidades e unidades de saúde, o Projeto Nascer disponibiliza medicações anti-retrovirais, inibidor da lactação e Fórmula Láctea Infantil. A criança exposta é vinculada ao serviço de infectologia pediátrica para acompanhamento até a definição de sua sorologia. A UBS realiza o acompanhamento pediátrico e supervisiona os cuidados dispensados pela família em relação ao HIV, como o uso do AZT xarope nas primeiras semanas de vida, a substituição do aleitamento materno por fórmula láctea e a assiduidade às consultas pediátricas no serviço de referência. Caso seja confirmada a sorologia positiva para o HIV, a criança continua vinculada a UBS e ao serviço de infectologia pediátrica, a fim de garantir os cuidados com a saúde da criança e da família.

### **PSE**

Em dezembro de 2007, por intermédio do Decreto Presidencial 6.286 foi instituído o Programa de Saúde na Escola (PSE), posteriormente regulamentado pela Portaria 1.861, de 04 de setembro de 2008. Adotando diretrizes e objetivos similares aos da ESF, procura incentivar - mediante recursos financeiros e materiais - ações de promoção da saúde nas escolas numa crescente integração entre as políticas e ações de educação e de saúde, envolvendo Equipes de Saúde da Família (ESF).

Porto Alegre fez sua adesão ao Programa em dezembro de 2008 comprometendo-se ao atendimento de escolas do Programa Mais Educação do Ministério da Educação – programa este voltado ao apoio de atividades socioeducativas no contra turno de escolas das redes públicas de educação básica.

Até o final de 2009, a expansão da rede do Mais Educação na cidade deverá contemplar 104 escolas, que serão atendidas por 31 ESF e 33 Unidades Básicas de Saúde.

Em Porto Alegre, o Programa Saúde na Escola integra-se à Estratégia Saúde Escolar sendo as áreas temáticas de suas ações – avaliação clínica e psicossocial e promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos – incorporadas às ações propostas na política municipal.

### **Oxigenoterapia domiciliar**

Pneumopatas crônicos em fase hipoxêmica apresentam repetidas complicações respiratórias necessitando internações hospitalares frequentes, muitas vezes somente para manutenção do tratamento da hipoxemia, o que aumenta muito a chance de complicações infecciosas pelo tempo prolongado de internação.

A administração domiciliar de oxigênio existe há 50 anos, mas só a partir da década de 70 é que foi demonstrada a evidência que a Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) melhorava a qualidade e prolongava a expectativa de vida dos pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) com hipoxemia crônica, não estando ainda totalmente estabelecido este benefício para pacientes com hipoxemia de outras etiologias.

A prevalência internacional da necessidade de oxigenoterapia domiciliar varia muito, havendo raros estudos de base populacional. Estatísticas europeias apontam prevalência aproximada de 40 pacientes/ 100.000 habitantes. Se estimarmos nossas necessidades pelo parâmetro do Projeto ANTADIR da França, de 20 dependentes de oxigênio para cada 100.000 habitantes, teríamos cerca de 260 pacientes dependentes de oxigênio no município de Porto Alegre.

O número de equipamentos a serem concedidos está definido por contrato com empresa com experiência no ramo, definida por processo licitatório, conforme segue:

Tabela 151 - Número de equipamentos para Oxigenoterapia Domiciliar

Equipamento	Número / mês
Concentrador de Oxigênio	209
BiPAP	36
CPAP	92
Oxímetro	05
Total de Equipamentos	251
Total de pacientes	342

Dados da CATA/ Setor de Contratos

### **Telemedicina**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS – <http://www.who.org>), Telemedicina compreende a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde, nos casos em que a distância é um fator crítico; tais serviços são prestados por profissionais da área da saúde, usando tecnologias de informação e de comunicação para o intercâmbio de informações válidas para diagnósticos, prevenção e tratamento de doenças e a contínua educação de prestadores de serviços em saúde, assim como para fins de pesquisas e avaliações.

Em Porto Alegre, o serviço de Telemedicina está implantado desde 2008 e seu funcionamento está garantido pela parceria entre as seguintes instituições: SMS (Gerência de Telemedicina, ligada ao Gabinete do Secretário), Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - HMIPV; Companhia de Processamento de Dados do Município - Procempa; Centro de Excelência em Tecnologias Avançadas - Ceta Senai e Universidade Federal do Rio Grande do Sul -UFRGS. Este serviço acontece na área de Ginecologia e Obstetrícia, através de exames ultrassonográficos de gestantes que estão realizando o seu pré – natal na rede pública.

## **Práticas Integrativas e Complementares**

O município de Porto Alegre é referência regional para atendimento em Homeopatia e Acupuntura, atendendo pessoas da cidade e região metropolitana. O serviço está presente em algumas regiões da cidade sendo que o medicamento homeopático é distribuído pela única farmácia homeopática, localizada na região central da cidade. Da mesma forma, o Ambulatório de Acupuntura.

Através da Portaria MS-971/2006 “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares”, com a inclusão destas especialidades dentro do Sistema Único de Saúde de modo oficial, acredita-se que o poder curativo é um importante arsenal terapêutico a ser utilizado, de modo cada vez mais eficaz e efetivo e deve ser intensificado o seu uso no sistema público de saúde.

## **Unidades de Pronto Atendimento (UPA)**

Além dos projetos financiados pelo Qualisus, a Coordenadoria do Sistema Municipal de Urgências planeja ampliar a rede de Pronto Atendimentos inserindo-se dentro da Política Nacional de Atenção às Urgências no que se refere a implantação de 04 (quatro) novas UPAs no município, no sentido de oferecer acesso ao atendimento das urgências de média complexidade em todas as regiões. O Estado do RS inscreveu no Ministério da Saúde em 2008, 04 (quatro) unidades a serem construídas em Porto Alegre. O município foi contemplado com 02 (duas) para o ano de 2009 a ser construída pelo Estado e 02(duas) em 2010 ao encargo do município. Devido a vários problemas de tramitação de documentos, desde falhas em licitações e negociações com a localização destas UPAs, até o presente momento não foi construída a primeira unidade que previamente estava determinada na Zona Norte de Porto Alegre. Este ano (2010), a partir de abril, se iniciou novo debate sobre a localização, envolvendo técnicos da SMS e Conselho Municipal da Saúde, no intuito de avaliar necessidades e possibilidades da implantação em locais já antes determinados e que se identificou problemas estruturais importantes como acessibilidade e visibilidade de um equipamento intermediário (entre ESF/UBS e Emergências Hospitalares) no atendimento às urgências.

O planejamento realizado inclui as regiões Norte, Sul, Navegantes/Humaitá e Partenon/Azenha como necessárias de ter um equipamento de média complexidade, visando diminuir o aporte de pacientes na rede hospitalar e também com acesso facilitado devido a proximidade dos troncais de linhas de coletivos, fazendo com que a população possa acorrer deste serviço a qualquer hora do dia, pois como determina sua portaria ministerial regulamentadora (1020/2009), funciona 24 horas por dia, fazendo a interface entre a atenção primária e a rede hospitalar.

## **NEU**

Importante salientar que a implantação real do NEU dentro da Coordenadoria do Sistema Municipal de Urgências seguirá os princípios de trabalho publicados na Portaria GM 2.048/02, dentre eles abaixo citados (quadro), adaptados a nossa realidade e também em consonância ao CGADSS/SMS que é o órgão da SMS que trabalha diretamente com o Recurso Humano, objeto deste núcleo. Este núcleo nada mais é do que a consolidação de um ente próximo às urgências trabalhando em prol da qualificação do atendimento, gerando demandas e soluções capazes de promover políticas públicas resolutivas no campo de atuação a que se detém.

- Promover profundo processo de capacitação e educação permanente dos trabalhadores de saúde das urgências, ou seja, pré-hospitalar móvel e fixo, unidades básicas e 24 horas, unidades de PSF e unidades hospitalares, para o adequado atendimento às urgências em todos os níveis de atenção do sistema;
- Integração com processo de formulação de políticas públicas de saúde para a atenção integral às urgências, buscando organizar o sistema a partir da qualificação assistencial com equidade;
- Promoção integral da saúde com objetivo de reduzir a morbimortalidade, preservar e desenvolver a autonomia dos indivíduos e coletividade, com base no uso inteligente de informações obtidas



nos espaços de atendimento às urgências, considerados observatórios privilegiados da condição da saúde da sociedade;

- Educação permanente como estratégia permanente de acreditação dos serviços, articulada ao planejamento institucional e ao controle social;
- Transformação da realidade e seus determinantes, fundamentada na educação, no processamento de situações problemas, extraídas do espaço de trabalho e do campo social;
- Resgatar princípios da humanização na formação dos profissionais da atenção às urgências em todos os níveis de assistência ao usuário;
- Atender determinações das portarias ministeriais (2.048/GM, 1.863/GM, 1.864/GM e 2.657GM) relativas à qualificação dos profissionais dos serviços de urgência.
- Estimular e colaborar com o Núcleo de Educação Permanente (NEP) do SAMU 192 Porto Alegre, oferecendo meios e profissionalização de RH e mantendo supervisão dos trabalhos;
- Elaborar, implantar e implementar política pública voltada para construção de um padrão de qualidade de recursos humanos;
- Estimular a adequação curricular das instituições formadoras de forma a atender às necessidades do SUS e da atenção integral às urgências;
- Articular e congregar os recursos públicos direcionados para a educação em saúde, otimizando seu uso e buscando romper dificuldades das instituições para o cumprimento de suas metas, aqui sempre trabalhando em conjunto com o CGADSS;
- Ser espaço interinstitucional combinando conhecimento com meios materiais que permitam abarcar a dimensão qualitativa das

demandas de educação em urgências, potencializando a capacidades e respondendo ao conjunto de demandas inerentes a um sistema organizado de atenção;

- Ser estratégia pública privilegiada para a transformação da qualificação da assistência às urgências, visando impactos objetivos em saúde populacional.

### **Pronto Atendimento em Saúde Mental**

Vinculado administrativamente à Coordenação de Urgência e Emergência oferece pronto atendimento a pacientes com transtorno mental grave e/ou dependentes químicos, em crise e ou em risco de agressão ou agitação psicomotora, de todas as idades. Possuem sala de observação onde os pacientes podem ficar internados por até 72 horas para esbatimento dos sintomas ou aguardando leito hospitalar na rede pública. Têm como objetivo evitar as internações de longa duração através da intervenção breve da equipe multidisciplinar constituída por psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, técnico em enfermagem.

### **SAMU**

Com a capacidade instalada descrita acima, atualmente o SAMU 192, tendo como referência dados de 2009, faz em torno de 3 mil atendimentos por mês, sendo estes o número de envios de equipes ao local para o socorro ou transporte de pacientes. Este valor perfaz em torno de 48% dos chamados regulados, ou seja, a outra metade o médico regulador orienta por telefone a atitude a ser tomada frente ao pedido de socorro.

A remoção para continuidade do atendimento se dá em 32% para o Hospital de Pronto Socorro, 29% para os demais hospitais do município, sendo que o Hospital Conceição do GHC tem uma parcela de 10% neste destino. Já as UPAs concorrem com 12 % deste destino. O paciente acaba por ficar no local de atendimento, na maior parte das vezes, seu domicílio em 7 %. O restante (10%) não foi identificado destino.

O tempo-resposta é uma medida de qualidade do serviço, visto que, no conceito de atendimento pré-hospitalar está descrito: “é o atendimento que procura chegar precocemente à vítima”. Hoje este tempo-resposta médio está em torno de 18 minutos. A OMS preconiza que em situações absolutamente usuais de tráfego e com número adequado de equipes em situação de atendimento imediato, este número deverá ser de 12 minutos.

O SAMU 192 carece de uma ferramenta mais adequada para esta mensuração, visto que trabalha com comunicação (rádios HTM) única, assim estando com a frequência ocupada uma equipe não pode acessar ao rádio-operador e esta não tem a chegada no local da ocorrência na hora exata. Desta forma, é realizado o registro no computador no momento do aviso e não se pode retroceder o horário, pois não ficaria avaliável do ponto de vista do software. Ainda a superlotação das emergências hospitalares com a retenção das macas, mesmo que temporariamente, retira da atividade uma unidade de atendimento, esta então até poder novamente ser utilizada causa atraso nas respostas aos chamados.

Estas duas questões estão sendo revisadas e a primeira utilizando um novo formato de telecomunicação, bem como atualização do software e implementação de novas tecnologias (GPS) nas ambulâncias deverá ser resolvida. Quanto a retenção de macas, um assunto amplamente discutido em reuniões de comitê gestor, já tem melhorado muito, mas neste ano houve compra de macas reservas no sentido de diminuir este tempo para a prontidão a um novo atendimento.

Ao médico regulador deverá ser fornecido ferramentas de trabalho para exercer seu papel de ordenador das urgências no município. Estas ferramentas são as mais variadas: desde mapas, ambulâncias com equipamentos em adequado estado de funcionamento, equipe capacitada e até uma estrutura paralela de transporte para aqueles casos que não necessitam socorro no local, mas por um motivo ou outro apresentam dificuldade de acessar ao atendimento médico necessário. Os transportes de pacientes previamente atendidos nas UPAs e que necessitam de internação para continuidade do tratamento também devem ser realizados por equipes próprias, pois o SAMU tem a obrigação da transferência de pacientes que necessitam de atenção médica durante o transporte, e na maioria das vezes estes transportes das UPAs são de uma complexidade menor.

Para tanto evidencia-se a necessidade de implantação de uma rede de transporte de baixa complexidade, organizada e regulada, no sentido de oferecer o transporte necessário adequadamente com ordenação dos fluxos e com interveniência da regulação médica observando a equidade dos casos. Atualmente existe um serviço paralelo atuante nas Unidades de Pronto Atendimento que serão agregadas ao SAMU 192, com este intuito.

## Assistência hospitalar

### Hospitais municipais

O Hospital de Pronto Socorro funciona 24 horas, realizando mais de 900 atendimentos diários em 17 especialidades médicas para tratamento integral de pacientes traumatizados graves. É uma referência no serviço de emergência do Rio Grande do Sul, desde sua Inauguração, em 19 de abril de 1944.

Quando surgiu, sua missão era o atendimento e internação de todos os pacientes que procuravam a Assistência Pública Municipal. Aos poucos, tornou-se referência para atendimento em vítimas de Trauma e Emergência Clínica. Hoje integra a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja responsabilidade se estende a 159 leitos, assim distribuídos:

Tabela 152 - Leitos de Enfermarias e Tratamento Intensivo

ENFERMARIAS	TRATAMENTO INTENSIVO
Clínica - 32 leitos	Coronariana - 3 leitos
Queimados - 6 leitos	Queimados – 4 leitos
Cirúrgica – 26 leitos	Clínica – 8 leitos
Face – 13 leitos	Pediátrica – 8 leitos
Neurocirurgia – 26 leitos	Trauma – 12 leitos
Traumatologia – 21 leitos	

Aproximando-se do final de 2009, o HPS já contabiliza 323.087 atendimentos ambulatoriais a 202.488 pacientes. Estes números foram retirados do SIHO – Sistema de Informações hospitalares no dia 28 de dezembro, incluem o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e exames complementares. Seguindo a mesma tendência de anos anteriores, os municípios que geram um número maior de atendimentos de pacientes da Grande Porto Alegre, são: Viamão, Alvorada, Canoas, Guaíba, Gravataí, Eldorado do Sul, Cachoeirinha, Portão, Sapucaia do Sul e São Leopoldo, respectivamente. No que tange a internação, tivemos Viamão, Guaíba, Gravataí, Eldorado do Sul, Alvorada, Canoas, Tramandaí, Cachoeirinha e Charqueadas.

O hospital conta com 1429 servidores, além de 87 postos de trabalhadores terceirizados. Sendo considerado um serviço de excelência em trauma, desenvolve atividades ligadas à área de ensino e pesquisa contando atualmente com: Residência em Cirurgia do Trauma; Residência em Cirurgia Geral Residência em Emergência; Residência em Psicologia Hospitalar; Convênio com as Faculdades de Medicina, onde os acadêmicos realizam aulas práticas e teóricas no HPS, que se iniciam no 4º semestre do curso, além de outras Universidades ligadas à área da saúde e gestão, para desenvolvimento de campo de estágio e Convênio com diversas Escolas Técnicas, entre outros.

Possui 9.500 m<sup>2</sup> de área no prédio principal que foi inaugurado em 1944. Em 2004, foram entregues mais 4.500 m<sup>2</sup>, do Bloco Anexo, para abrigar a área administrativa, Farmácia, Almojarifado, Vestiário Central, Serviço de Nutrição e Dietética, Refeitório, CME e ampliar o Bloco Cirúrgico. Com quase 65 anos, o prédio principal apresenta-se inadequado para atender as demandas crescentes da população, agregar novas tecnologias e ainda cumprir algumas exigências legais que se apresentam. Para isso, são necessárias inúmeras reformas nas unidades de atendimento, incluindo Banco de Sangue, Radiologia, entre outros, para adequação destes espaços.

Além disso, o pátio interno do HPS ficou pequeno em relação ao número de ambulâncias do SAMU e de outros serviços, que trazem seus pacientes. Neste mesmo local circulam veículos oficiais, caminhões que abastecem de oxigênio e ar comprimido.

O recolhimento dos resíduos que é realizado três vezes ao dia por caminhões, aumenta o fluxo no local. Por ali também circulam os veículos de entrega de materiais ao almoxarifado provocando até mesmo congestionamentos.

Quase tão antigo quanto a estrutura física, o organograma do Hospital data da década de 70 e não reflete minimamente a estrutura atual, informal, que foi sendo adaptada conforme as necessidades que foram surgindo. É necessário então revisá-lo e oficializá-lo.

A medida que aumenta a complexidade dos atendimentos prestados no HPS, surge a necessidade de agregar novas tecnologias diagnósticas e de procedimentos, que dependem de recursos financeiros e humanos. Neste item, inclui-se a necessidade de educação continuada em serviço para as áreas assistenciais e operacionais a fim de otimizar os recursos humanos em potencial, atingindo as expectativas dos usuários e as metas da instituição.

Para administrar serviços de ponta com eficiência, eficácia e efetividade é necessário desenvolver programas de qualificação de gestão para a totalidade do quadro gerencial. Gestores que dominem ferramentas que auxiliem numa melhor utilização dos recursos públicos e promovam a integração plena entre “quem administra” e “quem realiza a assistência”.

Como parte das ferramentas de gestão necessárias, percebemos a ausência de registros médicos e de enfermagem de qualidade que possam se transformar em informações importantes para a implantação de Centros de Custos e desenvolvimento de indicadores. A partir destes registros pode-se extrair as informações e variáveis que apoiem a decisão sobre as estratégias de gestão, direcionamento das capacitações para áreas específicas, criação de protocolos entre outros.

Outra questão que está diretamente vinculada às anteriores refere-se ao dimensionamento de pessoal. O número de acidentes veiculares e a violência têm aumentado significativamente e com o advento dos atendimentos na cena, as vítimas que antes morriam, hoje chegam nas emergências dos hospitais, trazendo com isto um aumento da complexidade dos casos. A permanência de pacientes crônicos por longos períodos, que exigem cuidados especiais, demandando um maior número de

horas/homem/trabalho, fazendo-se necessário uma adequação no número de servidores.

A chegada do paciente ao HPS se dá de várias maneiras. Um número significativo de pacientes chega ao hospital por meios próprios, outros através das ambulâncias do SAMU, ambulâncias particulares, Brigada Militar ou por outros órgãos que prestam atendimento a população. Outra forma de acesso é a utilizada por pacientes que chegam caminhando e ingressam pela portaria Central.

O paciente que ingressa no Hospital com veículo (ambulância ou outro veículo), tem o primeiro com o *Setor de Transporte de Pacientes*. Neste setor são recebidos por profissionais de enfermagem que realizam um acolhimento, identificando rapidamente qual a necessidade do paciente e encaminhando-o para o atendimento adequado. Entretanto quando o paciente ingressa pela Portaria Central, seu primeiro contato é realizado pelos servidores da Equipe de Registro Geral e Recepção (ERGR), profissionais da área administrativa, que emitem o *boletim de atendimento*, indicando a sala de primeiro conforme a queixa referida.

Visando o atendimento nos moldes preconizados pela política de humanização e classificação de riscos, faz-se necessário uma reestruturação do serviço e uma adequação de recursos humanos.

A implantação da classificação de risco contribui para a melhoria do sistema de referência e contra referência e estabelecendo o vínculo do usuário com o sistema, de acordo com sua necessidade.

### **Hospital Materno Infantil Presidente Vargas**

Em 24 de agosto de 2000 o HMIPV passou para a gestão municipal, através de termo de cessão de uso (Diário Oficial da União, 28/8/2000) firmado entre o Ministério da Saúde e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Através da portaria do Gabinete Ministerial nº 307 de 31 de agosto de 2000, houve fixação de repasse mensal ao Fundo Municipal de Saúde, no valor de R\$ 1.500.000,00, a título de custeio do hospital. A este são acrescidos continuamente valores referentes à reposição de lacunas de recursos

humanos federais, decorrentes de afastamentos, conforme cláusula 3ª, sub-cláusula 14 do termo de cessão de uso.

Atualmente é administrado pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre, oferecendo 100% do atendimento pelo Sistema Único de Saúde. É um hospital de ensino com residências médicas nas áreas de pediatria, pediatria intensiva, neonatologia, medicina fetal, ginecologia, obstetrícia e psiquiatria. Possui o título de Hospital Amigo da Criança desde 2000.

Em 2009 foram promovidas mudanças significativas na estrutura gerencial, buscando o planejamento e a execução das ações de forma a atender as necessidades do Sistema Único de Saúde. Isto implicou a adoção de uma estrutura do tipo mista. Nas áreas operacionais e de atendimento, o funcionamento é hierárquico, enquanto para os aspectos técnicos foram estabelecidas linhas de cuidado, de acordo com o modelo matricial.

Desta forma, foram criadas as Linhas de Cuidado da Mãe – Bebê, da Criança e do Adolescente, da Saúde da Mulher e da Saúde Mental. De natureza técnico-científica permanente foram instituídas como órgão de assessoria da Direção Geral do Hospital. São um modelo de organização dos processos de trabalho e dizem respeito às tecnologias ou recursos a serem consumidos no decorrer da assistência ao beneficiário nas diversas etapas envolvidas na produção da saúde: prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Tem a pessoa como eixo central da atenção à saúde e implica a articulação entre vários serviços, trabalho em equipe, continuidade no cuidado, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade. É baseada no atendimento integral e humanizado aos usuários do SUS.

A Linha de Cuidado (horizontal) é definida como o trabalho contínuo, articulado, horizontal de atenção ao paciente, que se realiza atravessando várias unidades de produção distintas, tendo como fonte principal os saberes das várias profissões.

As Linhas de Apoio (vertical) são a Direção Administrativa e a Direção Técnica que atravessam as linhas de cuidado e vão fornecer os insumos essenciais ao cuidado.



Os recursos humanos estão, atualmente, assim distribuídos, conforme vínculo institucional: Prefeitura de Porto Alegre: 293 funcionários; FUGAST – Fundação de Gastroenterologia do RS: 299 funcionários; Secretaria Estadual da Saúde do RS: 38 funcionários e Ministério da Saúde: 257 funcionários.

Abaixo, elencamos os principais problemas atuais, relacionando-os à suas causas.

Tabela 153 – Lista de Problemas Atuais e Causa

PROBLEMA	CAUSA
Diminuição de resolubilidade nos atendimentos	<p>Deficiência e sucateamento do atual de parque tecnológico diagnóstico;</p> <p>Desatualização do conhecimento técnico científico;</p> <p>Atendimento ambulatorial voltado para baixa e média complexidade.</p>
Encolhimento da estrutura de ensino e pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição e desatualização da infraestrutura para assistência, treinamento em serviço, ensino e pesquisa.</li> <li>• Falta de atrelamento amplo do ensino e pesquisa a uma universidade.</li> <li>• Ausência de publicação científica institucional.</li> </ul>
eficiência de recursos humanos em número e perfil adequados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aposentadorias sem reposição respectiva e imediata;</li> <li>• Falta de programa de educação e</li> </ul>

	<p>capacitação continuada em serviço;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Áreas inadequadas para treinamento.</li> </ul>
adequação da estrutura física	<p>4. Sucateamento de mobiliário sem reposição;</p> <p>5. Deterioração da área construída pela ação do tempo de uso e intempéries;</p> <p>6. Falta de reformas e adequações às mudanças na legislação vigente.</p>
Diminuição da capacidade de atendimento hospitalar e ambulatorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de repasses financeiros mensais obrigatórios do FMS;</li> <li>- Falta de repasse financeiros gerados por produção própria.</li> </ul>

### **Ampliação do número de leitos hospitalares contratados pelo SUS**

Reabertura do Hospital Independência e do Hospital Luterano

O objetivo de preservar o funcionamento do Hospital Independência e garantir os atendimentos e internações em leitos % SUS (serão 95 leitos).

Esta estratégia necessita de parceiros que se comprometam a administrar o referido hospital e que, em conjunto a esta SMS, promovam uma gestão 100% SUS. Para tanto, no segundo semestre de 2010, realizou-se chamamento público para que Entidades Benéficas de Assistência Social se inscrevam para esta proposta e ainda aguarda inscrições. A proposta, então, é firmar uma parceria que seja capaz de, em 2011, reestruturar e fortalecer a atenção à saúde no Hospital Independência.

Hospital Luterano, também repassado para a gestão do município, será assumido pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

## Transformação do Hospital Espírita em Hospital Geral

A idéia de ampliar o atendimento geral em hospitais, otimizando a utilização dos hospitais já existentes na rede do município, foi discutida com a direção da instituição do Hospital Espírita. Essa parceria permitirá a migração de leitos exclusivamente psiquiátricos da instituição para leitos gerais.

Ressalta-se que a importância dessa transformação é apoiada pelo fato de haver a necessidade legal de leitos psiquiátricos integrarem hospitais gerais, formado apenas unidades/alas psiquiátricas, o que permite um tratamento humanizado e não discriminatório à pacientes com transtornos mentais. Haverá, assim, a possibilidade desse estabelecimento *captar recursos públicos para o tratamento de dependentes químicos*, reforçando o caráter antimanicomial da política brasileira de saúde mental, e *integrar a rede regionalizada e descentralizada de atenção à população porto-alegrense*.

## Referência Estadual para procedimentos de Alta Complexidade

Porto Alegre é referência para procedimentos de Alta Complexidade para os municípios da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (24 municípios), 2ª (36 municípios), 18ª (18 municípios), sendo que para estudo eletrofisiológico, eletroconvulsoterapia, genética e malformação congênita, a referência é para todo o Estado. Esta mesma referência ambulatorial é seguida para a internação, acrescida a esta última, a internação em UTI pediátrica para todo o Estado.

Nos anexos, constam Portaria de Habilitação Alta complexidade em Cardiologia, **NORMATIVA PARA CENTROS E UNIDADES DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA**, Rede de Média Complexidade em Traumatologia, Rede de Referências em Traumatologia-Ortopedia no Rio Grande do Sul, Habilitações da Rede de Nefrologia do Estado do RS e as habilitações da Rede de Nefrologia do Estado do RS e a **REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO AO PACIENTE ONCOLÓGICO**. Nos mapas abaixo, constam as referências estabelecidas do programa estruturante – saúde perto de você que organiza as referências regionais especialidade Obesidade Grave, Oftalmologia, Oncologia e Nefrologia no RGS.

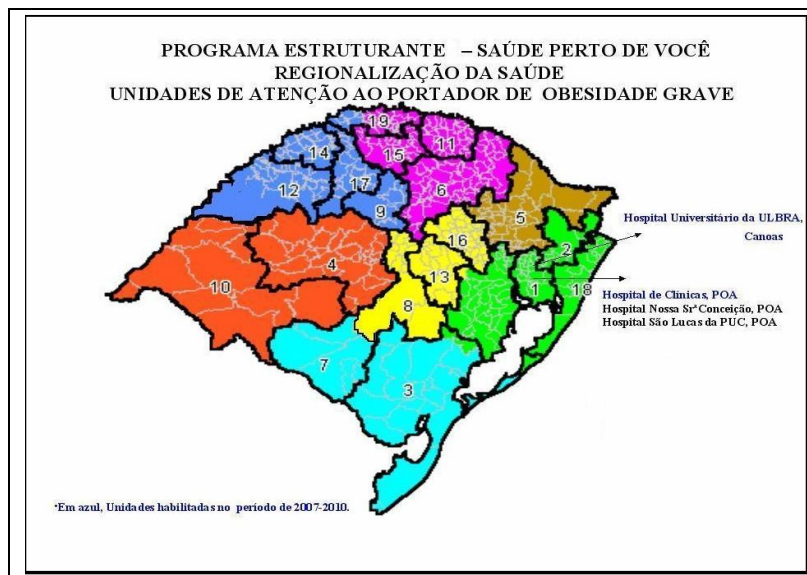


Gráfico 83 – Programa estruturante

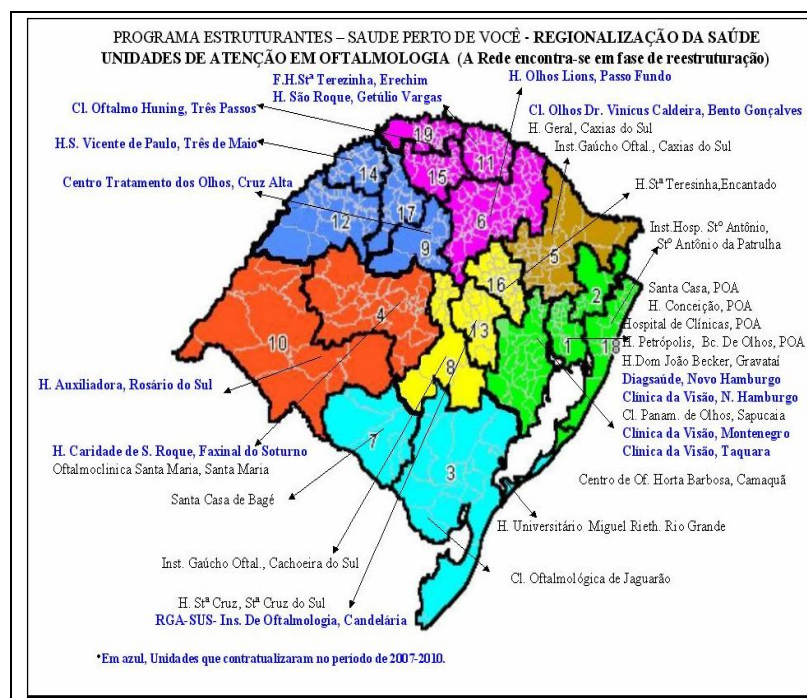


Gráfico 84 – Unidades de atenção



Gráfico 85 – Regionalização da saúde

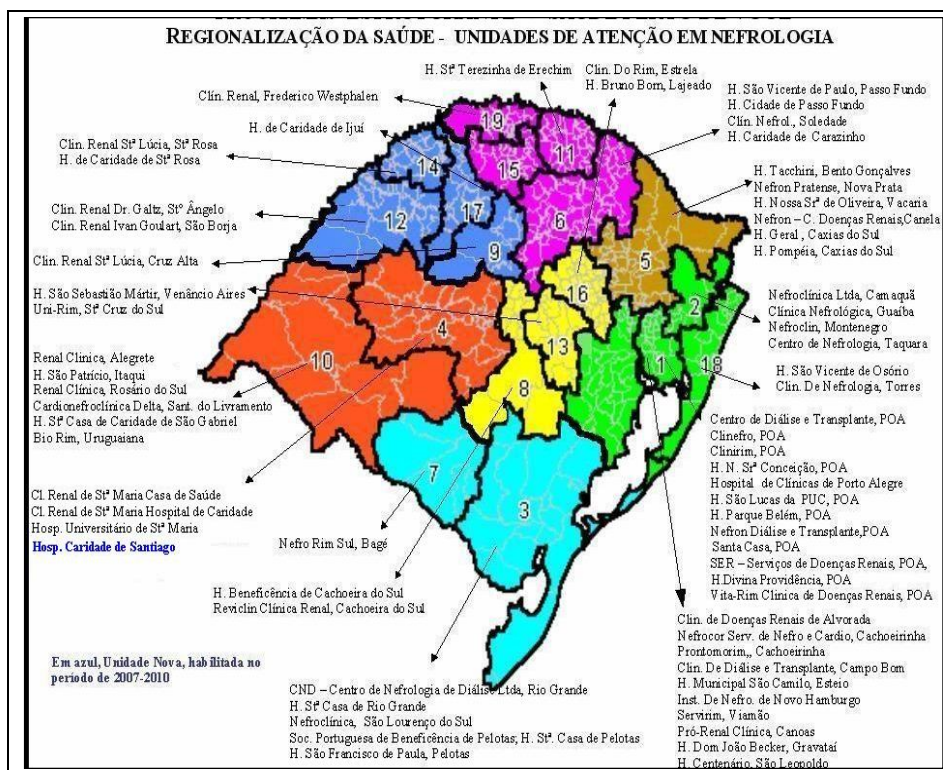


Gráfico 86 – unidades de nefrologia

## Rede laboratorial

A contratação dos serviços de laboratório é de acordo com as necessidades do Gestor e em conformidade com a Constituição Federal e a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90), que estabelecem a preferência para a contratação de entidades públicas, filantrópicas e privadas sem fins lucrativos e entidades com fins lucrativas, nessa ordem. Os serviços são contratados de acordo com as necessidades do gestor, os contraentes poderão fazer acréscimos ou supressões, em conformidade com a Lei 8666/93.

Os Laboratórios devem informar o prazo de entrega dos resultados dos exames e deverão estar aptos a integrar o Sistema Informatizado da SMS-POA, alimentando-o, a partir da data de sua implementação.

Tabela 154 - Rede de laboratórios públicos e conveniados e cota de exames.

LABORATÓRIO	Distribuído- Rede	Média apresentada (01/2010 a 07/2010)
Laboratório Andradas	31.122	
Laboratório Baranzelli	6.712	
Laboratório Bioanálises	3.789	
Climed de Serviço De Patologia Clínica	4.189	
Laboratório Endocrimeta	15220	
Laboratório Faculdade De Farmácia	13984	
Laboratório Felipe	3516	
Laboratório Geyer	32138	

Laboratório Jeffman	10007	
Laboratório Lab-Rie	1139	
Laboratório Lafont	16423	
Laboratório Laplace	3012	
Laboratorio Lutz	9366	
Laboratório Marques Pereira	20329	
Laboratório Moogen	16049	
Laboratório Unilab	16049	
Distribuído Laboratórios Privados	203044	159837
Distribuido Laboratório Central Do Município –Csvc	25056	31461
Laboratorio Hospital Parque Belém	6610	6610
Laboratório Do Hospital São Lucas	1893	1893
Laboratório Do Hospital Vila Nova	582	582
Restinga-Moinhos	1026	1026
Laboratório Do Hospital De Clínicas	3088	3088
Distribuído Laboratórios Hospitais Para Rede	13199	
Total Distribuido	254498	204496

Fonte: GRSS/SMS-POA, 2010.

Atualmente, a cota de exames ambulatoriais da rede é distribuída para laboratórios da rede privada, para alguns hospitais e para o laboratório do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (laboratório próprio). O número de exames estimado foi de 208.000 exames/mês. 2,4% superior ao ofertado para os laboratórios privados e 30% superior à média mensal realizada no período de 01 de janeiro a 31 de julho de 2010.

Do total de R\$ 254.498 distribuídos para a rede de saúde, R\$ 203.044 são distribuídos para laboratórios privados. Corroborando com essa informação, no quadro que apresenta dados sobre “Tipos de Estabelecimentos”, no início deste item sobre Capacidade instalada na rede de serviços, os estabelecimentos que integram laboratórios podem ser visualizados como “Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia”.

A média apresentada dos exames realizados referente ao período de 01/2010 a 07/2010 e distribuídos para os privados foi 159. 837. Logo, a soma dos 159. 837 mais as cotas dos hospitais somam em torno de 204.496 exames possivelmente realizados. As cotas dos exames de análises clínicas dos hospitais são computados na sua totalidade junto ao ambulatório do hospital contratualizado.

A situação apresentada evidencia um quadro de terceirização dos serviços laboratoriais, o que alerta para a necessidade constante de fiscalização e regulação destes serviços para que atendam na lógica do setor público de saúde orientado pelo SUS, incluindo aspectos relativos à qualidade. Uma reflexão importante neste caso, de serviços majoritariamente pagos a prestadores privados, é que os valores pagos por exames laboratoriais são de “mercado”, ou seja, não são balizados pelo princípio da universalidade no acesso. Desta forma, questiona-se a limitação da ampliação da rede laboratorial pela otimização dos gastos com serviços (laboratoriais) que poderiam estar sendo realizados a preço de custo, se estes estivessem na esfera pública.

Por fim, essa situação remete à continuidade e qualificação da fiscalização, regulação e avaliação dos serviços laboratoriais prestados ao SUS municipal, além da análise da sustentabilidade municipal para estabelecimentos públicos de serviços laboratoriais.



## Objetivos, Diretrizes e Metas

### 2.1 Condições de saúde da população

**1º Objetivo – Prevenir e controlar doenças, outros agravos e riscos à saúde da população.**

**1ª Diretriz: Vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis e outros agravos.**

1. Manutenção do município livre de tétano neonatal e difteria \*\* Indicador de qualidade do PROESF 2
2. Investigação oportuna de 100% das notificações de casos suspeitos de Rubéola, com orientação e realização de suas respectivas medidas de controle. \* Meta – PPI - Investigação de 100% dos casos de doença exantemática.
3. Investigação oportuna de 100% das notificações de casos suspeitos de sarampo com orientação de suas respectivas medidas de controle. \*\* Meta – PPI - Investigação de 100% dos casos de doença exantemática.
4. Manutenção do município livre da circulação do vírus da poliomielite;
5. Aumento da cobertura da vacina da hepatite B de 84,09% para 95% para crianças menores de um ano de idade.
6. Aumento da cobertura da vacina tetravalente, aos seis meses de idade, de 82,14 % para 95% até 2013 \*\* Indicador Técnico PROESF 2 \*\* Indicador nº 32 do SISPACTO
7. Ampliação da faixa etária da vacina da Hepatite B cobrindo a população de 11 a 24 anos.
8. Investigação 100 % dos casos notificados de Hepatite viral. \*\* Indicador 13 SISPACTO 90
9. Qualificação do acesso ao exame de biologia molecular para a hepatite C descentralizando a solicitação do exame para as US.
10. Diminuição da incidência de Hanseníase no Município em especial dos casos graves.
11. Manutenção de um percentual no mínimo de 85% a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados. \*\* Indicador nº 9 SISPACTO - 85% de cura.
12. Manutenção da taxa de letalidade da dengue abaixo de 1%. Indicador nº 8 SISPACTO – 0,50 %.

13. Implementação da regionalização operacional das equipes do Programa da Dengue (supervisores de campo, agentes de combate a endemias) com área física nas Gerências Distritais.
14. Realização de quatro Levantamentos de Índice Rápido de *Aedes aegypti* (LIRAA) anuais.
15. Investigação de 100% dos casos notificados de Leptospirose.
16. Encerrar oportunamente os casos de investigação das doenças de notificação compulsória que necessitam investigação segundo Portaria Ministerial.\*\* Indicador 30 do SISPACTO - Proporção de casos DNC Encerrados oportunamente após a investigação. 80%.
17. Investigar 100% de casos suspeitos de raiva em razão de morcegos caídos ou adentrados em residência.
18. Realização de Bloqueio vacinal antirrábico em cães e gatos em 100% dos casos de positividade de raiva em morcegos, herbívoros, cães ou gatos.
19. Redução da sífilis congênita de 9,59/1.000 para 7/1.000 NV, com equidade segundo raça/cor, progressivamente até 2013. \*\* Indicador 7 SISPACTO \*\* Indicador Técnico PROESF 2 – 8, 09
20. Implantar a notificação compulsória da sífilis adquirida na rede de saúde até 2013.
21. Redução de 5% dos casos de AIDS em maiores de 13 anos, até 2013.
22. Redução da transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor, para índices iguais ou menores que 2,2% até 2013.
23. Redução da taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade, com equidade segundo raça/cor, de 12/100.000 para menos de 9/100.000 até 2013. \*\* Indicador nº 14 do SISPACTO
24. Diagnosticar 90 % dos casos estimados de tuberculose a cada ano
25. Redução do tempo (dias) de diagnóstico da doença.
26. Iniciar tratamento em 100% dos casos diagnosticados.
27. Ampliar a taxa de cura de casos novos bacilíferos de 64% para 85% de pacientes que iniciarem tratamento.\*\* Indicador 10 SISPACTO 75% Prioridade IV
28. Redução da taxa de abandono da tuberculose para no máximo 5% ao ano em pacientes bacilíferos que iniciarem tratamento. \*\* MS
29. Redução da taxa de óbito de tuberculose de 8% para 5% para pacientes que iniciarem tratamento até 2013.
30. Redução do nº de casos de meningites tuberculosas para zero casos entre menores de quatro anos, até 2013;

**2ª diretriz: Prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do Consumo de bens e serviços:**

31. Licenciamento e fiscalização de 100% do comércio de Saneantes (distribuidoras, importadoras, exportadoras e transportadoras), que solicitarem alvará sanitário ou se houver denúncia;
  32. Inspeção de 50% de serviços de imagem (mamografia);
  33. Inspeção de 100 % de serviços de radioterapia;
  34. Inspeção de 100 % de serviços de quimioterapia;
  35. Inspeção de 100% de laboratórios clínicos hospitalares;
  36. Inspeção de 100 % de hospitais gerais, inclusive com unidades de internação pediátrica e obstetra, inspecionados;
  37. Inspeção de 100 % de hospitais infantis com e sem UTI neonatal e pediátrica;
  38. Inspeção de 100 % de hospitais maternidade com e sem UTI materna inspecionados;
  39. Inspeção de 100 % de serviços de hemocentro;
  40. Inspeção de 100 % de serviços de núcleo de hemoterapia;
  41. Inspeção de 100 % de serviços de unidade de coleta e transfusão;
  42. Inspeção de 100 % de serviços de Centro de triagem laboratorial de doadores;
  43. Inspeção de 100 % de cozinhas hospitalares;
  44. Investigação de 100 % dos surtos alimentares notificados investigados (DTA);
  45. Inspeção de 100% das Estações de Tratamento de Água do DMAE, por ano.
- \*\* Indicador 33 SISPACTO Análise de vigilância da Água, referente ao parâmetro coliformes totais – 50%
46. Participação no licenciamento ambiental das Estações de Rádio Base com atenção na ocupação do entorno sobre estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde;
  47. Implantação Vigilância em saúde e ambiental em 100% das comunidades indígenas até 2013.
  48. Inspeção de 100 % de serviços de Agência transfusional de doadores;

**2º Objetivo – Ampliar o acesso da população aos serviços e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção à saúde.**

**3ª Diretriz: Aperfeiçoamento, fortalecimento e ampliação da atenção primária em saúde:**

49. Implantação de 15 núcleos de apoio à saúde da família (NASF) até 2013;
50. Ampliação do nº de equipes de saúde da família ESF ampliando a cobertura para 50% da população até 2013. \*\* Indicador 17 SISPACTO – 40% em 2011. PROESF 2 - 45% até 2013.
51. Ampliação de serviços regionalizados através de centros de especialidades, em todas as gerências de saúde, até 2013;
52. Ampliação de US com saúde Bucal com 3º turno.
53. Ampliação das ações preventivas em saúde bucal em 95% das creches vinculadas a ESF.
54. Ampliação das ações preventivas em saúde bucal em 95% das escolas vinculadas ao PSE.
55. Ampliação no acesso ao cuidado em saúde bucal na atenção primária passando de uma cobertura de cirurgiões dentistas de 53,1 % para 63,3% com a criação de 37 equipes de saúde bucal na ESF e contratação de 08 novos dentistas até 2013

**4ª diretriz: Desenvolvimento e fortalecimento da promoção da saúde:**

56. Ampliar as ações de investigação dos óbitos infantis e fetais em 100% das GD até 2013.
57. Redução da Mortalidade infantil para menos de 10 por mil nascidos vivos, com equidade segundo raça/cor, até 2013. Indicador 5 SISPACTO 11,00 \*\* Indicador técnico PROESF 2.
58. Incremento à prevalência do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida de 38,2% para no mínimo 43% até 2013;
59. Introdução de práticas de vida saudável em 100% das unidades de saúde, progressivamente, até 2013;
60. Redução do sobrepeso em adultos de 46,1% para 40% até 2013;
61. Identificação de sobrepeso e obesidade na infância e adolescência em no mínimo 50% das escolas públicas até 2013.
62. Ampliação para no mínimo 80% das unidades de saúde e prédios da SMS o programa “Unidades Livres do Tabaco”, seguindo os moldes do INCA, até 2013. \*\*

Indicador 16 SISPACTO. Prevalência de tabagismo em adultos.

**63.** Aumentar em 30% as Unidades de Atendimento para deixar de fumar (de 33 US para 43) até 2013. \*\* Indicador 16 SISPACTO.

**64.** <sup>1</sup>Implantação do Fluxo de Notificações e ações para crianças e adolescentes em situação de trabalho em todos os distritos sanitários do município de POA até 2013.

<sup>1</sup>Incluir, no Boletim de Produtividade, a coleta de dados referente à saúde do trabalhador.

**65.** Redução de 15,1% para menos de 14% a proporção de nascidos vivos de mães com idade menor de 19 anos, com equidade segundo raça/cor, até 2013.

**66.** Redução da razão de mortalidade materna de 30 a 49/100mil para menos de 30 /100mil, com equidade segundo raça/cor, até 2013. \*\* Indicador 6 SISPACTO

**67.** Ampliação do acesso, à tecnologia e à informação visando o aumento da razão entre mamografias realizada nas mulheres de 50 a 69 anos de 0,21 para 0,27 até 2013.\*\*  
Indicador 4 SISPACTO 0,17

**68.** Diminuição do tempo de espera para 30 dias entre a primeira suspeita de câncer de mama e a cirurgia e/ou procedimento complementar para todas as mulheres atendidas nos serviços públicos de saúde;

**69.** Atendimento integral às pacientes com neoplasia mamaria até 2013;

**70.** Aumento da razão de 0,14 do rastreamento do câncer do colo uterino na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população alvo para no mínimo 0,23 até 2013. \*\* Indicador 2 do SISPACTO.

**71.** Seguimento/ tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de ALTO GRAU DO COLO DE ÚTERO para 100% dos casos rastreados na APS para os níveis secundários e terciários. \*\* Indicador 3 do SISPACTO.

**72.** Incorporar o rastreamento cardiovascular na rotina de 100% das consultas ginecológicas realizadas na rede básica.

**73.** Implementação do programa de triagem auditiva neonatal universal em 95% dos RN até 2011;

**74.** Implantação do serviço de diagnóstico e tratamento fonoaudiológico ao paciente disfágico no município até 2011;

**75.** Redução do nº de internações hospitalares de pessoas idosas por fratura de fêmur de 23,67 para 18,56 por 10.000/ hab até 2013. Indicado SISPACTO 19,381

**76.** Redução do nº de internações por AVC em população com mais de 60 anos para menos de 53 por 10.000/hab até 2013. \*\* Indicador 19 SISPACTO

**77.** Identificação da anemia ferropriva em 90 % das crianças inscritas no Pra Nenê e

90% das gestantes inscritas no SISPRENATAL.

**78.** Aumento de 33,5% para 50% a taxa de primeira consulta do acompanhamento do recém-nascido em até sete dias de vida até 2013.

**79.** Implementação do Programa da Triagem auditiva em escolares, nas escolas públicas em no mínimo 50% dos alunos do 1º ano do ensino fundamental;

**80.** Realização de triagem da acuidade visual em 100% das escolas do Ensino Fundamental das Escolas Públicas.

**81.** Aumento de 35% para 70% a taxa de coleta de teste de triagem neonatal no período de 3 a 7 dias até 2013;

**82.** Aumento da cobertura e a qualificação do pré-natal para no mínimo 95% nas áreas de atuação das ESF e 80 % nas áreas de atuação das US. \*Indicador do PHPN

**83.** Implantação do fluxo de notificações e ações em Saúde do Trabalhador 50 % das GD do município de POA e ações em saúde do trabalhador em 100% dos municípios de abrangência do CEREST até 2013 \*\* Prioridade VII Pacto pela Vida. Indicador nº 23.

***5ª diretriz: Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial especializada, das urgências e hospitalar:***

**84.** Reestruturação e consolidação do HPS para atendimento de pacientes agudos e de trauma e formalização de sua estrutura organizativa, até 2012;

**85.** Redução do tempo – resposta do SAMU de 18 para até 12 minutos, conforme preconizado pela OMS;

**86.** Ampliação da cobertura pelo SAMU, por equipes de suporte básico, passando de 13 para 16 equipes na cidade até 2013;

**87.** Ampliação do número de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) na cidade, passando de 4 para 8 unidades e reforma nas já existentes visando adequar às normas vigentes, de forma progressiva, até 2013;

**88.** Implantação do serviço de transporte de baixa complexidade, como unidade de apoio para a central de regulação de urgência (SAMU);

**89.** Articulação entre a central de regulação de urgência do SAMU e os serviços da rede básica de saúde, para referenciamento de 100% dos pacientes atendidos mais de uma vez por mês pelo SAMU;

**90.** Criação de um sistema de contra referência para pacientes com alta hospitalar e que necessitam da continuidade de atendimento pela atenção primária, de forma

permanente, até 2013;

**91.** Implantar a fase III do SRTN - Sistema de referencia em triagem neonatal até 2013;

**92.** Criação de um Centro de Acolhimento a pessoa Idosa, na região central da cidade até 2011;

**93.** Implantar sistema de rastreamento e busca ativa de pacientes com mamografias alteradas até 2012;

**94.** Re-ordenamento da política de saúde mental na SMS/PMPA até 2011

**95.** Ampliação do número de serviços de CAPS AD de quatro para 08 (01 por gerência distrital) até 2013; \*\* Indicador 24 SISPACTO.

**96.** Ampliação do número de CAPSi de 03 para 08 (01 por gerência distrital) até 2013 \*\*  
Indicador 24 SISPACTO

**97.** Criação de um (um) CAPS ad III até 2013;

**98.** Criação de três Consultórios de Rua até 2013;

**99.** Criação de cem novos leitos de atendimento a álcool e drogas até 2013;

**100.** Organização do fluxo de atendimento em saúde mental em caráter de emergência, para crianças e adolescentes até 2012;

**101.** Atualização da Política Municipal de Saúde Mental seguindo as diretrizes da política nacional até 2013.

**102.** Implementação do apoio matricial como estratégia dos NASF, Equipes de Saúde mental e CAPS;

**103.** Ampliação da estratégia de Redução de Danos.

**104.** Criação da escola de redutores de danos.

**105.** Implementação de 82 leitos específicos para crianças e adolescentes, para internação de saúde mental, álcool e outras drogas, até 2013;

**106.** Realizar a 1ª avaliação utilizando o instrumento elaborado pelo Council of the European Union on the prevention of injury and promotion of safety, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WHO), adaptado à realidade do município, visando identificar as necessidades e possibilidades de intervenção.

**107.** Ampliação de mais 43 leitos de psiquiatria adulta, até 2013;

**108.** Ampliação do acesso ao cuidado em saúde bucal na média complexidade até 2013;

**109.** Ampliação do numero de SAE (serviço de atendimento especializado em AIDS) de dois para quatro até 2013;

**110.** Implementação da Política das terapias Integrativas e Complementares na rede pública de saúde de forma progressiva até 2013;

**111.** Implantação de, no mínimo, 05 unidades sentinelas notificadoras de saúde do trabalhador, no município até 2013; \*\* Indicador 49 – PAVS

**112.** Criação e implantação da política municipal de reabilitação até 2013;

**6ª diretriz: Implementação da assistência farmacêutica e suprimento de outros insumos estratégicos:**

**113.** Regionalização da assistência farmacêutica referente à tuberculose.

**114.** Revisão anual da Relação Municipal de Medicamentos.

**115.** Distribuição dos medicamentos para doença de chagas e hanseníase até 2012;

**116.** Ampliação da assistência farmacêutica para assistência aos pacientes asmáticos, incluindo a população adulta, de forma descentralizada, nas farmácias distritais até 2013;

**7ª diretriz: Aperfeiçoamento da atenção a segmentos populacionais vulneráveis e das intervenções específica**

**117.** Qualificação dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia em 80% até 2013; sistema de informação.

**118.** Combate a discriminação étnico racial em 80% dos serviços do SUS atendendo as especialidades com recorte racial e promovendo a equidade em saúde até 2013;

**119.** Criação e Implementação uma política municipal de atenção a Doença Falciforme;

**120.** Constituição de uma equipe de Saúde da Família Indígena até 2013;

**121.** Ampliação de dois para quatro Quilombos atendidos pela ESF até 2013;

**122.** Redução para 2,5 por ano, eventos diarréicos em criança indígena menores de 5 anos relacionados com deficiência em saneamento;

**123.** Atenção integral aos portadores de diabete e de hipertensão em 100% das comunidades indígenas até 2012;

**124.** Criação do plano municipal do sistema prisional até 2011;

**125.** Implementar e qualificar as ações de saúde para mulheres em situação de vulnerabilidade.



## 2. Determinantes e condicionantes de saúde

### 3º Objetivo – Promover e participar da adoção de medidas voltadas à prevenção e ao controle de determinantes e condicionantes da saúde da população

#### ***8ª diretriz: Implementação das ações intersetoriais com vistas a contribuir com a melhoria dos indicadores de saúde***

126. Proposição de uma agenda para a cidade que contemple o aumento da atividade física para adultos, em tempo livre, de 17,30/1000hab para 20,30/1000hab até 2013; \*\* Indicador Nº 15 – SISPACTO.

127. Participação na implementação da legislação de controle do Tabagismo, em conjunto com a CGVS e a Secretaria Municipal de Indústria e Comércio (SMIC), continuamente, até 2013. \*\* Indicador 16 SISPACTO.

128. Reposição de adesão de 100% das escolas públicas com adesão ao Programa “Escola Livre do Tabaco” implantado, até 2013. \*\* Indicador 16 SISPACTO

129. Execução de uma avaliação abrangente das iniciativas da cidade na prevenção dos acidentes e violências pelo menos uma vez por ano, a partir de 2011;

130. Introduzir mudanças substantivas na orientação de sistemas e serviços de saúde para construção de estratégias de promoção da segurança e de proteção da Vida através da criação de estruturas, redesenho de fluxos e qualificação de seus trabalhadores;

131. Participar ativamente na construção da Cultura da Paz, junto aos atores públicos locais da saúde (trabalhadores, gestores e comunidade), que vise a desnaturalização dos agravos por eventos violentos e promova a segurança e a qualidade de vida e saúde;

132. Redução à exposição, a morbidade e a mortalidade por violências e acidentes, através de iniciativas que incidam sobre fatores condicionantes e determinantes desses agravos nos serviços e na comunidade, juntamente com os demais atores públicos.

133. Fortalecer a ação comunitária através da participação e construção de iniciativas para fazer frente aos problemas em suas causalidades, articulando os agentes públicos e as lideranças comunitárias em redes sociais de proteção à vida;

134. Complementar a rede de atenção à saúde das pessoas que sofreram ou sofrem violências de modo a que permaneçam dentro de uma rede de cuidados, sem fragmentações, até recuperarem sua autonomia até 2013.

### **3.0. Gestão em saúde**

**4º Objetivo: Fortalecer a gestão do SUS no município, de modo a melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva, das ações e serviços prestados à população.**

***9ª Diretriz: Regulação e suficiência na contratação dos serviços de saúde complementares a rede de saúde do SUS.***

**135.** Ampliação e qualificação da cobertura assistencial na área de fonoaudiologia e fisioterapia;

**136.** Criação do plano para implementação da política municipal da saúde do Homem;

**137.** Incremento no controle da ocupação dos leitos de UTI através da implantação de um sistema informatizado de regulação integrando aos sistemas hospitalares para a efetiva regulação de 100% das internações até 2011;

**138.** Regulação de 100% das internações hospitalares oriundas das emergências;

**139.** Programação a regulação de 100% de todas as internações hospitalares até 2013;

**140.** Adequação do nº de internações com caráter urgente para 40% e de caráter eletivo para 60% do total das internações até 2013;

**141.** Regulação de 100% do total de 1ª consultas ofertadas pelos prestadores, através da implantação de sistema de informatização de regulação;

**142.** Controle de 100% das transferências de consultas;

**143.** Regulação de 100% das inter e reconsultas hospitalares.

**144.** Redução de 15% para 5% os bloqueios de agendas, pelos prestadores conforme estabelecido na Contratualização;

**145.** Realização da Contratualização de 100% dos prestadores de serviços hospitalares de saúde;

**146.** Realização da Contratualização de 100% dos prestadores de serviços de diagnósticos e clínicas de saúde;

147. Redução de 20% no tempo de espera para o agendamento das 1<sup>as</sup> consultas especializadas da rede primária de saúde através da CMC;
148. Mensurar e reduzir o tempo de espera dos Exames Especializados de pacientes atendidos na rede de atenção primária de saúde;
149. Revisão de todas as contas hospitalares que ingressarem no NACH (Núcleo de autorização de contas hospitalares) dentro do mês de competência;
150. Redução dos bloqueios de pagamento das contas hospitalares devido ao atendimento de pacientes sem a devida regulação.
151. Nomeação das comissões de acompanhamento do cumprimento do plano operativo e metas propostas pelos prestadores;
152. Índice de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde – CNS. \*\* Indicador 37 SISPACTO

### ***10ª Diretriz: Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS***

153. Utilização da comunicação como ferramenta estratégica na gestão da SMS e estratégias de ação, a partir das metas do PMS;
154. Desenvolvimento de comunicação dirigida para o fortalecimento do SUS;
155. Implantação de ações de humanização, conforme as diretrizes da PNH, em 100% dos serviços até 2013;
156. Reestruturação da área de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas e da Relação Ensino e Serviço a partir da Política de Educação Permanente do MS até 2013;
157. Adequar o quadro de trabalhadores na área de Desenvolvimento de Recursos Humanos para atender a meta anterior até 2013;
158. Formulação do Plano de Educação Permanente para os trabalhadores da SMS de acordo com as necessidades do SUS até 2013;
159. Acompanhar 100% das instâncias gestoras dos programas de integração ensino-assistência (PRÓ-SAÚDE, PET-SAÚDE, Programas de Residências, etc);
160. Participação dos fóruns Inter Institucionais de Educação Permanente do SUS – Comissão de integração ensino e serviço (CIES) e Comissão de Educação Permanente do CMS;
161. Criar uma política de Educação Permanente e de Relação Ensino e Serviço no

âmbito Municipal até 2013;

162. Capacitação de 100% das coordenações no Programa de Desenvolvimento Gerencial, em dois focos: gerenciamento com base na informação e gestão de equipes até 2013;

163. Atendimento de 100% dos servidores e gerentes que buscam apoio para negociação de situações de conflitos e dificuldades relativas às relações de trabalho;

164. Incluir servidores, de secretarias ainda não contempladas, no exame periódico;

165. Estruturar e desenvolver um programa de ações PREVENTIVAS em adoecimento do servidor e Ac do Trabalho;

166. Melhor qualificação dos procedimentos relacionados com a Perícia Médica;

167. Qualificar e Sensibilizar os trabalhadores da atenção primária para as ações programadas saúde conforme ciclos de vida;

168. Oficialização do Núcleo de Educação Permanente em Urgências (NEU) na estrutura organizacional da CMU, como um componente de desenvolvimento de Rh, com provimento de recursos materiais e de infra-estrutura para a sua aplicação como instância capacitadora e treinadora das urgências;

169. Implantação do NEU, como instância capacitadora e treinadora para a preparação de profissionais da área da saúde para o atendimento das urgências, atingindo 100% dos profissionais lotados nos serviços de urgências e 70% dos médicos e de enfermagem lotados na CGRAPS;

170. Oficialização do SAMU como estrutura independente do HPS até 2012;

171. Adequação das necessidades de materiais e equipamentos ao Plano Diretor de Obras do HPS;

172. Reformas e reestruturação do atendimento assistencial do HPS;

173. Introdução do Agente de Endemias nas Unidades de Saúde para AIDS, Tuberculose, Dengue, álcool e drogas;

174. Criação de cargos de auxiliares de farmácia; 20 cargos de professor de Educação Física para o atendimento aos Centros de Atenção Psicossocial do município e aos demais programas propostos pelo Ministério da Saúde;

175. Reposição de 251 servidores municipalizados em cargos vagos e Criação de 966 novos cargos até 2013 para atender a reposição de servidores municipalizados neste período;

176. Realização de um estudo na área de Recursos Humanos, definindo parâmetros para dimensionamento e distribuição da força de trabalho da SMS;

177. Transformação de 213 cargos de Auxiliar de Enfermagem em 188 cargos de Técnicos em Enfermagem e 25 cargos de Técnico em Radiologia até 2013;
178. Transformação de 25 cargos de Assistente Administrativo Hospitalar em 10 Cargos de Auxiliar de Farmácia, 09 cargos de Farmacêuticos e 05 cargos de Biomédicos para atender as demandas atuais da assistência farmacêutica;
179. Criação de 63 cargos: 30 cargos de Enfermeiros, 10 Cargos de Auxiliar de Gabinete Odontológico; 10 cargos de Psicólogos, 04 cargos de Terapeutas Ocupacionais, 04 cargos de Assistente Social e 05 cargos de Nutricionistas, para atender aos projetos e programas atuais e em implantação;
180. Acompanhamento da legislação para atendimento do percentual constitucional de aplicação em saúde bem como atender a Lei Orgânica do Município
181. Observação da aplicação dos recursos nos respectivos blocos de financiamentos (vínculos orçamentários);
182. Realização anual de auditoria dos processos de aquisição/ seleção pela própria Secretaria de Saúde/ Município. \*\* Indicador Físico Financeiro PROESF 2.
183. Detalhamento orçamentário de todas as ações do PROESF, realizado de forma a permitir o monitoramento do desempenho da execução financeira do Projeto. \*\* Indicador Físico Financeiro PROESF 2 Fomentação da busca de novos recursos para financiamento de ações vinculadas à saúde.
184. Constituição do Comitê Econômico Financeiro da Secretária Municipal da Saúde até 2011;
185. Reforma de 30 prédios da Secretaria Municipal de Saúde melhorando as condições de trabalho dos servidores e de atendimento aos usuários até 2013;
186. Construção de 10 novos prédios da Secretaria Municipal de Saúde principalmente para implantação de novas Equipes de Saúde da Família;
187. Equipar em 100% as novas unidades de saúde da família construídas até 2013
188. Renovação de 10% dos equipamentos e mobiliários dos prédios da Secretaria Municipal de Saúde, principalmente das Unidades de Saúde da Família até 2013;
189. Diminuição em 20% os custos com prédios alugados até 2013;
190. Implantação do sistema de gestão de estoque dos almoxarifados (Equipe de Materiais e Equipe de Manutenção Predial);
191. Redução em 10% do custo de energia elétrica dos prédios da Secretaria Municipal de Saúde;
192. Implantar infra-estrutura própria de comunicação em 100% da rede de serviços

próprios, permitindo o tráfego de voz, dados e imagens diagnósticas;

193. Implantar sistema informatizado com registro de atendimento, prontuário eletrônico e complexo regulador.

194. Implantar estrutura de manutenção de informática e sistemas para atender as demandas da rede de saúde com informatização implantada.

195. Qualificação e ampliação das informações dos SIS/MS no SIS municipal .

196. Designação de representante da gestão para compor a Secretaria executiva do Conselho Municipal de Saúde em 2013;

197. Ampliação e adequação da estrutura física do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre até 2013;

198. Esforço contínuo, em conjunto com os Conselhos Distritais e Conselho Municipal de Saúde para constituição dos Conselhos Locais de Saúde, em todos os serviços até 2013;

199. Geração de relatórios específicos das demandas da Ouvidoria para subsidiar gestores

200. Retorno às demandas dos cidadãos recebidas pela Ouvidoria no prazo máximo de 30 dias.

201. Adequar a complexidade, no HMIPV, de todas as Unidades de Tratamento Intensivo - Neonatal, Pediátrica e Adulta - para classe três até 2013;

## REFERÊNCIAS

BASSANI, V. D. S. **Porto Alegre Desigual**: os vários retratos de uma metrópole.

Disponível em: <[http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu\\_doc/porto\\_alegre\\_desigual.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/porto_alegre_desigual.pdf)>. Acesso em 2010.

BRASIL . **Lei 72/SAS**. Disponível em: <<http://gaia.saude.mg.gov.br/portal/legislacoes/20em%20saude/atendimento%20humanizado/Portaria%20SAS%20MS%20n%C2%BA%2072,%20de%2002%20de%20mar%C3%A7o%20de%202000.pdf>>. Acesso em 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei 1.060**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1060.htm>>. Acesso em 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei 1.065/GM** . Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1065.htm>>. Acesso em 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei 2.073/GM – 28/09/04**. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/POLITICA\\_NACIONAL\\_ATENCAO\\_SAUDE\\_AUDITIVA.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/POLITICA_NACIONAL_ATENCAO_SAUDE_AUDITIVA.pdf)>. Acesso em 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei 2.528/GM – 19/10/06**. Disponível em:<[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2006/iels.outubro.06/iels201/U\\_PT-MS-GM-2528\\_191006.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2006/iels.outubro.06/iels201/U_PT-MS-GM-2528_191006.pdf)> . Acesso em 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei 2.529/GM – 19/10/06**, Disponível em:<<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei7853.pdf>> PORTARIAS /Port2006/GM/GM-2529.htm>.

\_\_\_\_\_. **Lei 693/GM – 05/07/00**. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Port.%20693%20MMC.pdf>> .

\_\_\_\_\_. **Lei 756/SAS – 16 /12/04** Normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do SUS.

\_\_\_\_\_. **Lei 818/GM – 05/06/01**. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-818.htm>>.

\_\_\_\_\_. **Lei 7853/89**. Disponível em:<<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei7853.pdf>, o Decreto nº 3298/99>.

\_\_\_\_\_. **Portarias MS/GM Nº 2073/04, MS/SAS Nº 587 e Nº589/04**. Disponível em:<<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei7853.pdf>> .

\_\_\_\_\_. **Constituição** Federal, a Lei nº 8.080/90. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>.

\_\_\_\_\_. **Decreto** nº 3298/99 Disponível

em:<<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec3298.pdf>>.

\_\_\_\_\_. **Decreto** Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007 Disponível

em:<<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/94244/decreto-6286-07>>. 364.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes** do Pacto pela Vida – Idosos Frágeis – Internações por AVC,

Disponível em:<[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2006/iels.outubro.06/iels201/U\\_PT-MS-GM-2528\\_191006.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2006/iels.outubro.06/iels201/U_PT-MS-GM-2528_191006.pdf)>.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes** Operacionais: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão,

Volume 1, Série Pactos pela Saúde, Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Portaria** 587/SAS – 07/10/04 Normas gerais para credenciamento/habilitação de Serviços de Atenção à Saúde Auditiva.

\_\_\_\_\_. **Portaria** 589/SAS – 08/10/04 Disponível em:<<http://dtr2001>

.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-589.htm>.

\_\_\_\_\_. **Portaria** nº 1861 – 04/09/2008-Estabelece recursos financeiros para adesão ao PSE.

\_\_\_\_\_. **Programas** do Ministério da Saúde e da Educação = EDUCAR/SUS e VER/SUS.

\_\_\_\_\_. **Projeção** IBGE 2000; SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA; DATASUS

\_\_\_\_\_. **Tabwin** Serviços de saúde mental por área de abrangência. Disponível

em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>>.

\_\_\_\_\_. **Portarias** MS/GM Nº 2073/04, MS/SAS Nº 587 e Nº589/04. Disponível em:<

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1060.htm>>.

\_\_\_\_\_. **2.073/GM** – 28/09/. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/POLITICA\\_NACIONAL\\_ATENCAO\\_SAUDE\\_AUDITIVA.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/POLITICA_NACIONAL_ATENCAO_SAUDE_AUDITIVA.pdf)>.

\_\_\_\_\_. **2.528/GM** – 19/10/06. Disponível em:<[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2006/iels.outubro.06/iels201/U\\_PT-MS-GM-2528\\_191006.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2006/iels.outubro.06/iels201/U_PT-MS-GM-2528_191006.pdf)>.

\_\_\_\_\_. **2.529/GM** – 19/10/06. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/P>

ORTARIAS/Port2006/GM/GM-2529.htm>.

\_\_\_\_\_. **693/GM** – 05/07/00. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Port.%20693%20MMC.pdf>>.

\_\_\_\_\_. **72/SAS** – 02/03/00. Disponível em:<<http://gaia.saude.mg.gov.br/portal/legislacoes%20em%20saude/atendimento%20humanizado/Portaria%20SAS%20MS%20n%C2%BA%2072,%20de%2002%20de%20mar%C3%A7o%20de%202000.pdf>>.

\_\_\_\_\_. **72/SAS** – 02/03/00. Disponível em:<<http://gaia.saude.mg.gov.br/portal/legislacoes%20em%20saude/atendimento%20humanizado/Portaria%20SAS%20MS%20n%C2%BA%2072,%20de%2002%20de%20mar%C3%A7o%20de%202000.pdf>>.



\_\_\_\_\_. **756/SAS** – 16 /12/04 Normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do SUS.

\_\_\_\_\_. **818/GM** – 05/06/01. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-818.htm>>.

\_\_\_\_\_. **Cadernos de Informações de Saúde Datasus**. Disponível em : <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm#cadernos>. Acessado em: 2010.

\_\_\_\_\_. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: 2006.

\_\_\_\_\_. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Sistema de informação sobre orçamentos públicos em saúde - SIOPS. **Indicadores Municipais 2009**. Endereço eletrônico: <http://siops.datasus.gov.br/relindicadoresmun2.php> . Acessado em: 17 de dezembro de 2010.

\_\_\_\_\_. **Reportagens especiais**: Mobilização nacional questiona financiamento da Saúde. Em: 19 de março de 2009. Endereço eletrônico: [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dspDetalhes&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=10014](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10014) . Acessado em: 28 de dezembro de 2010.

\_\_\_\_\_. Decreto **Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007**. Disponível em:<<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/94244/decreto-6286-07>>.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes do Pacto pela Vida – Idosos Frágeis – Internações por AVC**, . Disponível em:<[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2006/iels.outubro.06/iels201/U\\_PT-MS-GM-2528\\_191006.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2006/iels.outubro.06/iels201/U_PT-MS-GM-2528_191006.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais – PCN**. Brasília, DF, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. CNS. **Lei n. 8.080**. Lei Orgânica da Saúde;1990.

Brasil. Ministério da Saúde. CNS. **Lei n. 8.142**; 1990

\_\_\_\_\_. **Portaria** nº 2.920 de 9 de junho de 1998. Brasília, DF, 2008

\_\_\_\_\_. **Relatório final** da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 1992.

\_\_\_\_\_. SAS. Departamento de Atenção Básica. **Política**

\_\_\_\_\_. **Sistemas de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS**. Disponível em:<<http://siops.datasus.gov.br>>.

\_\_\_\_\_. VIGESCOLA. **Vigilância de Tabagismo na Escola**. Instituto Nacional do Câncer: Rio de Janeiro, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE. Censo 2000. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>>.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -Pnad/IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/default.shtm>>.

\_\_\_\_\_. **O que é média complexidade?** . Disponível em:< <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-589.htm>>.

\_\_\_\_\_. **Portaria** nº 1861 – 04/09/2008-Estabelece recursos financeiros para adesão ao PSE.

CARVALHO, B. G; PETRIS, A. J; TURINI, B. Controle Social em Saúde. In: **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

Conselho Federal de Fonoaudiologia **Código de Ética da Fonoaudiologia**, 2004.

Conselho Federal de Fonoaudiologia **Exercício Profissional do Fonoaudiólogo** 2. Ed. Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2007.

Conselho Regional de Fonoaudiologia-CRFa. 2ª Região. **Revista da Fonoaudiologia do CRFa**. 2ª Região/SP 2002; 47:8-9.

Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**.Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: 2006.

DOPA - **Diário Oficial de Porto Alegre** 09 de outubro de 2009,

FASC Fonte: **Pesquisa** sobre Comunidades Remanescentes de Quilombos em Porto Alegre – 2008.

FEE, Fundação de Economia e Estatística 2010, disponível em <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/capa/index.php>, acessado em 2011.

GEHLEN, I.; SILVA,S.B. Estudo Quantitativo e Qualitativo dos Coletivos Indígenas em Porto Alegre e Regiões Limítrofes – Relatório Final. UFRGS: Porto Alegre, 2008

GHC. Serviço de Saúde Comunitária do GHC/ 2005. Disponível em:<<http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=2&idSubMenu=5>>.

GOLDUROZ, J.C.F; NOTO, A.R; CARLINI, E.A. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras -1997. CEBRID: São Paulo,1-130, 1997.

GUIMARÃES, 2005. Biblioteca virtual.

IBGE – Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A)

KUJAWA, H; BOTH, V; BRUTSCHER, V. Direito à Saúde. Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo (CEAP). Passo Fundo.

LEGISLAÇÃO reabilitação e pessoas portadoras de deficiência.

Lessa FJ, Miranda GMD. Fonoaudiologia e saúde pública. In: Britto ATBO (org.). Livro de fonoaudiologia. São José dos Campos: Pulso Editorial;2005.

Mendes VLF. Uma clínica no coletivo: experimentações no programa de saúde da família [tese de doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2004.

OBSERVAPOA, Observatório da Cidade de Porto Alegre, RS, Disponível em <http://www.observapoa.palegre.com.br/>, Acessado em 2010.

PAIM, J, S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Revista Saúde Pública. Vol. 40. n. Esp., p. 73-78, 2006.

PNDS. Pesquisa Nacional de Desenvolvimento Social 2006, disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>>. Acessado em 15/08/2010;

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre: breve relato histórico. 2010, 9 p. (documento não publicado).

\_\_\_\_\_. [http://lproweb.procepa.com.br/ppa/prefpoa/observatorio/usu\\_doc/porto\\_alegre\\_desigual.pdf](http://lproweb.procepa.com.br/ppa/prefpoa/observatorio/usu_doc/porto_alegre_desigual.pdf).

\_\_\_\_\_. Código Municipal de Saúde – LM 395/96, Art.10 - item XVII).

Porto alegre Código Municipal de Saúde – LM 395/96, Art.10 - item XVII).

\_\_\_\_\_. Lei Municipal nº6663 27.07.90 Exames audiológicos em alunos de estabelecimentos de ensino do 1º Grau.

\_\_\_\_\_. Lei Municipal nº6663 27.07.90 Exames audiológicos em alunos de estabelecimentos de ensino do 1º Grau.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.381 DE 08.01.04, disponível em <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000026077.DOCN.&l=20&u=%2Fnetahtml%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>,

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.381 DE 08.01.04, disponível em <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000026077.DOCN.&l=20&u=%2Fnetahtml%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>,

\_\_\_\_\_. Plano Diretor de Desenvolvimento Ambiental (PDDUA), de Porto Alegre. 367

\_\_\_\_\_. OBSERVAPOA, Observatório da Cidade de Porto Alegre, RS, Disponível em <http://www.observapoa.palegre.com.br/>, Acessado em...

\_\_\_\_\_. Secretaria municipal da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde de Porto Alegre – CGVS. Sistema de Informação sobre mortalidade – SIM. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p\\_secao=240](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p_secao=240), acessado em: 2010.

\_\_\_\_\_. Estatuto da Criança e Adolescente: Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, Distrito Federal, 1990.

REVISTA de Saúde Pública 2008; 42(5):974-977

RIO GRANDE DO SUL. Legislação PIM. Diário Oficial do Estado do RS- Lei Estadual nº 12.544/2006. Disponível em [http://www.pim.saude.rs.gov.br/visualizaConteudos.php?codOntologia=36&codConceito\[\]=150&codConceito\[\]=402](http://www.pim.saude.rs.gov.br/visualizaConteudos.php?codOntologia=36&codConceito[]=150&codConceito[]=402)

\_\_\_\_\_. Lei Estadual nº 12.544, de 04 de julho de 2006, disponível em <http://www.mp.rs.gov.br/infancia/legislacaoc/legislacaoc/id3192.htm>,

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual do Meio Ambiente. Fundação Estadual de Proteção Ambiental – FEBAM. Disponível em: <http://www.fepam.rs.gov.br>, acessado 19/08/10.

\_\_\_\_\_. SES. Programa de Prevenção à Violência (PPV). Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=servicos&cod=8761>. Acessado em: 2010.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/SMS. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde de Porto Alegre – CGVS. Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p\\_secao=298](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p_secao=298), acessado em: ?? (SMS/CGVS/EVDT/SINAN)

SILVA, Maria Cristina Carvalho da . História da Loucura e reforma psiquiátrica: um percurso. In: Célia A. T. do Nascimento; Gislei D. Romanzini Lazzarotto; Julio Cesar D. Hoenisch; Maria Cristina Carvalho da Silva; Rosangela da Luz Matos. (Org.). Psicologia e Políticas Públicas: Experiências em Saúde Pública. Porto Alegre: CRP 7 região, 2004, v. 1, p. 109-125.

UBERLANDIA Vigilância Nutricional e Segurança Alimentar para Equipe do PSF, Diretoria de Ações Descentraliza-das de Saúde de Uberlândia, MG –DADS.

VIGITEL 2009 - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em:<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel\\_2009\\_deborah\\_malta.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2009_deborah_malta.pdf) , acessado em 18/08/2010.

## ANEXOS

**ANEXO 1 - Estabelecimentos de saúde e a população estimada de Porto Alegre, distribuídos por Gerência Distrital.**

GERÊNCIA DISTRITAL	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	POPULAÇÃO ESTIMADA 2007
CENTRO	CS Modelo	135.226
	CS Santa Marta	117.233
	US Santa Cecília	37.833
	ESF Modelo	2.430
	ESF Santa Cecília I	1.714
	ESF Santa Cecília II	1.258
	ESF Santa Cecília III	1.113
	ESF Santa Cecília IV	
	ESF Sem Domicílio I,II	1.704
	ESF Santa Marta	1.185
NOROESTE / HUMAITA / ILHAS / NAVEGANTES	CS Navegantes	17.255
	CS IAPI	6.938
	US Vila Ipiranga	13.301
	US Vila Floresta (GHC)	19.280
	US Santíssima Trindade (GHC)	2.219
	US Jardim Itu (GHC)	10.046
	US Hospital Conceição (GHC)	19.694
	US Farrapos	14.463
	US Diretor Pestana	13.390
	ESF Mário Quintana	3.448
	ESF Nazaré	2.976
	ESF HVM/ Ilha da Pintada	3.156
	ESF HVM/ Ilha dos Marinheiros	3.772
NORTE / EIXO BALTAZAR	US Assis Brasil	11.261
	US Costa e Silva (GHC)	4.418
	US Jardim Leopoldina (GHC)	16.005
	US Nossa Senhora Aparecida (GHC)	4.318
	US Nova Brasília	13.573
	US Parque dos Maias (GHC)	10.809
	US Ramos	14.178
	US Rubem Berta	22.018
	US Santa Rosa	15.135
	US São Cristóvão	12.854
	US Sarandi	12.380
	US Vila Elizabeth	5.958
	ESF Asa Branca	2.130
	ESF Beco dos Coqueiros	3.990
	ESF Esperança Cordeiro	920
	ESF Jenor Jarros	2.660
	ESF Nova Gleba	2.778
	ESF Passo das Pedras I	3.239
	ESF Planalto	2.589
	ESF Santa Fé	2.227
ESF Santa Maria	2.184	

	ESF Santo Agostinho	2.996
	ESF São Borja I	2.409
	ESF São Borja II	2.163
LESTE / NORDESTE	CS Bom Jesus	14.813
	US Barão de Bagé (GHC)	5.069
	US Centro de Extensão Universitária da PUCRS – Vila Fátima	6.138
	US Chácara da Fumaça	12.109
	US Coinma (GHC)	6.946
	US Divina Providência (GHC)	6.545
	US Morro Santana	19.418
	US Vila Jardim	22.525
	US Vila SESC (GHC)	6.380
	ESF Batista Flores	3.029
	ESF Jardim Carvalho I	3.595
	ESF Jardim Carvalho II	3.270
	ESF Jardim da FAPA	3.101
	ESF Jardim Protásio Alves	2.273
	ESF Mato Sampaio	3.483
	ESF Milta Rodrigues I	4.025
	ESF Milta Rodrigues II	4.560
	ESF Safira Nova	3.619
	ESF Safira	3.584
	ESF Tijuca	3.776
	ESF Laranjeiras	4.494
	ESF Timbaúva I	3.017
	ESF Timbaúva II	2.978
	ESF Vila Brasília	1.187
	ESF Vila Pinto	3.298
ESF Wenceslau Fontoura	2.094	
GLÓRIA / CRUZEIRO / CRISTAL	CSV/ Amb. Básico	33.421
	US Aparício Borges	10.611
	US Belém Velho	8.941
	US Cristal	18.673
	US Cruzeiro/ Febem	14.282
	US Estrada dos Alpes	2.326
	US Glória	11.489
	US Primeiro de Maio	11.621
	US Tronco	10.134
	US Vila Gaúcha	2.374
	ESF Alto Embratel	4.084
	ESF Cruzeiro do Sul	3.724
	ESF Divisa	1.912
	ESF Graciliano Ramos	2.350
	ESF Jardim Cascata I	2.450

## ANEXO 2 - REMUME / 2006

## LISTA EM ORDEM ALFABÉTICA

MEDICAMENTOS BÁSICOS	
Ácido Acetil Salicílico 100mg, comprimido	
Ácido Fólico 5mg, comprimido 3	
Amoxicilina 50 mg/mL, suspensão oral	
Amoxicilina 500mg, comprimido	
Ampicilina 500 mg , comprimido	<u>Restrito a Gestante e Farmácia Distrital</u>
Anlodipina 10 mg, comprimido	
Beclometasona 50 mcg, spray nasal	<u>Restrito Programa Rinite e Farmácia Distrital</u>
Beclometasona 250 mcg, spray oral	<u>Restrito Programa Asma</u>
Benzilpenicilina G Benzatina, 1200.000UI, injetável	
Benzilpenicilina G Potássica 400.000 UI, injetável	
Budesonida 50 mcg, spray oral	<u>Restrito Programa Asma</u>
Captopril 25mg, comprimido	
Carbonato de Cálcio 500 mg, comprimido	<u>Restrito Farmácia Distrital</u>
Cloranfenicol 0,4%, colírio	
Cloreto de Sódio/Benzalcônio, gotas nasais	
Dexametasona 0,1%, creme tópico	
Digoxina 0,25mg, comprimido	
Dipirona 500mg/mL, injetável	<u>Uso Ambulatorial</u>
Doxiciclina 100mg , comprimido	
Epinefrina 1 mg/1mL (Adrenalina), injetável	<u>Uso Ambulatorial</u>
Eritromicina 50 mg/mL, suspensão	<u>Restrito Farmácia Distrital</u>
Eritromicina 500mg , comprimido	<u>Restrito Farmácia Distrital</u>
Estradiol (valerato) 5mg+ noretisterona (enantato) 50mg/mL, injetável 1	
Estrógenos Conjugados 0,625 mg, comprimido	
Etinilestradiol 0,03 + Levonorgestrel 0,15mg, comprimido 1	
Fenoterol 5 mg/mL, sol. p/ nebulização	
Furosemida 20 mg/2mL, injetável	<u>Uso Ambulatorial</u>
Furosemida 40 mg, comprimido	
Glibenclamida 5mg, comprimido	
Hidroclorotiazida 25mg, comprimido	
Hidróxido de Alumínio 300 mg, comprimido	
Hioscina, 20 mg/mL, injetável	<u>Uso Ambulatorial</u>
Ibuprofeno 50mg/mL ,suspensão oral, gotas	<u>Restrito Farmácia Distrital</u>
Ibuprofeno 600mg , comprimido	
Ipratrópio (Brometo) 0,250mg/ml, sol. p/ nebulizaço	<u>Restrito Farmácia distrital</u>
Isossorbida (dinitrato) 5mg, comprimido sublingual	
Ivermectina 6mg, comprimido	<u>Restrito Farmácia Distrital</u>
Insulina NPH 100 UI, injetável (Ministério)	
Levotiroxina 100 mcg, comprimido	<u>Restrito Farmácia Distrital</u>
Loratadina 10mg, comprimido	
Loratadina 5mg/5ml, solução	
Mebendazol 100 mg, comprimido	

Mebendazol 100 mg/5ml, suspensão	
Medroxiprogesterona (acetato) 150mg/mL, injetável 1	
Metformina 850mg, comprimido	
Metildopa 250mg, comprimido	<b>Restrito a Gestante e Farmácia Distrital</b>
Metoclopramida 10 mg, comprimido	
Metoclopramida 10 mg/2ml – injetável	<b>Uso Ambulatorial</b>
Metoclopramida 4mg/ml, gotas	
Metoprolol 100mg (tartarato), comprimido	
Metronidazol 100 mg/g, creme vaginal	
Metronidazol 400 mg, comprimido	
Metronidazol 4%, suspensão	
Miconazol 20mg/g, creme vaginal	
Neomicina 5mg + Bacitracina 250UI, pomada tópica	
Nifedipina 10mg, comprimido	<b>Restrito a Gestante e Farmácia Distrital</b>
Nistatina 100.000 UI/mL, suspensão	
Noretisterona 0,35mg, comprimido 1	
Omeprazol 20 mg, comprimido ou cápsula	
Paracetamol 200 mg/ml, gotas	
Paracetamol 500 mg, comprimido	
Permetrina 1%, loção	
Permetrina 5%, loção	
Pirimetamina 25mg, comprimido	<b>Restrito Farmácia Distrital</b>
Prednisona 20mg, comprimido	
Prednisona 5mg, comprimido	
Prometazina 25 mg, comprimido	
Prometazina 50 mg/2ml, injetável	<b>Uso Ambulatorial</b>
Propranolol 40 mg, comprimido	
Reidratante Oral, em pó	
Salbutamol 2 mg/5ml, xarope	
Salbutamol 100 mcg, spray oral	<b>Restrito Programa Asma</b>
Sulfadiazina 500mg, comprimido	<b>Restrito Farmácia Distrital</b>
Sulfametoxazol 200mg + Trimetoprima 40mg/5ml, suspensão	
Sulfametoxazol 400mg + Trimetoprima 80 mg, comprimido	
Sulfato Ferroso equiv. 40mg de Fe elementar , comprimido 2	
Sulfato Ferroso 25mg/ml, gotas 2	
Sulfato Ferroso 12,5mg/2mL , xarope 2	
Varfarina 5 mg, comprimido	<b>Restrito Farmácia Distrital</b>
Vitamina A 3000UI + D 800UI/ml, gotas	

#### MEDICAMENTOS CONTROLADOS

Ácido Valpróico 250 mg, cápsula
Ácido Valpróico 50 mg/ml, solução oral
Amitriptilina 25 mg, comprimido
Biperideno 2 mg, comprimido
Biperideno 5mg/1ml, injetável
Carbamazepina 100 mg/5ml, susp. ou xarope
Carbamazepina 200 mg, comprimido
Carbonato de Litio 300 mg, comprimido
Clorpromazina 100 mg, comprimido



Clorpromazina 25 mg, comprimido
Clorpromazina 25 mg/5ml injetável
Clorpromazina 40 mg/ml, gotas
Diazepan 10 mg, comprimido
Diazepan 10 mg/2 ml, injetável
Fenitoína 100 mg, comprimido
Fenitoína 100 mg/5ml, suspensão
Fenitoína 250 mg/5ml, injetável
Fenobarbital 100 mg, comprimido
Fenobarbital 200 mg/2ml, injetável
Fenobarbital 4% ou 40 mg/ml, gotas
Haloperidol (decanoato), 50 mg/ml, injetável
Haloperidol 1 mg, comprimido
Haloperidol 2 mg/ml, gotas
Haloperidol 5 mg, comprimido
Haloperidol 5 mg/1ml, injetável
Imipramina (cloridrato) 25 mg, comprimido

### ANEXO 3 - INDICADORES PACTUADOS 2010-2011 MINISTÉRIO DA SAÚDE e SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

Cadastro Municipal Metas para Indicadores de Monitoramento e  
Avaliação do Pacto pela Saúde - Prioridades e Objetivos  
Município: PORTO ALEGRE Estado: RS

<b>PACTO PELA VIDA</b>				
PRIORIDADE: I - ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO.				
OBJETIVO: PROMOVER A FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SUS NA ÁREA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
1	TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FEMUR	19,76	19,38	/10.000
PRIORIDADE: II - CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA.				
OBJETIVO: AMPLIAR A OFERTA DO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO VISANDO ALCANÇAR UMA COBERTURA DE 80% DA POPULAÇÃO ALVO.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
2	RAZÃO ENTRE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 59 ANOS E A POPULAÇÃO ALVO, EM DETERMINADO LOCAL E ANO.	0,20	0,23	razão
OBJETIVO: TRATAR/SEGUIR AS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO NÍVEL AMBULATORIAL.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
3	PERCENTUAL DE SEGUIMENTO/TRATAMENTO INFORMADO DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE LESÕES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU DO COLO DO ÚTERO.	100,00	100,00	%
OBJETIVO: AMPLIAR A OFERTA DE MAMOGRAFIA VISANDO ALCANÇAR UMA COBERTURA DE 60% DA POPULAÇÃO ALVO.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
4	RAZÃO ENTRE MAMOGRAFIAS REALIZADAS NAS MULHERES DE 50 A 69 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NESTA FAIXA ETÁRIA, EM DETERMINADO LOCAL E ANO.	0,13	0,17	razão
PRIORIDADE: III - REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA.				

OBJETIVO: REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
5	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	11,30	11,00	/1000
5. a	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL.	7,00	6,80	/1000
5. b	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POS-NEONATAL.	4,85	4,70	/1000
OBJETIVO: REDUZIR A MORTALIDADE MATERNA.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
6	PROPORCAO DE OBITOS DE MULHERES EM IDADE FERTIL E MATERNOS INVESTIGADOS.	100,00	100,00	%
7	INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA.	100	90	N.Absoluto
PRIORIDADE: IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS AS DOENCAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ENFASE NA DENGUE, HANSENIASE, TUBERCULOSE, MALARIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS.				
OBJETIVO: REDUZIR A LETALIDADE DOS CASOS GRAVES DE DENGUE.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
8	TAXA DE LETALIDADE DAS FORMAS GRAVES DE DENGUE (FEBRE HEMORRAGICA DA DENGUE - FHD /SINDROME DO CHOQUE DA DENGUE - SCD /DENGUE COM COMPLICACOES - DCC)	1,00	0,50	%
OBJETIVO: AUMENTAR O PERCENTUAL DE CURA NOS COORTES DE CASOS NOVOS DE HANSENIASE A CADA ANO PARA ATINGIR 90% DE CURA EM 2011				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
9	PROPORCAO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	85,00	85,00	%
OBJETIVO: AMPLIAR A CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA DIAGNOSTICADOS A CADA ANO.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
10	PROPORCAO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA	75,00	75,00	%
OBJETIVO: AUMENTAR A PROPORCAO DE COLETA DE AMOSTRAS CLINICAS PARA O DIAGNOSTICO DO VIRUS INFLUENZA DE ACORDO COM O PRECONIZADO.				

Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
12	PROPORCAO DE AMOSTRAS CLINICAS COLETADAS DO VIRUS INFLUENZA EM RELACAO AO PRECONIZADO	65,00	65,00	%
OBJETIVO: FORTALECER A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DA DOENCA PARA AMPLIAR A DETECCAO DE CASOS DE HEPATITE B, E A QUALIDADE DO ENCERRAMENTO DOS CASOS POR CRITERIO LABORATORIAL.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
13	PROPORCAO DE CASOS DE HEPATITE B CONFIRMADOS POR SOROLOGIA.	90,00	90,00	%
OBJETIVO: REDUZIR A TRANSMISSAO VERTICAL DO HIV.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
14	TAXA DE INCIDENCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE	10,00	9,00	/100.000
PRIORIDADE: V - PROMOCAO DA SAUDE				
OBJETIVO: REDUZIR OS NIVEIS DE SEDENTARISMO NA POPULACAO.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
15	PREVALENCIA DE ATIVIDADE FISICA SUFICIENTE NO TEMPO LIVRE EM ADULTOS.	17,30	18,30	%
OBJETIVO: REDUZIR A PREVALENCIA DO TABAGISMO NO PAIS.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
16	PREVALENCIA DE TABAGISMO EM ADULTOS.	19,50	19,50	%
PRIORIDADE: VI - FORTALECIMENTO DA ATENCAO BASICA				
OBJETIVO: AMPLIAR A COBERTURA POPULACIONAL DA ATENCAO BASICA POR MEIO DA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
17	PROPORCAO DA POPULACAO CADASTRADA PELA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA.	30,00	40,00	%
OBJETIVO: AMPLIAR O ACESSO A CONSULTA PRE-NATAL.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
18	PROPORCAO DE NASCIDOS VIVOS DE MAES COM 7 OU MAIS	70,00	70,00	%

CONSULTAS DE PRE-NATAL				
OBJETIVO: REDUZIR A INTERNACAO HOSPITALAR POR DIABETES MELLITUS NO AMBITO DO SUS.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
19	TAXA DE INTERNACOES POR DIABETES MELLITUS E SUAS COMPLICACOES.	5,30	5,00	/10.000
OBJETIVO: REDUZIR A INTERNACAO HOSPITALAR POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) NO AMBITO DO SUS.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
20	TAXA DE INTERNACOES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	9,20	9,00	/10.000
OBJETIVO: REDUZIR E MONITORAR A PREVALENCIA DE BAIXO PESO EM CRIANCAS MENORES DE 5 ANOS.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
21	PERCENTUAL DE CRIANCAS MENORES DE CINCO ANOS COM BAIXO PESO PARA IDADE	4,00	4,00	%
22	PERCENTUAL DE FAMILIAS COM PERFIL SAUDE BENEFICIARIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA ACOMPANHADAS PELA ATENCAO BASICA	25,00	30,00	%
PRIORIDADE: VII - SAUDE DO TRABALHADOR				
OBJETIVO: AUMENTAR A IDENTIFICACAO E A NOTIFICACAO DOS AGRAVOS A SAUDE DO TRABALHADOR A PARTIR DA REDE DE SERVICOS SENTINELA EM SAUDE DO TRABALHADOR, BUSCANDO ATINGIR TODA A REDE DE SERVICOS DO SUS.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
23	NUMERO DE NOTIFICACOES DOS AGRAVOS A SAUDE DO TRABALHADOR CONSTANTES DA PORTARIA GM/MS Nº.777/04.	191	200	N.Absoluto
PRIORIDADE: VIII - SAUDE MENTAL.				
OBJETIVO: AMPLIAR O ACESSO AO TRATAMENTO AMBULATORIAL EM SAUDE MENTAL.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
24	TAXA DE COBERTURA DE CENTROS DE ATENCAO PSICOSSOCIAL (CAPS) /100.000 HABITANTES.	1,00	1,00	/100.000
PRIORIDADE: XI - SAUDE DO HOMEM				

OBJETIVO: INSERIR ESTRATEGIAS E ACOES VOLTADAS PARA A SAUDE DO HOMEM NOS PLANOS DE SAUDE ESTADUAIS E MUNICIPAIS

Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
28	NUMERO DE ESTADOS E MUNICIPIOS SELECIONADOS COM ESTRATEGIAS E ACOES VOLTADAS PARA A SAUDE DO HOMEM INSERIDAS NOS PLANOS DE SAUDE ESTADUAIS E MUNICIPAIS	0	Não se aplica	N.Absoluto

OBJETIVO: AMPLIAR O ACESSO A CIRURGIAS DE PATOLOGIAS E CANCERES DO TRATO GENITAL MASCULINO.

Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
29	NUMERO DE CIRURGIAS PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA POR LOCAL DE RESIDENCIA.	55	60	N.Absoluto

### PACTO DE GESTAO

#### 1 - RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTAO DO SUS

OBJETIVO: ENCERRAR OPORTUNAMENTE AS INVESTIGACOES DAS NOTIFICACOES DE AGRAVOS COMPULSORIOS REGISTRADAS NO SINAN.

Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
30	PROPORCAO DE CASOS DE DOENCAS DE NOTIFICACAO COMPULSORIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APOS NOTIFICACAO	80,00	80,00	%

OBJETIVO: AMPLIAR A CLASSIFICACAO DA CAUSA BASICA DE OBITO NAO FETAL.

Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
31	PROPORCAO DE OBITOS NAO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSA BASICA DEFINIDA.	95,00	95,00	%

OBJETIVO: MANTER A COBERTURA VACINAL ADEQUADA NOS SERVICOS DE IMUNIZACOES NOS MUNICIPIOS E ESTADOS.

Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
32	COBERTURA VACINAL COM A VACINA TETRAVALENTE (DTP+HIB) EM CRIANCAS MENORES DE UM ANO.	95,00	95,00	%

OBJETIVO: REDUZIR OS RISCOS A SAUDE HUMANA DECORRENTE DO CONSUMO DE AGUA COM QUALIDADE MICROBIOLOGICA FORA DO PADRAO DE POTABILIDADE.

Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
33	PERCENTUAL DE REALIZACAO DAS ANALISES DE VIGILANCIA DA	50,00	50,00	%

	QUALIDADE DA AGUA, REFERENTE AO PARAMETRO COLIFORMES TOTAIS.			
4 - REGULACAO, CONTROLE, AVALIACAO E AUDITORIA				
OBJETIVO: FORTALECER O CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAUDE (CNES) COM DADOS ATUALIZADOS SISTEMATICAMENTE, VISANDO MELHORAR A QUALIDADE DA INFORMACAO.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
37	INDICE DE ALIMENTACAO REGULAR DA BASE DE DADOS DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAUDE (CNES).	100,00	100,00	%
7 - PARTICIPACAO E CONTROLE SOCIAL				
OBJETIVO: FORTALECER O CONTROLE SOCIAL NO SUS.				
Nº	Indicador	Meta 2010	Meta 2011	Unidade
40	CAPACITACAO DE CONSELHEIROS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DOS MUNICIPIOS PRIORITARIOS, DEFINIDOS EM 2009.	100,00	100,00	%

Fonte [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto)

## ANEXO 4 - PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO MUNICIPAL DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM

### SAÚDE (PAVS) 2010 Município: PORTO ALEGRE - CRS: 1ª

	AÇÕES PRIORITÁRIAS da PAVS	Unidade	QUANTIFICAÇÃO DA AÇÃO (com unidade)2010	QUANTIFICAÇÃO DA AÇÃO (com unidade)2011	RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DA AÇÃO			OBS
					MUNICÍPIO	CRS	NIVEL CENTRAL	
6	Vacinar idosos na faixa etária ≥ 60 anos na campanha anual contra a influenza.	nº absoluto	163.920	163.920	X			80 % da população idosa estimada
7	Realizar inspeção sanitária em serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama.	nº absoluto	60	50	X			
8	Intensificar a investigação do óbito infantil e fetal.	%	50	60	X			Obs:faz-se 100% OI; Investigando OF
9	Realizar inspeção sanitária em serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança.	nº absoluto	13	13	X			Se inspeciona todos, inclusive os psiquiátricos.
10	Intensificar a investigação do óbito de mulheres em idade fértil e materno.	%	50	60	X			Se investiga no mínimo 90%
11	Implantar/implementar Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV	caso/100.000	redução 10% do indicador já existente	redução 10% do indicador já existente	X			Indicador atual: 0,4/1000
12	Implantar/implementar Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical da Sífilis.	caso/1000	redução 10% do indicador já existente	redução 10% do indicador já existente	X			Indicador atual: 172 casos
13	Realizar monitoramento da notificação dos casos de sífilis em gestantes com base nas estimativas de casos esperados. VDRL	caso/1000nascidos vivos	aumentar em 15% a notificação no pré-natal	aumentar em 15% a notificação no pré-natal	X			realizar buscas ativas dos soropositivos



14	Realizar capacitação de pessoal - estados e municípios - no Curso Básico de Vigilância Epidemiológica de Transmissão Vertical do HIV e Sífilis (CBVE-TV).	nº absoluto						Porto Alegre realiza uma capacitação/ano
15	Aumentar a cobertura de testagem para sífilis no pré-natal.	%	aumentar em 15% a cobertura de testagem no pré-natal	aumentar em 15% a cobertura de testagem no pré-natal	X			SISPREN ATAL- Aum. 15 % ao ano cobertura
16	Aumentar a cobertura de tratamento adequado nas gestantes com sífilis.	%	aumentar em 15% a cobertura de tratamento	aumentar em 15% a cobertura de tratamento	X			SISPREN ATAL- Aum. 15 % ao ano cobertura
17	Realizar levantamento do Índice Rápido para <i>Aedes aegypti</i> (LIRAA).	nº absoluto	4LIRAS	4 LIRAS	X			
18	Prover condições básicas para atendimento do paciente com dengue nas UBS.	nº absoluto	110	110	X			realizada 1 capacitação da rede/ano
19	Prover condições básicas para atendimento do paciente com dengue nas unidades hospitalares.	nº absoluto	15	15	X			realizada 1 capacitação dos hospitais/ano
20	Atualizar o plano de contingência, definindo os locais de referência para atendimento dos casos.	nº absoluto	1	1	X			Atualizar plano com os órgãos envolvidos
21	Notificar e investigar imediatamente os casos graves e óbitos suspeitos para identificação e correção dos seus fatores determinantes.	%	100	100	X			
22	Realizar atividades educativas sobre a temática da Dengue para população.	nº absoluto	170	170	X			Atividade inseridas em todas rotinas fiscais
23	Monitorar municípios não infestados/Armadilhas.	nº absoluto						

24	Monitorar municípios infestados/PE.	nº absoluto	metodologia anexa	metodologia anexa				Metodologia de PE's em anexo.
25	Examinar os contatos intra-domiciliares dos casos novos de hanseníase diagnosticados no ano da avaliação.	%	60	63				Programa Hanseníase c/CGVS, se faz 100%
26	Avaliar no diagnóstico o grau de incapacidade física dos casos novos de hanseníase.	%	90	90				Programa Hanseníase c/CGVS, se faz 100%
27	Avaliar o grau de incapacidade física dos casos curados de hanseníase no ano de avaliação.	%	75	77				Programa Hanseníase c/CGVS, se faz 100%
28	Realizar capacitação de pessoal – estados, para ações de controle da hanseníase (conteúdo mínimo diagnóstico, tratamento e prevenção de incapacidades).	nº absoluto						<b>Atividade a ser programada pelo nível central e regional da SES e SVS/MS</b>
29	Ampliar a realização de cultura para os casos de retratamento de tuberculose (recidiva, reingresso após abandono e falência de tratamento).	%	40	60	X			<b>Dificuldade de realizar as culturas, nº de culturas em conjunto com o LACEN/FEPPS</b>
30	Encerrar oportunamente os casos novos de tuberculose no Sinan.	%	90	95	X			
31	Verificar a cobertura do tratamento supervisionado dos casos novos pulmonares bacilíferos. <b>Prog TB</b>	%	70	80	X			Prog TB

32	Realizar busca de contatos de casos. Prog TB	%	70	90	X			Prog TB
33	Expandir a rede de diagnóstico e tratamento da malária na região Amazônica, no âmbito da atenção básica.							
34	Realizar capacitação para microscopistas.							
35	Realizar avaliação de desempenho dos indicadores da rede sentinela. INFLUENZA (NOVO)	nº absoluto	1	1	X			realizadas 5 colheitas / mês
36	Realizar inspeção sanitária em serviços de hemoterapia.	nº absoluto	22	22	X			realizada 2 inspeções /ano
37	Realizar inspeção sanitária em serviços de terapia renal substitutiva.	nº absoluto	14	14	X			realizada 2 inspeções /ano
38	Notificar os casos suspeitos de hepatites virais no SINAN.	%	80	80	X			
39	Monitorar os casos notificados para identificação imediata daqueles nos quais não foram coletadas amostras sorológicas.	%	100	100	X			de todos os casos NÃO colheitados
40	Aumentar a cobertura de testagem para o HIV no pré-natal e parto.	%	aumentar em 15% a cobertura de testagem	aumentar em 15% a cobertura de testagem	X			SISPREN ATAL- Aum. 15 % ao ano cobertura
41	Ampliar a cobertura das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes/parturientes e em crianças expostas.	%	aumentar em 15% a cobertura das ações	aumentar em 15% a cobertura das ações	X			SISPREN ATAL- Aum. 15 % ao ano cobertura

42	Realizar ações de vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e de Promoção da Saúde. Dant's.	nº absoluto	1	1	X			No momento a VS produz relatórios que permitem o conhecimentos do problema para planejar e colocar ações em prática. Falta definir papéis, atribuições e políticas de DANT'S na SMS.
43	Realizar inspeção sanitária em estabelecimentos e serviços de alimentação.	nº absoluto	753	753	X			Ações baseadas na gestão de alto risco. Ver universo estabelecimentos: restaurantes ;coz industriais; escolas; creches; hospitais. Planos de amostragem de estabelecimentos. Anexo
44	Instituir Programa de Monitoramento de Alimentos.	nº absoluto				X	X	<b>Atividade a ser programada pelo nível central e regional da SES</b>
45	Realizar atividades educativas sobre a temática nutricional com relação ao consumo de sódio, açúcar, gordura, para o setor produtivo e população.	nº absoluto				X	X	<b>Atividade a ser programada pelo nível central e regional da SES</b>
46	Monitorar os projetos da rede nacional de promoção da saúde com o componente de atividade física implantados nos estados e municípios.							<b>Atividade a ser implementada pelo MS, com o desenvolvimento de instrumento específico.</b>

47	Monitorar os projetos da rede nacional de promoção da saúde com o componente de controle e prevenção ao tabagismo implantados nos estados e municípios.							<b>Atividade a ser implementada pelo MS, com o desenvolvimento de instrumento específico.</b>
48	Realizar inspeção sanitária em estabelecimentos com ambientes livres do tabaco.-UBS no CNES	nº absoluto	119	119	X			<b>Ações já implantada na rotina de fiscalizações do CGVS. UBS com cod. 119 no CNES</b>
49	Ampliar a rede de unidades sentinelas para notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador.	nº absoluto	3	3	X			
50	Ampliar a capacitação para aplicação de protocolos.					X	X	<b>Atividade a ser programada pelo nível central e regional da SES</b>
51	Implantar a Rede de prevenção a violência e promoção da saúde nos municípios prioritários.	nº absoluto	1	1	X			A VS alimenta o sistema de informações com as notificações e deve fazer parte do núcleo de enfrentamento da violência da SMS
52	Elaborar a proposta de intervenção para a prevenção a violência e promoção da saúde.	nº absoluto	1	1	X			Elaborar plano de intervenção o/p/ violência nas UBS

53	Monitorar os projetos selecionados na rede nacional de promoção da saúde com componente de prevenção a violência implantados nos estados e municípios.								<b>Atividade a ser implementada pelo MS, com o desenvolvimento de instrumento específico.</b>
54	Ampliar a cobertura da Ficha de Notificação / Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências.	nº absoluto	23	23	X				Depende também da ASSEPLA (núcleo)
55	Monitorar a ocorrência de acidentes e violências notificadas.	nº absoluto	1	1	X				Elaborar um relatório e ter no mínimo 1 unid. Sentinela
56	Encerrar oportunamente as investigações das notificações de agravos compulsórios registrados no Sinan.	%	80	80	X				
57	Monitorar a regularidade do envio de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).	%	80	80	X				
58	Intensificar a coleta das declarações de óbitos_DO	%	100	100	X				
59	Garantir o envio de dados do SIM com regularidade.	nº absoluto	12/ano	12/ano	X				
60	Aprimorar a qualidade da classificação da causa básica de óbito no sistema de informação sobre mortalidade	%	94	95	X				
61	Garantir a cobertura da vacinação de rotina do calendário básico.	%	95	95	X				
62	Realizar capacitação de técnicos na metodologia desenvolvida para a implantação da VE das coberturas.	nº absoluto					X	X	<b>Atividade a ser programada pelo nível central e regional da SES</b>

63	Implantar o sistema de informação nominal e por procedência sobre vacinação.								<b>Atividade a ser implementada pelo MS, com o desenvolvimento do Sistema de Informação específico.</b>
64	Alimentar de dados de cadastro no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA.	%	100	100	X				
65	Alimentar os dados de controle da qualidade da água no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA.	%	50	50	X				7 ETA's
66	Adequar a rede de laboratório de saúde pública para análise da qualidade da água.								<b>Atividade a ser programada pelo nível central e regional da SES em conjunto com o LACEN/EPPS</b>
67	Realizar capacitação dos serviços de VISA para a elaboração da programação e execução das ações.	nº absoluto					X		<b>Responsabilidade da SES e ANVISA/MS</b>
68	Realizar exames sorológicos para verificação da circulação da Yersinia pestis nos estados endêmicos para peste.								
69	Realizar busca ativa de casos suspeitos e epizootias de roedores.								

70	Realizar exames coprocópicos para controle da esquistossomose em áreas endêmicas.	nº absoluto	NSA	NSA	X			Não endêmico. Relatório em ANEXO.	
71	Realizar tratamento dos portadores de Schistosoma mansoni diagnosticados.	%	NSA	NSA	X			Não endêmico. Relatório em ANEXO.	
	Capacitar pessoal em malacologia nos estados.	nº absoluto					X	<b>Responsabilidade da SES e SVS/MS</b>	
73	Realizar pesquisa malacológica em municípios com coleções hídricas de importância epidemiológica para esquistossomose.	nº absoluto	NSA	NSA	X			Não endêmico. Relatório em ANEXO.	
74	Realizar tratamento coletivo de comunidades residentes em áreas endêmicas de Filariose.								
75	Realizar busca ativa de tracoma em escolares.	nº absoluto					X	X	<b>Responsabilidade da SES</b>
76	Realizar tratamento e controle dos casos e dos comunicantes. TRACOMA.	%	100	100	X			100% dos casos diagnosticados.	
77	Curar clinicamente os casos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA).	%	90	90	X			90 % dos casos diagnosticados.	
78	Curar clinicamente os casos de Leishmaniose Visceral (LV).	%	80	80	X			80 % dos casos diagnosticados de Porto Alegre.	
79	Realizar ações de controle químico e manejo ambiental nos municípios, conforme classificação epidemiológica.	%	NSA	NSA			X	X	
80	Realizar vigilância entomológica de flebotomíneos para LV e LTA, segundo classificação epidemiológica.	%	100	100	X			100% dos casos confirmados.	



81	Monitorar a circulação do vírus da raiva na população canina, com envio de amostra de cães com suspeita de doença neurológica para diagnóstico laboratorial.	nº absoluto	NÃO PACTUADO	NÃO PACTUADO	X			Impedimento legal LE 13193/09. Justificativa Anexa.
82	Vacinar a população canina na Campanha de Vacinação Antirrábica.							
83	Realizar esquema profilático pós exposição de vacinação contra raiva em todas as pessoas que forem agredidas por morcego.	%	100	100	X			Capacitação da Rede
84	Monitorar a circulação do vírus da raiva na população de morcegos, com envio de amostra de morcegos com suspeita de doença neurológica para diagnóstico laboratorial.	nº absoluto	100	100	X			100% das amostras colhidas.
85	Realizar pesquisa de triatomíneos nos municípios, conforme estratificação de risco.	nº absoluto	12/PIT ANO	12/PIT ANO	X			Relatórios do PIT mensais.
86	Capacitar técnicos para o monitoramento e controle vetorial.	nº absoluto					X	<b>Responsabilidade da SES e SVS/MS. Responsabilidade municipal: Recurso humano a ser capacitado</b>
87	Realizar controle químico em unidades domiciliares positivas na investigação entomológica de triatomíneos.	%	100	100	X			Obs: com evidências de domiciliação do vetor.

88	Capacitar clínicos para diagnóstico e tratamento oportuno da leptospirose.	nº absoluto					X	Responsabilidade da SES e SVS/MS. Responsabilidade municipal: Identificar serviços e referências técnicas a serem capacitados
89	Realizar tratamento adequado dos casos de acidentes por animais peçonhentos. (NOVO)	%	100	100	X			
90	Realizar capacitações e treinamentos de profissionais para melhorar a qualidade das notificações.	nº absoluto					X	Responsabilidade da SES e SVS/MS. Responsabilidade municipal: Identificar serviços e referências técnicas a serem capacitados
91	Coletar amostra de fezes para diagnóstico laboratorial dos casos de rotavirus em unidades sentinelas.	%	25	25	X			25 % das amostras Hosp.da criança Conceição (sentinela)
92	Vacinar crianças menores de cinco anos contra poliomielite.	%	95	95	X			

93	Realizar notificação de Paralisia Flácida Aguda (PFA) em menores de 15 anos.	caso/10 0.000 menores de 15 anos	3 casos/ano	3 casos/ano	X			
94	Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de Paralisia Flácida Aguda - PFA .	%	80	80	X			
95	Investigar casos notificados de sarampo e rubéola em até 48 horas.	%	90	90	X			
96	Encerrar os casos notificados de doenças exantemáticas por critério laboratorial.	%	95	95	X			
97	Manter cobertura vacinal para tríplice viral.	%	95	95	X			
98	Notificar e investigar casos humanos suspeitos de febre amarela.	%	90	100	X			
99	Notificar e investigar epizootias de primatas não humanos (PNH), equinos, aves e animais silvestres.	%	100	100	X			100% das amostras coletadas.
100	Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de meningite bacteriana por meio das técnicas de cultura contra imunoelctroforese e látex.	%	40	40	X			
101	Implantar o sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial/GAL nas unidades laboratoriais dos Estados que aderiram.							Atividade a ser programada pelo nível central e regional da SES em conjunto com o LACEN/F EPPS
102	Ampliar a rede CIEVS nos estados, capitais e municípios prioritizados.	nº absoluto	1	NSA	X			Implantação Sede CIEVS POA

103	Cadastrar áreas com populações expostas ou potencialmente expostas a solo contaminado por contaminantes químicos.					X	X	Responsabilidade da SES
104	Identificar os municípios de risco para a Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade do Ar - VIGIAR.					X	X	Responsabilidade da SES
105	Instituir Comitê Estadual de Desastres, ou, em caso de Comitês já existentes, incluir o tema Saúde em Desastres.					X	X	Responsabilidade da SES
106	Elaborar Plano de Contingência para desastres.	nº absoluto				X	X	Responsabilidade da SES
107	Ampliar a vacinação para usuários em condições clínicas especiais.	nº absoluto				X	X	Responsabilidade da SES : 1 Plano de Reestruturação da Rede CRIE
108	Notificar os casos suspeitos e confirmados de intoxicação por agrotóxicos. (NOVO)	nº absoluto	1	-	X			Aumentar 5% a cada ano a fonte notificador a(CIT/ST)
109	Realizar monitoramento de resíduo de agrotóxicos em alimentos.					X	X	Responsabilidade da SES e CIB
110	Intensificar a coleta das declarações de nascidos vivos.	%	92	93	X			
111	Promover a organização e implementação de Câmaras Técnicas de Vigilância em Saúde nas CIBs.						X	Responsabilidade da SES e CIB

## ANEXO 5

Indicadores / Metas PROESF - Fase 2

### Indicadores Técnicos

**Indicador:** Percentual de cobertura da população total do município pela Estratégia Saúde da Família.

**Situação Inicial:** 22,43 %

**Meta:** 45,00 %

**Indicador:** Numero médio anual de consultas medicas da Saúde da Família por habitante ao ano

**Situação Inicial:** 1,05

**Meta:** 1,11

**Indicador:** Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade

**Situação Inicial:** 82,14 %

**Meta:** 95,00 %

**Indicador:** Percentual de nascidos vivos cujas mães tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal

**Situação Inicial:** 70,00 %

**Meta:** 70,00 %

**Indicador:** Razão entre pacientes com hipertensão cadastrados por Equipes de Saúde da Família (ESF) e o numero estimado de hipertensos no mesmo território

**Situação Inicial:** 0,65

**Meta:** 0,75

**Indicador:** Taxa de internação hospitalar por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos

**Situação Inicial:** 26,61 ( /1000)

**Meta:** 22,00 ( /1000)

**Indicador:** Taxa de internação hospitalar por Acidente Vascular Cerebral (AVC) em pessoas de 30 a 59 anos

**Situação Inicial:** 9,29 ( /10000)

**Meta:** 8,91 ( /10000)

### Indicadores Físicos Financeiros

**Indicador:** Percentual de Execução Financeira

**Situação Inicial:** 0,00 %

**Meta:** 100,00 %

### Indicadores de Gestão da Atenção Básica

**Indicador:** Plano de Supervisão das Equipes de Saúde da Família (ESF)

**Situação Inicial:** Não

**Meta:** Sim

**Indicador:** Implantação de Equipe de Supervisores das Equipes de Saúde da Família (ESF)

**Situação Inicial:** 11,88

**Meta:** 11,88

**Meta:** 11,88

**Indicador:** Numero médio mensal de visitas de supervisão por Equipes de Saúde da Família (ESF)

**Situação Inicial:** 2,01

**Meta:** 2,01

**Indicador:** Percentual de ESF com profissionais treinados em, pelo menos, 4 áreas estratégicas da AB/ SF

**Situação Inicial:** 78,95 %

**Meta:** 80,00 %

#### **Indicadores Técnicos**

**Indicador:** Percentual de consultas de medico de família em relação ao total de consultas nas especialidades básicas

**Situação Inicial:** 64,31 %

**Meta:** 65,00 %

**Indicador:** Percentual de encaminhamentos das Equipes de Saúde da Família (ESF) para atendimento especializado sobre o total de consultas medicas da Saúde da Família (SF)

**Situação Inicial:** 12,53 %

**Meta:** 10,00 %

**Indicador:** Taxa de mortalidade Infantil

**Situação Inicial:** 9,71 ( /1000)

**Meta:** 9,22 ( /1000)

**Indicador:** Taxa de internação hospitalar por diarreia em menores de 5 anos

**Situação Inicial:** 4,45 ( /1000)

**Meta:** 4,00 ( /1000)

**Indicador:** Percentual de gestantes acompanhadas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) que receberam vacina anti- tetânica

**Situação Inicial:** 93,74 %

**Meta:** 95,00 %

**Indicador:** Taxa de incidência de Sífilis Congênita

**Situação Inicial:** 9,23 ( /1000)

**Meta:** 8,09 ( /1000)

#### **Indicadores Físicos Financeiros**

**Indicador:** Inclusão do PROESF, de forma detalhada, no orçamento da Secretaria de Saúde/ Município

**Situação Inicial:** Não

**Meta:** Sim

**Indicador:** Detalhamento orçamentário de todas as ações do PROESF, realizado de forma a permitir o monitoramento do desempenho da execução financeira do Projeto

**Situação Inicial:** Não

**Meta:** Sim

**Indicador:** Inventários físicos periódicos dos bens patrimoniais e estoques realizados anualmente, com reconciliação das diferenças encontradas

**Situação Inicial:** Sim

**Meta:** Sim

**Indicador:** Existência de algum departamento ou setor de auditoria interna da Secretaria de Saúde/ Município

**Situação Inicial:** Sim

**Meta:** Sim

**Indicador:** Realização anual de auditoria dos processos de aquisição/ seleção pela própria Secretaria de Saúde/ Município

**Situação Inicial:** Não

**Meta:** Sim

#### **Indicadores de Gestão da Atenção Básica**

**Indicador:** Percentual de trabalhadores da coordenação da Atenção Básica ou Saúde da Família com treinamento em planejamento e gestão

**Situação Inicial:** 33,33 %

**Meta:** 50,00 %

**Indicador:** Percentual de Equipes de Saúde da Família (ESF) com protocolo de assistência em saúde da mulher implantado

**Situação Inicial:** 100,00 %

**Meta:** 100,00 %

**Indicador:** Percentual de Equipes de Saúde da Família (ESF) com protocolos baseados em evidências para atenção em hipertensão e diabetes implantados

**Situação Inicial:** 0,00 %

**Meta:** 50,00 %

**Indicador:** Percentual de Equipes de Saúde da Família (ESF) com protocolo de assistência em saúde da criança implantado

**Situação Inicial:** 100,00 %

**Meta:** 100,00 %

#### **Indicadores Bônus (Opcionais)**

**Indicador:** Percentual de equipes SF com duas auto-avaliações (Momentos Avaliativos) do Projeto Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) realizadas (instrumentos 4 e 5), nos primeiros 18 meses de execução da Fase 2 do PROESF

**Situação Inicial:** 0,00 %

**Meta:** 0,00 %

**Indicador:** Duas Auto-avaliações (Momentos Avaliativos) relativas a gestão (instrumento 1) e coordenação da Saúde da Família (instrumento 2) do Projeto Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) realizadas, nos primeiros 18 meses de execução da Fase 2 do PROESF

**Situação Inicial:** Não

**Meta:** Não

**Indicador:** Percentual de ESF com Termos de Compromisso assinados, em relação a metas de desempenho estabelecidas com a SMS

**Situação Inicial:** 0,00 %

**Meta:** 0,00 %