



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014 - 2017

PORTO ALEGRE
2013

AUTORIDADES MUNICIPAIS

JOSÉ FORTUNATTI

Prefeito Municipal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARLOS HENRIQUE CASARTELLI

Secretário Municipal de Saúde

INÉLIO FIGLESKI

Secretário Adjunto

JORGE LUIZ CUTY DA SILVA

Secretário Adjunto

FABIANO BRUM BERESFORD

Coordenação Geral

SILVIA GIUGLIANI

Conselho Municipal de Saúde

LURDES MARIA TOAZZA TURA

Assessoria de Planejamento e Programação

CARMEN JASPER

Assessoria de Comunicação

ROSANE TEREZINHA BALTAZAR

**Coordenadoria de Atenção Primária e Serviços Especializados
Ambulatoriais e Substitutivos**

FÁTIMA ALI

Coordenação Municipal das Urgências

ELAINE TWEEDIE LUIZ

Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde

JOSE CARLOS SANGIOVANNI

Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

MÔNICA KRANEN

Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador

MÁRIO CÉSAR JERÔNIMO KURZ

Gerência de Saúde do Servidor Municipal

ANDRÉ LUIS BELLIO

Coordenadoria Geral de Administração Financeira e Orçamentária

VALDECIR BARELLA

Coordenadoria Geral de Apoio Técnico Administrativo

LIVIA DISCONSI WOLITZ DE ALMEIDA

Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores de Saúde

MARIA ISABEL BITTENCOURT

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

ELISABETH LOGUERCIO COLLARES

Hospital de Pronto Socorro

GERÊNCIAS DISTRITAIS

CRISTINA KLEY

Centro

ANA LÚCIA DE LEÃO DAGORD

Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas

GISELDA DO CARMO PEREIRA CACIQUI

Norte/ Eixo Baltazar

WANIZE WILDE JANKE

Leste/ Nordeste

VÂNIA MARIA FRANTZ

Partenon /Lomba do Pinheiro

DANIELLE CERQUEIRA STEIN

Glória/Cruzeiro/ Cristal

MARISA ALBUQUERQUE DE LÚCIA

Restinga/ Extremo Sul

MARIS CRISTIANE WEBER

Sul/Centro Sul

SECRETARIA TECNICA DO CMS

Heloisa Helena Rousselet de Alencar

Humberto José Scorza

Kelma Nunes Soares

Luis Walter Jaques Dornelles

Lurdes Maria Toazza Tura

Maria Letícia de Oliveira Garcia

Mitha da Rosa Zenker

Nei Carvalho

Walter Jeck



SUMÁRIO

	LISTA DE ABREVIATURAS	6
	APRESENTAÇÃO	12
1	ANÁLISE SITUACIONAL	15
1.1	CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	15
1.1.1	Panorama Demográfico	15
1.1.1.1	Saúde da Mulher	21
1.1.1.2	Saúde do Homem	26
1.1.1.3	Saúde Mental	33
1.1.1.4	Saúde Bucal	34
1.1.1.5	Doenças Transmissíveis	37
1.1.1.6	Doenças e Agravos não Transmissíveis	73
1.1.1.7	Acidentes e Violências – Causas Externas	91
1.1.1.8	Mortalidade Geral	99
1.2	DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE	110
1.2.1	Aspectos Socioeconômicoa	110
1.2.2	Condições de Vida e Ambiente	120
1.3	ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	133
1.3.1	Modelo de Atenção	133
1.3.2	Territorialização e Regionalização	135
1.3.3	Rede de Atenção à Saúde	138
1.3.3.1	Atenção Primária em Saúde	141
1.3.3.2	Atenção Especializada Ambulatorial	162
1.3.3.3	Atenção nos Serviços de Urgências	226
1.3.3.4	Atenção Hospitalar	238
1.3.3.5	Regulação e Controle do Sistema de Saúde	250
1.3.3.6	Vigilância em Saúde	257
1.3.3.7	Atenção à Saúde das Pessoas Idosas	259
1.3.3.8	Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência	264
1.3.3.9	Atenção à Saúde das Pessoas em Condições Vulneráveis	269
1.4	GESTÃO EM SAÚDE	279
2	OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS	321
	REFERÊNCIAS	325
	ANEXOS	329



LISTA DE ABREVIATURAS

AF - Assistência Farmacêutica
ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACE - Agentes de Combate a Endemias
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AD - Álcool e Drogas
ADIN - Ação Direta de Inconstitucionalidade AGHOS – Administração e Gestão Hospitalar
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
AME - Aleitamento Materno Exclusivo
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APH - Atenção Pré Hospitalar
APS - Atenção Primária de Saúde
ASB - Auxiliar de Saúde Bucal
ASSECOM - Assessoria de Comunicação
ASSEPLA - Assessoria de Planejamento e Programação
ATASB - Área Técnica de Atenção à Saúde Bucal
BAS - Benefício Assistencial
BC - Bloco Cirúrgico
BRT - Bus Rapid Transit
C - Centro
CA - Câncer
CAD - Centro de Atendimento Diário
CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAR - Centro Administrativo Regional
CAUAE - Comissão de Análise Urbanística de Estação de Rádio Base
CC - Cargo em Comissão
CCMED - Comissão de Cadastros de Marcas de Medicamentos
CD - Cirurgião Dentista
CE - Causas Externas
CEIAPI - Centro de Especialidades IAPI
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CEPS - Comissão Permanente de Ensino e Serviço
CER - Centros Especializados em Reabilitação
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CERIH - Central de Regulação de Internação Hospitalares
CEVC - Centro de Especialidades Vila dos Comerciantes
CEVS - Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CGADSS - Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores da Saúde
CGAFO - Coordenadoria Geral de Administração Financeira e Orçamentária
CGAPSES - Coordenadoria Geral de Atenção Primária, Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos
CGATA - Coordenadoria Geral de Apoio Técnico Administrativo
CGF- Coeficiente Geral da Fecundidade
CGN - Coeficiente Geral de Natalidade
CGPA / MS - Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde
CGVS - Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
CH - Carga Horária
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CID – Classificação Internacional de Doenças

CIES - Comissão de Integração de Ensino e Serviço
CIM - Centro de Informações de Medicamentos
CLS – Conselho Local de Saúde
CMCE - Central de Marcação de Consultas e Exames
CME - Centro de Material e Esterilização
CMG - Coeficiente de Mortalidade Geral
CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMI - Comitê de Mortalidade Infantil
CMIPF - Centro Municipal Integrado de Planejamento Familiar.
CMM - Consumo Médio Mensal
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CMU - Coordenação Municipal de Urgências
CNEN - Comissão Nacional de Energia Nuclear
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COAS - Centro de Orientação e Apoio Sorológico
COMAM - Conselho Municipal do Meio Ambiente
COMEM - Conselho Municipal de Entorpecentes
COMESP - Comissão de Ensino e Pesquisa
CP - Concurso Público
CPES - Comissão Permanente de Ensino e Serviço
CPAC - Comissões Permanentes de Acompanhamento dos Contratos
CRAI – Centro Referência no Atendimento Infante Juvenil
CRIE – Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
CRS - Coordenadorias Regionais de Saúde
CRTB - Centro de Referência em Tuberculose
CS - Centro de Saúde
CT - Comunidades Terapêuticas
CTMAR - Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da REMUME
CV - Carga Viral
CV - Cobertura Vacinal
DAB - Departamento de Atenção Básica
DANT - Doença e Agravo Não Transmissível
DAR - Doenças do Aparelho Respiratório
DCNT - Doença Crônica Não Transmissível
DDA - Distritos Docentes Assistenciais
DEM HAB - Departamento Municipal de Habitação
DENASUS - Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DETRAN/RS - Departamento Estadual de Trânsito do Rio Grande do Sul
DIU - Dispositivo Intra Uterino
DM - Diabete Mellitus
DMAE - Departamento Municipal de Águas e Esgotos
DMLU - Departamento Municipal de Limpeza Urbana
DO - Declaração de Óbito
DOPA - Diário Oficial de Porto Alegre
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DS - Distritos Sanitários
DSEI - Distritos Especiais de Saúde Indígena
DST - Doença Sexualmente Transmissível
DST/AIDS – Doenças sexualmente transmissíveis e Aids
DTA - Doença Transmitida por Alimentos
EB - Esquema Básico
EC - Emenda Constitucional
ED - Equipe de Desenvolvimento
EGP - Escola de Gestão Pública
EMP - Equipe de Manutenção Predial
EMAD - Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar
EMAP - Equipes Multidisciplinares de Apoio
EMSI - Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
EPTC - Empresa Pública de Transporte e Circulação

ERB - Estações de Rádio Base
ERGON - Sistema Informatizado para a Gestão do Trabalho na Prefeitura de Porto Alegre
ESB - Equipe de Saúde Bucal
ESF - Equipe de Saúde da Família
ESP - Equipe de Saúde Prisional
ETA - Estação de Tratamento de Água
EVA - Equipe de Vigilância de Alimentos
EVDT - Equipe de Vigilância em Doenças Transmissíveis
EVE - Equipe de Vigilância de Engenharia
EVEV - Equipe de Vigilância de Eventos Vitais
EVQA - Equipe de Vigilância de Águas
EVSAT - Equipe Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador
EVSPIS - Equipe de Vigilância em Serviços e Produtos de Interesse à Saúde
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FASC - Fundação de Assistência Social e Cidadania
FD - Farmácias Distritais
FEE - Fundação de Economia e Estatística
FNS - Fundo Nacional de Saúde
FIERGS - Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul
FUGAST - Fundação Riograndense Universitária de Gastroenterologia
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
GD - Gerência Distrital
GD C - Gerência Distrital Centro
GD GCC - Gerência Distrital Glória/ Cruzeiro/ Cristal
GD LENO - Gerência Distrital Leste/ Nordeste
GD NEB - Gerência Distrital Norte/ Eixo Baltazar
GD NHNI - Gerência Distrital Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas
GD PLP - Gerência Distrital Partenon/ Lomba do Pinheiro
GD RES - Gerência Distrital Restinga/ Extremo Sul
GD SCS - Gerência Distrital Sul/ Centro Sul
GEAF - Gerência de Acompanhamento Funcional
GHC - Grupo Hospitalar Conceição
GM - Gabinete Ministerial
GMAT - Gerência de Materiais
GRSS - Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde
GS - Gabinete do Secretário
GSSM - Gerência de Saúde do Servidor Municipal
GT - Grupo de Trabalho
GTH - Grupo de Trabalho de Humanização
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HF - Hospital Fêmea
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HMIPV - Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
HMV - Hospital Moinhos de Vento
HNSC - Hospital Nossa Senhora da Conceição
HPS - Hospital de Pronto Socorro
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano Médio
IE - Instituições de Ensino
IGD - Índice de Gestão Descentralizada
IMESF - Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família
IMFA - Índice Médio de Fêmeas nas Armadilhas
IPA - Instituto Porto Alegrense Metodista
IRA - Infecções Respiratórias Agudas
LAA - Licença Aguardando Aposentadoria
LAC - Licença de Acompanhamento de Cônjuge
LACEN - Laboratório Central de Saúde Pública
LAI - Licença Auxílio-Doença do INSS

LAT - Licença Acidente de Trabalho
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LG - Licença Gestante
LGBTQ – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis
LIRAA - Levantamento de Índice Rápido de Aedes Aegypti
LOA - Lei Orçamentária Anual
LTA - Leishmaniose Tegumentar América
LTI - Licença Tratamento de Interesse
LTP - Licença Tratamento de Pessoa da Família
LTS - Licença Tratamento de saúde
LV - Leishmaniose Visceral
MAC - Medida de Alta Complexidade
MP – Ministério Público
MS - Ministério da Saúde
N -Total
NASCA - Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente
NB - Nível de Segurança Biológica
NE - Nível Elementar
NEO - Neoplasias
NEP - Núcleo de Educação Permanente
NEU/CMU - Núcleo de Educação Permanente em Urgências/ Coordenação Municipal de Urgências
NM - Nível Médio
NOAS -Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOTVISA – Sistema Nacional de Notificação para Vigilância Sanitária
NS - Nível Superior
NVESES - Núcleo de Vigilância de Engenharia de Serviços de Interesse à Saúde
NVPA - Núcleo de Vigilância de população Animal
NVPIS - Núcleo de Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde
NVRV - Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores
NVSIS - Núcleo de Vigilância de Serviços de Interesse à Saúde
ObservaPOA - Observatório da Cidade de Porto Alegre
OMS - Organização Mundial da Saúde
PAC - Programa de Aceleração do Crescimento
PACS - Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul
PAIGA - Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente
PAS - Programação Anual de Saúde
PAVS - Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PBF - Programa Bolsa Família
PCD – Pessoas com Deficiência
PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PCPA - Presídio Central de Porto Alegre
PED - Pesquisa de Emprego e Desemprego
PESM - Plantão de Urgência/Emergência em Saúde Mental
PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PFMP - Penitenciária Feminina Madre Pelletier
PGQP - Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade
PIB - Produto Interno Bruto
PIM / PIA - Primeira Infância Melhor / Porto Infância Alegre
PISA - Programa Integrado Socioambiental
PIT - Posto de Informação de Triatomíneos
PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMCT - Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PMPA - Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PMS - Plano Municipal de Saúde
PNEP - Política Nacional de Educação Permanente
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNH - Política Nacional de Humanização
PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNQ - Programa Nacional de Qualificação
POA - Porto Alegre

POD - Programa de Oxigenoterapia Domiciliar
PPES - Profilaxia Pós Exposição Sexual
PPI - Programação Pactuada Integrada
PRD - Programa de Redução de Danos
PRF - Polícia Rodoviária Federal
PROCEMPA - Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PRONATEC - Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PSF - Programa de Saúde da Família
PTS - Planos Terapêuticos Singulares
PUC - Pontifícia Universidade Católica
PVE - Pesquisa Vetorial Especial
PVHA - Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
QT - Quantidade
RAIS - Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego
RAP - Rede de Atenção Primária
RAS - Redes de Atenção a Saúde
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos
RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RN - Recém Nascido
RS - Rio Grande do Sul
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
SADT - Serviços de Apoio Diagnose e Terapia
SAE - Serviço de Atendimento Especializado
SAE HEPATITES – Serviço de Assistência Especializada em Hepatites
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SEREEI - Setor de Regularização dos Estabelecimentos e Educação Infantil
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SESAI -Secretaria Especial de Saúde Indígena
SI - Sistemas e Informações
SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica
SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM - Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC - Sistema de Notificação de Nascidos Vivos
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISÁGUA - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água
SISPACTO - Sistema do Pacto pela Saúde
SISPRENATAL - Sistema de Informação do Acompanhamento do Pré-Natal
SISREG - Sistema de Regulação
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SITETB - Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose
SMA - Secretaria Municipal de Administração
SMDHSU - Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Segurança Urbana
SMED - Secretaria Municipal de Educação
SMJ - Secretaria Municipal da Juventude
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SR - Sintomático Respiratório
SRAG - Síndrome respiratória aguda grave
SRTE - Superintendência Regional do Trabalho e Emprego
SRTN - Serviço de Referência em Triagem Neonatal
ST - Saúde do Trabalhador
SUS - Sistema Único de Saúde

TANU – Triagem Auditiva Neonatal
TB - Tuberculose
TBC - Tuberculose

TBDR - Tuberculose Droga Resistente
TDO - Tratamento Diretamente Observado
TI – Tecnologia de Informação
TI - Trabalho Infantil
TMI - Transmissão Materno - Infantil
TR - Teste Rápido
TRD - Teste Rápido Diagnóstico
TS - Tratamento Supervisionado
TSB - Técnico em Saúde Bucal
UA - Unidade de Acolhimento
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBT - Unidades Básicas de Transporte
UDM - Unidade Dispensadora de Medicamento
UFCSPA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura
UNFPA - Fundo das Nações Unidas para a População
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
US - Unidade de Saúde
USA - Unidade de Suporte Avançado
USB - Unidade de Suporte Básico
USF - Unidade de Saúde da Família
USP - Unidade de Saúde Prisional
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo
VE - Vigilância Epidemiológica
VR - Veículo Rápido
VT - Vale Transporte



APRESENTAÇÃO

São inegáveis os avanços alcançados pelo SUS, os quais repercutiram de forma muito importante sobre a saúde da população. A expansão da atenção primária, a eliminação e controle de doenças de grande impacto sobre a saúde da população e a redução da mortalidade infantil são exemplos que atestam as conquistas já registradas. Há, todavia, enormes desafios que requerem medidas estruturantes, capazes de assegurar a continuidade das conquistas e permitir o enfrentamento de desafios urgentes, de que são exemplos o envelhecimento populacional e as causas externas de morbidade e mortalidade, como os acidentes – sobretudo de trânsito – e a violência interpessoal (Plano Nacional de Saúde – PNS, 2012-2015).

Da mesma forma, Porto Alegre apresentou grandes conquistas para a saúde pública nos últimos anos, das quais pode-se destacar, entre outras, a expansão da atenção primária e especializada ambulatorial, ampliação e estruturação de serviços de urgência e emergência, abertura de novos leitos hospitalares, a implantação de linhas de cuidado, a estruturação e o fortalecimento do complexo regulador e investimentos em tecnologia da informação.

Contudo, como em outras regiões do Brasil, enormes desafios se impõem para a gestão da saúde pública de Porto Alegre, devido à transição demográfica, com o acentuado envelhecimento da população, e a atual situação epidemiológica da cidade, havendo a necessidade de um novo modelo de atenção e a reorganização das suas redes de saúde.

Em países ou regiões que fizeram a transição epidemiológica clássica onde vige uma situação de acumulação epidemiológica ou de dupla carga das doenças com predomínio relativo das condições crônicas, o mais grave problema dos sistemas de saúde está na incoerência entre esta situação epidemiológica e o modelo de atenção à saúde hegemônico, que se caracteriza pela fragmentação do cuidado e pelo foco nas condições agudas.

Ao longo do tempo o modelo vigente se organizou mais pelo modelo econômico vigente do que as necessidades em saúde, onde a lógica é tratar a

doença e não cuidar da saúde. Daí um sistema que funciona com base nos sintomas, médico-centrado, hospitalocêntrico. A razão é muito mais um modelo econômico do que uma proposição "técnica" do campo da saúde para atender majoritariamente às condições agudas ou agudizadas de saúde em serviços de alta densidade tecnológica. Isto fica evidente ao analisarmos a insuficiência de acesso a atenção primária, a situação de sobrecarga nas portas de urgência, a dificuldade de acesso a consultas e procedimentos eletivos em algumas especialidades e o elevado número de internações de urgência ou urgencializadas.

Estes dados demonstram fragilidade na formação de vínculo dos usuários na atenção primária, uma fragmentação da rede com a atenção isolada nos seus componentes sem a visão sistêmica e uma fragilidade das estratégias que regem a transição do cuidado no sistema de saúde municipal.

O Plano Municipal de Saúde tem por finalidade apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para o quadriênio 2014-2017, sendo o instrumento norteador das ações a serem realizadas neste período. O principal objetivo é a qualificação permanente do Sistema Único de Saúde.

A análise situacional do plano seguiu o modelo do Plano Nacional de Saúde 2012 - 2015, com a divisão entre quatro eixos: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO; DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE; ACESSO, AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE e GESTÃO EM SAÚDE.

A discussão iniciou-se em novembro de 2012, através da formação de grupos por eixo, onde participaram diversas coordenações, trabalhadores da Secretaria Municipal da Saúde e o Controle Social. Foram levantados dados e construídos textos com a finalidade de analisar a cidade, com o recorte por raça/cor/etnia, faixa etária, sexo e Distrito Sanitário, sempre que fosse possível.

Em janeiro e fevereiro de 2013, os textos produzidos foram discutidos em seminários com ampla participação de gestores, trabalhadores, usuários, conselheiros e representantes das instituições de ensino nas oito Gerências Distritais de Saúde. Na metodologia utilizada os participantes foram distribuídos em grupos para cada eixo. Após discussões, cada grupo apresentou suas contribuições e críticas ao texto exposto, o que ocasionou inúmeras inclusões no texto inicial, gerando o produto aqui apresentado.

As metas foram elaboradas possibilitando a transversalidade dos setores que compõe a SMS, em consonância com a situação atual de saúde do Município.

Pela primeira vez na história do Município, o Plano Municipal de Saúde foi elaborado antes do Plano Plurianual de Governo (PPA), de forma a subsidiar a elaboração deste. A partir deste momento, haverá alinhamento entre as ações estratégicas da Secretaria da Saúde com as ações intersetoriais do Plano de Governo e, posteriormente, com a sua execução orçamentária.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

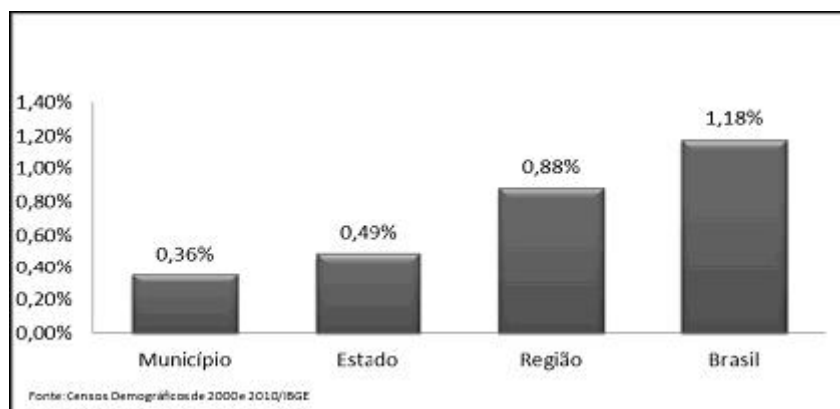
1.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

1.1.1 Panorama Demográfico

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos. A queda acelerada das taxas de fecundidade e da mortalidade registradas no país provoca mudanças rápidas no ritmo de crescimento da população.

De acordo com Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 a população do Rio Grande do Sul (RS) é de 10.695.531 habitantes, em Porto Alegre (POA) o Censo é de 1.409.351 habitantes. Estima-se que a população de 2012 seja de 1.416.714 habitantes. De acordo com os dados do IBGE, Porto Alegre representa 13,2% da população do RS e tem uma densidade demográfica de 2.837,52 habitantes por Km², a segunda maior do Estado.

Gráfico 1– Taxa de crescimento anual por área entre 2000-2010



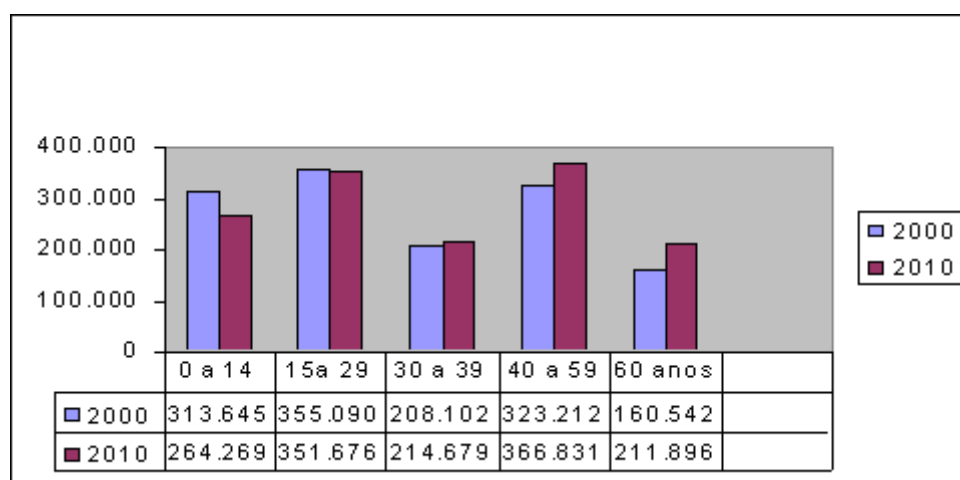
FONTE: Censos demográficos de 2000 e 2010/IBGE.

O segmento etário de 0 a 14 anos registrou crescimento negativo entre 2000 e 2010 (-1,7% ao ano). Crianças e jovens detinham 23,1% do contingente populacional em 2000, o que correspondia a 313.645 habitantes. Em 2010, a

participação deste grupo reduziu para 18,8% da população, totalizando 264.269 habitantes.

A população jovem (zero a 24 anos) da cidade apresentou um decréscimo de 13,68% com destaque para o número de crianças de zero a quatro anos que diminuiu quase 25%.

Gráfico 2– População do município de Porto Alegre por faixa etária entre 2000-2010



FONTE: Censos demográficos 2000 e 2010/IBGE

A população residente no município na faixa etária de 15 a 59 anos exibiu crescimento populacional (em média 0,52% ao ano), passando de 886.404 habitantes em 2000 para 933.186 em 2010. Em 2010, este grupo representava 66,2% da população do município.

Segundo IBGE, no Estado, a taxa de fecundidade foi inferior a 1,5 filho por casal. Na tabela abaixo apresentamos a serie histórica do Coeficiente Geral de Natalidade (CGN) e Coeficiente Geral da Fecundidade (CGF).

Tabela 1- Serie histórica dos Coeficiente Geral de Natalidade e Coeficiente Geral da Fecundidade.

Indicadores	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Coeficiente Geral de Natalidade*	14,48	13,77	13,90	13,25	12,76	12,26	12,97	12,99	12,99	13,38
Coeficiente Geral de Fecundidade**	43,88	41,73	42,13	40,15	38,66	38,80	41,26	41,50	41,18	42,39

FONTE: SINASC/2011 Dados populacionais: IBGE estimativa populacional, 2011.

* por 1.000 habitantes

** por 1.000 mulheres de 10 a 49 anos

Destaca-se um aumento na expectativa de vida da população do município. A população idosa (60 anos ou mais) da cidade aumentou 32% em relação a 2000, passando de 160.540 para 211.896 pessoas. Em 2000, este grupo representava 11,8% da população, em 2010, 15,0% do total da população municipal modificando o cenário demográfico. A população de maiores de 80 anos, em 2010, é quase igual à de menores de um ano, e a expectativa de vida que, em 1970, era de 67 anos subiu para 74 anos em 2010.

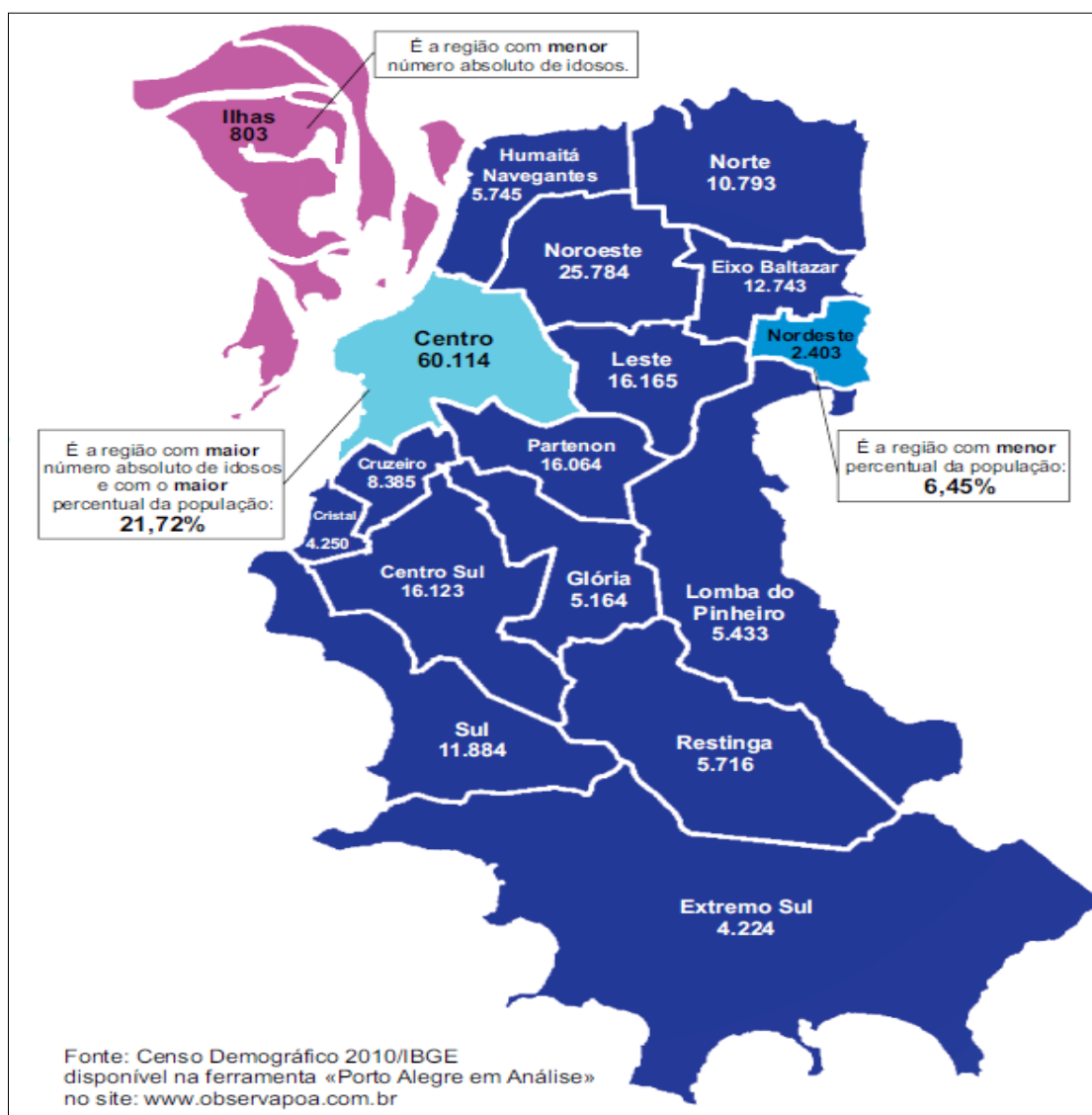
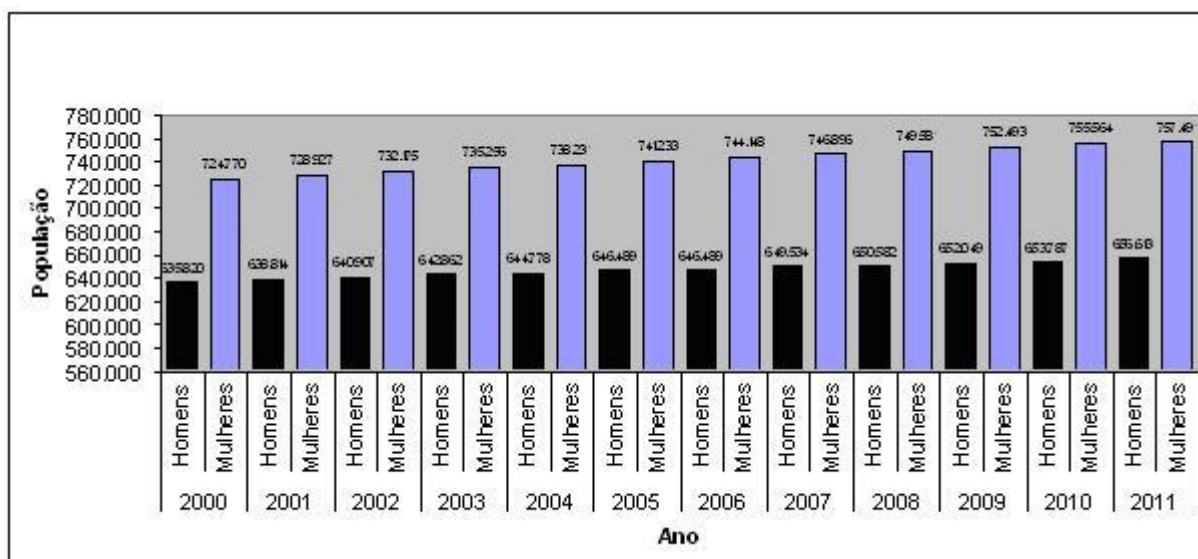


Figura 1– Distribuição população idosa nos Distritos Sanitários, Porto Alegre, 2010.

Desta forma, é possível constatar que a Região que concentra o maior número de idosos, em termos absolutos e percentuais, é a Centro (28%); a Região com o menor número de idosos é a Ilhas e a Região Nordeste é a que tem o menor percentual de idosos em relação aos residentes desta região. O bairro Moinhos de Vento é o bairro brasileiro com a maior proporção de idosos residentes, segundo IBGE/2010.

Os dados divulgados mostram que Porto Alegre tem 653.787 homens e 755.564 mulheres, indicando a razão de sexo na cidade que é 86,5, a menor do Estado. Ou seja, na capital para cada grupo de 100 mulheres há 86,5 homens.

Gráfico 3– Evolução da população por gênero



FONTE: Habitantes de POA por sexo e faixa etária-2011- FEE

Quadro 1– Dados populacionais das regiões distritais do município de Porto Alegre

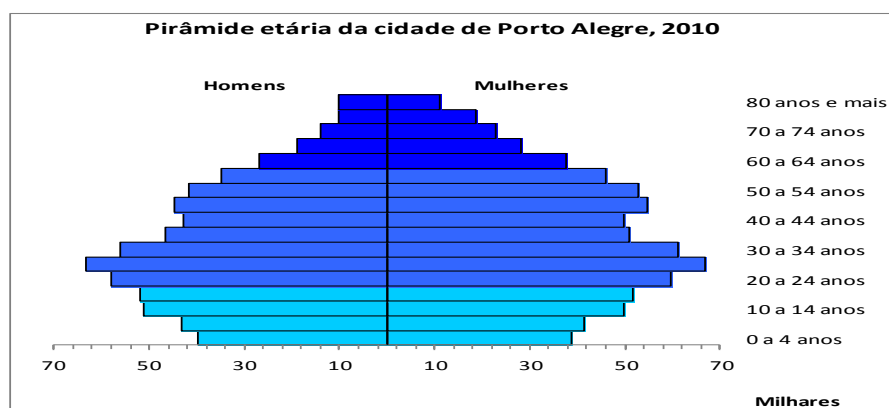
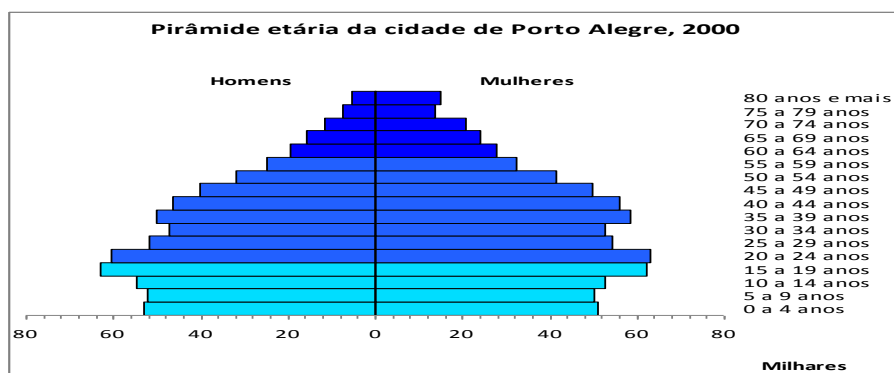
Distrito	População	Homem	Mulher	<1A	1-4a	5-9a	10-14a	15-19a	20-59a	60 e mais	Raça/Cor		Mulheres /idade/fértil
											Branca	Negra	10-49a
Humaita/ Navegantes	44.779	20.941	23.839	547	2.307	3.041	3.460	3.431	26.101	5.876	35.181	9.095	14.419
Noroeste	130.769	59.049	71.719	1.112	4.228	5.617	6.749	7.734	79.530	25.798	120.649	9.620	39.371
Leste	112.448	52.550	59.898	1.359	5.250	7.358	9.063	8.785	64.811	15.821	81.946	30.403	35.853
Lomba do Pinheiro	57.849	28.112	29.737	940	3.674	4.998	5.811	5.591	31.908	4.926	38.420	19.969	19.062
Norte	95.603	45.259	50.345	1.262	4.788	6.659	7.749	7.623	55.628	11.887	74.373	20.840	30.630
Nordeste	38.847	18.904	19.943	689	2.755	3.931	4.410	3.922	20.587	2.553	23.807	14.381	13.047
Partenon	115.857	55.370	60.487	1.453	5.463	7.563	9.112	9.074	65.822	15.550	82.541	33.879	36.049
Restinga	60.592	28.835	31.757	963	3.922	5.330	6.263	5.640	32.587	5.886	36.715	23.382	19.767
Glória	56.385	26.691	29.694	783	3.071	4.148	4.903	4.719	32.121	6.639	41.224	11.497	18.423
Cruzeiro	62.665	29.093	33.572	801	3.252	4.470	5.323	5.196	34.374	8.513	43.157	20.661	19.419
Cristal	29.729	13.772	15.957	347	1.474	2.020	2.398	2.258	17.146	4.086	22.237	5.168	9.500
Centro Sul	108.026	50.111	57.914	1.228	4.776	6.555	8.005	7.968	64.149	15.223	84.789	22.985	34.441
Extremo Sul	33.818	16.495	17.323	455	1.801	2.450	3.160	2.932	18.811	4.080	28.073	5.499	10.620
Eixo Baltazar	93.517	43.620	49.897	1.187	4.368	6.050	7.058	7.336	56.018	11.498	69.778	23.964	30.400
Sul	83.632	39.269	44.363	934	3.738	4.903	5.946	5.893	49.864	12.346	72.033	11.964	26.112
Centro	276.508	121.461	155.047	2.019	6.957	8.859	10.524	14.330	173.682	60.128	254.607	9.080	84.576
Ilhas	8.330	4.256	4.074	153	538	805	877	836	4.301	803	6.525	1.742	2.546
Total População	1.409.354	653.788	755.566	16.232	62.362	84.757	100.811	103.268	827.440	211.613	1.116.055	274.129	444.235

FONTE: Censos demográficos – IBGE/2010

A população de Porto Alegre segundo auto declaração de raça/cor, é de 79,2% de brancos e 20,2% de negros. Quando analisamos a população idosa, percebe-se que a população negra reduz de 20,2% para 13,6% e a população branca tem um aumento de 79,2% para 86,4%, segundo IBGE, 2010.

Como consequência mais clara desta modificação estrutural na composição populacional porto-alegrense, a pirâmide etária da cidade tem uma forma cada vez mais retangular, como pode ser observado comparando a pirâmide de 2010 com a de 2000. A taxa média de crescimento populacional, do município foi de apenas 0,35% ao ano, caracterizando Porto Alegre como a capital brasileira que cresce em ritmo mais lento, segundo o IBGE.

Gráfico 4- Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade - POA/ 2000/2010.

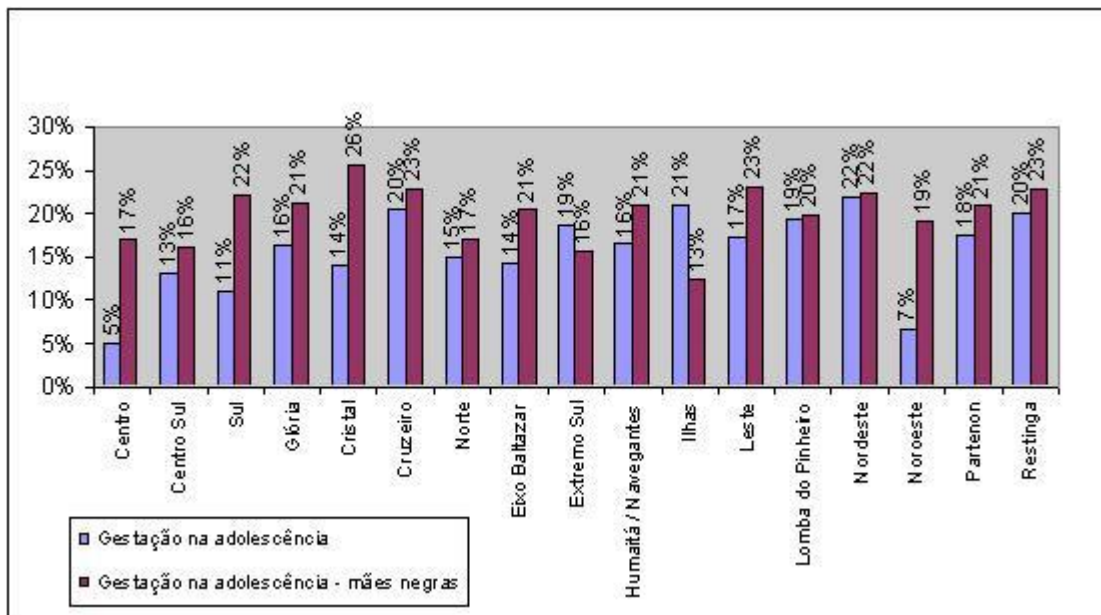


FONTE: Censos demográficos 2010/IBGE

1.1.1.1 Saúde da Mulher

O índice de gestações na adolescência registra queda na série histórica dos últimos dez anos, com variação de 19,3% em 2001 para 14,6% em 2011,. Conforme o gráfico abaixo, as regiões com o maior percentual são: Nordeste, Ilhas, Cruzeiro e Restinga.

Gráfico 5– Gravidez na Adolescência por Distrito Sanitário



FONTE: SINASC – SMS, 2010.

Verifica-se novamente disparidade com relação à população negra. A maior diferença fica na região Noroeste, que possui uma variação de 181,80% quando comparamos o percentual de gestação em adolescentes da população geral com a gestação em adolescentes na população negra. A região Eixo Baltazar fica em segundo lugar de disparidade, com 42,26%, seguida da região Leste, com 33,60%.

Tabela 2 -Distribuição dos Nascidos Vivos por Distrito Sanitário e Indicadores, Porto Alegre, 2011.

DS ou Região do OP	Total de RN na Ds		Idade da Mãe < 20 anos		Instrução da Mãe < 1º grau completo		Cesarianas	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Humaitá-Navegantes	602	3,2%	106	17,6%	191	31,7%	293	48,7%
Noroeste	1328	7,0%	88	6,6%	127	9,6%	929	70,0%
Leste	1659	8,8%	271	16,3%	452	27,2%	835	50,3%
Lomba do Pinheiro	1111	5,9%	232	20,9%	360	32,4%	407	36,6%
Norte	1400	7,4%	218	15,6%	325	23,2%	696	49,7%
Nordeste	625	3,3%	149	23,8%	229	36,6%	256	41,0%
Partenon	1712	9,1%	312	18,2%	489	28,6%	788	46,0%
Restinga	999	5,3%	228	22,8%	350	35,0%	390	39,0%
Glória	960	5,1%	154	16,0%	302	31,5%	463	48,2%
Cruzeiro	1319	7,0%	224	17,0%	441	33,4%	651	49,4%
Cristal	121	0,6%	28	23,1%	43	35,5%	54	44,6%
Centro-Sul	1325	7,0%	177	13,4%	240	18,1%	765	57,7%
Extremo-Sul	505	2,7%	95	18,8%	163	32,3%	251	49,7%
Eixo da Baltazar	1129	6,0%	149	13,2%	216	19,1%	604	53,5%
Sul	1101	5,8%	113	10,3%	211	19,2%	693	62,9%
Centro	2554	13,5%	141	5,5%	218	8,5%	1843	72,2%
Ilhas	153	0,8%	38	24,8%	71	46,4%	53	34,6%
Ignorada	304	1,6%	71	23,4%	126	41,4%	125	41,1%
Total	18907	100,0%	2794	14,8%	4554	24,1%	10096	53,4%

FONTE: SINASC/2011

Tabela 3- Serie histórica da síntese de informações sobre Nascidos Vivos de mães residentes em Porto Alegre, Porto Alegre, 2002-2011

Indicadores	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Número de Nascidos Vivos	20.031	19.197	19.529	18.930	18.383	17.809	18.553	18.665	18.315	18.907
Percentuais										
Parto hospitalar	99,2	99,2	99,5	99,4	99,5	99,3	99,3	99,4	99,5	99,5
Parto domiciliar	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,3	0,3	0,3
Cesarianas	41,0	42,5	44,4	46,7	47,9	48,4	47,7	50,2	51,9	53,4
Mãe adolescente (< 20 anos)	18,4	18,4	17,1	17,6	17,4	16,0	15,8	14,8	14,7	14,8
Mães menores de 15 anos	0,8	0,8	0,8	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6
Mães com 1º grau incompleto	39,7	37,0	34,9	32,5	29,8	27,7	27,6	25,7	24,3	24,2

FONTE: SINASC/2011

Tabela 4- Nascimentos em Hospitais Públicos e Privados 2011.

Descrição do Item	Período	
	2011	
	n	%
Hospitais Públicos	13079	68
Hospitais Privados	6080	32
Total de partos	19159	100
Nº de partos normais	8237	63
Nº de cesarianas	4838	37
Nº de partos normais	894	15
Nº de cesarianas	5186	85

FONTE: Relatório Anual da SMS 2011

A proporção de nascimentos nos hospitais pelo SUS (públicos e conveniados) e privados tem se mantido estável, sendo 70% nos hospitais públicos e 30% nos hospitais privados. No município de Porto Alegre nasceram em média nos últimos anos 47% crianças de parto normal e 53% por cesariana. Ao analisarmos esse índice, separando os hospitais públicos e privados, identifica-se que o maior número de cesarianas são realizadas nos hospitais privados, chegando a 86%, já os hospitais públicos mantêm seu índice entre 30% e 40%, bem semelhante ao preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de, aproximadamente, 35% a 40% para os que atendem alto risco, que é o caso de todas as maternidades (públicas) SUS de Porto Alegre.

A principal causa e morte em mulheres em Porto Alegre, são os distúrbios cardiovasculares, conforme dados de 2004-2008 (SIM/CGVS/POA) com um coeficiente de 224,16/100.000 mulheres, seguido pelas neoplasias 174,45/100.000 e pelas causas externas 74,60/100.00. Entre as mulheres em idade fértil (10-49 anos) a principal causa de morte é o câncer de mama (coeficiente de 16,90). A mortalidade pelo câncer de mama aumenta com a idade da mulher sendo observado aumento a partir do 50 anos.

A idade constitui o principal fator de risco da doença, havendo um aumento da incidência proporcional à idade. Também é fator de risco importante a história familiar, principalmente mãe e irmã que tenham apresentado câncer de mama antes da menopausa. Outros fatores são: reprodutivos (menarca precoce antes dos 12 anos, menopausa tardia após 55 anos, primeira gravidez após 30 anos, nuliparidade), exposição à radiação ionizante, obesidade, fumo e álcool, uso prolongado de Terapia Hormonal (TH). O risco de câncer de mama associado ao uso de ACO ocorreu apenas

nas mulheres que tiveram a doença com menos de 35 anos de idade. Esse risco diminui à medida que aumenta o tempo de interrupção do uso, assim, após dez anos de interrupção o efeito torna-se nulo.

Embora a mortalidade por câncer de mama tenha se mantido estável nos últimos cinco anos em Porto Alegre, esta é primeira causa de óbito em mulheres em idade fértil e a 2ª causa de óbito nas mulheres até 80 anos ou mais, sendo superado apenas pelas doenças cardiovasculares.

A série histórica dos casos de câncer de mama em mulheres mostra que os coeficientes de mortalidade aumentam acentuadamente à medida que aumenta a faixa etária das mulheres. Chama a atenção a elevação dos coeficientes no ano de 2009 nas faixas etárias a partir dos 30 anos (Tabela abaixo).

Tabela 5- Série histórica dos coeficientes de mortalidade (por 100.000 habitantes) por câncer de mama em mulheres (CID 10 – cap II - C50), segundo faixas etárias específicas, Porto Alegre, 2000-2010

Ano	20 a 29 anos		30 a 39 anos		40 a 49 anos		50 a 69 anos		70 anos e mais	
	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef
2000	1	0,85	7	6,32	24	22,70	78	62,12	84	171,44
2001	1	0,84	7	6,26	31	29,05	116	49,69	68	137,49
2002	0	0,00	6	5,33	31	28,83	87	68,14	73	146,52
2003	0	0,00	3	2,64	31	28,61	99	76,95	78	155,36
2004	1	0,82	8	7,00	21	19,24	87	67,11	84	166,05
2005	1	0,81	5	4,30	26	23,42	82	62,19	86	167,15
2006	0	0,00	6	5,11	34	30,36	84	63,16	92	177,29
2007	2	1,54	4	3,62	20	17,93	105	67,65	79	127,54
2008	0	0,00	6	5,42	16	14,82	107	68,37	95	152,60
2009	0	0,00	9	7,92	36	33,78	81	50,33	85	133,14
2010	0	0,00	6	5,35	20	19,14	100	60,84	98	148,05

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

O câncer do colo do útero ocupa o sexto lugar em mortes por câncer em mulheres (3,91), sendo que a principal faixa etária de mortalidade é entre 40 e 59 anos (SIM 2006). Considerando que mulheres em idade fértil tem entre 10 e 49 anos, a maioria das mulheres que morrem por câncer de colo do útero, possuem filhos pequenos e se encontram em uma fase bem produtiva da vida. Para o desenvolvimento do câncer do colo do útero é necessária a presença do Papilomavírus Humano (HPV) associado ou não a outros fatores como: tabagismo, multiplicidade de parceiros

sexuais, uso de contraceptivos orais, iniciação sexual precoce e coinfeção por agentes infecciosos como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O câncer do colo do útero é 100% prevenível, pois apresenta lesões precursoras que leva em média 10 anos para tornar-se câncer. Pode ser detectado precocemente por meio do exame citopatológico do colo do útero realizado nos serviços básicos de saúde.

Observando-se a série histórica dos casos de câncer de colo de útero, nota-se uma elevação da mortalidade com o aumento da idade das mulheres, a exceção dos anos de 2001 e 2002, onde os coeficientes de mortalidade são maiores na faixa entre 40 a 59 anos, comparado a apresentada pelas mulheres com mais de 60 anos.

Tabela 6– Série histórica dos coeficientes de mortalidade (por 100.000 habitantes) por câncer de colo de útero (CID 10 – cap II – C53), segundo faixas etárias específicas, Porto Alegre, 2000-2010.

Ano	20 a 39 anos		40 a 59 anos		60 anos e mais	
	n	coef	n	coef	n	coef
2000	10	4,38	30	16,44	20	19,84
2001	9	3,91	39	21,53	17	16,7
2002	4	1,72	30	16,44	15	14,63
2003	6	2,56	24	13,05	18	17,42
2004	11	4,67	15	8,1	33	31,7
2005	10	4,17	23	12,2	28	26,45
2006	3	1,24	24	12,67	23	21,54
2007	6	2,53	17	8,39	21	16,91
2008	7	2,96	28	13,82	21	16,92
2009	5	2,12	20	9,85	30	23,4
2010	7	2,93	19	9,35	18	13,64

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

Conforme dados de incidência do INCA (Instituto Nacional do Câncer) são esperados para 2012/2013 para Porto Alegre, 980(125,63/100.000) casos novos por ano de câncer de mama, 320 casos de câncer de colo e reto (41,47/100.000) e 150 casos novos de câncer de colo do útero (19,20/100.000). Porto Alegre é a cidade brasileira com maior incidência de câncer de mama.

1.1.1.2 Saúde do Homem

Segundo os princípios e diretrizes do Ministério da Saúde, a proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. Para isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde.

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária, adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar, o que tem como consequência agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde.

O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis. A não procura pelos serviços de atenção primária faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários se a procura pela atenção houvesse ocorrido em momento anterior. (Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem).

A procura tardia faz com que as doenças sejam diagnosticadas tardiamente e os tratamentos necessários sejam longos. Estudos demonstram que os homens têm dificuldade em aderir a tratamentos crônicos ou prolongados ou ainda em modificar hábitos. Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais como a crença de invulnerabilidade enraizada na cultura patriarcal, sendo a doença um sinal de fraqueza. Além disso, os serviços e as

estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, fazendo o homem sentir-se incomodado no ambiente da unidade de saúde.

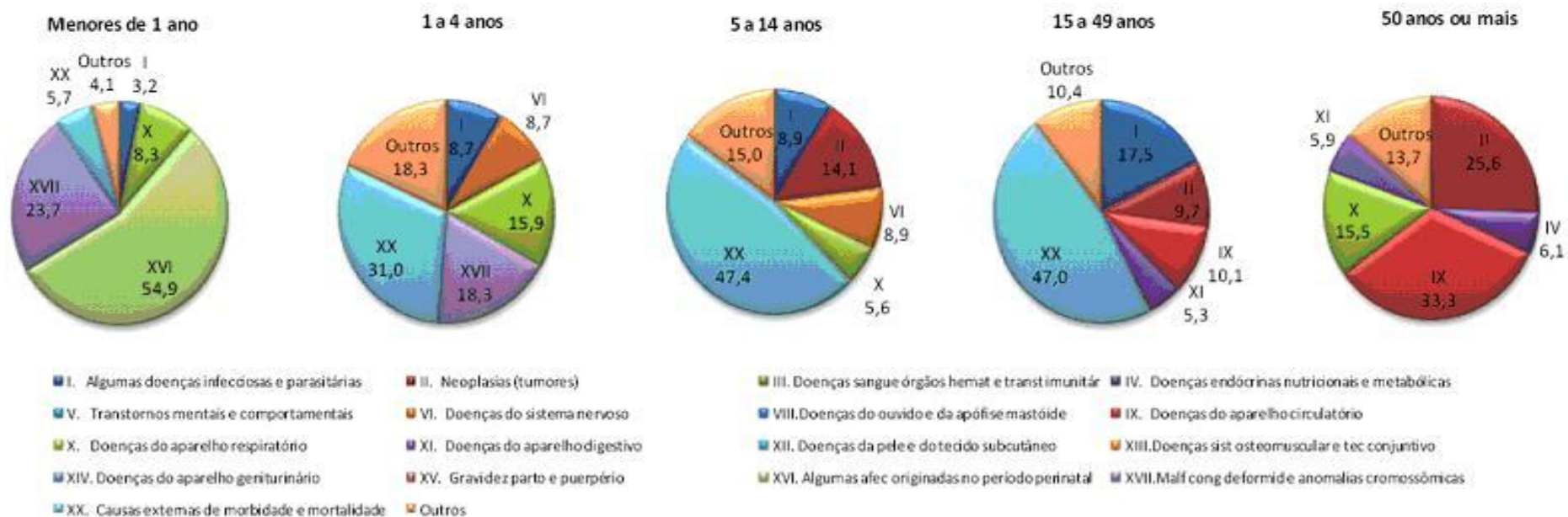
Outro fator apontado como limitador da procura pelos serviços de atenção primária seria o horário de funcionamento coincidente com o de trabalho e a dificuldade de marcação de consultas e exames que podem gerar perda de todo o dia de trabalho sem que sua necessidade seja atendida em um único dia. Em contrapartida, a maioria das mulheres que procuram as unidades de saúde também trabalha, e nem por isso deixam de procurá-las. A compreensão das barreiras sócio-culturais e institucionais é importante para propor medidas que melhorem o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, que deve ser a porta de entrada ao sistema de saúde, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção.

Dados do Ministério da Saúde apontam como principal causa de mortes dos homens as Doenças Isquêmicas do Coração, entre elas o infarto agudo do miocárdio. Ao todo, 49.128 homens faleceram por esse motivo.

As doenças cerebrovasculares foram à segunda causa de morte para os homens, com 45.180 óbitos. Na sequência, estão os homicídios – 43.665. O padrão de ocorrência de mais mortes de homens do que de mulheres repete-se em todas as regiões.

Estudo da UNICAMP apresenta dados de mortalidade proporcional por capítulos da CID 10 na região metropolitana de Porto Alegre em 2004 e 2005 e a taxa de mortalidade por 100 mil habitantes de algumas condições.

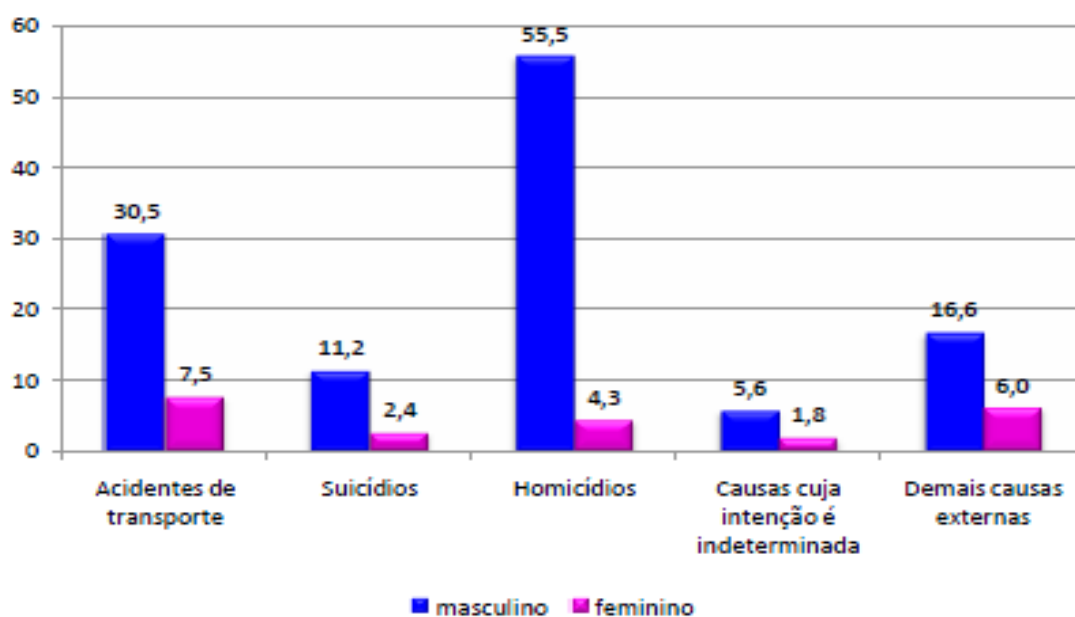
Gráfico 6- Mortalidade Proporcional por Capítulos da CID-10, Grupos de Idade e sexo Masculino



FONTE: MS/SIM. Elaboração NEPO/UNICAMP

Ressaltamos que no grupo de 15 a 49 anos a mortalidade proporcional masculina é completamente diferente da feminina, sendo as causas externas responsáveis por 47% das mortes masculinas contra 14,4% nas femininas. Na população com mais de 50 anos o comportamento se assemelha muito ao das mulheres apenas com mudanças nas proporções.

Gráfico 7-Taxa de Mortalidade (por 100 mil hab.) por Causas Externas Região Metropolitana de Porto Alegre 2004-2005.



Fonte: MS/SIM. Elaboração NEPO/UNICAMP.

Observamos que o que mais mata os homens até os 49 anos são as causas externas. E, segundo estudo, que analisou os determinantes da distribuição espacial das internações SUS de Porto Alegre em 2005 e 2006, as taxas de internações por causas externas foram mais elevadas nos estratos menos favorecidos da população, justamente a que mais utiliza o SUS (Mota, 2009).

Em 2006, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou 7.685.155 de internações na faixa de 15 a 59 anos de idade. Excluídas as informações ignoradas, as causas por gravidez, parto e puerpério, o universo masculino representou 52,9% (2,7 milhões) das internações, nesse intervalo de idade. As diferentes manifestações de violência e os transtornos mentais foram as principais causas de internação masculina nessa faixa etária.

Estudo dos Encaminhamentos para Atendimento Urológico Hospitalar na

Rede de Saúde Pública do Município de Porto Alegre

No ano de 2012, foi realizada avaliação dos encaminhamentos (pendentes) realizados pelos médicos urologistas de dois centros secundários de saúde do município de Porto Alegre.

Esta avaliação reflete indiretamente a demanda de atendimentos nestes centros de saúde.

Tabela 7– Encaminhamentos para atendimentos urológicos

Encaminhamentos	UROS	%
Hiperplasia da próstata	29	30,87%
Cistoscopia	10	10,64%
Bx próstata	8	8,50%
Postectomia	7	7,45%
Hidrocele	6	6,38%
Litíase	3	3,20%
Varicocele	2	2,13%
Postectomia IAPI	1	1,06%
Incontinência urinária	3	3,19%
Urodinâmica	12	12,78%
Estenose de uretra	3	3,19%
Ao hospital de referência (paciente perdeu acompanhamento)	1	1,06%
Ecografia de vv urinárias	1	1,06%
Estenose de uretra	3	3,19%
Infertilidade	1	1,06%
Microhematúria	2	2,13%
Peyronie	2	2,13%
Total	94	100,00%

FONTE: Sistema AGHOS

O maior número de encaminhamentos ao hospital é devido à hiperplasia prostática (CID N40). Infelizmente, ainda não há medicamentos disponíveis da rede de saúde do município para tratar a hiperplasia prostática (alfa-bloqueador / inibidores da 5-alfa-redutase). Quando os pacientes são encaminhados para a Secretária do Estado, grande parte não consegue o medicamento (dificuldade para compreender o processo de solicitação, burocratização do processo).

A hiperplasia prostática, a princípio, pode ser tratada na rede básica, mas quando não diagnosticada a tempo ou mal manejada (seja por falta de treinamento do profissional ou por impossibilidade de acesso a exames específicos) pode provocar o encaminhamento do paciente ao nível secundário ou mesmo terciário (hospitais).

Existem vários motivos para encaminhar um paciente com HPB para o

hospital (com vistas à cirurgia de próstata):

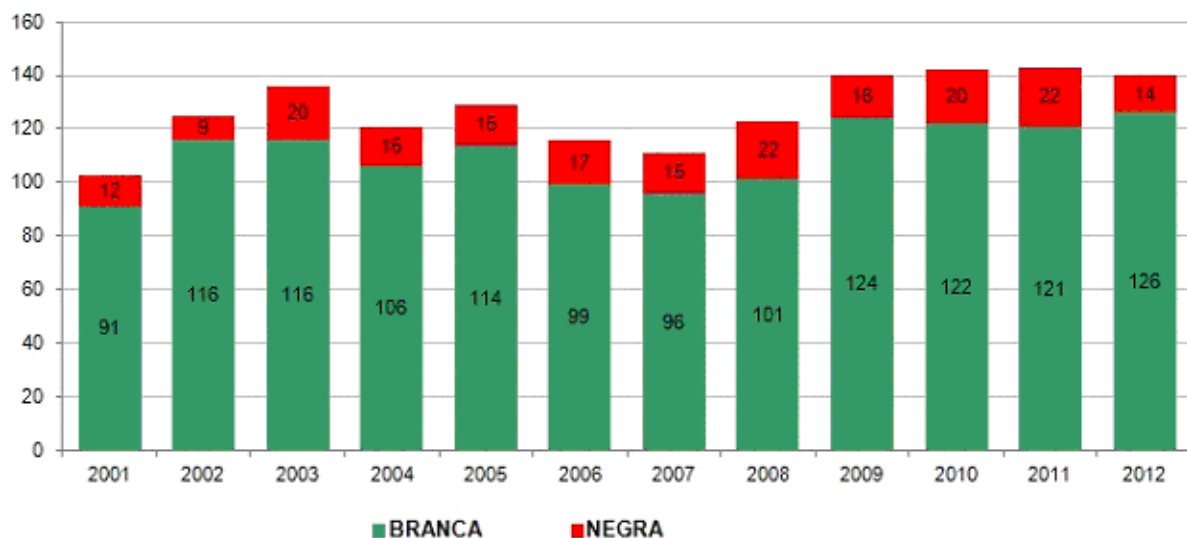
- ✓ Sintomas persistentes, mesmo após emprego de medicamentos (prejuízo na qualidade de vida);
- ✓ Hematúria recorrente;
- ✓ Litíase vesical;
- ✓ Resíduo pós-miccional elevado (associado ou não a infecções urinárias recorrentes);
- ✓ Perda de função renal (IR pós-renal).

O objetivo principal destes encaminhamentos é o tratamento cirúrgico da hiperplasia prostática benigna.

Segundo o INCA, o aumento da expectativa de vida e a melhoria dos diagnósticos e da qualidade dos sistemas de informação explicam o aumento das taxas de incidência de câncer de próstata. Uma dieta rica em gordura animal também está associada ao aumento do risco.

Segue abaixo a série histórica de mortalidade por Câncer de Próstata no Município:

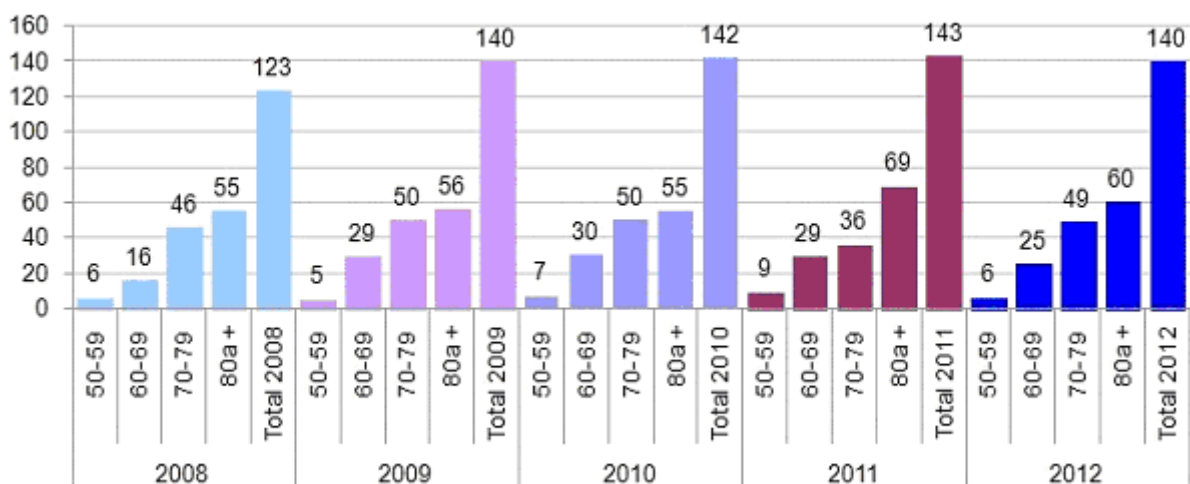
Gráfico 8- Série histórica de mortalidade por Câncer de Próstata no Município 2001 - 2012



FONTE: SIM 2012

O câncer de próstata é chamado “câncer da terceira idade” por possuir alta incidência após os 65 anos. Entretanto, como vemos no gráfico abaixo, já é fatal em homens a partir de 50 anos. Os óbitos ocorridos nas faixas etárias mais baixas demonstram a importância das ações de prevenção para homens de idade média, como a realização de consulta urológica preventiva.

Gráfico 9- Mortalidade Câncer de Próstata por Faixa Etária, Porto Alegre-RS, 2008 - 2012



FONTE: SIM 2012

Falar em saúde do homem sempre nos remete ao enfoque das doenças urológicas, mas podemos ver que maior impacto a saúde da população masculina tem as doenças cardiovasculares e as causas externas (violências e acidentes), sobretudo nas faixas etárias produtivas para a sociedade e provedoras para as famílias. Além disso, os homens têm dificuldade de acesso aos serviços, seja por motivos culturais ou pelo horário de trabalho. Faz-se necessário que o sistema de saúde se debruce sobre estas questões para que efetivamente esta parcela da população tenha seu espaço nas unidades de saúde.

1.1.1.3 Saúde Mental

Em países desenvolvidos, a lacuna entre oferta e demanda de assistência em saúde mental estimada é de até 70% para transtornos de humor e 90% para transtornos por uso de álcool. Um dos principais fatores para essa lacuna é o subdiagnóstico de transtornos mentais. De 25% a 50% dos pacientes que procuram atenção primária têm pelo menos um transtorno psiquiátrico ou neurológico. Destes, a não detecção dos casos pode ser de 55% para diagnóstico de depressão e até 77% para transtorno de ansiedade generalizada.

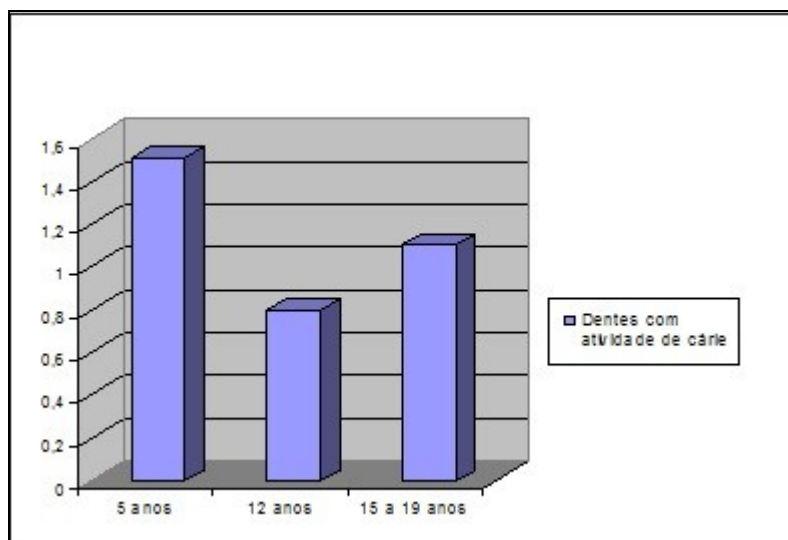
Em Porto Alegre, ainda não há dados epidemiológicos que possam subsidiar um diagnóstico preciso sobre as condições de saúde mental da população. Entretanto, podemos inferir, a partir de dados dos relatórios de gestão 2011/2012, que o número de internações psiquiátricas indica que a assistência em saúde mental através de serviços substitutivos e de base territorial ainda é insuficiente para a demanda populacional. Nas internações de adultos, por exemplo, verificou-se um aumento geral de 8,2%. Os transtornos relacionados a álcool e outras drogas representaram 42% das internações desta faixa etária. Comparativamente a 2011 houve aumento neste grupo de 8,1%, semelhante ao aumento geral. Dentro deste grupo de patologias as relacionadas ao crack representam 32% de todas as internações de adultos e tiveram um aumento comparativo de 8,3%. Os transtornos esquizofrênicos representam 24% do total de internações de adultos com um aumento de 17% em relação a 2011. Os transtornos de humor representaram 30% de todas as internações nesta faixa etária com uma elevação de menos significativa de 2,7. As internações na faixa etária dos 10 aos 19 anos tiveram um aumento de 11,8% em relação a 2011. Os transtornos decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas representaram 63,7% das internações de 2012, evidenciando-se neste grupo de patologias as relacionadas ao crack com 60,5% de todas as internações do ano. Comparativamente a 2011 houve um aumento de 33% dentro deste grupo específico de patologias. Os demais transtornos tiveram variações menores: os transtornos esquizofrênicos tiveram um aumento de 20,9% e os transtornos de humor uma redução de 4,6%.

1.1.1.4 Saúde Bucal

Segundo os dados do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal (SB Brasil 2010), em Porto Alegre, das crianças que estão na faixa etária dos 5 anos de idade apenas 46% dessas encontram-se livres de cárie na dentição decídua (dentes de leite).

A carga da doença cárie nas crianças na faixa etária dos 5 anos de idade de Porto Alegre possuem em média 1,51 dentes decíduos (dente de leite) com atividade de cárie. Já na faixa etária dos 12 anos de idade esse número reduz para 0,8 dentes com atividade de cárie (dentro dos padrões preconizados pela Organização Mundial de Saúde para essa faixa etária), voltando a aumentar aos 15-19 anos para 1,1 dentes Gráfico abaixo.

Gráfico 10– Dentes com atividade de cárie por faixa etária em porto Alegre, SB 2010.



FONTE: SB/SMS/ 2010

Por isso, as crianças e adolescente que estão na 1º e último ano de ensino fundamental terão prioridade nas ações em saúde bucal pelas equipes de Atenção Primária em Saúde para os anos de 2014 a 2017. As ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde bucal para fase da criança e adolescentes no município devem priorizar as crianças que estão iniciando o ensino fundamental (5 a 7 anos de idade) e os adolescentes que estão concluindo o ensino fundamental (15 a 19 anos).

Estudo realizado em dois distritos de saúde de Porto Alegre verificou a necessidade de tratamento pulpar em 7,5% dos indivíduos com doença cárie entre

escolares aos 12 anos. O mesmo estudo apontou que 14,7% das necessidades eram de extrações dentárias (FAVARINI, 2003). Portanto, o acesso às tecnologias adequadas é crucial para a manutenção dos elementos dentários e superação do ciclo cirúrgico-restaurador-mutilador. Ou seja, o controle da placa bacteriana, exposição ao flúor, controle da sacarose e intervenção clínica no momento propício, serão responsáveis pela diminuição de exodontias e prevenção de problemas oclusais, permitindo abordagens mais conservadoras.

Com o avanço da idade, e especificamente na faixa etária dos 15-19 anos, esse número de pessoas livres de cárie (em dente permanente) cai para 23% chegando na fase adulta (35-44 anos), com uma porcentagem de menos de um (0,9%) de pessoas livres de experiência de cárie.

Outro acometimento importante são as alterações congênitas como os lábios fissurados e as fendas palatinas. Embora a identificação destas disfunções ocorra em nível hospitalar, o acompanhamento clínico subsequente, com a contrarreferência e vínculo à equipe de atenção primária são premissas da lógica do cuidado integral e da longitudinalidade.

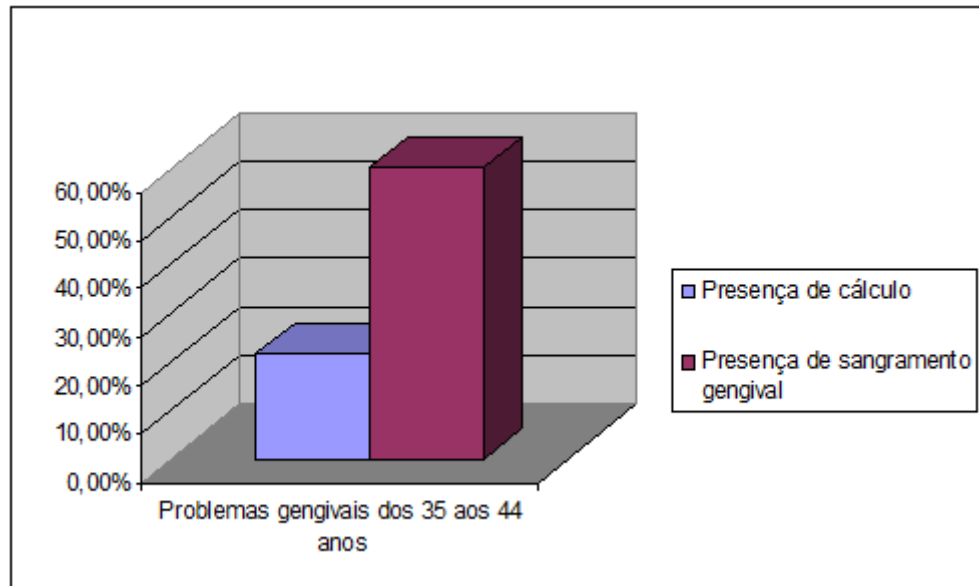
No que se refere aos adultos, o índice médio de Dentes Cariados Perdidos ou Obturados (CPO-D) em Porto Alegre (SB2010) foi de 13,7 na faixa etária de 35 a 44 anos, ou seja, dos 28 dentes avaliados quase metade deles ou estão cariados, perdidos ou obturados (48,9%). Cada pessoa nessa faixa etária tem em média 2 dentes cariados e 5 dentes perdidos, para o grupo de 35 a 44 anos.

Considerando a população de 189.326 entre 35 e 44 anos (IBGE 2010), são 378.652 dentes com necessidade de tratamento restaurador e 946.630 dentes perdidos em média em Porto Alegre. Por isso a faixa etária prioritária para as ações de prevenção, promoção, tratamento e principalmente reabilitação deve ser os adultos. O Ministério da Saúde vem apontando para a necessidade da introdução dos procedimentos de reabilitação protética em nível de atenção primária em saúde bucal.

Além da cárie dentária, a doença periodontal é outro grave problema de saúde pública em odontologia no nosso município, 21,7% do grupo etário de 35 a 44 anos teve identificado a presença de cálculo dentário e quase 60% apresentou algum ponto de sangramento gengival. Isso demonstra a necessidade de formas

diferenciada de acesso dessa população a procedimentos cirúrgicos restauradores e ações de promoção e prevenção de saúde bucal, feita inclusive, pelo profissional Técnico de Saúde Bucal.

Gráfico 11– Problemas Gengivais na faixa etária dos 35 aos 44 anos.



FONTE: SB/SMS/ 2010

Por fim, 25,5% das pessoas adultas mostram insatisfação com as condições de saúde bucal. Mais da metade dos adultos de 35 a 44 anos de idade relatou algum impacto das condições bucais sobre a vida diária. O impacto mais prevalente em todos os grupos etários e regiões foi a dificuldade para se alimentar adequadamente.

1.1.1.5 Doenças Transmissíveis

Em relação às doenças imunopreveníveis observa-se a tendência decrescente da incidência e da mortalidade. Outros desafios estão impostos por agravos relacionados ao processo de urbanização, por exemplo, a dengue como também o fácil deslocamento das pessoas entre estados e países, oferecendo o risco de reintrodução de vírus eliminados como sarampo e pólio. Ainda, a realização de eventos de massa oferece um cenário complexo impondo a necessidade de modernização e aprimoramento da vigilância em saúde para que possamos responder oportunamente às demandas atuais das doenças transmissíveis na nossa capital.

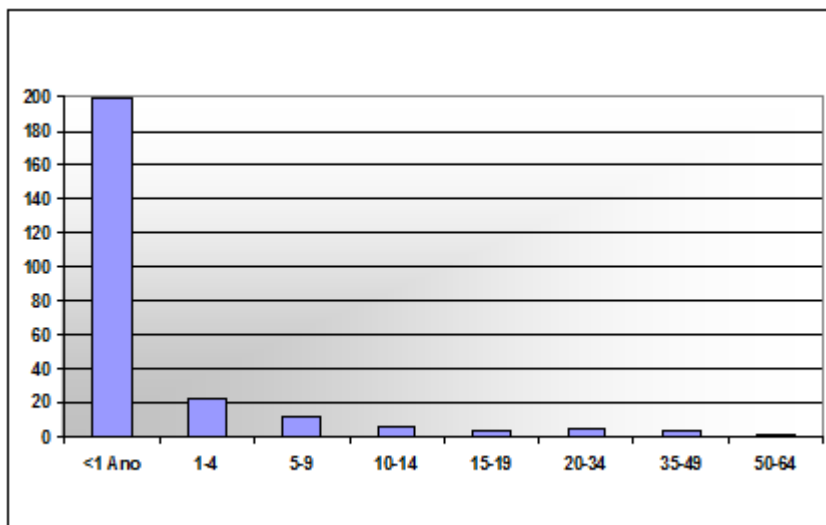
Coqueluche

Doença infecciosa aguda que apresentou um declínio importante após a introdução da vacina DPT em 1973, porém tem-se observado um recrudescimento da coqueluche no Brasil e em outros países nas últimas décadas.

No município de POA foi emitido um Alerta Epidemiológico informando o aumento de casos de Coqueluche, no ano de 2004, (Boletim Epidemiológico nº 23 de 2004); sendo a re-emergência desta doença também comprovada no Estado do Rio Grande do Sul.

No período 2007 a 2011 foram confirmados 253 casos de coqueluche como demonstra a análise do gráfico abaixo. Destes 78,66% ocorreram em crianças com idade inferior a 01 ano de vida. Quando consideramos a faixa etária de zero a 09 anos de vida a proporção é de 92,09% dos casos.

Gráfico 12– Coqueluche: Distribuição segundo faixa etária, em anos e ano de início dos sintomas, Porto Alegre,2007 a 2011.

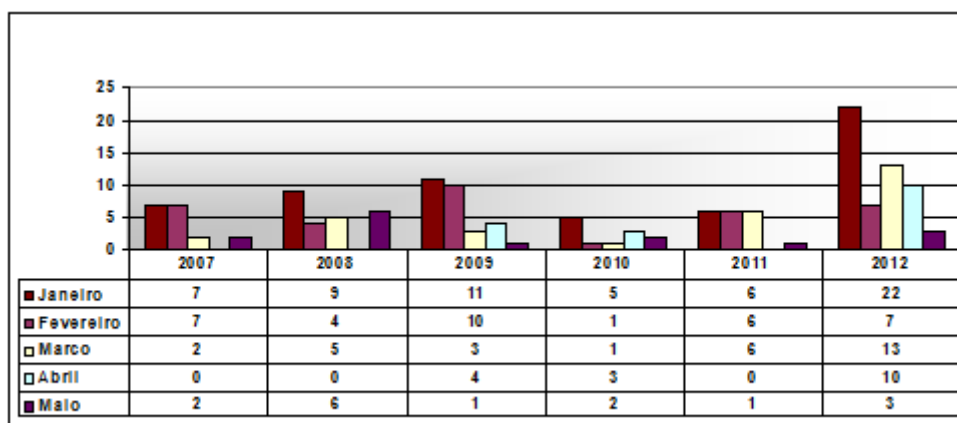


Fx Etária em anos	Proporção (%)
<1 Ano	78,66
1-4	9,09
5-9	4,35
10-14	2,37
15-19	1,58
20-34	1,98
35-49	1,58
50-64	0,40

FONTE: SINAN

No período 2008 a 2012 se verifica ainda o crescimento do risco de coqueluche na população com idade até 01 ano.

Gráfico 13– Coqueluche: Distribuição segundo mês e ano de início do sintoma,Porto Alegre,2007 a 2012.



FONTE: SINAN

O aumento dos casos de coqueluche é um fenômeno mundial e não há um motivo definido. O que se sabe é que a vacina tem eficácia restrita. A vacina da coqueluche está incluída na Pentavalente, realizada aos 2, 4, 6 meses. Reforço aos 15 meses (DPT) e 4 - 6 anos (DPT).

Depois de 5 a 10 anos da última dose os anticorpos caem, deixando a pessoa suscetível. São justamente os adultos jovens que adoecem, na maioria das vezes de forma oligossintomática, acometendo lactentes jovens (RN até 7 meses) que não fizeram ainda a vacina ou fizeram poucas doses. Estes tem formas clínicas típicas e graves, internando mais.

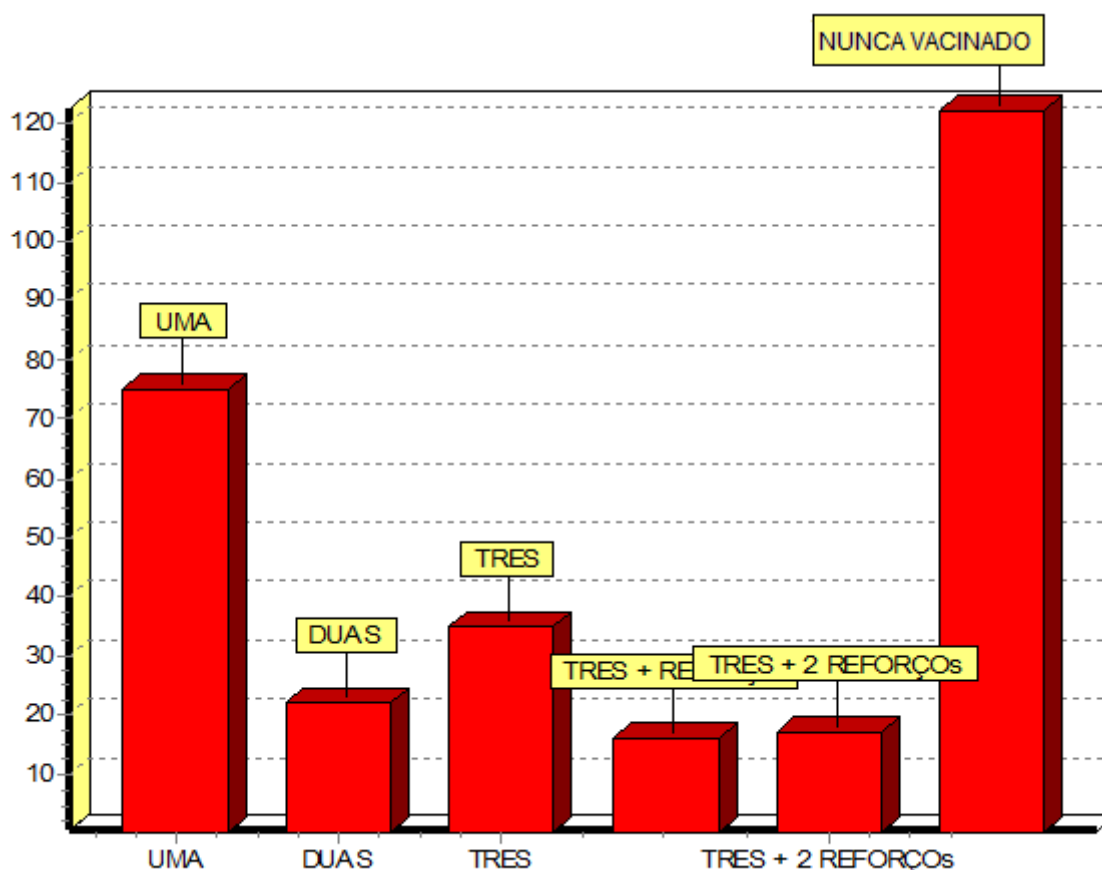
Segundo os trabalhadores das salas de vacinas, há diminuição do índice de vacinação em todas as gerências. Falta de busca ativa, problemas de registro, muitas vacinas ao mesmo tempo. O índice realmente está baixo, em POA. Em torno de 80% quando deveria ser de 90 a 95%. Menor interesse dos pais, sem dúvida contribui.

Observando as ocorrências no período janeiro a maio de 2012 relativamente ao mesmo período dos anos de 2007 a 2011, verifica-se que o número de casos em 2012 é aproximadamente três vezes maior do que em 2007.

A epidemiologia e a clínica se complementam e é importante lembrar que os lactentes jovens (principalmente os menores de 6 meses) constituem o grupo de indivíduos particularmente propenso a apresentar formas graves, muitas vezes letais, de coqueluche.

Conforme a frequência por classificação final da investigação segundo ano início dos sintomas em pacientes hospitalizados (2008 a 06/12/2012) verificamos que do total de 298 casos investigados, ocorreram 3 óbitos em criança menor de 1 ano, sendo que 2 óbitos foram no ano de 2012.

Gráfico 14- Investigação de Coqueluche – Sinan NET



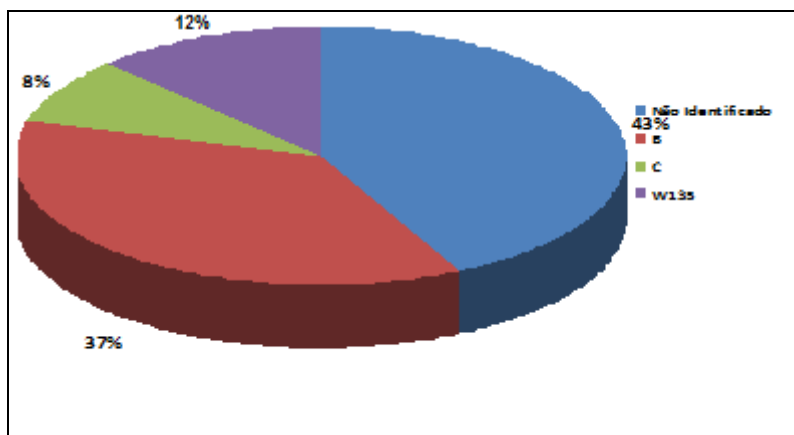
FONTE: SINAN, 2012

Meningites

A Doença Meningocócica é considerada uma doença de alta transcendência em saúde pública em função de seu potencial de provocar surto e epidemias. A vacina disponibilizada pelo PNI tem por alvo o sorogrupo C. Para o sorogrupo B, de maior ocorrência em POA conforme descrito no gráfico abaixo, a única vacina produzida tem seu uso restrito a situações epidêmicas uma vez que é caracterizada por sua baixa efetividade e alta reatogenicidade.

Em Porto Alegre as medidas de controle parecem estar dando conta de manter a doença em baixa endemicidade, não tendo sido verificada ocorrência de casos secundários.

Gráfico 15– Doença meningocócica: distribuição percentual dos casos segundo sorogrupo, Porto Alegre, 2008 a 10/12/2012



FONTE: SINAN

As meningites causadas pelo H. influenzae do tipo B (HIB) representavam a segunda causa de meningite bacteriana depois da Doença Meningocócica, até o ano de 1999. 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, até então responsável por 95% das doenças invasivas (meningite, septicemia, pneumonia, epiglote, celulite, artrite séptica, osteomielite e pericardite). No período 2008 a 2012 esta forma de meningite foi responsável por 0,32% do total de casos da doença. Atualmente, a meningite por S. Pneumoniae (com 5,16% do total de casos da doença) é segunda maior causa identificada dentre as meningites bacterianas. Cabe ressaltar, que, conforme pode ser observado no tabela 12, as meningites virais concentram 45,40% dos casos das doenças, alcançando 54% entre as crianças com idade até nove anos.

Tabela 8– Distribuição segundo etiologia, dos casos de meningites investigadas em residentes no município de Porto Alegre, no período 2012 a 10/12/2012.

Etiologia	2008	2009	2010	2011	2012	Total	(%) Proporção da etiologia no total de casos
Meningite Viral	207	226	160	154	107	854	45,4
Meningite não Especificada	46	71	77	74	54	322	17,12
Meningite de outra Etiologia	31	48	43	30	34	186	9,89
Meningite Pneumocócica	26	24	14	11	22	97	5,16
Meningite TBC	17	38	12	19	8	94	5
Doença Meningocócica	20	16	10	17	10	73	3,88
Meningite por HIB	1	1	2	1	1	6	0,32

FONTE: SINAN

A distribuição segundo a faixa etária dos casos de meningite de todas as etiologias no período 2008 a 2012 apresentam 38% dos casos em crianças na faixa etária de 0 a 9 anos de vida; de 10 a 19 anos: 19%; de 20 a 49 anos: 35%; de 50 a 64 anos 11%; e de 65 a 80 ou mais anos: 6%

A população com idade até 9 anos concentrou 59% dos casos de meningite meningocócica no período de 2008 a 2012.

Por outro lado, no mesmo período, nos casos de meningite por pneumococo, a população mais atingida e de adultos com idade entre 20 e 64 anos, 60% dos casos. Neste grupo, os indivíduos na faixa etária de 50 a 64 anos concentram 25% dos casos da doença.

A letalidade nos casos de meningite infecciosa é multifatorial sendo a etiologia um destes fatores. O quadro 4 descreve a letalidade segundo a etiologia nos casos de meningite investigados pela EVDT/CGVS.

Quadro 2– Distribuição da letalidade, segundo etiologia, dos casos em residentes no município de Porto Alegre, no período 2012 a 10/12/2012.

Etiologia	Letalidade no período (%)
Meningite Pneumocócica	38,14
Meningocócemia (MCC)	26,32
Meningite TBC	24,47
Meningite Outra Etiologia	23,66
Meningite por HIB	16,67
Meningite Bacteriana não especificada	16,47
MM+MCC	9,68
Meningite Não Especificada	6,52
Meningite Viral	0,94
Meningite Meningocócica (MM)	0

FONTE: SMS/CGVS/EVDT

Influenza

A importância da influenza como questão de Saúde Pública cresceu enormemente após o ano de 2009, quando se registrou a primeira pandemia do século XXI, com mais de 190 países notificando milhares de casos e óbitos pela doença, denominada Influenza Pandêmica A (H1N1) 2009.

No ano 2009 o total de casos notificados foi de 1690(100%) suspeitos de infecção pelo vírus influenza A (H1N1) no município de Porto Alegre, sendo 1089(64%) de residentes no município. Destes 444 (41%) foram confirmados como

infectados, sendo 402 (90%) com critério laboratorial. A letalidade pelo vírus influenza A (H1N1) foi de 8,3% com 37 óbitos. Destes 37 óbitos, 3 (8%) ocorreram em menores de 1 ano, 6(16%) entre 1 e 20 anos, 11 (30%) de 21 a 40 anos, 13 (35%) de 41 a 59 anos e 4 (11%) acima de 60 anos. A distribuição dos casos do ano de 2009, por semana epidemiológica, encontra-se no gráfico abaixo e a distribuição da frequência e respectiva incidência por faixa etária está demonstrada no gráfico 16.

Tabela 9 - Dados Campanha Influenza 2013.

	Meta	Doses Alcançadas	Cobertura Vacinal
Idosos	213003	194325	91,23111
Crianças	28379	27824	98,04433
Gestantes	14189	12778	90,05568
Puerpera	2332	3608	154,717
Trab Saúde	53357	68099	127,629
Índios	485	878	181,0309
Total	311.745	307.512	98,64216

FONTE: Imunizações CGVS/SMS - POA

Tabela 10- Série histórica da cobertura vacinal dos idosos em Porto Alegre.

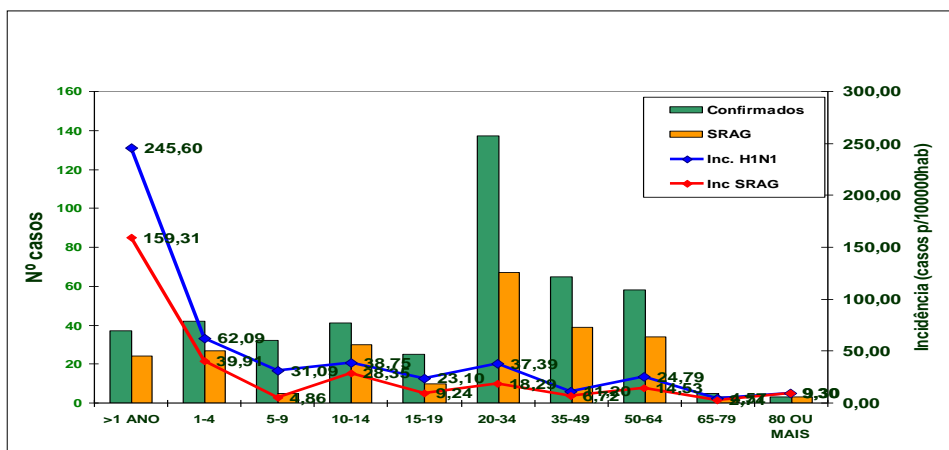
Período	Cobertura Vacinal dos idosos
1999	89,08
2000	65,28
2001	75,7
2002	80,15
2003	70,47
2004	72,24
2005	72,7
2006	72,46
2007	72,08
2008	72,99
2009	71,8
2010	65,73
2011	72,99
2012	79,43
2013	91,23

FONTE: Imunizações CGVS/SMS - POA

Conforme informe técnico da Campanha Nacional de Vacinação contra a influenza, as campanhas são realizadas desde 1999, e no início contemplavam apenas os idosos.

A importância da vacina segundo estudos referidos na Nota Técnica se deve ao fato de reduzir principalmente as hospitalizações por pneumonias e as complicações associadas à influenza.

Gráfico 16- Número e taxa de incidência dos casos de Influenza A(H1N1) e de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) confirmados com Influenza A(H1N1), Porto Alegre, 2009.

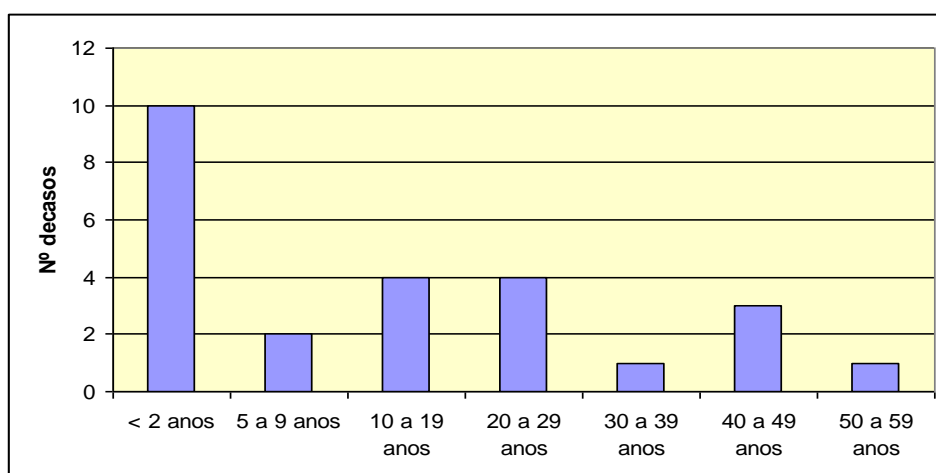


FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

No ano de 2010 o total de casos notificados suspeitos foi de 192 (100%) não havendo caso positivos de infecção pelo vírus influenza A (H1N1) no município de Porto Alegre, destes 127 (66,1%) foram descartados e 65 (33,9%) casos para outro agente infeccioso.

Em 2011 o total de notificações de Síndrome Respiratória Aguda Grave suspeitos de Influenza H1N1, foi de 348 casos (100%) destes 25 casos (7,2%) positivos para H1N1 1 óbito (0,3%), 113 casos para outros agentes (32,5%) e descartados 210 (60,3%). Assim identificamos o aparecimento de casos o que no ano anterior, não houve circulação do vírus.

Gráfico 17- Distribuição dos casos positivos para influenza H1N1 em Porto Alegre de SRAG por faixa etária no ano de 2011.

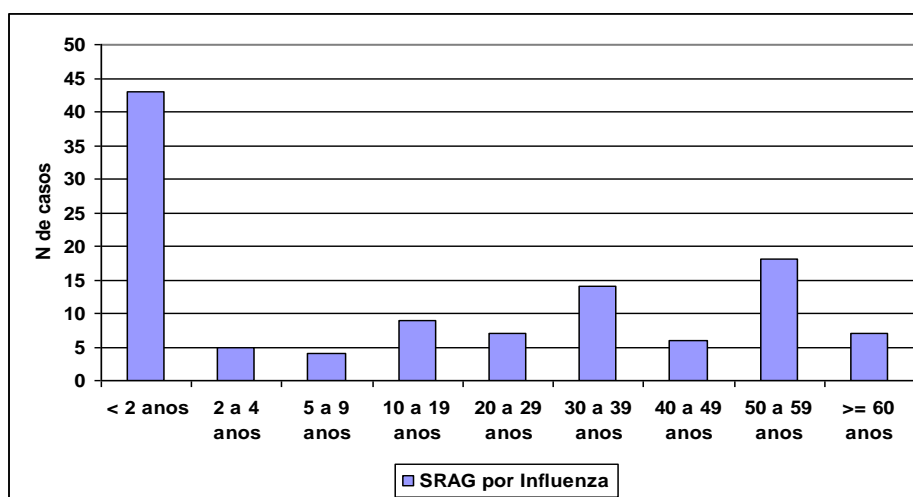


FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

Em 2012 até a Semana Epidemiológica¹(SE) 49 (de 02/12/2012 a 08/12/2012) foram investigados 1028 (100 %) casos de síndrome respiratória aguda grave SRAG, de pacientes moradores de Porto Alegre. Destes 113 (11%) confirmaram para Influenza A H1N1 (2009) com ocorrência de 10 óbitos (8,8%), 675 (65,6%) tiveram SRAG de etiologia não especificada e 240 (23,3%) outros vírus respiratórios entre estes, influenza H3N2, adenovirus, vírus sincicial, parainfluenza II e III. Dos 113 casos confirmados 59 são do sexo masculino e 54 são do sexo feminino.

No gráfico abaixo, observa-se que o maior número de casos aparece na faixa etária menor de dois anos, mantendo a mesma tendência do ano anterior.

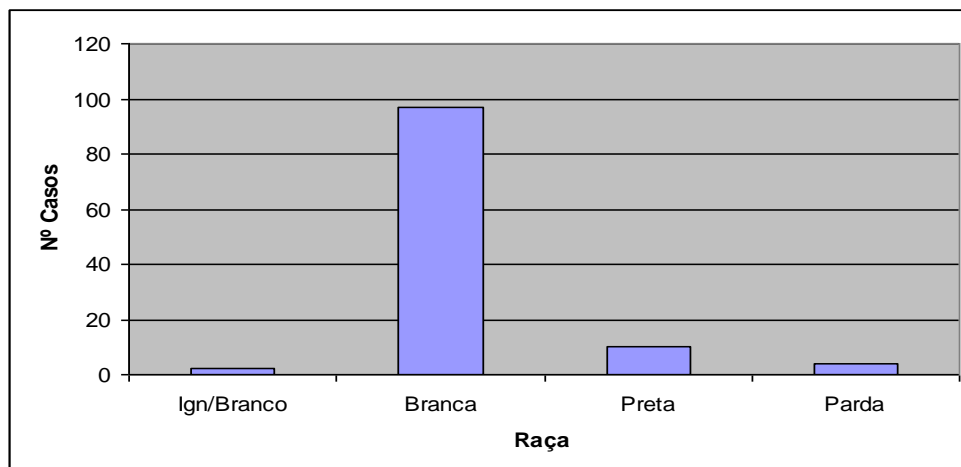
Gráfico 18– Distribuição dos casos positivos para influenza H1N1 moradores de Porto Alegre por faixa etária no ano de 2012.



FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

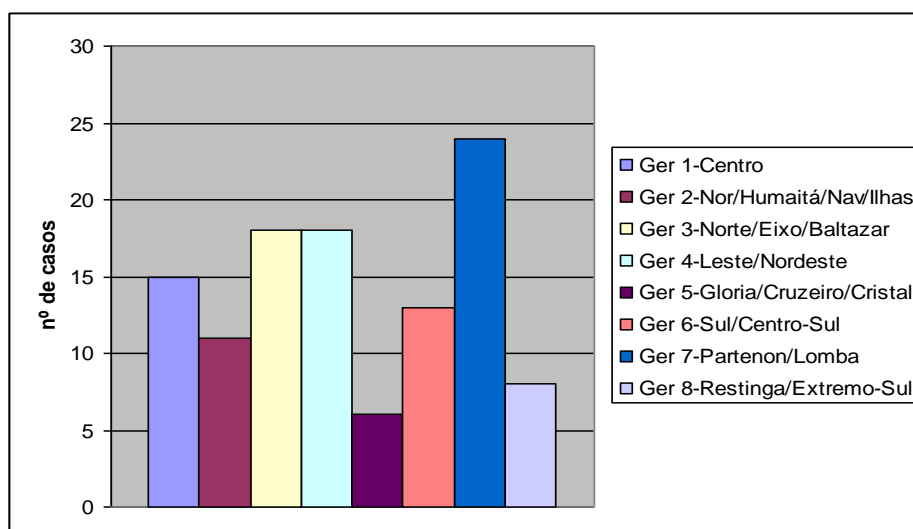
1

Gráfico 19– Distribuição dos casos positivos para influenza H1N1 moradores de Porto Alegre por Gerencia Distrital no ano de 2012 até a SE 49.



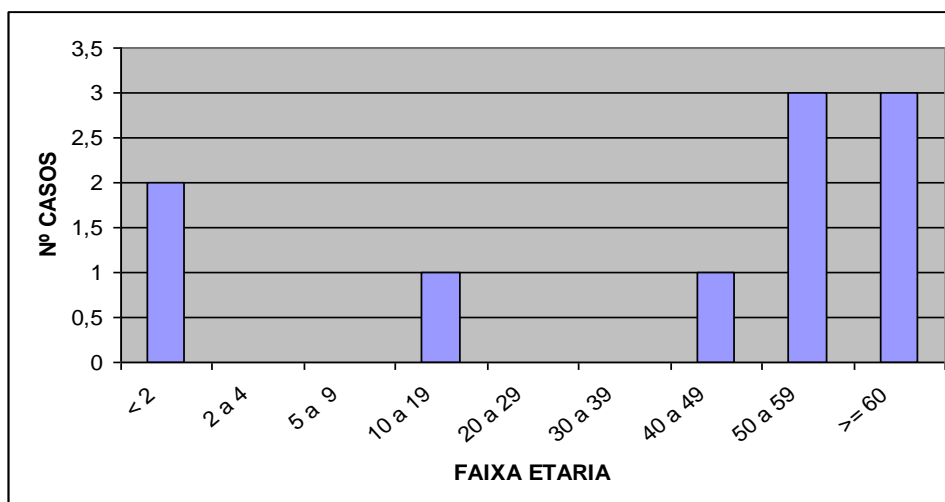
FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

Gráfico 20– Distribuição dos casos positivos para influenza H1N1 moradores de Porto Alegre por raça/cor no ano de 2012 até a SE 49.



FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

Gráfico 1–Distribuição dos óbitos por influenza H1N1 conforme faixa etária e situação vacinal, em residentes de Porto Alegre, no ano de 2012.



FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

No gráfico acima observamos que o total dos óbitos (10) por influenza H1N1, ocorreram em pacientes não vacinados, predominando a faixa etária de 50 a 60 anos e 2 óbitos (20%) eram da faixa etária menor de 2 anos e tinham recomendação de vacina.

Observa-se que 6 pacientes (60%), que foram a óbito no ano de 2012 em POA, apresentavam comorbidades e estavam no grupo recomendado para vacinação.

No início do ano de 2013 ocorreu um surto de infecção respiratória em uma clínica de idosos institucionalizados, na capital onde foi identificada a circulação do vírus Influenza H3N2, com um óbito.

Na tabela abaixo observamos a distribuição dos números de casos de SRAG, identificação viral e evolução, até a semana epidemiológica 29 (30/12/2012 a 20/07/2013).

Tabela 11- Consolidado com distribuição dos números de casos de SRAG, identificação viral e evolução, até a semana epidemiológica 29 (30/12/2012 a 20/07/2013).

Vigilância de SRAG* (2013)	Casos	Óbitos
Influenza A (H1N1)	29	5
Influenza A (H3N2)	32	1
Influenza B	01	0
SRAG por outros vírus	170	2
SRAG sem identificação viral	228	14
Em investigação	16	0
Total de Casos Notificados	476	22

FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

Até a SE 29 foram investigados 713 casos suspeitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave -SRAG sendo que 476 pacientes são moradores de Porto Alegre, destes 16 continuam em investigação.

Nesta semana epidemiológica confirmou-se 10 novos casos positivo de SRAG por Influenza (14/07/2013 a 20/07/2013).

Tabela 12- Casos de Influenza

Idade	Oseltamivir	Vacina	Fatores De Risco	Tipo	Obito
*68a	Sim	Sim	Pneumopatia Crônica	H1N1	Sim
01a	Não	Não	Doença Neurológica Crônica	H3N2	Não
03m	Sim	Não	Não	H3N2	Não
18a	Sim	Não	Doença Neurológica Crônica	H1N1	Não
05m	Sim	Não	Não	H1N1	Não
74a	Sim	Sim	Diabete Mellitus	H1N1	Não
19a	Sim	Não	Pneumopatia Crônica	H3N2	Não
01m	Sim	Não	Não	H3N2	Não
05m	Não	Não	Não	H1N1	Não
70a	Sim	Sim	Doença Cardiovascular Crônica	H1N1	Não
66a	Sim	Não	Não	H3N2	Não

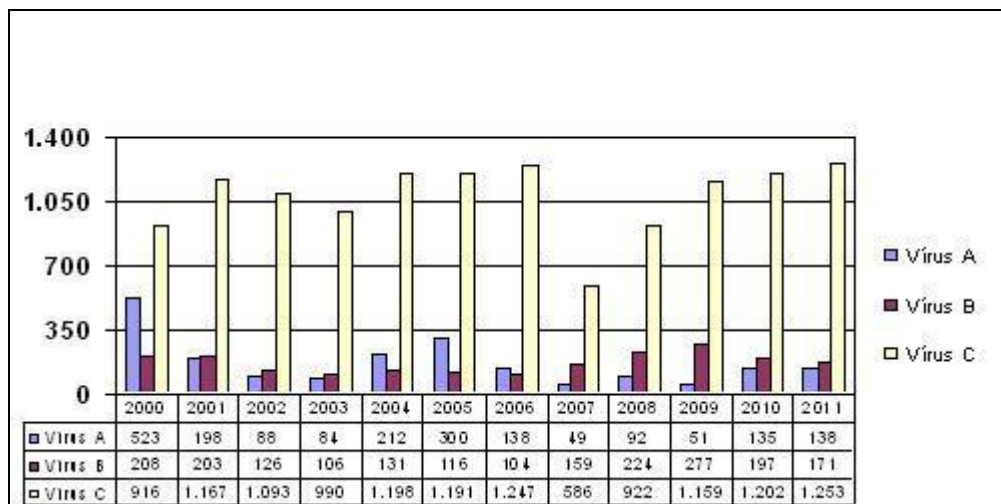
FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

*Óbito referente a SE 24.

Hepatites Virais

Em Porto Alegre, desde 1996, quando foi iniciada a vigilância epidemiológica das hepatites virais, são diagnosticados a cada ano, em média, 1000 a 1200 casos de hepatite C, 300 casos de hepatite B e em torno de 100 casos de hepatite do tipo A. O perfil de transmissão das hepatites virais em nosso meio ocorre conforme a sua etiologia; abaixo o gráfico conforme etiologia:

Gráfico 21– Frequência das Hepatites Virais por etiologia, Porto Alegre, 2000 a 2011

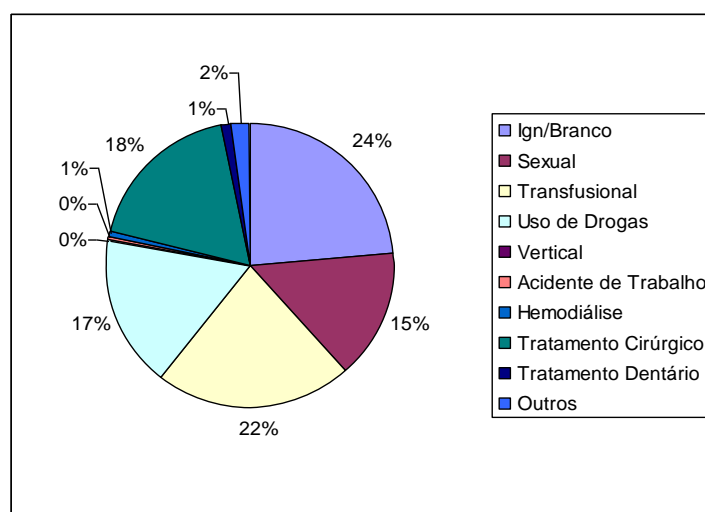


FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

As hepatites do tipo A estão relacionadas, em 90% dos casos da doença, à ingestão de água ou alimentos contaminados, e os mais acometidos são as crianças e jovens de 1 a 19 anos. As hepatites do tipo B, em 68% dos casos, acometem adultos jovens, na faixa etária de 20 a 49 anos, e sua transmissão está relacionada, principalmente, às relações sexuais sem proteção e ao uso de drogas.

As hepatites do tipo C são as mais prevalentes em Porto Alegre e a faixa etária mais acometida é a de 35 a 49 anos, com 41% dos casos, e de 50 a 64 anos, com 32% dos casos. O perfil de transmissão da hepatite C vem se alterando ao longo dos anos. Até o ano de 2005 a forma de transmissão mais referida pelos pacientes foi a transfusão de sangue e hemoderivados, uma vez que o exame para detecção do vírus só foi implantado nos bancos de sangue a partir de 1993. Esta forma de transmissão era bastante freqüente entre as pessoas que receberam sangue antes de 1993. Atualmente, as três formas de transmissão mais referidas pelos pacientes são os procedimentos hospitalares, uso de drogas e relação sexual sem proteção.

Gráfico 22– Distribuição de casos de hepatite C, por ano de diagnóstico e fonte de infecção em Porto Alegre, no ano de 2012.



FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

Quadro 3– Freqüência das Hepatites Virais por classificação etiológico segundo Gerência Distrital, no período de 2007 a 2011.

Gerência Distrital	Vírus A	Vírus B	Vírus C
Centro	31	142	638
Leste/Nordeste	60	87	474
Norte/Eixo Baltazar	51	78	450
Noroeste/Humaita/Navegantes/Ilhas	52	79	434
Gloria/Cruzeiro/Cristal	23	50	291
Restinga/Extremo Sul	14	37	229
Sul/Centro Sul	28	72	426
Partenon/Lomba Do Pinheiro	51	69	560
Total	310	614	3502

FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

No quadro acima o número de notificação da Hepatite A está relacionado a sensibilidade dos serviços da região para a notificação de casos suspeitos e diagnosticados, pois em outras regiões também há bolsões de populações em vulnerabilidade, com saneamento precário – o que falta é uma maior sensibilidade dos serviços para a notificação dos casos.

Quadro 4– Frequência das Hepatites Virais por classificação etiológica segundo raça cor em residentes de Porto Alegre, no período de 2007 a 2011.

Raça	Vírus A	Vírus B	Vírus C
Ign/Branco	73	153	442
Branca	318	735	3626
Preta	70	131	1025
Amarela	1	4	16
Indígena	3	4	10
Total	465	1027	5119

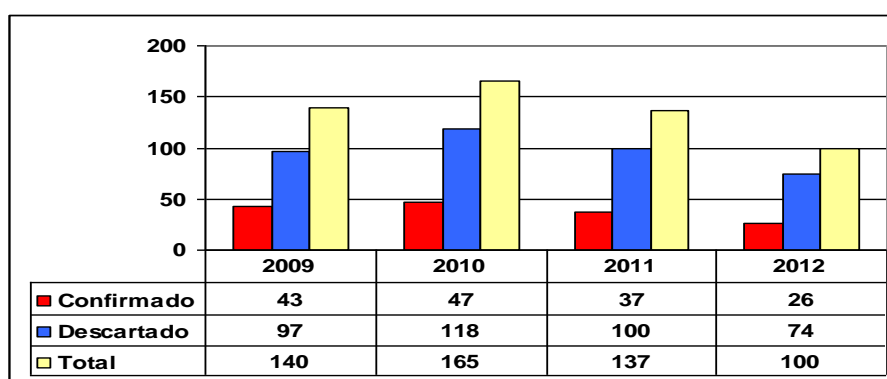
FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

No quadro acima o número elevado de ignorados na variável raça/ cor aponta para a dificuldade na qualificação desta informação junto aos profissionais notificadores.

Leptospirose

No ano de 2012, após alagamentos de grandes proporções em Porto Alegre, foram enviados dois Alertas Epidemiológicos (referentes às chuvas e alagamentos que ocorreram na cidade nos dias 14 de março e 16 de setembro) para todos os serviços de saúde, chamando atenção dos profissionais sobre o possível aumento de casos da doença. O gráfico abaixo demonstra os casos investigados e confirmados em Porto Alegre nos anos de 2009 a 2012, sendo que o último ano ainda não está concluído.

Gráfico 23- Frequência de casos investigados de Leptospirose segundo classificação final, 2009 a 2012*, Porto Alegre, RS.* Até a Semana Epidemiológica 49

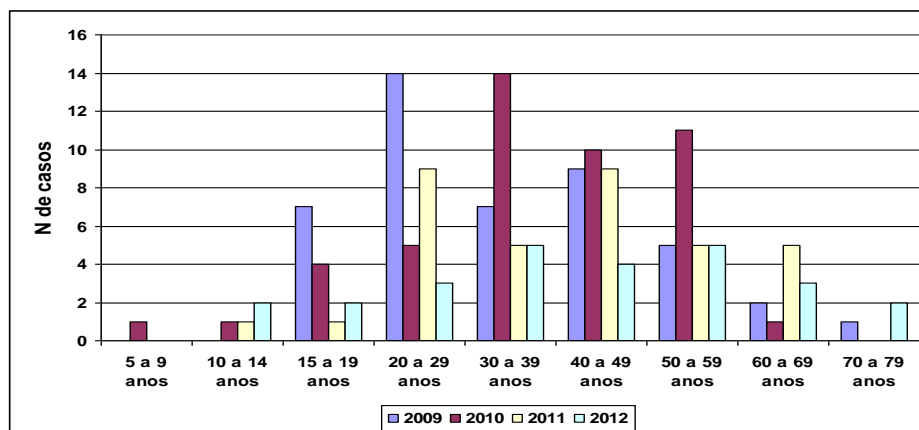


FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

*dados parciais até semana 49

O sexo masculino representa a maioria dos casos confirmados de 2009 a 2012 foram 138 casos no sexo masculinos e 18 no sexo feminino e, assim como os adultos, que geralmente são mais expostos aos fatores de risco.

Gráfico 24– Frequência de casos confirmados de leptospirose, segundo faixa etária, 2009 a 2012*, Porto Alegre, RS. *SE 49



FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN
*dados parciais até semana 49

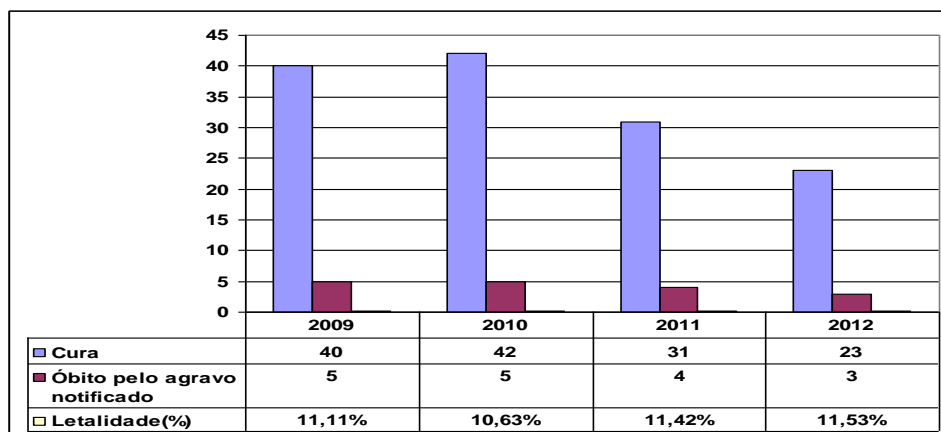
O Coeficiente de Letalidade da Leptospirose em Porto Alegre, embora variável, se mantém em níveis inferiores comparados à média nacional (22%). Na maioria dos casos, o paciente responde bem ao tratamento iniciado precocemente, mas a doença pode se apresentar de forma grave, evoluindo para o óbito em menos de 48 horas. Abaixo o gráfico demonstra a letalidade da doença em Porto Alegre.

Tabela 13- Frequência de casos de Leptospirose por Gerência Distrital, POA - 2012

Gerência Distrital	Frequência
Centro	2
Leste/Nordeste	1
Norte/Eixo Baltazar	5
Noroeste/Humaita/Navegantes/Ilhas	2
Gloria/Cruzeiro/Cristal	2
Sul/Centro Sul	3
Partenon/Lomba do Pinheiro	5
Ignorados	6
Total	26

FONTE: SINAN NET

Gráfico 25– Frequência de casos de Leptospirose segundo classificação final e letalidade, 2009 a 2012*, Porto Alegre, RS. *SE 49



FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

Dengue

O Levantamento de Índice Rápido de *Aedes aegypti* (LIRAA) é a metodologia recomendada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) para a determinação do Índice de Infestação Predial (IIP) do mosquito vetor da dengue (*Aedes aegypti*). Através da amostragem de imóveis do município, pode-se realizar de forma expedita um rápido diagnóstico da situação da presença de larvas do mosquito vetor na cidade.

Os resultados do LIRAA de janeiro de 2013 mostraram uma elevação substancial dos índices de infestação predial do mosquito vetor da dengue em Porto Alegre em relação ao registrado no mesmo período de 2012. (Quadro abaixo).

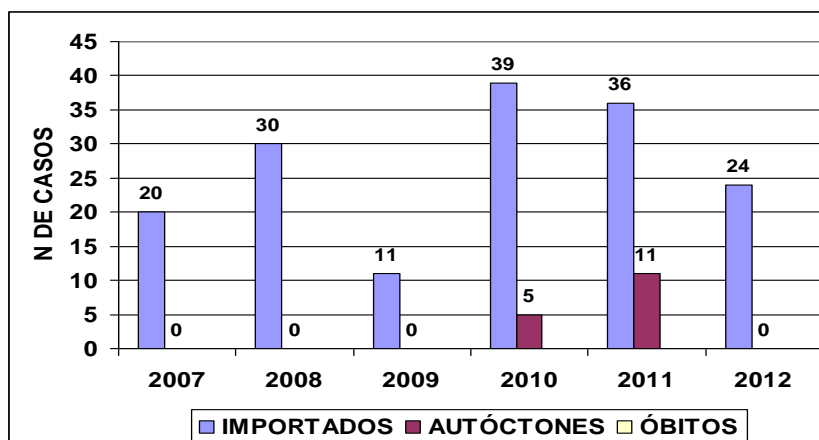
Quadro 5- Índice de infestação Predial (IIP) do LIRAA de janeiro de 2013, janeiro a março de 2013, por bairro e estrato.

Est	Bairros	Gerência Distrital	jan/12	mar/12	jan/13
			IIP	IIP	IIP
1	Centro, Farroupilha, Floresta, Independência, Moinhos de Vento, Bom Fim, Arquipélago	Centro	0,4	3,8	4,6
2	Auxiliadora, Mont'Serrat, Bela Vista, Petrópolis, Jardim Botânico, Rio Branco	Centro	5,3	4,7	5,2
3	Menino Deus, Santa Cecília, Praia de Belas, Azenha, Cidade Baixa, Santana	Centro	0,2	3,6	6,7
4	Navegantes, São Geraldo, Marcílio Dias, Farrapos	Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas	0,7	1,6	2,3
5	São João, Anchieta, Humaitá, Sta. Maria Goretti, Jd. São Pedro, Jd. Floresta	Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas	1	1,9	2,7
6	Boa Vista, Passo D´Areia, Higienópolis	Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas	2,1	4,7	3,3

7	São Sebastião, Vila Ipiranga, Cristo Redentor, Jardim Lindóia	Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas	2,5	9,6	7,5
8	Sarandi (parte do bairro)	Norte/Eixo Baltazar	1,8	8,4	5,5
9	Sarandi (parte do bairro), Passo das Pedras (parte do bairro)	Norte/Eixo Baltazar	1,8	8,4	5,5
10	Rubem Berta (parte do bairro), Passo das Pedras	Norte/Eixo Baltazar	0,7	12,3	5,5
11	Rubem Berta (parte do bairro)	Norte/Eixo Baltazar	0,7	12,3	5,5
12	Jardim Itú-Sabará, Vila Jardim	Leste/Nordeste	1,6	3,4	3,4
13	Três Figueiras, Chácara das Pedras, Bom Jesus, Jd. do Salso	Leste/Nordeste	2,7	6,1	5,6
14	Jardim Carvalho, Protásio Alves	Leste/Nordeste	5,2	5	3,8
15	Mário Quintana	Leste/Nordeste	2,4	5	4,6
16	Cristal, Santa Teresa (parte do bairro)	Glória/Cruz./Cristal	4,3	4,9	4,6
17	Santa Teresa (parte do bairro), Medianeira	Glória/Cruz./Cristal	4,3	4,9	4,6
18	Glória, Cascata, Belém Velho	Glória/Cruz./Cristal	3	3,3	2,8
19	Aberta dos Morros	Sul/Centro Sul	0,2	2,9	4
20	Nonoai, Teresópolis	Sul/Centro Sul	2,2	6,4	7,4
21	Vila Nova	Sul/Centro Sul	0,6	6,6	5,3
22	Vila Assunção, Tristeza, Vila Conceição, Pedra Redonda, Ipanema	Sul/Centro Sul	1,3	2,8	3,1
23	Espírito Santo, Guarujá, Serraria, Hípica	Sul/Centro Sul	0	0,7	1,8
24	Camaquã, Cavalhada	Sul/Centro Sul	2,6	3,6	8,5
25	Partenon, Santo Antônio, Vila João Pessoa (parte do bairro)	Partenon/Lomba do Pinheiro	6,2	3,8	6,2
26	São José, Cel. Aparício Borges, Vila João Pessoa (parte do bairro)	Partenon/Lomba do Pinheiro	6,2	3,8	6,2
27	Lomba do Pinheiro (parte do bairro)	Partenon/Lomba do Pinheiro	6,8	5,7	8,6
28	Lomba do Pinheiro (parte do bairro), Agronomia	Partenon/Lomba do Pinheiro	6,8	5,7	8,6
29	Restinga	Restinga/Extremo Sul	1	2,7	4,5
30	Chapéu do Sol, Ponta Grossa, Belém Novo, Lageado, Lami	Restinga/Extremo Sul	0	NR	0,3

FONTE: CVGS

Gráfico 26– Frequência de casos confirmados importados e autóctones de dengue, 2007 a 2012 - Porto Alegre/RS. (SE 49)

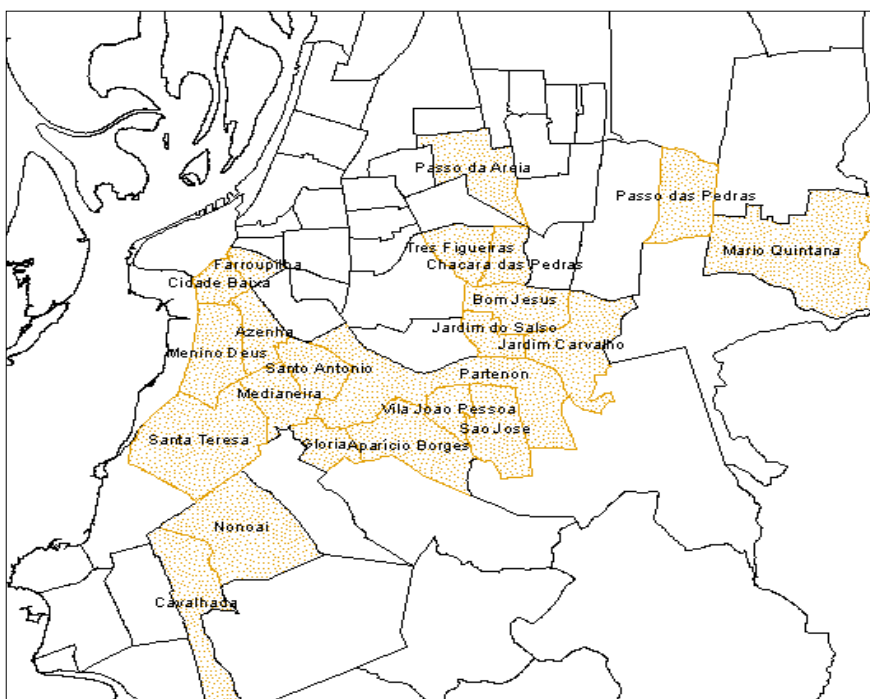


FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

Após a ocorrência de casos autóctones de dengue em Porto Alegre em 2010 e 2011 (Gráfico 26), as ações de prevenção e controle do vetor foram incrementadas. Foi implementada em 2012 a instalação das armadilhas Mosquitrap para mosquitos adultos e também a utilização de aparelhos celulares com o software Dengue Report para o registro de dados de visitas domiciliares pelos Agentes de Combate a Endemias (ACE). Essas visitas, realizadas durante todo o ano e em todos os bairros pelos ACEs e coordenados pelo Controle Operacional da Dengue tem papel importante na divulgação do conhecimento e controle do vetor.

O mapa abaixo apresenta os bairros onde as armadilhas estão instaladas.

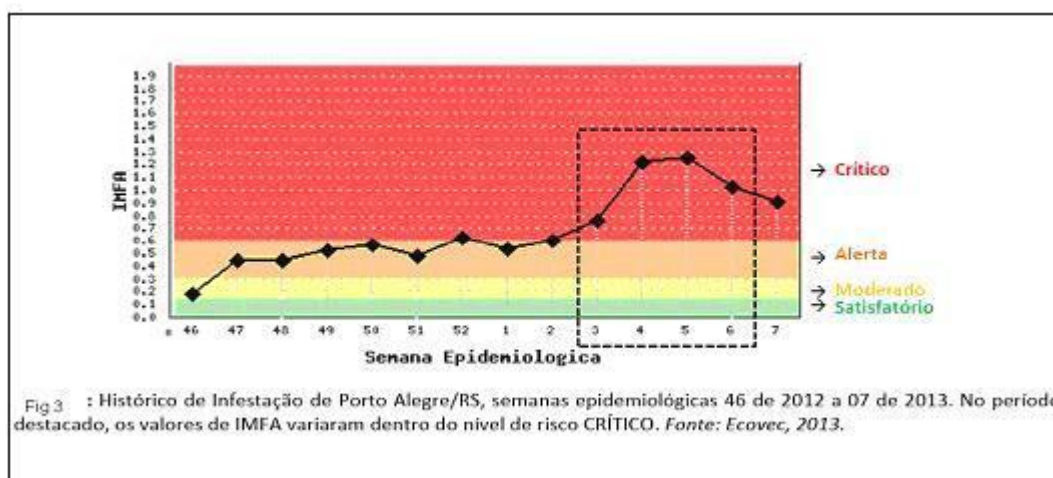
Figura 1- Bairros onde estão instaladas armadilhas para captura de mosquitos adultos de *Aedes aegypti*, Porto Alegre/RS.



FONTE: CVGS/SMS

A partir do acompanhamento do histórico de infestação nesses bairros (Gráfico 27) pode-se verificar que os valores de IMFA (Índice Médio de Fêmeas nas Armadilhas) registrados durante as semanas 03 a 06 variaram dentro do nível de risco crítico, com índices acima dos valores aceitáveis para infestação controlada.

Gráfico 27– Índice Médio de Fêmeas de *Aedes Aegypti*



FONTE: CGVS/SMS

A identificação de casos autóctones de dengue em 2013 com início na semana epidemiológica 3 confirmam a condição de risco identificada pela alta densidade de mosquitos.

Tal situação indica um elevado risco de transmissão de dengue em Porto Alegre. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de mobilizar a população para o efetivo controle dos depósitos nos imóveis residenciais e comerciais, assim como do poder público, nas áreas sob sua responsabilidade. Além disso, os serviços de saúde do município devem estar preparados para diagnosticar e notificar os casos de dengue propiciando uma rápida intervenção ambiental. Somente com esses cuidados será possível minimizar as condições de transmissão da dengue em Porto Alegre nos próximos anos.

No dia 05 de fevereiro de 2013 a Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis e o Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde emitiram o alerta epidemiológico informando casos confirmados de Dengue em pacientes moradores e ou trabalhadores do Bairro Partenon e Azenha, sem história de deslocamento para áreas de transmissão (casos autóctones).

Tabela 14- Casos de Influenza

Situação Epidemiológica	Importados (com história de viagem)	Autóctones	Total de casos	Bairros de residência dos Casos sem história de viagem
Casos confirmados	64 (um paciente com local de infecção indeterminado).	146	210	Partenon (70), Bom Jesus (16), São José (13), Santana (12), Santo Antonio (7), Jardim Botânico (5), Navegantes (4), Petrópolis (3), Humaitá (2), Santa Maria Goretti (2), Cristal (2), Cel. Ap. Borges (2), Chácara das Pedras (2), Santa Cecília (1), Vila Ipiranga (1), Vila Jardim (1), Ipanema (1), Cidade Baixa (1), Azenha (1).
Óbitos	zero	zero	zero	nenhum

FONTE: CGVS

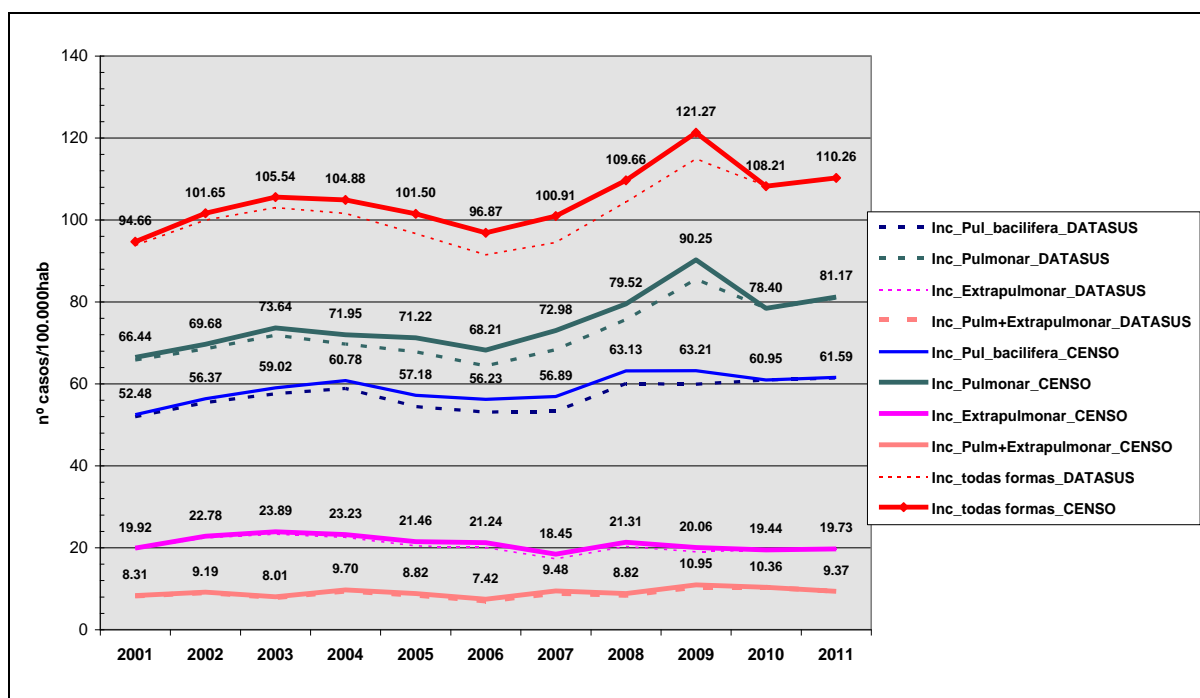
Até a SE 26 (término em 29/06) foram investigados 1221 casos suspeitos de dengue sendo que 1089 pacientes são moradores de Porto Alegre. Dos pacientes residentes em Porto Alegre, 867 foram descartados, 210 confirmados e 12 seguem em investigação. Pela técnica de PCR foi possível detectar o sorotipo em 52 amostras dos casos autóctones. Em 47 pacientes foi detectado sorotipo DENV 2, em

dois pacientes sorotipo DENV 1 e em três pacientes foi detectado o sorotipo DENV 4.

Tuberculose

Porto Alegre apresenta uma alta endemicidade de tuberculose, tendo uma média de 1613 casos novos/ano no período de 2001 a 2011, sob todas as formas clínicas. Já a forma pulmonar bacilífera, que é a forma transmissível da doença, tem em média no mesmo período, 594 casos novos/ano. Estes números colocam a cidade como a primeira capital de estado brasileira em incidência desta doença. Pode -se avaliar as taxas de incidência por forma clínica, no gráfico 24.

Gráfico 2– Distribuição das Incidências de Tuberculose, por forma clínica e por população de Porto Alegre do DATASUS e CENSO, no período de 2001 a 2011.



FONTE: SINAN-NET/EVDT/CGVS/SMS/POA
 Dados atualizados em 26/11/2012 - incidência (nº de casos/100000hab)

Para uma análise regionalizada da tuberculose na cidade, a tabela abaixo mostra a incidência por gerências de saúde, com destaque para as incidências superiores ao geral da cidade, pois a priorização de ação nas mesmas é embasada pelo princípio do Sistema Único de Saúde –SUS de equidade em saúde.

Tabela 15– Distribuição dos casos novos em todas as formas clínicas de Tuberculose e incidência (casos /100.000 habitantes) por Gerência Distrital da cidade de Porto Alegre por ano diagnóstico no período de 2008 a 2011.

Gerência Distrital	2008		2009		2010		2011	
	N	Incidência	N	Incidência	N	Incidência	N	Incidência
Centro	183	66.18	228	82.46	202	73.05	230	83.18
Noroeste/Humaita/ Navegantes/Ilhas	137	74.51	129	70.16	131	71.24	124	67.44
Norte/Eixo Baltazar	163	86.19	149	78.79	172	90.95	171	90.42
Leste/Nordeste	228	150.70	218	144.09	209	138.14	197	130.21
Gloria/Cruzeiro/ Cristal	144	96.79	140	94.10	133	89.39	156	104.85
Sul/Centro Sul	144	75.13	161	84.00	161	84.00	148	77.22
Partenon/Lomba do Pinheiro	212	122.05	231	132.98	211	121.47	250	143.92
Restinga/Extremo Sul	102	108.04	95	100.63	98	103.80	80	84.74
Total	1313	93.16	1351	95.86	1317	93.45	1356	96.21

FONTE: SINAN-NET/EVDT/CGVS/SMS/POA e Censo Vitais/População Gerências

Destacamos nas tabelas abaixo que prevalece a incidência de novos casos de tuberculose todas as formas e tuberculose pulmonar bacilífera na raça negra.

Tabela 16- Número de casos novos de tuberculose todas as formas e coeficiente de incidência por raça/cor, entre residentes em Porto Alegre, 2º quadrimestre/2012.

IBGE 2010	2º quadrimestre 2012	Incidência	2º quadrimestre 2011	Incidência
Branca	294	26,3	344	30,8
Negra	128	44,9	170	59,6
Indígena	3	90,7	1	30,2
Total	427	30,3	517	36,7

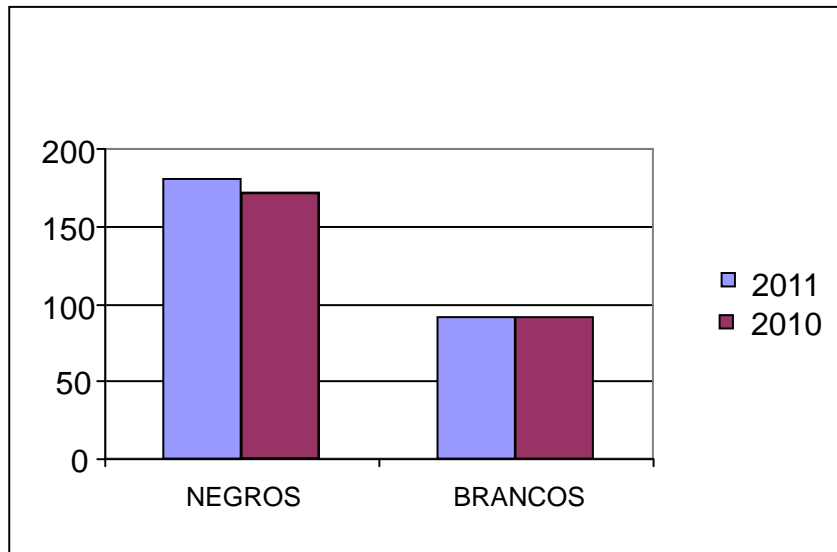
FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET, Base de dados de 09/09/2012. Dados sujeitos a alteração pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN.IBGE/2010

Tabela 17- Número de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera e coeficiente de incidência por raça/cor, entre residentes em Porto Alegre, 2º quadrimestre/2012

IBGE 2010	2º quadrimestre 2012	Incidência	2º quadrimestre 2011	Incidência
Branca	114	10,2	169	15,1
Negra	73	25,6	90	31,5
Indígena	2	60,5	1	30,2
Total	191	13,6	262	18,6

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET, Base de dados de 09/09/2012. Dados sujeitos a alteração pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN. IBGE/2010

Gráfico 28 - Taxa de Incidência de Tuberculose por 100.000 nos anos de 2010 e 2011

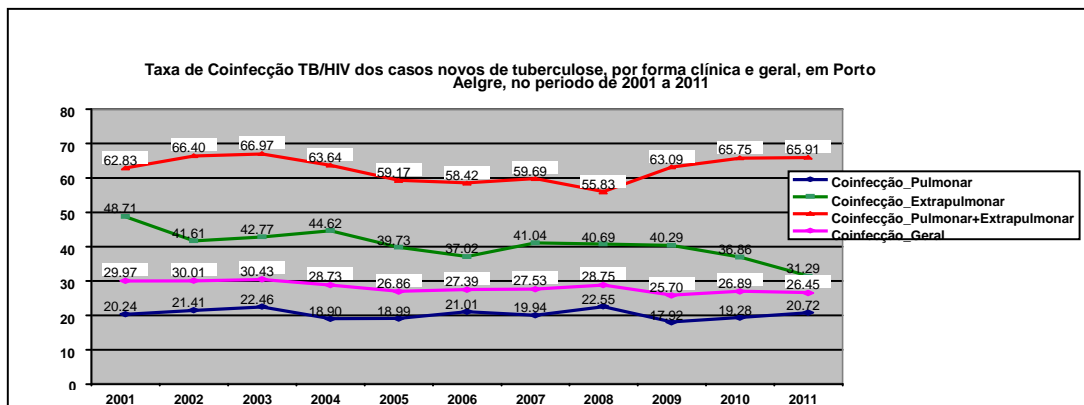


FONTE: SINAN/SMS

A taxa de incidência da Tuberculose teve uma pequena queda no ano de 2011 para a população branca que apresentou em 2010, 91,25/100.00 e no ano de 2011 foi de 91,08/100.00 diferente da população negra que teve um aumento de 5% , na qual apresentou em 2010, 171,4/100.000 e em 2011, 180,16/100.000

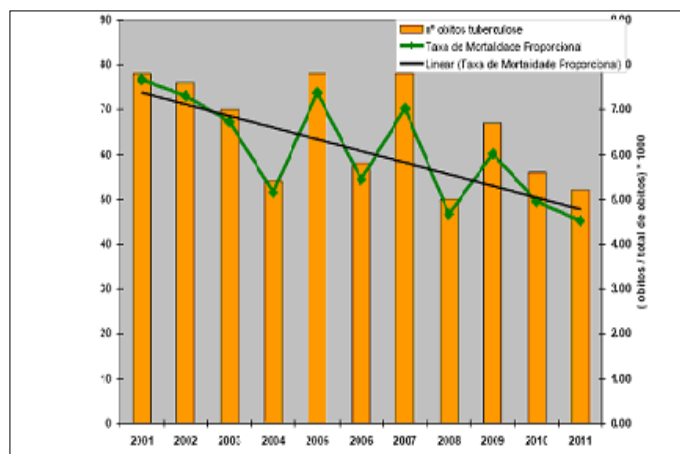
A coinfeção HIV/Tuberculose é alta no município, pois Porto Alegre também possui a maior incidência entre as capitais de estado brasileiras com AIDS. A taxa de coinfeção TB/HIV está mostrada no gráfico abaixo por forma clínica da tuberculose e verifica-se uma coinfeção HIV e tuberculose pulmonar + extrapulmonar de 65%, e 26% para a tuberculose todas as formas clínicas no ano de 2011.

Gráfico 29– Taxa de coinfeção TB/HIV por forma clínica da tuberculose em Porto Alegre, no período de 2001 a 2011.



FONTE: SINANNET/EVDT/CGVS/SMS/POA dados atualizados em 26/11/2012

Gráfico 30 – Óbitos por tuberculose e taxa de mortalidade proporcional no período de 2001 a 2011



FONTE: SIM

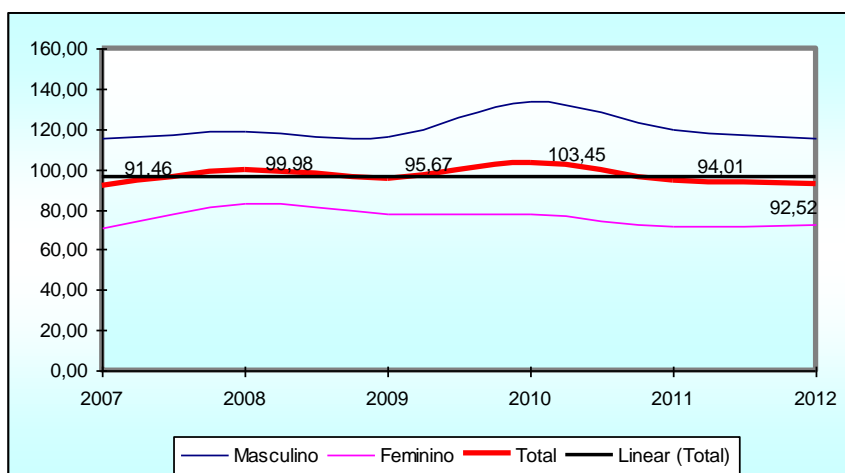
A queda da mortalidade proporcional da tuberculose foi de 3,83 casos nos 10 anos avaliados, em 2001 foi de 7,67 e, no ano de 2011, de 3,84 óbitos de tuberculose e 1000 óbitos.

Na coinfeção com HIV/AIDS há uma importante diferença da letalidade da tuberculose pulmonar bacilífera atingindo um percentual de 20% em relação a 5% dos casos HIV negativos.

AIDS

A Aids que teve seu primeiro caso registrado em Porto Alegre no ano de 1983 e totaliza até o final do ano de 2011, 22.470 casos, sendo 96% em adultos e 4,11% em crianças. Excluindo-se os óbitos há 14.100 pessoas vivendo com AIDS em Porto Alegre, e a estimativa de pessoas com HIV é de 28.187 pessoas (2% da população), considerando a taxa de infecção do HIV em gestantes ser de 2% no município. A razão de sexo que em 1987 era de 13 casos em homens para cada mulher com AIDS em 2012 está em 1,3 casos. A distribuição da incidência de AIDS, de 2007 a 2012 esta mostrada no gráfico 28 e no quadro 8 os casos e incidência total e por sexo, por distrito de saúde, percebendo-se regiões com incidências maiores que a cidade.

Gráfico 31– Coeficiente de Incidência de Aids em adultos, Porto Alegre, 2001 a 2011*



FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

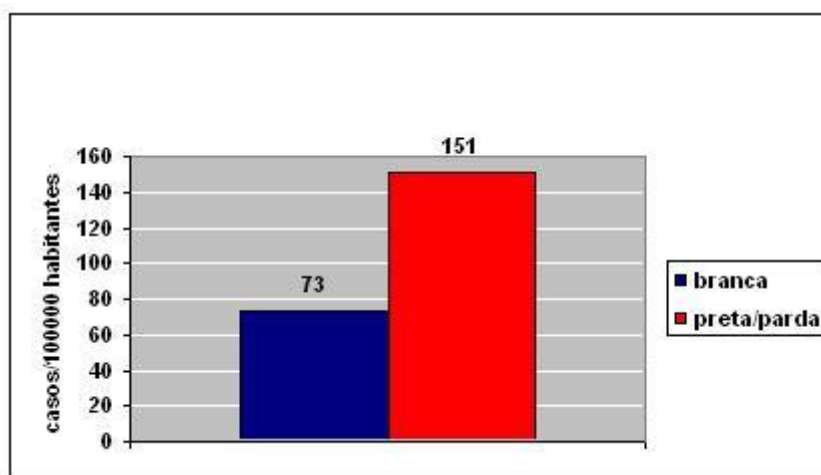
Quadro 6–Incidência da Aids em 2011 por Distrito de Saúde de Porto Alegre

Distrito de Saúde	Incidência*	Casos Novos AIDS
Cruzeiro	170,75	107
Partenon	133,79	155
Restinga	133,68	81
Lomba do Pinheiro	124,46	72
Humaita-Navegantes-Ilhas	112,98	60
Glória	104,64	59
Leste	103,16	116
Eixo-Baltazar	79,13	74
Nordeste	74,65	29
Centro	74,01	206
Extremo-Sul	73,93	25
Sul	69,35	58
Norte	69,04	66
Centro-Sul	63,87	69
Noroeste	54,29	71
Cristal	13,46	4
(vazio)	-	35

FONTE: SMS/CGVS/EVDT/SINAN

* Casos/100.000 hab

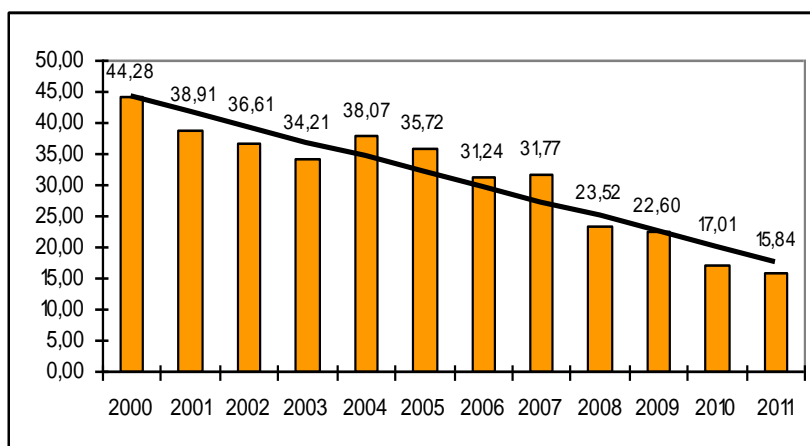
Gráfico 32– Taxa de Incidência da Aids por raça/cor em POA/2011



FONTE: SINAN/SMS/POA

Em 2011 o risco de uma pessoa maior de 13 anos ter Aids da raça/cor negra/parda aumentou para 1,06 a mais na raça/cor negra do que para a raça/cor/branca como mostra o gráfico acima.

Gráfico 33– Letalidade por Aids em Porto Alegre – série histórica de 2000 a 2011



FONTE: SINAN/EVDT/CGVS/SMS;

*Dados sujeitos a revisão

A letalidade da Aids em virtude do tratamento combinado com antirretrovirais se mostra em queda no município, principalmente a partir do ano 2000, porém ainda em patamares elevados acima de 10%, como mostra o gráfico 33.

Tabela 18– Letalidade e Mortalidade Proporcional do Aids, por faixa etária e ano

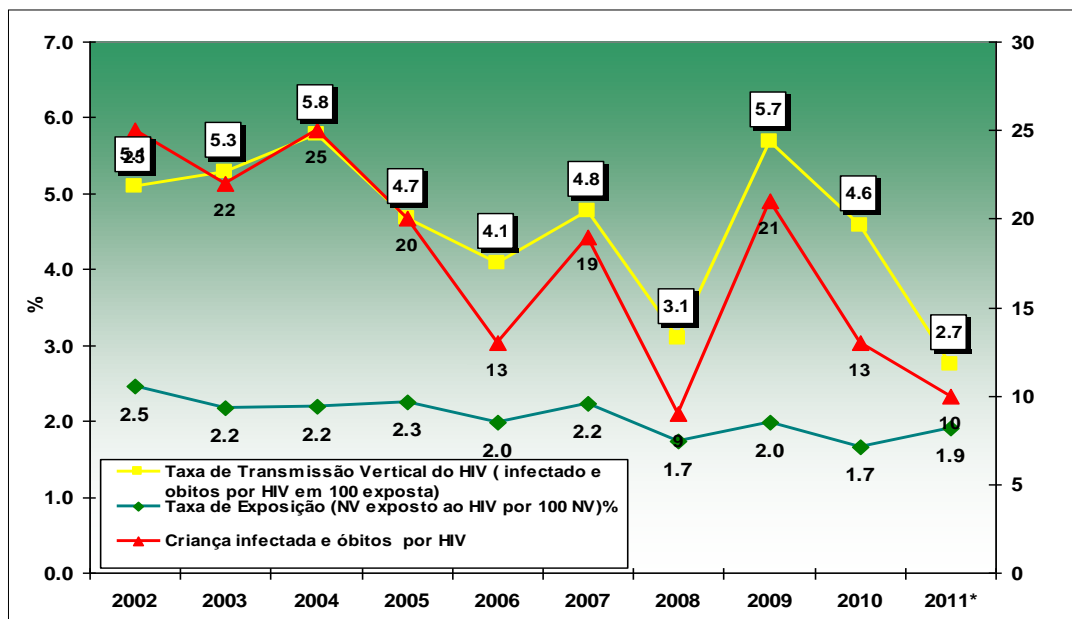
Letalidade e Mortalidade Proporcional do HIV, por faixa etária e ano.*						
Faixa/Sexo	2011		2010		Variação %	
	M	F	M	F	M	F
< 1 ano a 14 anos	0	0	0	0	0	0
15 a 19 anos	11,11	0	12,5	0	-1,39	0
20 a 34 anos	16,34	7,46	16,28	14,67	0,06	-7,21
35 a 49 anos	19,51	8,54	15,68	15,57	3,99	-7,03
50 a 64 anos	23,71	19,12	23,61	17,71	0,1	1,41
65 a 79 anos	46,67	16,67	27,27	37,5	19,4	-20,83
80 e +	0	0	0	0	0	0
Total	15,38		17,01		-1,43	

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/ SINAN NET/SIM.

A letalidade por Aids diminuiu 1,43% comparando 2011 com 2010. Quando analisada por sexo, observa-se que não ocorreram óbitos em indivíduos com até 14 anos, em 2010 e 2011. Nas demais faixas etárias, a letalidade é maior em homens, exceção no ano de 2010, na faixa etária de 65 a 79 anos onde o percentual de óbitos em mulheres foi maior.

A estimativa de pessoas no município estarem portadoras do vírus HIV é decorrente a vigilância da gestante HIV e criança exposta que mostra que 2% dos nascidos vivos no município estão expostos ao HIV pela gestação/parto, como mostra o gráfico 34. O mesmo gráfico mostra a alta taxa de transmissão vertical no município.

Gráfico 34– Distribuição da Taxa de Exposição de Nascido Vivo ao HIV e Taxa de Transmissão Vertical em Porto Alegre no período de 2002 a 2011.



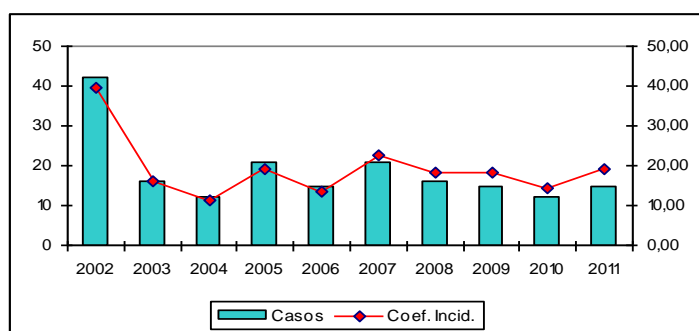
FONTE: SINAN/EVDT/CGVS/SMS;

*Dados sujeitos a revisão. Os dados da Transmissão Vertical estão encerrados até o ano de 2009, com taxa de 5,7, pois os casos demoram até dois anos para serem concluídos.

Dados SINAN captados 04/10/2012

A alta taxa de transmissão vertical do HIV em Porto Alegre leva a uma alta taxa de incidência de Aids em menores de 5 anos que pode ser verificada no gráfico 34.

Gráfico 35– Casos de Aids e Coeficiente de Incidência em menores de 5 anos, Porto Alegre, 2002 a 2011*



FONTE: SINAN/EVDT/CGVS/SMS;

*Dados sujeitos a revisão

Para uma análise regional da taxa de transmissão vertical do HIV no ano de 2009, que teve a coorte encerrada em 2011, fez-se a tabela 17 que mostra distritos com taxas acima da cidade.

Tabela 19– Tabela dos casos de crianças expostas ao HIV , nascidas em 2009 e encerramento do caso, mostrando a taxa de infecção do HIV por Distrito de Saúde de Porto Alegre.

Distrito Saúde	Infectada		Não Infectada		Perda Seguimento		Óbito		Total N	Total %
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Centro-Sul	2	8.33	15	62.50	6	25.00	1	4.17	24	100.00
Restinga	2	5.88	19	55.88	13	38.24		0.00	34	100.00
Nordeste	1	5.00	15	75.00	3	15.00	1	5.00	20	100.00
Humaita-Navegantes-Ilhas	3	14.29	10	47.62	8	38.10		0.00	21	100.00
Cruzeiro	5	11.36	27	61.36	9	20.45	3	6.82	44	100.00
Norte	3	11.11	20	74.07	4	14.81		0.00	27	100.00
Sul	1	11.11	4	44.44	4	44.44		0.00	9	100.00
Leste	4	10.26	29	74.36	6	15.38		0.00	39	100.00
Noroeste		0.00	15	83.33	3	16.67		0.00	18	100.00
Lomba do Pinheiro		0.00	21	75.00	6	21.43	1	3.57	28	100.00
Partenon		0.00	30	78.95	8	21.05		0.00	38	100.00
Gloria		0.00	8	66.67	3	25.00	1	8.33	12	100.00
Extremo-Sul		0.00	4	57.14	3	42.86		0.00	7	100.00
Eixo-Baltazar		0.00	17	89.47	2	10.53		0.00	19	100.00
Centro		0.00	17	77.27	5	22.73		0.00	22	100.00
(Vazio)		0.00	6	75.00	1	12.50	1	12.50	8	100.00
Total Geral	21	5.68	257	69.46	84	22.70	8	2.16	370	100.00

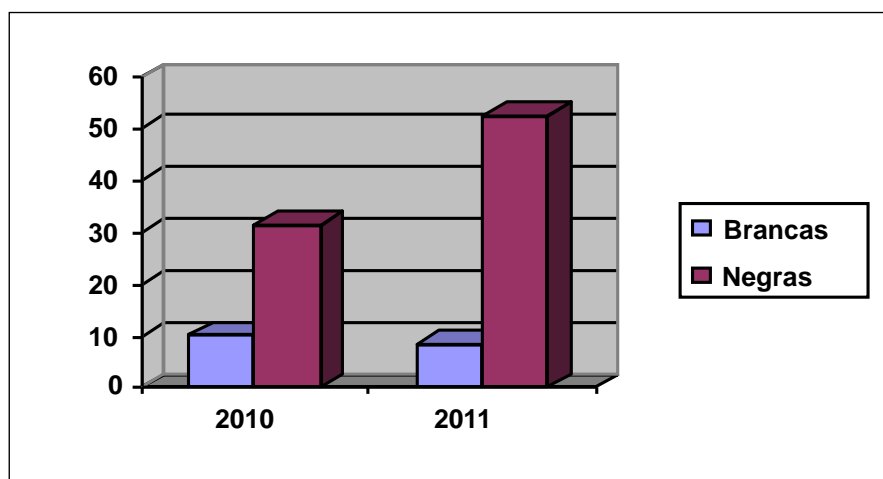
FONTE: SINAN/EVDT/CGVS/SMS;

*Dados sujeitos a revisão

* o ano de 2009 teve a coorte encerrada em 2011.

Pode-se verificar, no quadro acima, que o distrito de saúde que apresentou a maior incidência de HIV foi Humaitá – Navegantes – Ilhas e, a maior perda de seguimento ocorreu no distrito da Restinga.

Gráfico 36- Incidência de casos de AIDS em menores de 5 anos de idade, segundo raça/cor.



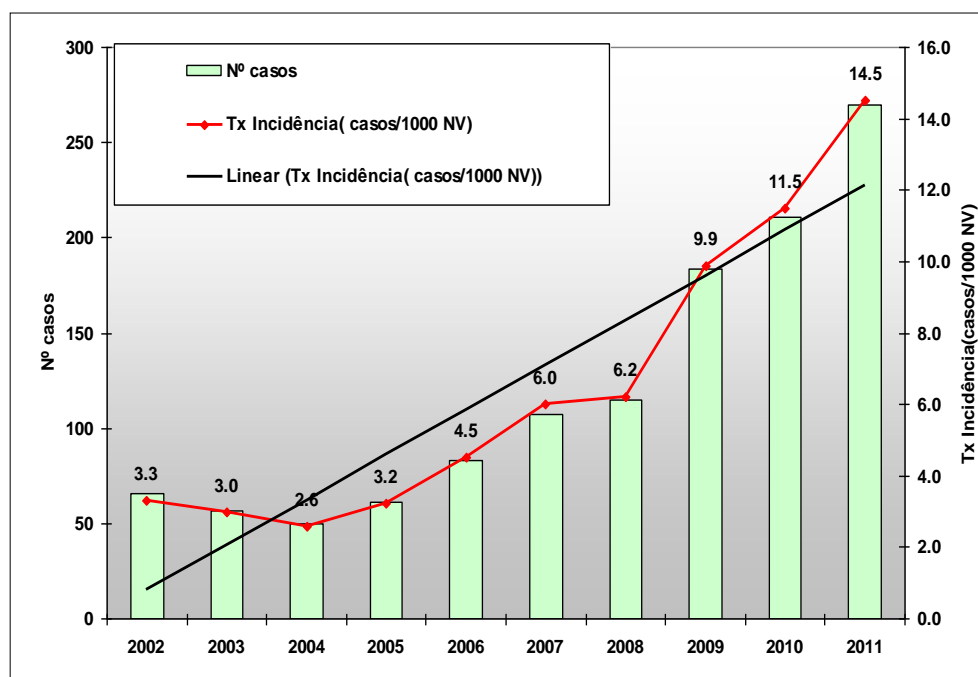
FONTE: Relatório de Gestão 2011- Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/PMPA

No ano de 2011 a incidência de casos de AIDS em menores de 5 anos de idade por 100.000, segundo raça/cor, foi para as crianças brancas 8,4%/100.000 e para as crianças negras foi de 52,4%/100.000 para as crianças negras. O resultado deste dado é reflexo da discriminação racial, que impede o acesso igualitário nas políticas públicas. Dados desiguais em relação a AIDS mantêm-se em todos os ciclos de vida.

Sífilis Congênita

No município de Porto Alegre a incidência da Sífilis Congênita atingiu 14 casos por 1000 nascidos vivos no ano de 2011. O gráfico 37 mostra a tendência de aumento da incidência da Sífilis Congênita em Porto Alegre no período de 2002 a 2011.

Gráfico 37– Distribuição de Casos e Incidência da Sífilis Congênita em Porto Alegre, 2002 a 2011.



FONTE: SINAN/EVDT/CGVS/SMS

Quadro 7– Distribuição dos casos e incidência da Sífilis Congênita em Porto Alegre no ano de 2011.

Distrito de Saúde	Incidência*	Casos de Sífilis Congênita	NV**
Cristal	42,11	4	95
Cruzeiro	28,20	35	1241
Ilhas	27,78	4	144
Lomba do Pinheiro	26,60	27	1015
Nordeste	25,55	15	587
Humaita-Navegantes	23,55	13	552
Leste	21,26	32	1505
Partenon	17,55	29	1652
Restinga	16,83	14	832
Eixo-Baltazar	16,63	17	1022
Gloria	12,10	11	909
Norte	11,97	16	1337
Sul	10,34	11	1064
Centro-Sul	9,74	13	1335
Noroeste	7,66	10	1305
Centro	7,65	19	2485
Extremo-Sul	6,36	3	472
(Vazio)	Nenhum	Nenhum	1161
Total Geral	14,59	273	18713

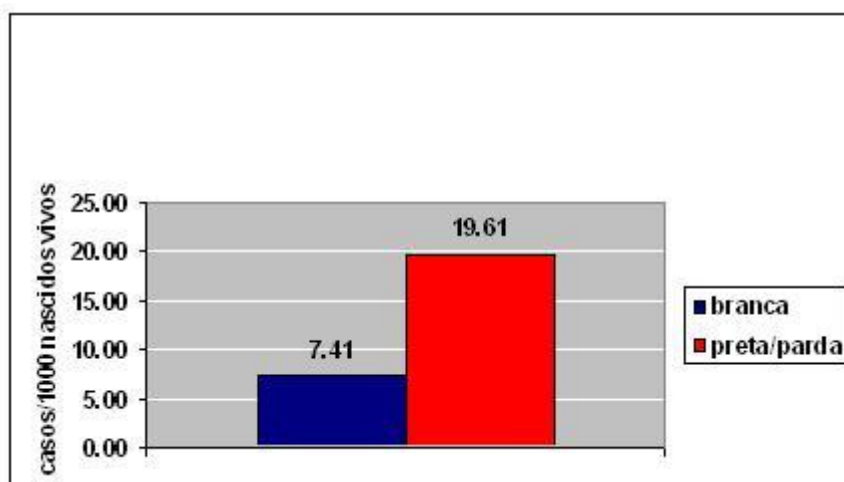
FONTE: SINAN/EVD/CGVS/SMS;

* Casos_SC/1000 nascidos vivos

** Nascidos Vivos

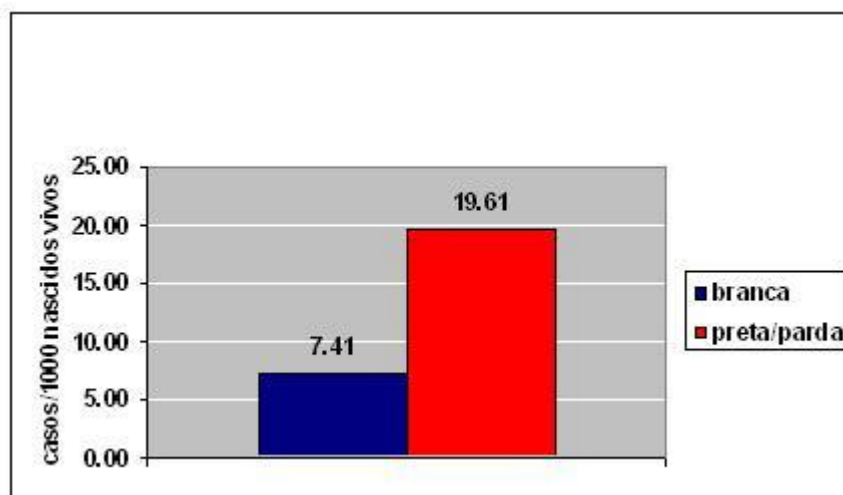
Observa-se que na distribuição dos casos de Sífilis Congênita por Distritos de Saúde, as 5 maiores incidências estão no Cristal (42,11), Cruzeiro (28,20), Ilhas (27,78), Lomba do Pinheiro (26,60) e Nordeste (25,55). O coeficiente de incidência da cidade de Porto Alegre para o ano de 2011 ficou 14,59 casos pra cada 1000 nascidos vivos.

Gráfico 38– Taxa de Incidência da Sífilis em Gestantes por raça/cor em POA/2010



FONTE: SINAN/SMS/POA

Gráfico 39- Taxa de Incidência da Sífilis Congênita por raça/cor em POA/2010.



FONTE: SINAN/SMS/POA

O risco de uma gestante da raça/cor preta/parda ser diagnosticada com Sífilis na gestação foi 2,6 vezes maior do que o risco de uma gestante de raça/cor branca. Esta realidade refletiu no risco de criança da raça/cor preta/parda ter Sífilis Congênita foi 1,6 maior do que uma criança de raça/cor branca, demonstrado nos acima.

Hanseníase

A Hanseníase, doença considerada em eliminação no Estado do Rio Grande do Sul, tem através da Rede Básica de Saúde, dos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde um grande esforço na busca da eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil. O quadro abaixo, contém o número de casos novos investigados e diagnosticados por ano em Porto Alegre.

Quadro 8– Casos novos de Hanseníase em Porto Alegre no período de 2009 a 2011.

Agravos	Casos residentes em Porto Alegre					
	Investigados			Confirmados		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Hanseníase	19	9	10	19	9	10

FONTE: SINAN/EVD/CGVS/SMS

Apesar do pequeno número de casos sabe-se que há um diagnóstico tardio dos casos, pois o percentual de casos multibacilares em Porto Alegre é superior a 50%, demonstrando que muitas vezes não se pensa em um agravo de baixa magnitude, perdendo uma oportunidade precoce de tratamento, o que leva a lesões irreversíveis.

Imunizações

Quadro 9– Percentual de Coberturas Vacinais do Calendário Básico de Vacinação da Criança < 1 ano de idade, 1999-2011, Porto Alegre, RS.

Ano	SABIN	TETRA (DTP+HIB)	SARAMPO	BCG	HEP B	VORH	PNM10	MMC
1999	89,36	92,06	91,9	119,1	105,13	-	-	-
2000	89,93	90,31	86,91	102,4	89,47	-	-	-
2001	89,5	88,1	90,76	97,34	88,84	-	-	-
2002	76,23	79,95	82,01	92,83	78,44	-	-	-
2003	83,37	84,05	-	98,99	83,22	-	-	-
2004	84,06	86,05	-	96,95	82,39	-	-	-
2005	85,39	87,15	-	99,62	81,44	-	-	-
2006	82,92	84,3	-	95,64	79,09	40,89	-	-
2007	84,88	84,45	-	90,42	81,02	66,05	-	-
2008	84,31	82,92	-	95,38	80,31	72,22	-	-
2009	87,37	85,49	-	96,93	84,09	72,47	-	-
2010	83	81,34	-	84,71	85,41	74,28	-	-
2011	86,43	84,89	-	93,57	86,9	76,84	87,68	111,2

FONTE: Núcleo de Imunizações/EVDT/CGVS/SMS/PMPA. Base Populacional SINASC.

Em relação à série histórica da Cobertura Vacinal (CV) do município de Porto Alegre observa-se que houve um aumento da CV em 2011 em relação ao ano de 2010. Destaca-se como uma das causas desse aumento, o monitoramento mensal da meta de vacinação em menores de 1 ano, que alguns distritos de saúde realizaram ao longo do ano de 2011.

Tabela 20– Percentual de Cobertura Vacinal por Regiões Distritais, menores de 1 ano janeiro – dezembro/ 2011

Distritos	Sinasc	SABIN	TETRA	HEP B	BCG	VORH	PNEUMO 10	MMC	Meta Mensal
Noroeste	1291	78	81	81	68	75	91	115	106
Norte	1117	99	100	101	110	84	102	131	91
Ilha – Navegantes	707	98	100	101	98	92	99	145	60
Eixo – Baltazar	1260	87	86	86	82	79	87	114	106
Nordeste	540	123	126	121	130	105	125	146	47
Leste	1443	90	84	89	103	69	83	105	122
Lomba	909	107	108	108	117	97	121	140	77
Partenon	1607	90	90	88	89	81	91,1	110	131
Extremo Sul – Restinga	1374	110	111	113	110	89	103	129	113
Glória – Cruzeiro – Cristal	2002	95	94	99	107	82	89	123	168
Centro Sul	2362	81	82	81	94	76	87	108	198
Centro	2468	61	87	75	80	87	90	114	205

FONTE: Núcleo de Imunizações/EVDT/CGVS/SMS/PMPA. Base

Tabela 21– Percentual de Cobertura Vacinal por Regiões Distritais, menores de 1 ano janeiro – dezembro/ 2012

Distritos	Sinasc	VIP/VOP	TETRA/ PENTA	HB/ PENTA	BCG	VORH	PNEUMO 10	MMC	Meta mensal
Noroeste	1171	772	861	913	758	879	1016	1180	97,0
Norte	1240	1145	1109	1170	1224	1009	1120	1228	103,0
Ilha – Navegantes	728	695	727	725	745	623	723	768	61
Eixo – Baltazar	1258	991	1006	1065	1114	938	1097	1208	100
Nordeste	595	640	614	672	720	560	666	724	49
Leste	1465	1233	1218	1248	1682	1132	1194	1360	122,0
Lomba	895	966	1049	1157	1120	869	1055	1102	73,0
Partenon	1570	1387	1297	1379	1443	1261	1361	1459	131,0
Extremo Sul – Restinga	1368	1383	1375	1427	1507	1210	1352	1604	114,0
Glória – Cruzeiro – Cristal	2274	1794	1759	1817	2062	1556	1751	1949	188,0
Centro Sul	2387	1932	2009	2100	2196	1833	2058	2194	198,0
Centro	2245	1703	1696	2034	2266	2269	2019	1985	186

FONTE: Núcleo de Imunizações/EVDT/CGVS/SMS/PMPA. Base

Tabela 22 - Percentual de Cobertura Vacinal do município de Porto Alegre, menores de 1 ano janeiro – dezembro/ 2012

Município	População	VIP/VOP	TETRA/PENTA	HB/PENTA	BCG	VORH	PNEUMO 10	MMC
Porto Alegre	18319	14666	14624	15619	17735	14026	15315	16642

FONTE: Núcleo de Imunizações/EVDT/CGVS/SMS/PMPA. Base

O aumento da complexidade da sala de vacinas e as modificações do calendário vacinal com a introdução de novas vacinas exigem a presença de profissionais capacitados e permanentemente atualizados. O monitoramento mensal das coberturas vacinais e a busca ativa dos faltosos deveria ser um compromisso de cada Unidade de Saúde. A rotatividade dos profissionais de saúde dificulta a consolidação das rotinas da sala de vacina e a persistem as dificuldades estruturais para a realização da busca ativa. A baixa incidência das doenças infecciosas diminuiu a preocupação da sociedade e reduziu a prioridade da prevenção dessas doenças pelos serviços de saúde.

1.1.1.6 Doenças e Agravos não Transmissíveis

As Doenças Crônicas Não -Transmissíveis – DCNT são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Estimativas da Organização Mundial de Saúde – OMS mostram que as DCNT são responsáveis por 63% de todas as 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008 (WHO, 2011a). No Brasil, as DCNT são igualmente importantes, sendo responsáveis, em 2007, por 72% do total de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3% dos óbitos), neoplasias (16,3%) e diabetes (5,2%) (SCHMIDT et al, 2011), correspondendo a 75% dos gastos com atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Séries históricas de estatísticas de mortalidade disponíveis para as capitais dos estados brasileiros indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre 1930 e 2006 (MALTA et al, 2006).

Os indicadores de mortalidade pelas Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) têm no Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) a principal fonte de dados. O documento que alimenta o SIM é a Declaração de Óbito (DO) preenchida pelo médico ao constatar um óbito.

Não há, atualmente um sistema unificado de informação sobre morbidade por DANT na SMS. Entretanto, é possível conjugar vários sistemas de informação para elaboração de indicadores de morbidade. O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) constitui o principal sistema de informação de morbidade, através do qual é possível obter um conjunto de variáveis a cerca de 80% das internações hospitalares, como a causa da internação, os dias de permanência, a evolução da situação de saúde que levou a internação, custos diretos, etc. Todas as informações obtidas podem ser desagregadas até o nível municipal.

Em 2010, Porto Alegre apresentou um coeficiente geral de mortalidade de 7,91 óbitos por 1.000 habitantes, maior que os coeficientes apresentados pelo Rio Grande do Sul e Brasil, respectivamente 7,29 e 5,94 óbitos por 1.000 habitantes, sendo que como causa dos óbitos destaca-se as Doenças e Agravos não Transmissíveis.

Observando-se a série histórica entre 2000 e 2010, a maior proporção de causas de óbitos, independentemente do sexo, ocorrem por doenças do aparelho circulatório, assim como, a segunda maior proporção se dá pelas neoplasias

malignas. A partir do terceiro lugar, observa-se uma variação das proporções óbitos de acordo com sexo, onde para as mulheres, o terceiro lugar em proporção são óbitos por doenças do aparelho respiratório; e os homens, são as causas externas.

Tabela 23- Série histórica da proporção dos principais Grupos de Causas segundo sexo e ordem de frequência, Porto Alegre, RS, 2000 a 2010.

Ano	Sexo	Posição				
		1º lugar	2º lugar	3º lugar	4º lugar	5º lugar
2000	masc	DAC (28,8%)	NEO (20,4%)	CE (13,9%)	DAR (10,3%)	DIP (8,5%)
	fem	DAC (38,1%)	NEO (22,9%)	DAR (10,9%)	DEN (5,9%)	DIP (4,7%)
2001	masc	DAC (28,7%)	NEO (20,9%)	CE (12,9%)	DIP (8,8%)	DAD (6,1%)
	fem	DAC (36,5%)	NEO (23,5%)	DAR (11,4%)	DEN (5,6%)	DIP (4,8%)
2002	masc	DAC (27,4%)	NEO (20,7%)	CE (15,1%)	DAR (9,9%)	DIP (8,7%)
	fem	DAC (37,3%)	NEO (23,1%)	DAR (10,1%)	DEN (5,9%)	DIP (5,2%)
2003	masc	DAC (27,1%)	NEO (21,8%)	CE (13,1%)	DAR (10,3%)	DIP (9,1%)
	fem	DAC (36,1%)	NEO (23,2%)	DAR (9,9%)	DEN (6,5%)	DIP (5,0%)
2004	masc	DAC (25,1%)	NEO (21,8%)	CE (13,8%)	DIP (9,5%)	DAR (9,3%)
	fem	DAC (32,0%)	NEO (23,3%)	DAR (10,9%)	DEN (8,8%)	DIP (5,2%)
2005	masc	DAC (25,4%)	NEO (22,8%)	CE (14,4%)	DIP (9,0%)	DAR (8,4%)
	fem	DAC (33,7%)	NEO (23,8%)	DAR (10,4%)	DEN (7,8%)	DIP (5,0%)
2006	masc	DAC (27,0 %)	NEO (21,7 %)	CE (14,2 %)	DIP (9,8 %)	DAR (8,0 %)
	fem	DAC (34,5 %)	NEO (25,1 %)	DAR (9,1 %)	DEN (6,3 %)	DIP (5,2 %)
2007	masc	DAC (26,7 %)	NEO (21,4 %)	CE (15,2 %)	DAR (9,3 %)	DIP (8,9 %)
	fem	DAC (34,6 %)	NEO (23,7 %)	DAR (9,6 %)	DEN (6,5 %)	DSN (6,4 %)
2008	masc	DAC (26,4 %)	NEO (22,6 %)	CE (15,6 %)	DAR (8,9 %)	DIP (8,5 %)
	fem	DAC (34,8 %)	NEO (24,8 %)	DAR (8,3 %)	DSN (6,3 %)	DEN (6,0 %)
2009	masc	DAC (25,8 %)	NEO (22,7 %)	CE (14,3 %)	DAR (10,4 %)	DIP (8,0 %)
	fem	DAC (34,1 %)	NEO (24,1 %)	DAR (9,6 %)	DEN/DSN (6,5 %)	DIP (5,2 %)
2010	masc	DAC (27,35%)	NEO (21,86 %)	CE (13,90 %)	DAR (8,66 %)	DIP (8,17 %)
	fem	DAC (32,49%)	NEO (24,90 %)	DAR (9,30 %)	DEN/DSN (7,79%)	DIP (6,05 %)

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

Legenda: Neo Mal = Neoplasias Malignas;

DAC = Doenças do Aparelho Circulatório;

DEN = Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas;

CE = Causas Externas.

DAR = Doenças do Aparelho Respiratório

DIP = Doenças infecciosas Parasitárias

DSN = Doença do Sistema Nervoso

Ao se analisar o coeficiente de mortalidade pelas doenças crônicas degenerativas pode-se observar que o maior coeficiente de mortalidade foi apresentado pelas doenças do aparelho circulatório - em 2010, 2,4 óbitos para cada 1.000 habitantes. As neoplasias vieram em segundo lugar - em 2010, 1,8 óbitos para cada 1.000 habitantes. As causas externas ficam em terceiro lugar, - em 2010, 0,7

óbitos para cada 1.000 habitantes.

Considerando-se a média dos últimos cinco anos, observa-se que a mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório é responsável por cerca de 30,0% dos óbitos de Porto Alegre, seguida pelas neoplasias, responsável por 23,2% e as causas endócrinas, nutricionais e metabólicas, por 5,6% dos óbitos (Tabela 24).

Tabela 24- Série histórica da mortalidade bruta (por 1000 habitantes) e proporcional por neoplasias malignas, doenças do aparelho circulatório e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, Porto Alegre, 2000-2010.

Ano	Total Óbitos não fetais	Grupo de causa de óbito					
		Neoplasias Malignas CID C00_97		Doenças do Aparelho Circulatório CID I00_99		Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas CID E00_90	
		n	%	n	%	n	%
2000	9.816	2.090	21,3	3.250	33,1	457	4,7
2001	9.970	2.204	21,8	3.228	32,4	469	4,7
2002	10.202	2.224	21,2	3.268	32,0	523	5,1
2003	10.232	2.297	22,1	3.200	31,3	547	5,4
2004	10.302	2.323	19,2	2.920	28,3	693	6,7
2005	10.388	2.418	23,3	3.056	29,4	684	6,6
2006	10.517	2.454	23,3	3.222	30,6	597	5,7
2007	10.945	2.460	22,5	3.331	30,5	579	5,3
2008	10.549	2.479	23,5	3.207	30,4	525	5,0
2009	10.975	2.566	23,4	3.262	29,7	610	5,6
2010	11.154	2.605	23,4	3.333	29,9	600	5,4

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

Ao se classificar os óbitos por neoplasias malignas por sexo e faixa etária observa-se que na idade entre 20 e 39 anos o coeficiente é rapidamente maior entre as mulheres. Entretanto, entre as demais faixas etárias esta situação se inverte. Na faixa etária de 40 a 59 anos e de 60 e mais, os homens apresentam, respectivamente, um risco 1,3 e 1,7 maior de óbitos por neoplasia, comparando-se as mulheres da faixa de idade. Verifica-se ainda um aumento da frequência de óbitos por neoplasia maligna conforme o aumento de idade, independentemente do sexo tabela acima.

Tabela 25- Série histórica dos coeficientes de mortalidade (por 100.000 habitantes) por neoplasias malignas (CID C00_97) segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 2000-2010.

Ano	20 a 39 anos				40 a 59 anos				60 anos e mais			
	Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem	
	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef
2000	37	17,64	56	24,53	284	197,59	266	148,21	738	1.235,83	708	702,21
2001	36	17,01	40	17,36	272	187,49	279	154,01	779	1.292,45	779	765,47
2002	36	16,88	40	17,23	284	194,32	299	163,84	784	1.291,15	754	735,48
2003	37	17,22	29	12,40	284	192,84	301	163,68	869	1.420,28	757	732,75
2004	38	17,55	40	16,97	303	204,19	271	146,25	842	1.365,77	808	776,23
2005	38	17,25	41	17,10	308	204,07	273	144,86	881	1.405,01	860	812,29
2006	27	12,15	40	16,54	294	193,14	308	162,04	839	1.326,65	918	859,72
2007	25	11,16	39	15,99	322	198,23	281	138,72	866	1.168,10	879	708,06
2008	28	12,39	37	15,65	272	162,46	292	144,16	917	1.236,90	909	732,22
2009	39	17,13	43	18,11	305	186,84	280	137,84	953	1.242,78	929	724,55
2010	20	8,92	40	16,74	303	185,09	313	154,08	889	1.111,45	986	747,47

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

O coeficiente de mortalidade por câncer de traquéia, brônquios e pulmão é maior na faixa etária de 60 anos e mais, predominando no sexo masculino em ambas as faixas etárias (Tabela 26).

Tabela 26-Série histórica dos coeficientes de mortalidade (por 100.000 habitantes) por câncer de traquéia, brônquios e pulmão (CID 10 – cap II - C33_34), segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 2000-2010.

Ano	40 a 59 anos				60 anos e mais			
	Masc		Fem		Masc		Fem	
	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef
2000	57	39,66	25	13,93	182	304,77	84	83,31
2001	50	34,46	26	14,35	214	355,05	93	91,38
2002	54	36,95	32	17,53	196	322,79	75	73,16
2003	55	37,35	28	15,23	200	326,88	89	86,15
2004	64	43,13	40	21,59	204	330,90	86	82,62
2005	76	50,36	32	16,98	172	274,30	101	95,40
2006	62	40,73	49	27,78	205	324,15	142	132,98
2007	72	44,32	39	19,25	205	276,51	123	99,08
2008	54	33,24	32	15,80	215	290,00	123	99,08
2009	81	49,62	44	21,66	243	316,89	138	107,63
2010	52	31,76	57	28,06	208	260,04	147	111,43

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

Observa-se que os coeficientes de mortalidade por câncer de cólon e reto apresentam picos em diferentes anos da série histórica. A população feminina apresentou os maiores coeficientes de mortalidade por esta causa no ano de 2008, com 21 óbitos por 100.000 mulheres na faixa de 40 a 59 anos e 103 óbitos por 100.000 mulheres com idade igual ou superior a 60 anos. Em 2009, observa-se uma diminuiu desses coeficientes entre mulheres e um aumentou entre os homens, chamando a atenção a diminuição do coeficiente para 6,4 casos por 100.000 entre mulheres de 40 a 59 anos. Em 2010, os homens continuam com coeficiente maior na faixa etária entre 40 e 59 anos e, as mulheres, na faixa etária entre 40 e 59 anos (Tabela 27).

Tabela 27- Série histórica dos coeficientes de mortalidade (por 100.000 habitantes) por câncer de cólon e reto (CID 10 – cap II - C18_20), segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 2000-2010

Ano	40 a 59 anos				60 anos e mais			
	Masc		Fem		Masc		Fem	
	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef
2000	13	9,04	20	11,14	50	34,79	66	83,73
2001	17	11,72	23	12,70	83	137,71	94	92,37
2002	18	12,32	22	12,06	73	42,66	102	43,91
2003	17	11,54	20	10,88	89	145,46	81	78,41
2004	24	16,17	15	8,10	68	110,30	81	77,82
2005	25	16,56	19	10,08	80	127,58	93	87,84
2006	18	11,82	31	16,31	84	132,82	106	99,27
2007	24	14,77	26	12,83	82	110,60	108	86,99
2008	21	12,93	43	21,23	86	116,00	128	103,10
2009	27	16,62	13	6,40	94	122,58	111	86,57
2010	34	20,76	27	13,29	81	101,26	118	89,45

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

Os óbitos por doenças do aparelho circulatório predominam entre pessoas do sexo masculino em todas as faixas etárias. Esta predominância se mostra mais evidente na faixa de 40 a 59 anos, com um risco 2 vezes maior para os homens. Como se pode observar na Tabela 28, os coeficientes das doenças do aparelho circulatório apresentam uma tendência decrescente em todas as faixas de idade e sexo.

Tabela 28- Série histórica dos coeficientes de mortalidade (por 100.000 habitantes) por doenças do aparelho circulatório (CID I00_99), segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 2000-2010

Ano	20 a 39 anos				40 a 59 anos				60 anos e mais			
	Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem	
	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef
2000	49	23,4	30	13,1	356	247,7	188	104,8	1.112	1.862,1	1.506	1.493,7
2001	41	19,4	13	5,6	328	226,1	209	115,4	1.140	1.891,4	1.494	1.468,0
2002	30	14,1	29	12,5	313	214,2	192	105,2	1.138	1.874,2	1.563	1.524,6
2003	32	14,9	23	9,8	332	209,8	194	105,5	1.125	1.838,7	1.490	1.442,3
2004	32	14,8	21	8,9	326	219,7	158	85,3	1.010	1.638,3	1.366	1.312,3
2005	24	10,9	17	7,1	307	203,4	189	100,3	1.046	1.668,2	1.469	1.387,5
2006	29	13,1	14	5,8	353	231,9	183	96,3	1.077	1.703,0	1.562	1.462,8
2007	25	11,2	15	6,3	326	200,7	200	98,7	1.182	1.594,3	1.577	1.270,3
2008	22	9,7	14	5,9	323	198,9	203	100,2	1.104	1.489,1	1.533	1.234,9
2009	41	18,0	19	8,0	290	177,7	167	82,2	1148	1497,1	1593	1242,4
2010	34	15,17	21	8,79	276	168,60	191	94,02	1.232	1.540,28	1.575	1.193,98

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

Na faixa de 40 a 59 anos os maiores coeficientes de mortalidade por doenças cerebrovasculares são apresentados pela população masculina, com risco de óbito por esta causa de 1,6 maior para os homens, segundo a média dos últimos cinco anos. Entretanto, os coeficientes de mortalidade por doenças cerebrovasculares apresentam sua maior magnitude na faixa etária a partir dos 60 anos de idade (Tabela 29).

Tabela 29- Série histórica dos coeficientes de mortalidade (por 100.000 habitantes) por doenças cerebrovasculares (CID 10 – cap IX - I60_69), segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 2000-2010.

Ano	20 a 39 anos				40 a 59 anos				60 anos e mais			
	Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem	
	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef
2000	11	5,24	12	5,26	85	59,14	62	34,54	312	576,78	480	476,08
2001	10	4,72	6	2,60	94	64,79	79	43,61	391	648,72	533	523,74
2002	11	5,16	13	5,60	71	48,58	73	40,00	360	592,88	537	523,81
2003	5	2,33	12	5,13	102	69,26	86	46,77	370	604,72	539	612,58
2004	10	4,62	10	4,24	81	54,59	68	36,70	332	538,52	513	492,83
2005	2	0,91	8	3,34	82	54,33	74	39,26	388	618,78	564	532,71
2006	8	3,60	4	1,65	91	59,78	58	30,51	370	585,05	588	550,67
2007	5	2,21	6	2,53	86	52,94	81	39,98	397	535,49	598	481,70
2008	7	3,01	5	2,11	90	55,41	70	34,56	362	488,28	536	431,76
2009	7	3,07	6	2,53	80	49,01	62	30,52	379	494,24	586	457,04
2010	7	3,12	7	2,93	75	45,81	58	28,55	465	581,35	590	447,27

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

Como é característico das doenças do aparelho circulatório, os coeficientes de mortalidade das doenças isquêmicas do coração aumentam muito a partir da faixa etária dos 40 anos de idade e sua magnitude é maior na população masculina. As mulheres apresentam um risco 2,8 maior para óbito por doença isquêmicas do coração na faixa etária dos 40 aos 59 anos e um risco 1,5 maior na faixa etária de 60 anos ou mais, quando comparados a população masculina das mesmas faixas etárias (Tabela 30).

Tabela 30- Série histórica dos coeficientes de mortalidade (por 100.000 habitantes) por doenças isquêmicas do coração (CID10 – cap IX - I20_25), segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 2000-2010.

Ano	20 a 39 anos				40 a 59 anos				60 anos e mais			
	Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem	
	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef
2000	19	9,06	10	4,38	181	125,93	77	42,90	515	862,40	591	586,17
2001	15	7,09	4	1,74	154	106,15	71	39,19	484	803,01	564	554,20
2002	8	3,75	8	3,45	157	107,42	62	39,19	489	803,01	614	554,20
2003	9	4,19	3	1,28	135	91,67	65	35,35	462	755,09	521	504,31
2004	9	4,16	4	1,70	152	102,43	51	27,52	430	697,49	488	468,81
2005	9	4,09	2	0,83	133	88,12	58	30,78	401	639,51	505	476,99
2006	9	4,05	5	2,07	162	106,42	69	36,30	460	727,36	530	496,35
2007	8	3,54	1	0,42	137	84,34	59	29,12	498	671,72	539	434,18
2008	7	3,01	2	0,85	136	83,73	69	34,06	452	609,68	510	410,81
2009	13	5,71	3	1,26	107	65,55	48	23,63	449	585,53	508	396,20
2010	7	3,20	1	0,41	117	71,47	76	37,41	442	552,60	503	381,31

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

Assim como ocorre nas doenças cerebrovasculares, a partir do ano de 2006 se observa uma tendência de decréscimo nos coeficientes de óbitos nas doenças isquêmicas do coração, em especial na faixa de 60 anos ou mais de idade.

Os óbitos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas são mais freqüentes nas faixas etárias a partir dos 40 anos de idade, com coeficientes maiores entre os homens. Na Tabela 32 se observa uma elevação do coeficiente de mortalidade por esta causa, em pessoas com 60 anos ou mais, entre 2004 (homens) e 2005-2006 (mulheres), com queda nos anos posteriores, 2007 e 2008, e voltando a elevar-se em 2009 e 2010.

Tabela 31- Série histórica dos coeficientes de mortalidade (por 100.000 habitantes) por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (CID E00_90), segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 2000-2010.

Ano	20 a 39 anos				40 a 59 anos				60 anos e mais			
	Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem	
	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef
2000	2	1,0	8	3,5	46	32,0	42	23,4	138	231,1	210	208,3
2001	6	2,8	6	2,6	45	31,0	38	21,0	147	243,9	221	217,2
2002	8	3,8	6	2,6	52	35,6	40	21,9	172	283,3	234	228,3
2003	10	4,7	6	2,6	57	38,7	57	31,0	165	269,7	242	234,3
2004	8	3,7	10	4,2	59	39,8	59	31,8	195	316,3	355	341,0
2005	5	2,3	11	4,6	72	47,7	68	36,1	214	341,3	308	290,9
2006	8	3,6	7	2,9	52	34,2	51	26,8	212	335,2	260	243,5
2007	9	4,0	6	2,5	49	30,2	60	29,6	181	244,1	267	215,1
2008	4	1,8	8	3,4	56	34,5	43	21,2	161	217,2	250	201,4
2009	7	3,1	6	2,5	43	26,3	34	16,7	219	285,6	297	231,64
2010	11	4,90	8	3,35	45	27,48	45	22,15	206	257,54	276	209,23

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

Pela série histórica dos coeficientes de mortalidade por Diabetes mellitus observa-se que há uma predominância de óbitos no sexo masculino, chegando a um incremento de 21% na população masculina, na faixa etária de 60 anos de idade ou mais, considerando os coeficientes médios dos últimos cinco anos (Tabela 32).

Tabela 32- Série histórica dos coeficientes de mortalidade (por 100.000 habitantes) por Diabetes mellitus (CID10 – cap IV - E10_14), segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 2000-2010.

Ano	40 a 59 anos				60 anos e mais			
	Masc		Fem		Masc		Fem	
	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef
2000	37	25,74	34	18,94	115	192,57	177	175,55
2001	35	24,13	30	16,56	132	219,00	170	167,05
2002	42	28,74	30	16,44	151	248,68	202	197,04
2003	48	32,59	41	22,29	144	235,35	214	207,15
2004	54	36,39	49	26,44	183	296,84	316	303,57
2005	60	39,75	53	28,12	198	315,77	285	269,19
2006	47	30,88	47	24,73	200	316,24	237	221,95
2007	42	25,85	48	23,69	174	234,70	239	192,52
2008	47	28,93	33	16,29	149	200,98	212	170,77
2009	29	17,76	30	14,77	199	259,51	257	200,44
2010	38	23,21	37	18,21	198	247,54	251	190,27

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

As doenças cerebrovasculares constituem-se na primeira causa de óbitos e a principal causa de incapacidade no mundo. São mais conhecidas por Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) sendo a doença que mais mata os brasileiros no mundo. Aproximadamente 70% das pessoas não retornam ao trabalho após um AVC devido às sequelas e 50% ficam dependentes de outras pessoas no dia a dia. Apesar de atingir com mais frequência indivíduos acima de 60 anos, o AVC pode ocorrer em qualquer idade, inclusive nas crianças.

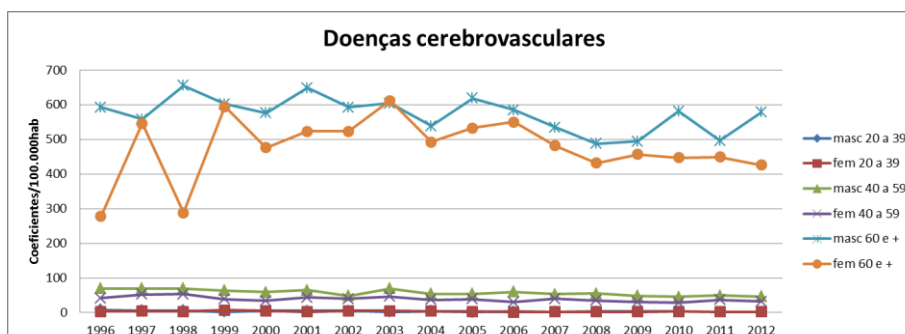
Em Porto Alegre, assim como ocorre no restante do país, os coeficientes de mortalidade por doenças cerebrovasculares apresentam sua maior magnitude na faixa etária a partir dos 60 anos de idade. Entretanto, verificamos a ocorrência de óbito por estas doenças já em faixa de idade precoce – 20 a 39 anos, com aumento importante dos coeficientes de mortalidade entre 40 e 59 anos. Independentemente da idade, o sexo masculino é o que tem apresentado os maiores riscos de óbito por AVC.

Tabela 33- Série histórica dos coeficientes de mortalidade* por doenças cerebrovasculares (CID 10 – cap IX - I60_69), segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 1996-2012.

Ano	20 a 39 anos				40 a 59 anos				60 anos e mais			
	Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem	
	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef	n	coef
1996	16	8,00	8	3,61	90	70,17	67	42,09	320	593,34	247	277,92
1997	12	5,95	9	4,03	90	69,67	84	52,40	303	557,83	423	546,43
1998	12	5,92	7	3,12	90	69,26	86	53,32	358	655,16	260	288,74
1999	4	1,96	15	6,64	84	64,24	63	38,82	303	602,77	466	594,68
2000	11	5,24	12	5,26	85	59,14	62	34,54	312	576,78	480	476,08
2001	10	4,72	6	2,60	94	64,79	79	43,61	391	648,72	533	523,74
2002	11	5,16	13	5,60	71	48,58	73	40,00	360	592,88	537	523,81
2003	5	2,33	12	5,13	102	69,26	86	46,77	370	604,72	539	612,58
2004	10	4,62	10	4,24	81	54,59	68	36,70	332	538,52	513	492,83
2005	2	0,91	8	3,34	82	54,33	74	39,26	388	618,78	564	532,71
2006	8	3,60	4	1,65	91	59,78	58	30,51	370	585,05	588	550,67
2007	5	2,21	6	2,53	86	52,94	81	39,98	397	535,49	598	481,70
2008	7	3,01	5	2,11	90	55,41	70	34,56	362	488,28	536	431,76
2009	7	3,07	6	2,53	80	49,01	62	30,52	379	494,24	586	457,04
2010	7	3,12	7	2,93	75	45,81	58	28,55	465	581,35	590	447,27
2011	8	3,56	5	2,09	82	49,96	75	36,82	398	496,27	594	449,11
2012	6	2,66	5	2,08	77	46,79	65	31,83	382	578,34	565	426,09

FONTE: Banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade – Equipe de Vigilância de Eventos Vitais/CGVS, SMS de Porto Alegre e DATASUS (dados demográficos). *100.000 habitantes/sexo/faixa etária

Gráfico 40 – Coeficiente de óbitos de doenças cerebrovasculares



FONTE: Tendência dos coeficientes dos óbitos pelas **doenças cerebrovasculares** (CID 10 – cap IX - I60_69), segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 1996-2012.

Internações por Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Em Porto Alegre ocorrem, em média, 80.000 internações ao ano, excluídas as internações por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério. Destas, próximo a 60% são de pessoas na faixa de 40 anos de idade ou mais.

Tabela 34– Série histórica das internações de moradores de Porto Alegre, pagas pelo SUS, segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 2000-2010.

Ano	Internações SUS moradores Porto Alegre*												
	Total	20 a 39 anos				40 a 59 anos				60 anos e mais			
		masc	%	fem	%	masc	%	fem	%	masc	%	fem	%
2000	84.378	10.140	12,0	7.677	9,1	11.425	13,5	10.909	12,9	10.547	12,5	11.930	14,1
2001	81.620	9.364	11,5	7.447	9,1	10.932	13,4	10.916	13,4	10.399	12,7	11.835	14,5
2002	81.533	9.029	11,1	8.222	10,1	11.141	13,7	11.181	13,7	10.487	12,9	12.120	14,9
2003	81.659	9.123	11,2	8.344	10,2	11.183	13,7	11.210	13,7	10.537	12,9	12.118	14,8
2004	81.865	9.262	11,3	8.680	10,6	11.587	14,2	11.172	13,6	10.284	12,6	12.259	15,0
2005	81.800	8.897	10,9	9.392	11,5	11.966	14,6	12.093	14,8	9.964	12,2	12.249	15,0
2006	82.565	8.915	10,8	9.114	11,0	12.364	15,0	11.913	14,4	10.396	12,6	12.519	15,2
2007	78.715	8.732	11,1	8.315	10,6	11.787	15,0	11.562	14,7	10.255	13,0	12.275	15,6
2008	77.168	8.113	10,5	8.040	10,4	11.675	15,1	11.281	14,6	10.078	13,1	12.029	15,6
2009	82.696	9.140	11,1	8.530	10,3	11.998	14,5	11.698	14,1	11.218	13,6	12.905	15,6
2010	81.919	8.776	10,7	8.111	9,9	11.590	14,1	11.678	14,3	11.563	14,1	13.282	16,2

FONTE: Datasus

* excluído Capítulo XV CID 10 – Gravidez, Parto e Puerpério.

Verifica-se que as doenças cardiovasculares são responsáveis por 15,5% das internações e as endócrinas, nutricionais e metabólicas por 2,0%, segundo a média de internações por estas causas nos últimos 5 anos.

Tabela 35– Série histórica das internações* pagas pelo SUS de moradores de Porto Alegre, internações por doenças cardiovasculares (CID I00_99) e por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (CID E00_90), Porto Alegre, 2000-2010.

Ano	Internações* SUS moradores P. Alegre	Internação por doenças do aparelho circulatório**		Internação por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas**	
		n	%	n	%
2000	84.378	11.432	13,55	2.002	2,37
2001	81.620	10.882	13,33	1.879	2,30
2002	81.533	12.076	14,81	2.062	2,53
2003	81.659	11.985	14,68	1.820	2,23
2004	81.865	12.280	15,00	1.898	2,32
2005	81.800	13.207	16,14	1.863	2,28
2006	82.565	13.312	16,12	1.869	2,26
2007	78.715	12.241	15,55	1.713	2,18
2008	77.168	11.945	15,48	1.345	1,74
2009	82.696	11.899	14,39	1.368	1,65
2010	77.203	12.299	15,93	1.441	1,87

FONTE: Datasus

*excluídos Capítulo XV CID 10 – Gravidez, Parto e Puerpério

** incluído somente as internações de indivíduos com 20 anos de idade ou mais

Tabela 36– Série histórica das internações pagas pelo SUS por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (CID E00_90), proporções* e coeficientes , segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 1998-2009**

Ano	20 a 39 anos						40 a 59 anos						60 anos e mais					
	masculino			feminino			masculino			feminino			masculino			feminino		
	n	%	coef	%	n	coef	n	%	coef	n	%	coef	n	%	coef	n	%	coef
1998	185	2,27	9,12	160	2,60	7,12	267	2,93	20,55	258	3,19	16,00	218	2,39	39,89	404	4,06	44,87
1999	71	0,78	3,48	181	2,69	8,00	211	2,05	16,14	325	3,49	20,03	219	2,31	39,83	434	4,06	47,90
2000	97	0,96	4,62	200	2,60	8,76	231	2,02	16,07	359	3,29	20,00	263	2,49	44,04	453	3,80	44,93
2001	94	1,00	4,44	144	1,93	6,25	259	2,37	17,85	374	3,43	20,64	212	2,04	35,17	433	3,66	42,55
2002	109	1,15	5,11	247	3,00	10,64	230	2,06	15,74	367	3,28	20,11	235	2,24	38,70	410	3,38	39,99
2003	103	1,13	4,79	235	2,82	10,05	208	1,86	14,12	314	2,8	17,07	203	1,93	33,18	381	3,14	36,88
2004	102	1,1	4,71	193	2,22	8,19	225	1,94	15,16	318	2,85	17,16	226	2,20	36,66	391	3,19	37,56
2005	66	0,74	3,00	226	2,41	9,43	226	1,89	14,97	349	2,89	18,52	216	2,17	34,45	405	3,31	38,25
2006	66	0,74	2,97	221	2,42	2,73	243	1,96	15,96	322	2,70	16,94	234	2,25	37,00	420	3,35	39,33
2007	107	1,22	4,78	171	2,06	7,01	246	2,09	16,03	310	2,68	16,17	220	2,14	34,5	413	3,36	38,35
2008	87	1,07	3,85	186	2,31	7,87	189	1,62	11,64	258	2,29	12,74	216	2,14	29,14	409	3,40	32,95
2009	85	0,93	3,73	164	1,92	6,91	227	1,89	13,91	277	2,37	13,64	248	2,21	32,34	367	2,84	28,62
Médias	82,2	0,94	3,67	194	2,22	6,79	226	1,89	14,50	303	2,59	15,60	227	2,2	33,49	403	3,3	35,50

FONTE: Datasus

Tabela 37– Série histórica das internações pagas pelo SUS por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (CID E00_90), proporções* e coeficientes , segundo sexo e faixas etárias específicas, Porto Alegre, 1998-2009**

Ano	20 a 39 anos						40 a 59 anos						60 anos e mais					
	masculino			feminino			masculino			feminino			masculino			feminino		
	n	%	coef	%	n	coef	n	%	coef	n	%	coef	n	%	coef	n	%	coef
1998	185	2,27	9,12	160	2,60	7,12	267	2,93	20,55	258	3,19	16,00	218	2,39	39,89	404	4,06	44,87
1999	71	0,78	3,48	181	2,69	8,00	211	2,05	16,14	325	3,49	20,03	219	2,31	39,83	434	4,06	47,90
2000	97	0,96	4,62	200	2,60	8,76	231	2,02	16,07	359	3,29	20,00	263	2,49	44,04	453	3,80	44,93
2001	94	1,00	4,44	144	1,93	6,25	259	2,37	17,85	374	3,43	20,64	212	2,04	35,17	433	3,66	42,55
2002	109	1,15	5,11	247	3,00	10,64	230	2,06	15,74	367	3,28	20,11	235	2,24	38,70	410	3,38	39,99
2003	103	1,13	4,79	235	2,82	10,05	208	1,86	14,12	314	2,8	17,07	203	1,93	33,18	381	3,14	36,88
2004	102	1,1	4,71	193	2,22	8,19	225	1,94	15,16	318	2,85	17,16	226	2,20	36,66	391	3,19	37,56
2005	66	0,74	3,00	226	2,41	9,43	226	1,89	14,97	349	2,89	18,52	216	2,17	34,45	405	3,31	38,25
2006	66	0,74	2,97	221	2,42	2,73	243	1,96	15,96	322	2,70	16,94	234	2,25	37,00	420	3,35	39,33
2007	107	1,22	4,78	171	2,06	7,01	246	2,09	16,03	310	2,68	16,17	220	2,14	34,5	413	3,36	38,35
2008	87	1,07	3,85	186	2,31	7,87	189	1,62	11,64	258	2,29	12,74	216	2,14	29,14	409	3,40	32,95
2009	85	0,93	3,73	164	1,92	6,91	227	1,89	13,91	277	2,37	13,64	248	2,21	32,34	367	2,84	28,62
Médias	82,2	0,94	3,67	194	2,22	6,79	226	1,89	14,50	303	2,59	15,60	227	2,2	33,49	403	3,3	35,50

FONTE: Datasus.

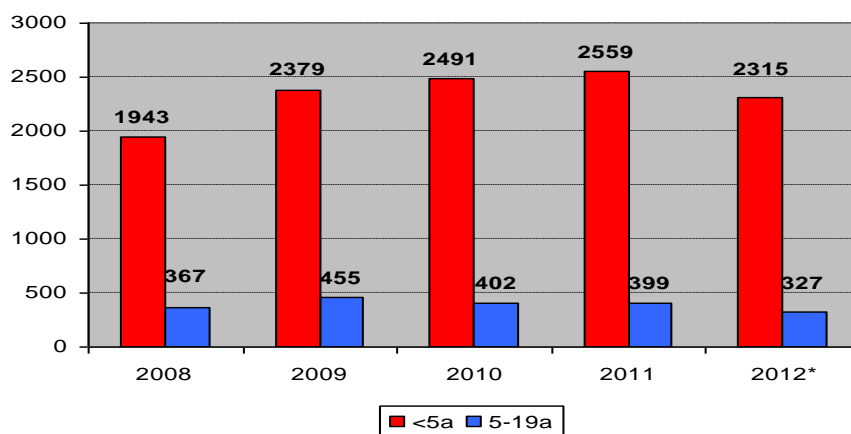
Infecção respiratória aguda (IRA)

As Infecções Respiratórias Agudas (IRA) foram incluídas entre os três principais problemas de saúde pública da infância ainda no final da década de 60, junto com as doenças diarréicas e a desnutrição (Benício,2000). Estes três problemas de saúde são considerados responsáveis pela maioria das mortes antes dos cinco anos de idade, e são a causa mais freqüente pela qual uma criança perde sua saúde durante seus primeiros anos de vida.

Contudo, apesar do caráter global da distribuição da IRA, seu impacto sobre as taxas de hospitalização e os óbitos entre crianças sofre diferenciações significativas, relacionadas às desigualdades existentes no desenvolvimento econômico dos diversos países e regiões. Estima-se que aproximadamente 70.000 crianças com menos de cinco anos morram anualmente no continente americano em conseqüência de infecções respiratórias agudas, aproximadamente, 15% de todas as mortes que ocorrem anualmente de nesta faixa etária.

Em Porto Alegre, o número de interações por IRA tem apresentado uma tendência de aumento nesta faixa etária, no período de 2008 a 2012, este ainda com dados parciais, com maior prevalência entre menores de 5 anos Gráfico abaixo.

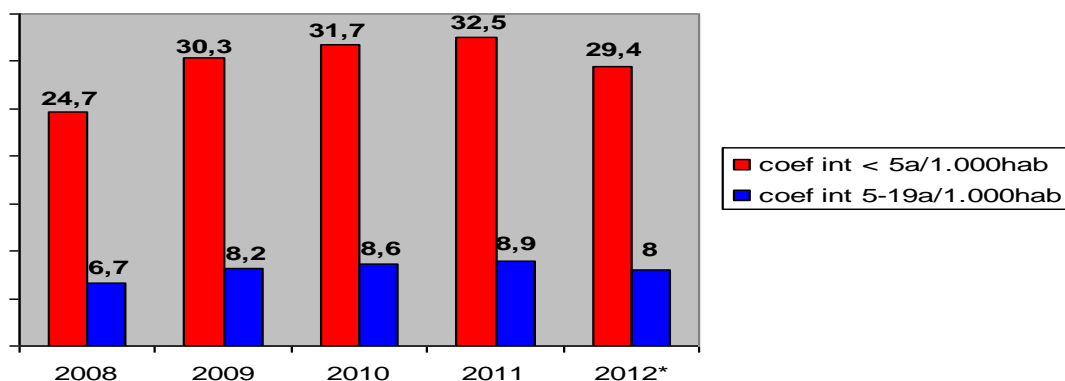
Gráfico 41- Numero de internações por Infecção Respiratória Aguda entre crianças e adolescentes, residentes em Porto Alegre, no período de 2008 à 2012



FONTE: Tabwin/SIAH/SMS/PMPA, em 20/12/12 * 2012: Dados parciais

O coeficiente de internações por IRA na faixa de menores de 5 anos e entre 5 e 19 anos, é apresentado no Gráfico 42.

Gráfico 42- Coeficiente de internações por Infecção Respiratória Aguda entre crianças e adolescentes, residentes em Porto Alegre, no período de 2008 à 2012

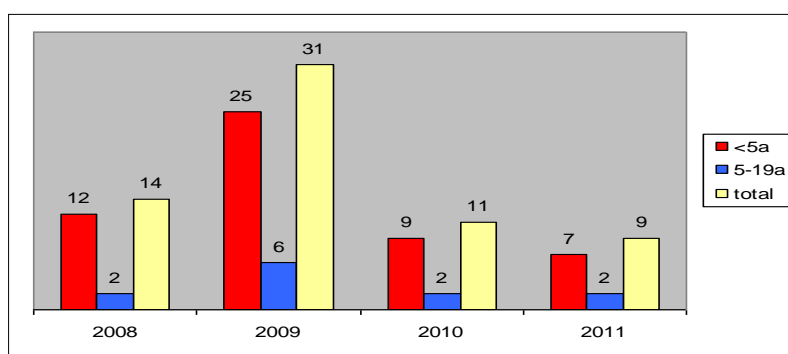


FONTE: Tabwin/SIAH/SMS/PMPA, em 20/12/12 * 2012: Dados parciais

As internações por IRA apresentam clara associação sazonal, com cerca de 70% delas ocorrendo no período do inverno, entre os meses de abril a setembro. É neste período que devemos concentrar os esforços de organização da rede para atendimento desta grande e importante demanda.

A IRA é responsável por uma alta taxa de mortalidade nesta faixa etária. No Gráfico 43 são apresentados os números totais de óbitos por IRA, no período de 2008 a 2011. Os óbitos também são mais prevalentes na população abaixo dos 5 anos de idade. Observa-se um pico nos óbitos nesta faixa etária no ano de 2009, relacionados à pneumonia como possível consequência da epidemia da Gripe A naquele ano.

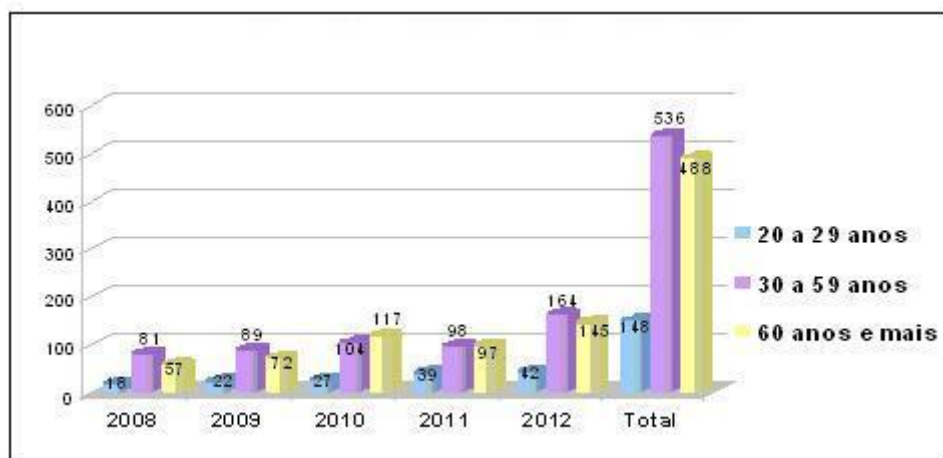
Gráfico 43- Número de óbitos por Infecção Respiratória Aguda entre crianças e adolescentes, residentes em Porto Alegre, no período de 2008 à 2012.



FONTE: Tabwin/SIAH/SMS/PMPA, em 26/12/12.

A probabilidade de doenças respiratórias aumenta em crianças que convivem na mesma residência com pessoas que fumam. O tabagismo passivo aumenta o número de crises de asma, bronquite, rinite alérgica, sinusite, otites e pneumonias bacterianas entre as crianças, especialmente abaixo dos 5 anos de idade, sendo importante a abordagem sobre o tabagismo com pais/responsáveis. A alta morbimortalidade por IRA nesta faixa etária, com elevado custo humano e social, justifica os esforços da rede pública de saúde no desenvolvimento de ações preventivas e curativas eficazes para estas patologias.

Gráfico 44- Internações por IRA no período entre 2008 e 2012 na faixa etária de 20 a 80 anos.



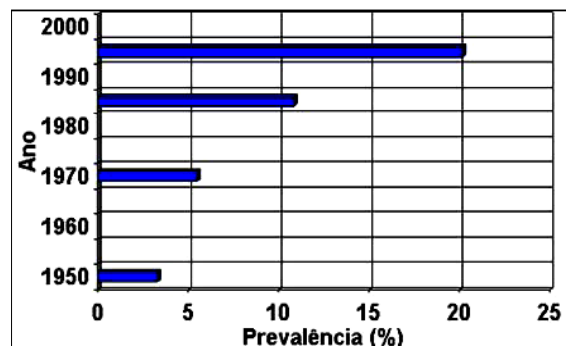
FONTE: DATASUS / MS e TABWIN / SMS

Asma

A asma é uma das doenças crônicas mais preocupantes, principalmente pela alta prevalência e morbidade, mas também pelo seu potencial e 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.

A prevalência no mundo varia de 0,7 a 18,4% da população geral, havendo variação deste índice de região para região e de país para país 3-5. O Brasil é o 8º país em prevalência de asma, em torno de 10%. 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 freqüentes a maiores níveis de alérgenos, desmame precoce, exposição a poluentes do ar, infecções virais e parasitoses intestinais.

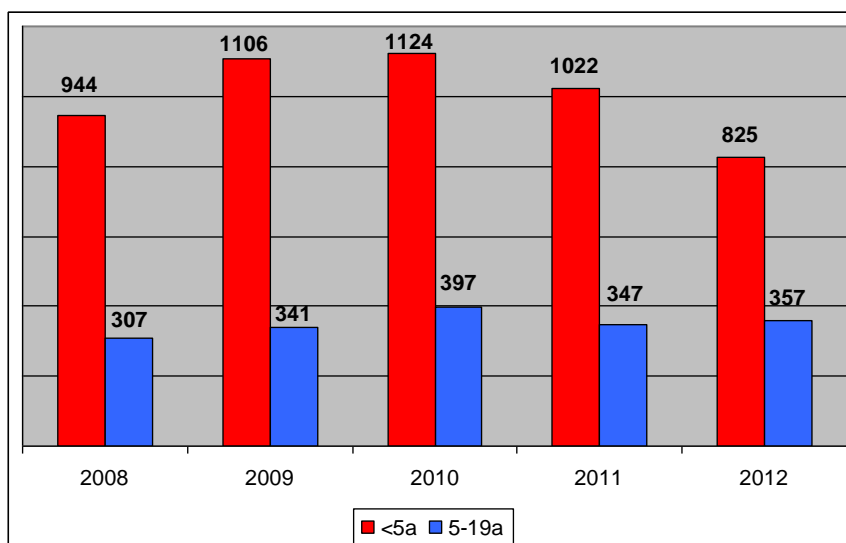
Gráfico 45- Prevalência mundial de asma



FONTE: DATASUS / MS e TABWIN / SMS

No Brasil a maioria dos estudos epidemiológicos referentes à asma não considera as diferentes regiões do país e desconhece a verdadeira dimensão da doença. Muitos estudos de prevalência apresentam dados obtidos uma única vez e geralmente em pequenos grupos populacionais, limitando a comparação entre eles.

Gráfico 46 - Internações por asma, residentes em Porto Alegre, por faixa etária, entre anos 2008 e 2012.



FONTE: Tabwin/SIAH/SMS/PMPA, em 17/12/12

Apesar de serem apenas 5%-10% dos casos, pacientes com asma grave apresentam maior morbimortalidade relativa e são responsáveis por um consumo desproporcionalmente alto dos recursos de saúde em relação aos grupos de menor gravidade. Portadores de asma grave não controlada procuram 15 vezes mais as unidades de emergência médica e são hospitalizados 20 vezes mais do que os asmáticos moderados 6/10/11-14. Sabe-se que “o valor médio gasto com cada hospitalização possibilitaria o tratamento ambulatorial por 1 ano. Possivelmente, nenhum deles seria hospitalizado” (Plano Nacional de Asma do Ministério da Saúde – 1ª versão).

Diversas experiências, nacionais e internacionais, revelam um impacto positivo muito significativo dos Programas de Asma sobre os indicadores de saúde desses pacientes. Avaliando os dados de acompanhamentos de pacientes em Programa da Asma no município conseguimos ter uma idéia do real impacto da implementação de um Projeto de Atendimento ao Asmático, com o atendimento por profissionais capacitados e com o fornecimento regular de medicação.

Quadro 10- Internações hospitalares entre crianças atendidas pelo Programa de Asma do GHC, 2005.

Nº de crianças atendidas pelo Programa de Asma	131
Nº de Internações entre as 131 crianças antes do ingresso no Programa	230
Internações entre as 131 crianças após o ingresso no Programa	8

FONTE: Serviço de Saúde Comunitária do GHC / 2005

A rede municipal tem experiência de mais de 02 anos no CS Bom Jesus, entre outros. A avaliação de resultados daquela Unidade, relativo ao ano de 2004, mostra resultados igualmente estimulantes.

Quadro 11- Redução de internações hospitalares entre crianças atendidas pelo Programa de Asma do CS Bom Jesus / SMS / PMPA, 2004.

Nº de crianças atendidas pelo Programa de Asma	479
Nº de Internações entre as 131 crianças antes do ingresso no Programa	1.047
Internações entre as 131 crianças após o ingresso no Programa	141
% Variação	-87%

FONTE: SMS/ASSEPLA / CSBJ / 2005

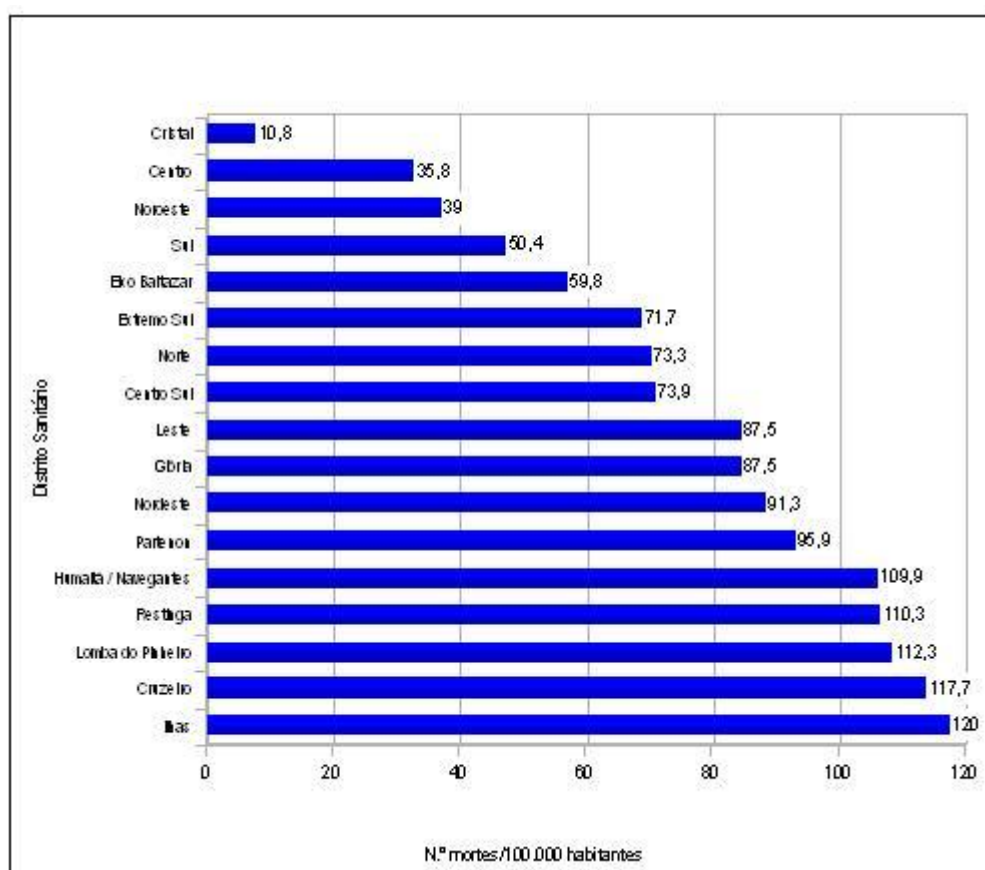
A mortalidade por asma tem aumentado nas últimas décadas em diversos países. Em Porto Alegre no ano 2011, a asma foi responsável por 1.427 internações entre crianças e adolescentes, 1.064 delas na faixa etária entre 0 e < 5 anos, com um número de 03 óbitos.

1.1.1.7 Acidentes e Violências – Causas Externas

Segundo o Sistema de Informações Sobre Mortalidade-SIM no ano de 2010, ocorreram, no município, 11.313 óbitos, sendo 992 destes por causas externas (acidentes e violências – capítulo XX do Código Internacional de Doenças).

No município de Porto Alegre, a proporção de óbitos por causas externas em relação ao número total de óbitos por todas as causas é de 8,8%. O coeficiente de mortalidade por causas externas é de 70,4 óbitos por causas externas em cada 100.000 habitantes.

Gráfico 47– Morte por causas externas nos distritos sanitários de Porto Alegre em 2010.



FONTE: SIM/ 2010

Dos 11.313 óbitos por todas as causas, ocorridos no município em 2010, 5.576 foram de pessoas do sexo feminino, 5.734 de pessoas do sexo masculino e 3 de pessoas cujo sexo era ignorado. Dos 992 óbitos por causas externas, 206 foram de pessoas do sexo feminino e 786 do sexo masculino.

Enquanto a proporção de óbitos de mulheres por causas externas em relação ao total de óbitos da população no período é de 1,8%; a de homens é de 6,9%. Paralelamente, a proporção de óbitos femininos por todas as causas, em relação ao total de óbitos entre a população do município do período é de 49,3%, e a de óbitos masculinos, de 50,7%.

Observa-se que, em relação aos óbitos por todas as causas, essa razão é de 1,03, ou seja, praticamente 1 óbito masculino para cada óbito feminino. Salienta-se que, como a população feminina é maior, o coeficiente de mortalidade entre pessoas do sexo feminino é de 0,7 a cada 100 mulheres, enquanto o coeficiente entre os homens é de 0,9 a cada 100 homens.

Considerando, assim, a mortalidade específica por causas externas segundo sexo, o coeficiente de mortalidade por essa causa específica é de 120,2 homens para cada 100.000 homens da população, enquanto, entre a população feminina, esse indicador é de 27,3 mulheres para cada 100.000 mulheres.

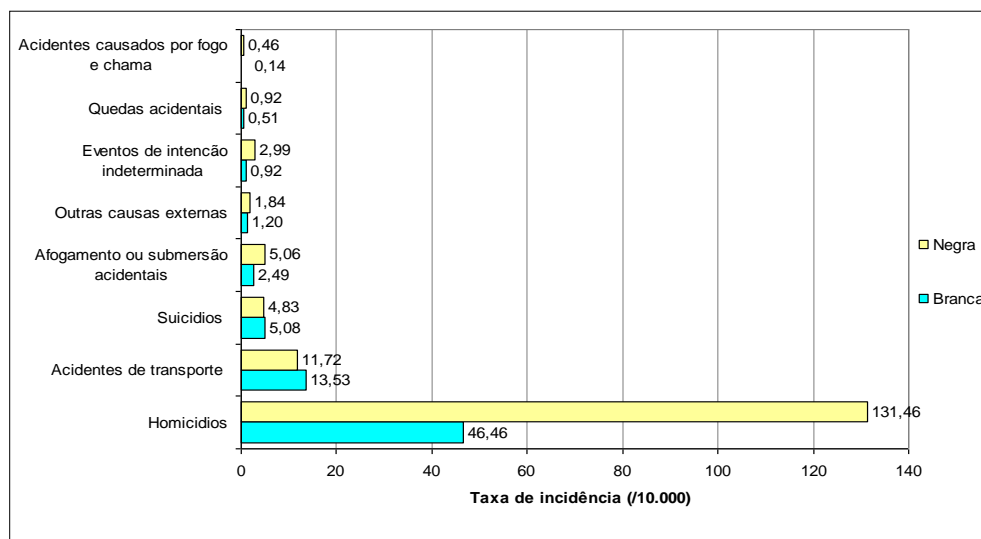
Quadro 12- Causas Externas de Mortalidade em Porto Alegre no ano de 2010

Causas Externas de Mortalidade em Porto Alegre no ano de 2010		
Causas Externas	Homem	Mulher
Homicídios	406	47
Acidentes de Transporte	135	50
Suicídio	77	23

FONTE: SIM/ 2010

Os homicídios representaram 46,0% dos óbitos por causas externas no município, configurando um coeficiente de mortalidade de 32,3 óbitos em cada 100.000 habitantes. A razão entre o número de óbitos por homicídios, do sexo masculino e do sexo feminino foi de 8, 7, ou seja, quase 9 óbitos de homens para cada óbito de mulheres por esta causa.

Gráfico 48- Taxa de incidência de mortalidade por causas externas de 15 a 24 anos por raça/cor em Porto Alegre 2001 a 2009



FONTE: SIM/SMS Porto Alegre

Na faixa etária compreendida entre 15 e 29 anos, as causas externas são o conjunto de situações responsáveis pelas altas taxas de mortalidade, sendo que o homicídio constitui o motivo mais freqüente destas mortes, sendo que para negros o risco é 3 vezes mais se comparado com os brancos.

Os acidentes de transporte representaram 18,6% dos óbitos por causas externas, sendo o coeficiente de mortalidade por essa causa específica de 13,1 óbitos em cada 100.000 habitantes. A razão entre o número de óbitos por acidentes de transporte, do sexo masculino e do sexo feminino foi de 2,7, ou seja, quase 3 óbitos de homens para cada óbito de mulheres por esta causa.

Em relação aos suicídios, estes representaram 10,1% dos óbitos por causas externas, sendo o coeficiente de mortalidade por essa causa específica de 7,1 óbitos em cada 100.000 habitantes. A razão entre o número de óbitos por acidentes de transporte, do sexo masculino e do sexo feminino foi de 3,3, ou seja, em torno de 3 óbitos de homens para cada óbito de mulheres por esta causa.

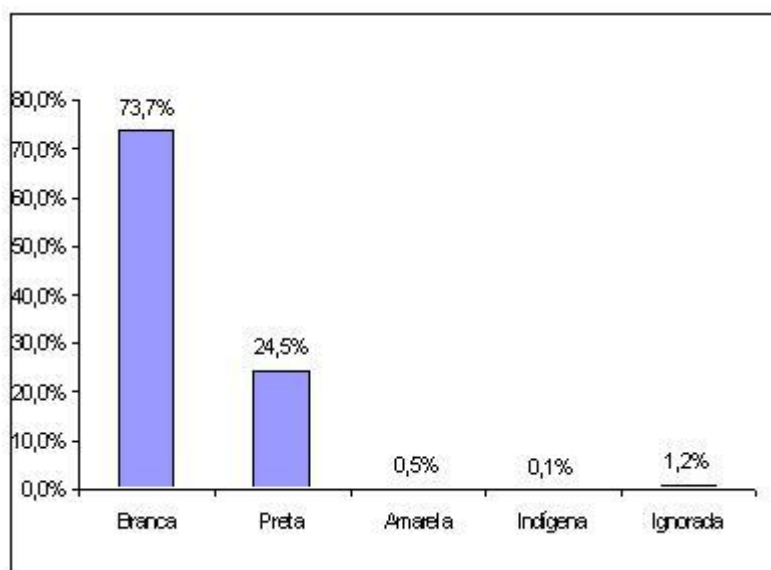
Tabela 38– Óbitos ocorridos por causas externas em Porto Alegre, 2010.

Faixa etária	N	Percentual
< 1 ano	10	1,01%
5 a 9 anos	15	1,51%
10 a 14 anos	21	2,12%
15 a 19 anos	102	10,28%
20 a 29 anos	268	27,02%
30 a 39 anos	175	17,64%
40 a 49 anos	103	10,38%
50 a 59 anos	100	10,08%
60 a 79 anos	110	11,09%
80 e +	82	8,27%
Ignorado	6	0,60%
Total	992	100,00%

FONTE: SIM/SMS/PMPA/ 2010

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

Gráfico 49 – Percentual de óbitos por causas externas em Porto Alegre, 2010.



FORNTE: SIM/2010.

É importante salientar que a tendência de óbitos na população observada se deve à predominância da raça/cor branca na população de Porto Alegre.

Porto Alegre no ano de 2010 contava com 37 serviços notificadores de violências, o que corresponde a, aproximadamente, 20% da rede de serviços de saúde (SUS) da cidade. Destes, onze são hospitais (entre eles um de referência para o atendimento de violência sexual e um para o atendimento de trauma), 18, unidades básicas de saúde e 8, serviços especializados. A notificação de violências vem sendo implantada de forma gradual e por adesão nos serviços de saúde do município.

Tomando como base as informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação de Violências e Acidentes (PMPA, VIVA SINANET, 2010), é possível fazer um recorte epidemiológico da violência a partir dos dados de morbidade. Salienta-se que, em se tratado de notificações de violências realizadas pelos serviços de saúde, o que está em questão são casos incidentes, uma vez que se trabalha com novas notificações (mesmo de casos de repetição). Como a notificação de violências ainda não é universal no município, não há como calcular indicadores de prevalência ou incidência da violência em Porto Alegre. Trabalha-se, assim, com a proporção de notificações sobre o universo dos casos notificados.

Conforme se observa na tabela abaixo, do total de casos de violência notificados pelos serviços de saúde, no período 2007 a 2010, o número de

atendimentos a pessoas residentes em Porto Alegre tem se mantido, em torno de 60% do total de notificações. O restante se refere a moradores de outros municípios do estado do Rio Grande do Sul, que utilizaram os serviços de saúde de Porto Alegre para atendimento.

Em relação às notificações de moradores do interior do estado, as fichas são selecionadas, separadas e encaminhadas semanalmente ao Centro de Vigilância em Saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, que repassa essas informações ao município de residência da pessoa em situações de violência, para que sejam encaminhadas ações de vigilância em saúde.

Tabela 39– Distribuição dos casos notificados segundo o município de residência, Porto Alegre 2007-2010

Notificações	2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Residentes em POA	957	59,5	1.032	58,1	1.108	61,8	860	60,4
Residentes outros municípios	691	40,5	701	41,9	685	38,2	565	39,6
Total	1.648	100	1.733	100	1.793	100	1.425	100

FONTE: Sistema de Informação de Violência, 2007-2010.

Do total de atendimentos (de residentes de Porto Alegre) por situações de violências segundo o sexo, notificados pelos serviços de saúde no município no ano de 2010, 67,3% (n: 579) ocorreram entre mulheres e 32,7% (n: 281), entre homens. Contrariando a tendência da mortalidade por causas externas, as mulheres estão mais expostas a situações notificáveis de violências (que não necessariamente levam a óbito e que não envolvem violência urbana contra homens entre 18 e 59 anos) que os homens, em uma razão de 2,1 para 1. Em outras palavras, para cada homem vítima de violência notificável, duas mulheres se expõem ao agravo.

A faixa etária cujas notificações foram mais freqüentes é a de pessoas entre 01 e 09 anos (n: 289; 33,6%). Nessa faixa etária, bem como entre os menores de 1 ano e entre 15 e 19 anos, contrariando a tendência geral das pessoas em situações de violências segundo sexo, há uma maior proporção de vítimas do sexo masculino que do feminino. Entre as demais faixas etárias, as proporções de notificações por violências se situaram entre 1,7% (n: 15) em pessoas entre 50 e 59 anos e 20,2% (n: 174) em adolescentes de 10 a 14 anos.

Crianças e adolescentes representaram 78,3% (n: 674) do total de eventos notificados. Pessoas com 60 anos ou mais representaram 3,1% (n: 27) dos casos.

Em relação à raça/cor da pele, pessoas de raça branca representaram 65,3% (n: 562) das notificações, seguidas de pessoas da raça preta (n: 132; 15,3%) e parda (n: 121; 14,1%). Essa tendência é observada em função da predominância da raça/cor branca na população de Porto Alegre. Contudo, a prevalência de notificações, em indivíduos pretos e pardos, é de 29,4% (n: 253), o que é significativamente superior à proporção destes indivíduos na população de nascidos vivos (20,4%, SINASC 2005 a 2009) em Porto Alegre. Observa-se, desta forma, que a população de indivíduos pretos e pardos encontra-se mais vulnerável a situações de violências.

As fichas de notificação do Ministério da Saúde possibilitam a classificação em mais de um tipo de violência, por isso alguns dados podem estar sobrepostos. Pessoas do sexo feminino estão mais expostas a maior parte das violências, em especial à violência sexual (50,3%; n: 291)² e psicológica (47,0%; n: 272). Em relação à negligência, a tendência se inverte, sendo os homens mais expostos (38,8%; n: 109) que as mulheres (20,4%; n: 118). Homens e mulheres apresentaram percentual semelhante de exposição à violência física: 45,6% (n: 128) e 48,0% (n: 278), respectivamente.

Considerando as vítimas do sexo masculino, a violência física aparece em 45,6% (n: 128) seguida da negligência, em 38,8% (n: 109), da psicológica, em 30,2% (n: 85) e da sexual em 26,3% (n: 74).

Do total de casos de violência notificada no ano de 2010, 7,1% (n: 61) foram por lesões autoprovocadas, ou seja, situações em que a pessoa provocou agressões contra si mesma, tentou ou conseguiu se suicidar. Observa-se diferença de proporção entre vítimas do sexo masculino (5,7%; n: 16) e do sexo feminino (7,8%; n: 45).

O local de ocorrência com maior frequência de eventos violentos foi a residência (n: 599; 69,7%), estando as mulheres mais expostas a essas violências que os homens. Em 12,6% dos casos (n: 108), os eventos ocorreram na via pública, estando, neste local, os homens mais expostos que as mulheres.

2

Observa-se um alto índice de violências crônicas notificadas (45,0%; n: 387). Entre as vítimas do sexo feminino, a metade (50,4%; n: 292) dos casos foi de violências de repetição. Em função do alto percentual de casos ignorados neste item (27,2% do total; n: 233), salienta-se que os índices apresentados podem ser ainda maiores.

Abaixo apresentamos a distribuição das situações de violências notificadas pelos serviços de saúde, no ano de 2010, segundo a gerência distrital de moradia das vítimas.

Tabela 40- Distribuição dos casos de violência notificados segundo a Gerência Distrital de residência das vítimas, Porto Alegre, 2010.

Ano	2010	
	n	%
Gerência Distrital		
Centro	82	9,5
Noroeste-Humaitá-Navegantes-Ilhas	78	9,1
Norte-Eixo Baltazar	88	10,2
Leste-Nordeste	110	12,8
Glória-Cruzeiro-Cristal	108	12,6
Sul-Centro-Sul	113	13,1
Partenon-Lomba do Pinheiro	136	15,8
Restinga-Extremo Sul	91	10,6
Ignorado	54	6,3
Total	860	100

FONTE: VIVA SINANNET 2010

Causas externas – Álcool e drogas

De acordo com Departamento Médico Legal - DML em 2010 ocorreram 992 óbitos por causas externas nos quais foi detectada, em 15 (1,5%) a presença de álcool e, em 14 (1,4%), de outras drogas. Em 2012 observou -se que dos 967 óbitos ocorridos por causas externas em 21 (2,8%) detectou-se presença de álcool e, em 15 (1,6%), de outras drogas.

É importante ressaltar que a presença de álcool e drogas é verificada no DML, mediante solicitação de exames pelo médico perito e que esta não é rotina na totalidade dos óbitos atestados pelo departamento. Em relação aos óbitos ocorridos em estabelecimentos de saúde, não há solicitação dos referidos exames.

1.1.1.8 Mortalidade Geral

No período de 10 anos, 2000 a 2010, Porto Alegre apresentou Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) maiores que o apresentado pelo Brasil e Rio Grande do Sul.

Tabela 41– Série histórica do número de óbitos e Coeficientes de Mortalidade Geral (CMG) no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, 2000-2010.

Ano	Brasil*		RS *		Porto Alegre *	
	n	coef**	n	coef**	n	coef**
2000	946.686	5,32	67.558	6,60	9.859	7,25
2001	961.492	5,58	61.918	6,59	10.005	7,28
2002	982.807	5,63	69.073	6,64	10.236	7,40
2003	1.002.340	5,67	70.112	6,67	10.283	7,38
2004	1.024.073	5,64	71.964	6,71	10.336	7,36
2005	1.006.827	5,47	70.821	6,53	10.429	7,30
2006	1.031.691	5,52	72.052	6,57	10.561	7,33
2007	1.047.824	5,53	74.908	6,76	10.945	7,53
2008	1.077.007	5,68	73.764	6,80	10.549	7,37
2009	1.103.088	5,76	76.788	7,04	10.975	7,64
2010	1.132.461***	5,94	77.922	7,29	11.154	7,91

FONTE: Brasil, www.datasus.gov.br

POA, 2000 a 2006 www.datasus.gov.br; 2007 a 2010 SIM/CGVS

RS, dados publicados e divulgados pela SES/RS.

* valores observados, não padronizados por sexo e faixa etária; ** coeficientes por 1.000 habitantes; ***Dados preliminares.

Em 2010, CMG no Brasil foi de 5,94 óbitos por 1.000 habitantes; no RS, de 7,29 óbitos por 1.000 habitantes; e em Porto Alegre, de 7,91 óbitos por 1.000 habitante.

No período entre 2001 e 2009, Porto Alegre apresentou um Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) médio de 7,4 óbitos por mil habitantes. A GD Centro ultrapassa esta média com 8 óbitos por mil residentes. A GD NEB apresenta o menor CMG médio, 6 óbitos por mil residentes.

Tabela 42– Série histórica dos Coeficientes de Mortalidade Geral (CMG), por Gerência Distrital/ Porto Alegre, 2001-2009.

Gerência Distrital	Ano									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	CMG médio
Porto Alegre	7,28	7,40	7,38	7,36	7,30	7,33	7,53	7,37	7,64	7,40
Centro	7,86	7,74	7,73	8,07	8,27	8,18	8,09	7,81	8,26	8,00
NHNI	8,06	8,22	7,93	8,07	7,71	7,70	7,68	7,54	7,58	7,83
NEB	5,79	5,93	5,77	5,79	6,06	6,03	6,18	6,08	6,29	5,99
LENO	5,72	6,24	5,94	6,72	6,25	6,81	6,87	6,72	6,96	6,47
GCC	7,94	7,99	8,11	7,11	7,43	7,01	7,10	7,58	7,68	7,55
SCS	5,71	5,89	6,36	6,98	6,87	6,78	6,94	6,89	7,40	6,65
PLP	7,34	7,66	7,53	7,36	7,44	7,28	7,30	6,97	7,28	7,35
RES	6,70	6,68	6,93	6,42	6,16	6,78	7,37	6,40	6,24	6,63

FONTE: SIM/CGVS, dados preliminares de 2010.

Tabela 43– Proporção de óbitos segundo faixa etária e Gerência Distrital, Porto Alegre, RS, 2010.

Faixa Etária	POA	Centro	NHNI	NEB	LENO	GCC	SCS	PLP	RES
<1 Ano	1,73	0,85	0,77	2,05	2,36	2,16	1,76	2,81	2,18
01-04 Anos	0,21	0,13	0,07	0,09	0,32	0,54	0,21	0,16	0,36
05-14 Anos	0,55	0,21	0,42	0,43	1,18	0,45	0,56	0,86	0,91
15-24 Anos	2,98	1,06	1,81	3,25	3,11	3,78	2,04	4,14	4,91
25-45 Anos	9,86	4,07	7,39	10,09	12,22	10,00	9,01	13,14	12,91
46-59 Anos	15,71	10,30	13,67	19,49	17,79	15,32	16,62	18,14	20,18
>60 Anos	68,81	83,38	75,80	64,62	63,02	67,75	69,79	60,75	58,55
Ignorado	0,16	0,00	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total geral	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTE: SIM/CGVS, dados preliminares de 2010.

Com relação à idade, conforme o esperado, a maior proporção de óbitos ocorreu entre os residentes com idade a partir dos 60 anos, tanto para Porto Alegre quanto para as gerências distritais (Tabela 43). Entretanto, chama a atenção que na GD Centro, 93,69% dos óbitos ocorrem em pessoas com idade acima de 46 anos. Enquanto, nas GD RES e PLP, esta porcentagem apresenta-se em torno de 79%, denotando-se que nessas áreas ocorrem mortes mais prematuramente que nas demais GD.

No sexo masculino os óbitos acima de 64 anos correspondem a 58,93% enquanto que no sexo feminino, na mesma faixa etária, correspondem a 76,56%. Salienciamos ainda que no sexo masculino, 7,64% dos óbitos ocorre na faixa de 15 a 29 anos, principalmente devido a causas externas. Já no sexo feminino, a porcentagem é de 2,40.

Quadro 13– Mortalidade Proporcional pelos principais Grupos de Causas, por Gerência Distrital/Porto Alegre, RS, 2010.

Grupos de Causas-Mortalidade	Centro	NHNI	NEB	LENO	GCC	SCS	PLP	RES
Doenças do Aparelho Circulatório	31,71%	29,99%	30,77%	29,47%	31,35%	30,49%	27,91%	30,36%
Neoplasias	28,61%	28,24%	24,10%	22,72%	19,82%	23,94%	18,76%	22,00%
Doenças do Aparelho Respiratório	9,67%	8,58%	6,92%	7,07%	10,27%	9,51%	9,54%	8,36%
Doenças do Sistema Nervoso	7,67%	6,14%	4,19%	5,14%	5,50%	7,32%	5,00%	3,27%
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas.	4,54%	4,46%	5,73%	5,36%	5,23%	6,69%	6,33%	5,27%
Causas Externas de Mortalidade	4,45%	7,81%	10,09%	8,68%	8,29%	7,04%	9,46%	11,27%
Doenças do Aparelho Digestivo	4,03%	4,11%	4,62%	5,57%	4,77%	3,66%	4,61%	4,36%
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	3,73%	5,37%	6,84%	9,22%	7,48%	5,56%	9,85%	8,36%
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e Laboratoriais.	1,78%	1,26%	2,05%	1,61%	2,07%	0,99%	1,72%	1,09%
Doenças do Aparelho Geniturinário	1,57%	1,81%	1,20%	1,39%	1,62%	1,55%	1,95%	2,36%
Afecções Originadas no Período Perinatal	0,51%	0,49%	1,28%	0,64%	1,17%	0,85%	1,33%	0,91%
Transtornos Mentais e Comportamentais	0,38%	0,56%	0,77%	0,86%	0,99%	0,56%	1,33%	0,73%
Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	0,38%	0,49%	0,26%	0,64%	0,36%	0,49%	0,47%	0,18%

Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas.	0,38%	0,28%	1,03%	0,96%	0,63%	0,92%	1,17%	1,09%
Doenças do Sangue, Órgãos Hematopoiéticos e Transtornos Imunitários	0,30%	0,28%	0,0%	0,32%	0,36%	0,21%	0,16%	0,0%
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	0,21%	0,07%	0,17%	0,32%	0,09%	0,0%	0,23%	0,0%
Gravidez, Parto e Puerperio	0,08%	0,07%	0,0%	0,0%	0,0%	0,21%	0,16%	0,36%
Total (%)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTE: SIM/CGVS

Pode-se verificar, no quadro acima, que os óbitos por doença do aparelho circulatório consistem na primeira causa de óbito em todas as GD, seguido pelas neoplasias. Observa-se que a gerência Centro possui as maiores incidências tanto nos óbitos por doença do aparelho circulatório, quanto nas neoplasias. A partir do terceiro lugar no ranking da mortalidade proporcional observa-se uma variação entre aparelho respiratório e causas externas. Cabe destacar que o percentual de óbitos decorrente de gravidez, parto e puerpério é maior nas regiões Restinga, Sul Centro Sul e Partenon Lomba do Pinheiro.

Mortalidade Materna

Quadro 14– Série Histórica da distribuição das mortes maternas segundo as causas obstétricas e coeficiente de mortalidade materna*, Porto Alegre, RS, 2000-2010

Causas obstétricas/ coef. de mortalidade materna	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Número nascidos vivos	23.518	20.865	20.031	19.197	19.529	18.930	18.383	17.809	18.553	18.665	18.315
Morte Materna **											
Total	9	7	14	9	14	5	6	10	8	10	6
***Causas obstétricas diretas	5	5	8	3	6	1	2	6	4	6	4
***Causas obstétricas indiretas	4	2	6	6	8	4	4	4	4	4	2
*Coeficiente Mortalidade Materna	38,27	33,54	69,89	46,88	71,69	26,41	32,64	56,15	43,12	53,57	32,76

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

* por 100.000 nascidos vivos

** Morte materna é a morte de uma mulher, durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

*** Manual dos Comitês de mortalidade materna/MS 2002

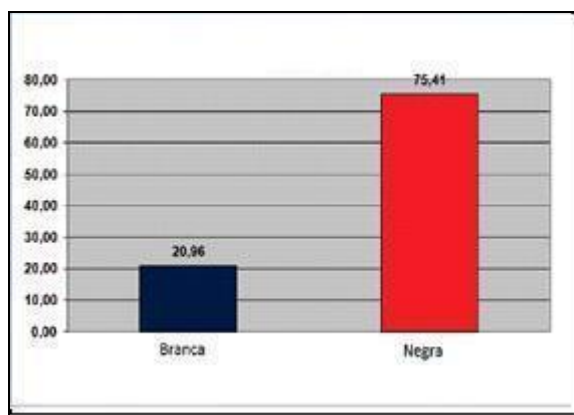
Ao longo da série histórica, 2000 a 2010, o coeficiente de mortalidade materna tem sofrido variações. Comparando-se aos três anos anteriores, verifica-se que o ano de 2010 apresenta uma queda no coeficiente de mortalidade materna, 32,76 óbitos por 100.000 nascidos vivos, que pode ser devido à diminuição dos óbitos decorrentes de causas indiretas à gravidez e parto. As doenças clínicas que têm levado ao óbito mulheres no ciclo reprodutivo são preveníveis e controláveis, representando um potencial de óbitos evitáveis. Entre elas citam-se as doenças cardiovasculares, a SIDA, as doenças respiratórias e infecções urinárias. Desta forma salienta-se a necessidade de intensificar as ações de planejamento familiar de forma eficaz, bem como um adequado tratamento e orientação pré-concepcional. A qualidade da assistência pré-natal, com detecção precoce do alto risco e tratamento adequado, são aspectos fundamentais para a prevenção desses óbitos.

A doença hipertensiva ainda tem uma grande prevalência no nosso meio, representando a 3ª causa mais importante de óbito materno nesses últimos 12 anos. No Brasil é a 1ª causa de óbito materno. Embora esta seja uma doença com alta letalidade devido a sua gravidade, ela é considerada evitável. Para isto é fundamental diagnóstico e tratamento precoces na rede básica, com referências secundárias ágeis que dispensem adequado e pronto tratamento.

Porto Alegre tem um perfil epidemiológico de mortalidade materna misto, mesclando causas similares as dos países desenvolvidos, como as doenças cardiovasculares, doenças hipertensivas da gestação e embolia pulmonar, com causas de países em desenvolvimento como tuberculose, aborto e infecção puerperal.

As mulheres vítimas das mortes maternas são as de maior vulnerabilidade social, reflexo das condições sócio-econômico-culturais, da exclusão social, da desigualdade e da qualidade de vida desta população.

Gráfico 50 - Coeficiente de morte materna por 100.000 NV. POA, 2010



FONTE: SIM, SINASC, 2010.

Os dados de mortalidade materna apresentam uma discrepância entre mulheres negras e brancas. No ano de 2010 as mulheres brancas apresentaram coeficiente de morte materna por 100.000 nascidos vivos para as mulheres brancas 20,96/100.000 e para as mulheres negras 75,41/100.000 nascidos vivos.

Mortalidade Infantil

Na primeira década do século XXI o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de POA passou de 14,84 para 10,48 óbitos por mil nascidos vivos (redução de 29,38%).

Nos últimos anos houve uma redução progressiva do CMI em Porto Alegre, resultado da queda do número do número de óbitos infantis. Em 2011, o CMI foi de 9,0 para cada mil nascidos vivos, o menor valor da história de nossa cidade. No mesmo ano, o CMI foi de 11,4 no RS e de 16 no Brasil. Essa queda reflete a melhoria das condições de vida da população e do nível de escolaridade das mães.

A Tabela 5 apresenta uma série histórica com informações sobre mortalidade infantil em crianças menores de 1 ano no município de 2002 a 2011, onde pode-se observar uma forte tendência de queda do coeficiente de mortalidade infantil.

Tabela 44 - Série histórica da síntese de informações sobre Mortalidade Infantil (menores de 1 ano), Porto Alegre, 2002- 2011.

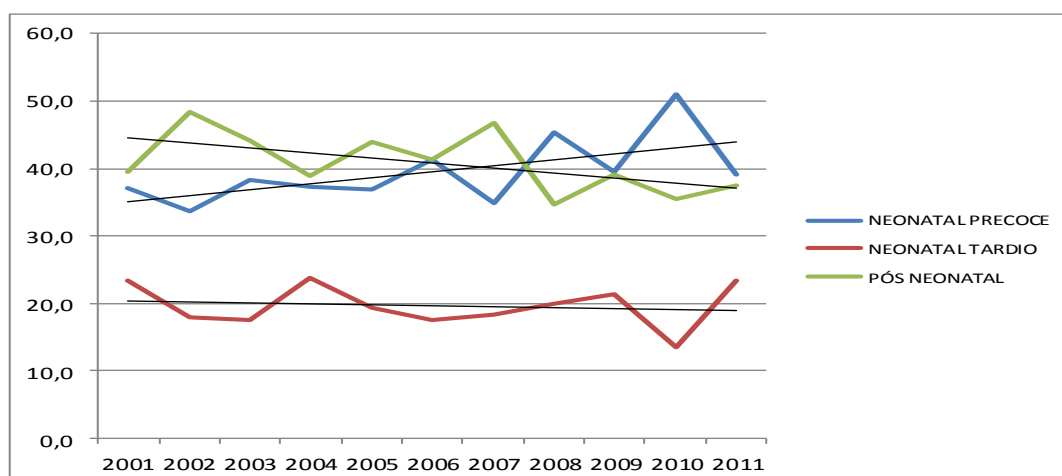
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Percentuais										
Mortalidade Neonatal	51,6	55,9	61,1	56,2	58,7	53,3	65,3	61,0	64,6	62,6
Mortalidade Pós-neonatal	48,4	44,1	38,9	43,8	41,3	46,7	34,7	39,0	35,4	37,4
Coefficientes*										
Coefficiente de Mortalidade Infantil	13,93	13,34	12,24	12,89	12,13	11,90	11,64	9,7	10,48	9,04
Coefficiente Mortalidade Neonatal	7,19	7,45	7,48	7,24	7,13	6,35	7,60	5,9	6,77	5,66
Coefficiente Mort. Neonatal Precoce	4,69	5,10	4,56	4,76	5,00	4,16	5,28	3,8	5,35	3,54
Coefficiente Mort. Neonatal Tardia	2,49	2,34	2,92	2,48	2,12	2,19	2,32	2,1	1,42	2,11
Coefficiente Mortalidade Pós-neonatal	6,74	5,89	4,76	5,65	5,00	5,56	4,04	3,8	3,71	3,38
Principais Grupos Causas (%)										
Afecções Perinatais	44,1	47,7	48,5	58,8	53,4	45,7	54,2	58,2	49,5	52,0
Malformações Congênitas	27,9	28,5	27,2	27,5	26,5	28,8	29,2	21,4	29,7	26,9
Doenças do Aparelho Respiratório	7,5	9,4	10,9	7,4	2,2	7,1	6,0	10,4	7,3	5,3
Causas Externas	7,9	3,9	4,2	5,7	9,0	9,9	2,8	3,2	5,2	1,7
Doenças Infecto Parasitárias	3,6	3,9	3,8	3,7	1,8	2,8	2,8	1,6	1,0	4,1
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	4,7	2,7	2,5	2,5	2,7	1,9	1,9	2,7	2,1	2,3

FONTE: SINASC/2011

* por 1.000 habitantes

A Figura 2 apresenta a tendência de queda do componente pós-neonatal na composição do CMI nos primeiros anos deste século. Esta é uma tendência mundial, pois as doenças evitáveis através de imunizações, alimentação adequada e ampliação do saneamento básico passaram a representar um percentual menor no total de óbitos infantis.

Figura 2- Distribuição percentual dos componentes neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal na composição do Coeficiente de Mortalidade Infantil – Porto Alegre – RS – 2001 a 2011.

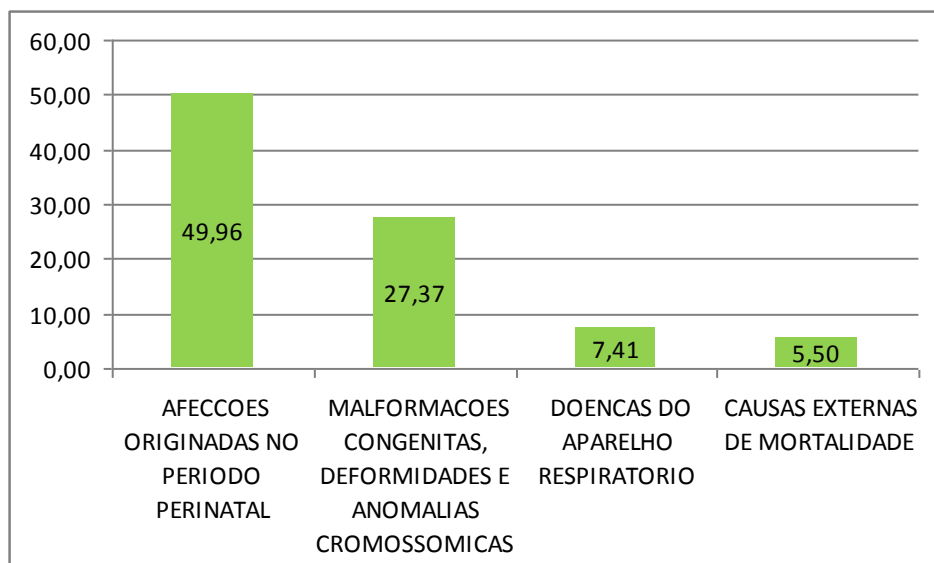


FONTE: SIM/SINASC Porto Alegre – RS

Porto Alegre reduziu em 36,6% o CMI entre os anos de 2001 e 2011. A tendência de queda mais importante que pode ser verificada é do componente pós-neonatal (39,3%).

Quanto aos principais grupos de causas da mortalidade infantil de 2001 a 2011 destacam-se as apresentadas na Figura 3.

Figura 3- Porcentagens dos principais grupos de causas da mortalidade infantil, Porto Alegre, 2001 a 2011.



FONTE: SIM/EVEV/CGVS/SMS/PMPA

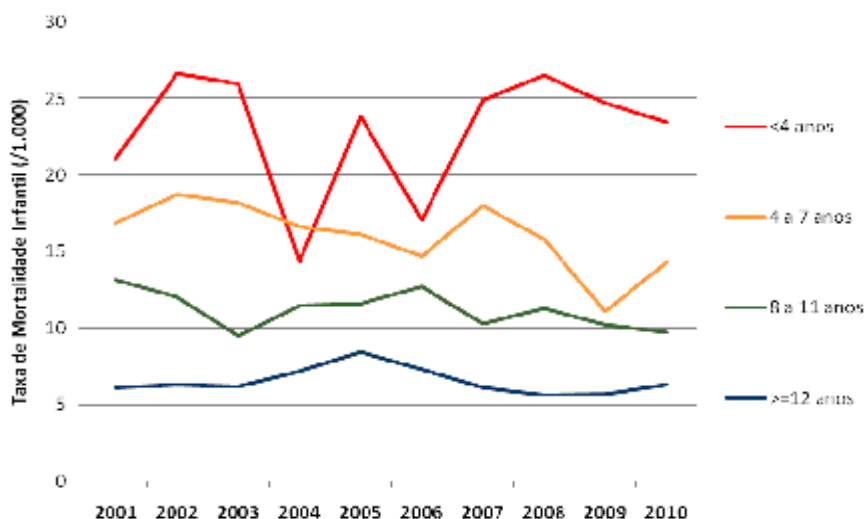
Podemos afirmar que metade das crianças que foram a óbito no período teve como grupo principal de causas às afecções do período perinatal, com destaque para as afecções maternas (hipertensão e outros), doença da membrana hialina, corioamnionite e gravidez múltipla. No segundo grupo de causas tem destaque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

Apesar do CMI apresentar tendência de queda em Porto Alegre, grande parte das causas de morte ainda pode ser evitada com adequado atendimento pré-natal e ao parto, bem como durante o acompanhamento no primeiro ano de vida.

A redução da mortalidade infantil em Porto Alegre está inversamente associada ao aumento da escolaridade das mães observada nos últimos anos. A proporção de mães com 8 anos ou mais de estudo aumentou de 55% para 75,6% de 2001 a 2010. 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.

Figura 4– Escolaridade materna e Taxa de Mortalidade Infantil em Porto Alegre, 2000 a 2010.



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

Em relação à raça/cor não há nos últimos anos diferença na Taxa de Mortalidade Infantil entre as crianças negras e brancas.

Tabela 45– Taxa de Mortalidade Infantil (/1.000) em Porto Alegre por raça/cor, 2001 a 2010.

Raça/cor	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Branca	13,4	13,9	13,7	12,2	12,6	11,6	11,8	11,4	9,8	10,1
Negra	14,3	14,1	11,4	12,1	13,9	14,3	12,1	11,9	9,5	9
Total	14,2	13,9	13,3	12,2	12,9	12,1	11,9	11,6	9,8	10,5

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

Na série histórica abaixo, os distritos da Lomba do Pinheiro, Nordeste, Cruzeiro, Cristal e Extremo-Sul tiveram vários anos com coeficientes acima de 13/1000 NV. O Extremo-Sul, no entanto vem apresentando melhora significativa nos últimos anos. Os registros cujo distrito sanitário do endereço de residência é ignorado foram localizados e investigados (vigilância do óbito), mas os logradouros não constam da malha viária e, portanto, não aparecem no georreferenciamento.

Tabela 46– Coeficiente de Mortalidade Infantil por Distrito Sanitário, Porto Alegre 2001 a 2011.

Distrito	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Humaita Navegantes	20,00	25,91	14,81	21,37	14,58	12,20	11,28	17,81	7,71	8,18	5,38
Noroeste	11,66	10,43	5,38	9,19	13,90	13,83	8,95	6,77	11,03	5,38	4,05
Leste	15,19	17,14	12,56	9,36	8,08	8,40	8,73	7,47	13,14	8,08	9,91
Lomba do Pinheiro	16,31	13,88	15,22	6,90	19,16	19,69	13,07	24,04	10,54	17,48	12,75
Norte	18,73	16,42	12,56	19,07	13,75	13,09	17,90	11,68	11,22	9,91	5,97
Nordeste	10,12	16,82	16,48	15,93	24,18	22,30	9,60	23,03	11,63	17,92	13,58
Partenon	11,56	14,29	12,23	12,77	14,30	11,21	12,01	11,63	11,10	12,00	10,87
Restinga	22,49	17,03	14,78	15,05	8,82	12,20	13,10	13,02	9,27	9,41	7,79
Glória	13,47	12,90	16,97	12,38	12,64	10,24	16,05	8,27	9,81	13,66	10,85
Cruzeiro	15,81	13,76	17,18	12,38	17,69	10,74	15,42	16,73	8,60	13,88	5,58
Cristal	17,62	16,39	15,08	15,27	6,99	10,64	6,62	13,07	14,29	*	19,80
Centro Sul	13,88	11,09	10,91	13,36	9,14	9,15	9,13	6,74	9,90	12,15	12,22
Extremo Sul	19,08	16,48	22,36	23,62	17,72	24,12	12,77	13,39	2,33	7,95	2,40
Eixo Baltazar	14,10	9,99	19,26	10,96	18,79	11,47	12,36	13,31	4,46	10,40	8,36
Sul	7,00	11,36	15,71	15,76	7,09	10,33	6,90	7,19	13,31	10,55	8,38
Centro	9,29	11,48	10,71	6,76	8,06	9,89	10,02	9,33	6,61	7,93	8,00
Ilhas	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7,46	6,94
Ignorado	12,33	8,20	6,06	2,40	11,03	13,89	23,08	10,48	12,30	12,20	13,82

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

1.2. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

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

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

1.2.1 Aspectos Socioeconômicos

O objetivo dessa subseção é apresentar um prisma de indicadores socioeconômicos relacionados: ao Produto Interno Bruto (PIB)³, o IDH, a educação, trabalho e renda.

Produto Interno Bruto

Segundo a Fundação de Economia e Estatística, Porto Alegre possui o maior PIB³ no estado do Rio Grande do Sul. Em 2010, o PIB foi de R\$ 43.038.100,00, representando um percentual de 17,05 do PIB estadual. Em comparação com 2005 a aumento nominal foi de 52,98%. O PIB per capita 2010 foi de R\$ 30.525,00 e aumentou nominalmente 55,02% desde 2005.

Índice de Desenvolvimento Humano

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

³ O Produto Interno Bruto (PIB) é o valor de mercado de todos os bens e serviços finais produzidos em um país durante certo período de tempo. (MANKIWI, N. Gregory. **Introdução à Economia**. 1. ed., 5. tir. Rio de Janeiro: Campus, 1998. Cap. 22, pag. 484)

educação e saúde⁴.

No IDH Global 2012, o Brasil ficou em 85º lugar com nota 0,730. O Rio Grande do Sul está em 6º lugar entre os Estados do país com IDH 0,746. Porto Alegre, conforme Ranking do IDH dos Municípios do Brasil (IDH-M) 2010, figura na 28ª colocação com índice de 0,805. Em 2000, nosso IDH era 0,865 e em 1991 era 0,824. Dentre as capitais, Porto Alegre está na 5ª colocação, empatando com São Paulo, sendo Florianópolis a capital que figura em 1º lugar.

O IDH 2010 do Rio Grande do Sul é equacionado pelo IDH Renda 0,769, Saúde 0,840 e Educação 0,642. Já o IDH Porto Alegre 2010 apresenta índice de Renda 0,867, de Saúde 0,857 e Educação 0,702.

No quadro abaixo são apresentados o IDH 2000 e seus sub-índices, por regiões do Orçamento Participativo:

Quadro 15– Índice de Desenvolvimento Humano, 2000

Região	IDH	IDH Educação	IDH Saúde	IDH Renda
Porto Alegre	0,865	0,951	0,775	0,87
Região Centro	0,919	0,995	0,771	0,99
Região Noroeste	0,892	0,99	0,767	0,92
Região Sul	0,874	0,962	0,759	0,9
Região Cristal	0,86	0,948	0,766	0,87
Região Leste	0,834	0,932	0,744	0,83
Região Centro Sul	0,832	0,942	0,741	0,81
Região Eixo Baltazar	0,825	0,943	0,749	0,78
Região Partenon	0,819	0,932	0,722	0,8
Região Cruzeiro	0,813	0,906	0,736	0,8
Região Humaitá / Navegantes	0,797	0,908	0,713	0,77
Região Ilhas	0,797	0,908	0,713	0,77
Região Glória	0,788	0,902	0,705	0,76
Região Norte	0,78	0,903	0,714	0,72
Região Extremo Sul	0,779	0,887	0,729	0,72
Região Restinga	0,761	0,901	0,707	0,68
Região Lomba do Pinheiro	0,751	0,884	0,693	0,68
Região Nordeste	0,726	0,858	0,704	0,62

FONTE: Atlas do Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Porto Alegre, 2008.

4

A renda é medida pela Renda Nacional Bruta *per capita* expressa em poder de paridade de compra constante, em dólar. Já a educação é medida através da média de anos da educação de adultos e a expectativa de anos de escolaridade para crianças na idade de iniciar a vida escolar. Por fim, a dimensão de saúde é medida pela expectativa de vida. O cálculo é feito pela média aritmética simples dos três sub-índices. O IDH varia entre 0 e 1, com a seguinte classificação: Baixo Desenvolvimento Humano (0 a 0,49); Médio Desenvolvimento Humano (0,5 a 0,79) e Alto Desenvolvimento Humano (0,8 a 1).

Como podemos observar acima, a região centro possui o maior IDH, tendo a melhor colocação nas três dimensões, sendo que os IDH Renda e Educação chegaram próximo do valor máximo. A região Nordeste, em último lugar, possui os piores índices nas dimensões educação e renda, sendo o IDH Renda o de maior diferença em relação ao Centro.

Educação

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

Quadro 16- Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

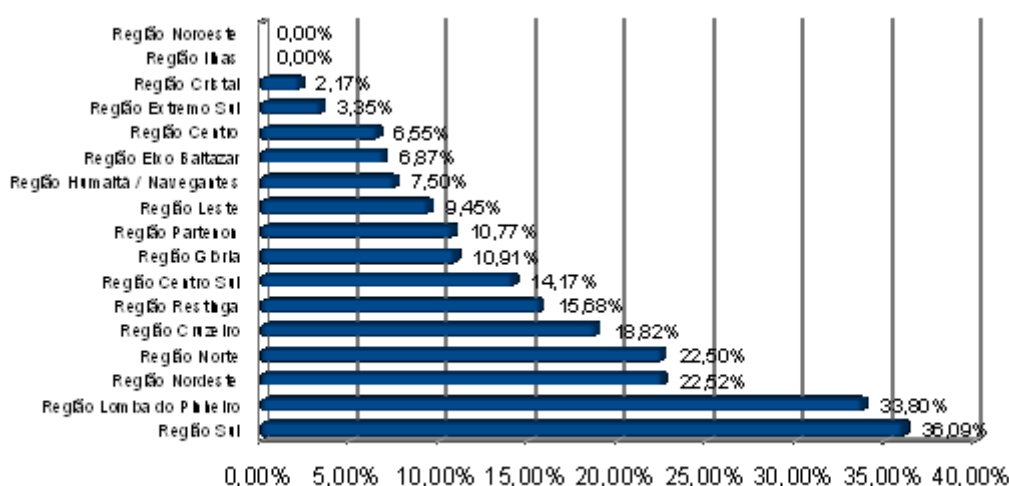
IDEB	Anos Iniciais (1º ao 5º ano)		Anos Finais (6º ao 9º ano)		Ensino Médio (1º ao 3º ano)	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Brasil	4,7	6,5	3,9	6,0	3,4	5,7
Rio Grande do Sul	5,1	6,7	3,9	6,1	3,4	5,9
Porto Alegre	4,5	NE	3,5	NE	NE	NE

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

Salientamos não existirem dados da rede privada, da rede de escolas municipais de educação infantil e nem das duas escolas municipais de ensino médio em Porto Alegre. Analisando os índices da cidade que possuímos, percebemos que estão menores em relação ao Brasil e ao Rio Grande do Sul.

Outro problema relativo à educação é a demanda não atendida de crianças em idade de pré-escola em escolas infantis e turmas de jardim das escolas municipais de ensino fundamental. Segundo o sistema de informações da Secretaria Municipal de Educação, Porto Alegre apresenta 15,67% de demandas de vagas não atendidas. Segue abaixo a informação por região da cidade:

Gráfico 51– Demanda não atendida de vagas em pré-escolas municipais



FONTE: SIE/RME. Secretaria Municipal de Educação - SMED / PMPA.

Com relação ao abandono de alunos no ensino fundamental, seguem dados do Educacenso, ferramenta do Ministério da Educação, que traz o indicador e o número absoluto de alunos:

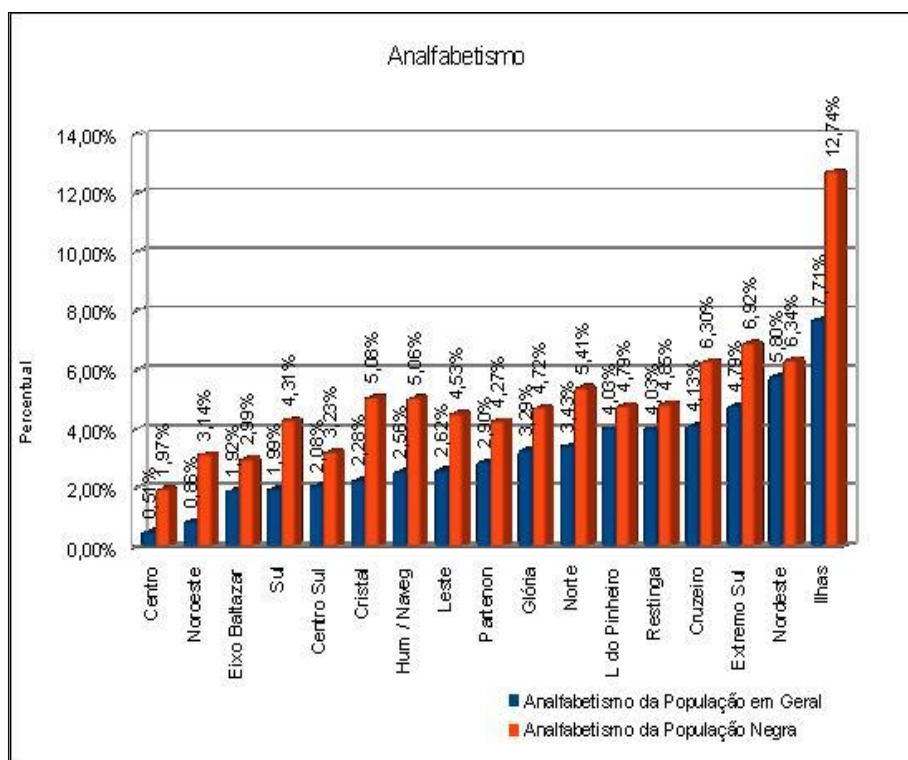
Tabela 47– Abandono de alunos no Ensino Fundamental

Regiões	2011	
	Indicador (%)	absoluto
Porto Alegre	1,26	2258
Região Ilhas	6,83	128
Região Nordeste	1,92	99
Região Humaitá / Navegantes	1,82	107
Região Cristal	1,64	41
Região Leste	1,62	289
Região Lomba do Pinheiro	1,61	195
Região Extremo Sul	1,52	72
Região Partenon	1,45	229
Região Cruzeiro	1,33	117
Região Sul	1,29	151
Região Centro Sul	1,2	169
Região Restinga	1,16	119
Região Centro	0,98	213
Região Glória	0,94	64
Região Eixo Baltazar	0,91	118
Região Norte	0,55	67
Região Noroeste	0,54	80

FONTE: MEC/INEP - EDUCACENSO; SE/RS; adaptado pelo ObservaPOA.

A taxa de analfabetismo na população de 15 ou mais anos no município apresentou diminuição, passando de 3,44% em 2000 para 2,27% em 2010, conforme Censo do IBGE. A menor taxa está na faixa de idade entre 15 e 24 anos, que diminuiu de 2,3% em 2000 para 1,5% em 2010. A maior taxa está entre as pessoas com mais de 60 anos, que também reduziu de 8,8% em 2000 para 5,5% em 2010. Já na população negra, a taxa de 2010 é de 4,44%, ou seja, quase o dobro da população em geral. Segue abaixo, gráfico comparativo entre as Regiões do Orçamento Participativo e as respectivas taxas de analfabetismo da população em geral e da população negra:

Gráfico 52– Taxa de analfabetismo



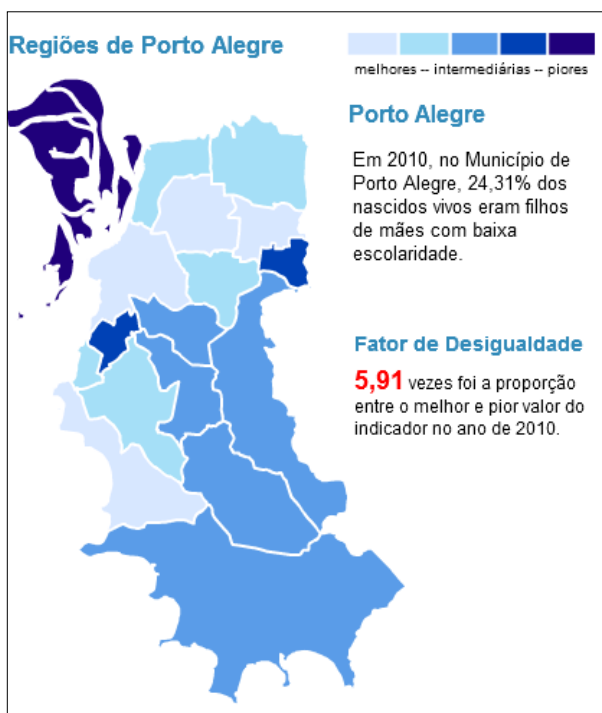
FONTE: IBGE, Censo 2010.

A seguir, seguem informações do SINASC sobre o comportamento das regiões de Porto Alegre com relação ao número de mães com baixa escolaridade (número de nascidos vivos cujas mães tem escolaridade menor que o ensino fundamental sobre o total de nascidos vivos):

Tabela 48– Mães com baixa escolaridade

Região	Indicador	Absoluto
Porto Alegre	24,31	4453
Ilhas	44,54	53
Cruzeiro	35,87	320
Nordeste	35,63	171
Glória	33,39	215
Lomba do Pinheiro	32,98	314
Restinga	32,28	245
Extremo Sul	29,63	144
Partenon	29,13	494
Leste	27,05	402
Humaitá / Navegantes	25,41	139
Norte	23,98	305
Cristal	23,06	83
Centro Sul	22,95	317
Eixo Baltazar	19,54	244
Sul	18,39	180
Noroeste	10,05	128
Centro	7,54	189

FONTE: SINASC/SMS



No ano de 2012, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), juntamente com a Secretaria Municipal de Educação (SMED), desenvolveu, de agosto a dezembro, o Projeto Galera Curtição, uma ação do componente II da Saúde e Prevenção na Escola (SPE) relativo à promoção e prevenção em saúde, inserida no Programa Saúde na Escola (PSE).

O PSE foi criado em 2007 pelos Ministérios da Saúde e da Educação e tem por objetivo principal oferecer atenção integral de prevenção e promoção à saúde de crianças, adolescentes e jovens. As temáticas que devem ser trabalhadas no âmbito do SPE se referem à educação à saúde sexual e reprodutiva, gênero, sexualidade e diversidade sexual, prevenção de HIV/Aids, hepatites virais e outras doenças sexualmente transmissíveis, uso abusivo de álcool e outras drogas, raça/etnia, violências e *bullying*.

O Projeto Galera Curtição foi uma gincana entre as escolas municipais e estaduais de ensino fundamental junto ao público jovem escolar na faixa etária de 10 a 16 anos. A metodologia utilizada possibilitou que os temas preconizados pelo PSE sobre prevenção de DST's e HIV / Aids, uso de álcool, tabagismo e outras drogas fossem desenvolvidos através de ações lúdicas, culturais, educativas e, sobretudo,

interativas, levando a informação por meio de uma linguagem jovem, incentivando os estudantes a atuarem como multiplicadores desse conhecimento.

A participação das escolas no Projeto foi por adesão. A SMED fez a divulgação do projeto em uma reunião com os diretores das escolas, em julho de 2012, e foram enviados a todas as escolas municipais e estaduais materiais de divulgação do projeto (cartaz e folder explicativo).

Além disso, também são abordados temas referentes a gênero, sexualidade, diversidade sexual, raça/ cor/ etnia, utilizando-se a linguagem do jovem para que os mesmos atuem como multiplicadores desse conhecimento. As violências e preconceitos constituem-se como temas transversais, também abordados neste trabalho. O Projeto Galera Curtição teve o seu término em dezembro de 2012 finalizando todas as suas atividades propostas para o calendário. No total participaram desse projeto 6500 estudantes, 316 professores, 43 escolas municipais e 57 escolas estaduais.

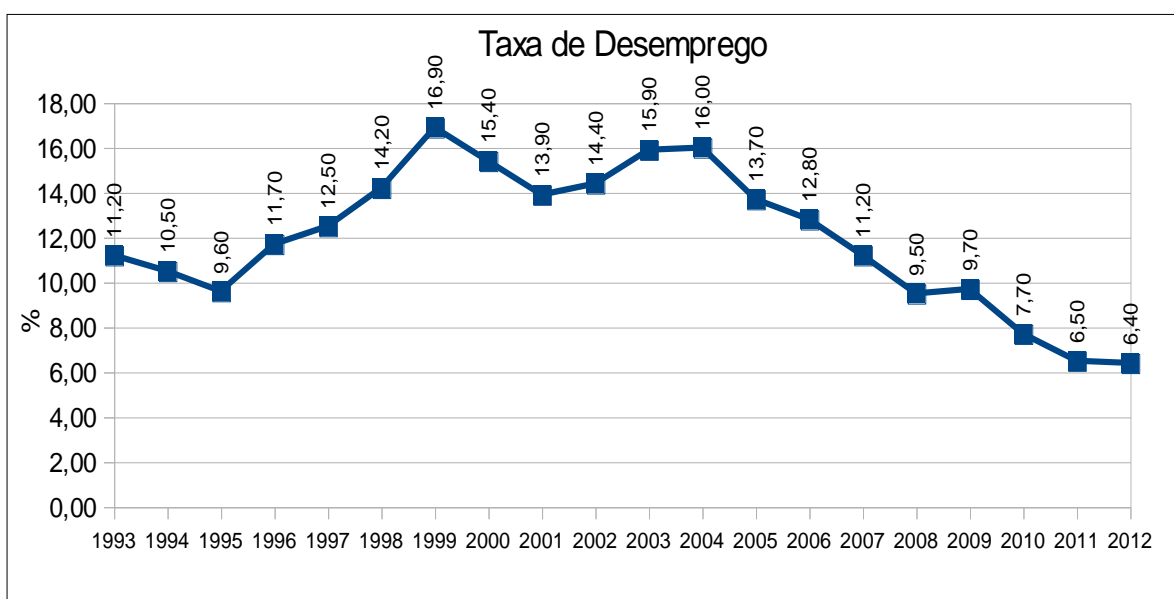
Trabalho e Renda

O mercado de trabalho do município vem crescendo nos últimos anos. Segundo dados do Ministério do Trabalho e Emprego, o mercado de trabalho formal em 2012 totalizava 741.196 postos, 16,45% a mais em relação a 2006. Os empregos formais estavam ocupados 49,5% por mulheres e 50,5% por homens. O setor de serviços é o de maior concentração de empregos formais, contendo 43,9% das vagas. Com relação a raça/cor, os brancos ocuparam 61,5% das vagas no ano de 2011.

De acordo com a Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED de Porto Alegre, o comportamento da taxa de desemprego total dos residentes na cidade se mantém estável com relação a 2011, quando a média foi de 6,5% da população economicamente ativa, pois em 2012 o índice fechou em 6,4%. Em 2011, o desemprego entre os não brancos foi 67,8% superior ao dos brancos. Cabe salientar que a metodologia da PED considera exclusivamente o número de ocupados residentes na cidade e alocados em empregos formais e informais e a População Economicamente Ativa.

Podemos verificar no gráfico abaixo que o índice registrado é o mais baixo dos últimos anos:

Gráfico 53– Taxa de Desemprego

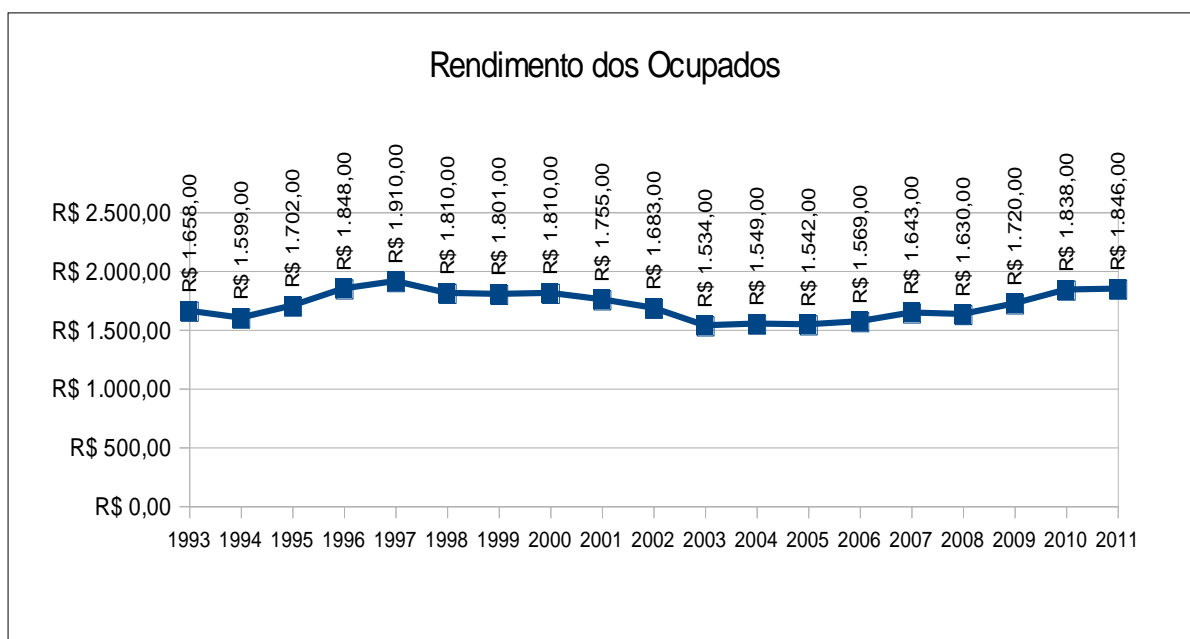


FONTE: PED-RMPA - Convênio FEE, FGTAS, PMPA, SEADE, DIEESE – Apoio MTE/FAT.

Em virtude do crescimento do mercado de trabalho formal e a redução do índice de desemprego, verifica-se que muitas vagas não são supridas por falta de qualificação profissional. O município vem oferecendo oportunidades de qualificação através dos seus próprios programas de governo, e também de ações do governo federal, do Ministério do Trabalho e Emprego (Programa Nacional de Qualificação - PNQ) e do Ministério da Educação (Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego - PRONATEC).

Com relação ao rendimento dos ocupados, verifica-se na PED da Região Metropolitana de Porto Alegre, que a série histórica do município não vem sofrendo alterações significativas, tendo média de R\$ 1.846,00 em 2011.

Gráfico 54– Rendimento médio real dos ocupados



FONTE: PED-RMPA - Convênio FEE, FGTAS, PMPA, SEADE, DIEESE – Apoio MTE/FAT. Rendimento médio real dos ocupados. Valores em Reais de nov/2011. Inflator IPC-IEPE.

Em novembro de 2011 a renda média dos ocupados 25% mais pobres era de R\$ 575, 00, em comparação com o ano de 2005 a renda média do mesmo mês era de R\$ 397, 00, a variação foi de 44,83%. Já a média de rendimento dos ocupados 25% mais ricos em 2011 foi de R\$ 4.326,00, em 2005 a média era de R\$ 3.804,00, com variação de 13,72% no período. O indicador razão de renda, ou seja, o número de vezes que os 25% mais ricos supera a dos 25% mais pobres, em 2011 era de 7,5 vezes, em 2005 a razão era de 9,5 vezes⁵.

Observa-se ao analisar estes dados que as políticas públicas estão reduzindo as desigualdades sociais. Um dos programas implementado é o Bolsa Família, que apresenta como um dos critérios para a manutenção do benefício, o acompanhamento das famílias nas condicionalidades da saúde.

Conforme o Censo de 2010, 10,08% (38.055) dos domicílios da cidade são considerados pobres, possuindo renda per capita menor do que meio salário mínimo. São considerados indigentes os domicílios que possuem renda per capita menor do que um quarto do salário mínimo, sendo 2,39% dos domicílios (9.565).

Vemos na tabela abaixo que a região das Ilhas é, sem dúvida, a mais carente das regiões quando se trata de renda per capita por domicílio. Seguida das regiões

⁵ ObservaPOA.

Noroeste, Restinga e Lomba do Pinheiro. Já em números absolutos, a região Partenon lidera em número de domicílios pobres e indigentes, seguida das regiões Leste, Norte e Lomba do Pinheiro.

Tabela 49- Distribuição de domicílios indigentes e pobres

2010	N.º de Domicílios indigentes	% de Domicílios indigentes	N.º de Domicílios Pobres	% de Domicílios pobres
Ilhas	214	11,76%	537	33,16%
Nordeste	802	9,60%	2381	32,36%
Restinga	868	6,26%	3041	23,66%
L do Pinheiro	802	5,23%	3217	22,56%
Cruzeiro	760	4,52%	2726	18,10%
Extremo Sul	355	4,07%	1470	17,63%
Glória	378	3,26%	1748	16,32%
Norte	776	3,25%	3436	15,08%
Partenon	1010	3,15%	3860	13,31%
Leste	873	2,83%	3463	12,09%
Eixo Baltazar	615	2,11%	2771	10,02%
Hum/Naveg	385	2,53%	1514	9,96%
Centro Sul	598	1,92%	2749	9,37%
Cristal	161	2,00%	662	8,64%
Sul	390	1,81%	1658	7,93%
Noroeste	296	0,80%	1258	3,29%
Centro	282	0,35%	1564	1,64%

FONTE: IBGE – Censo 2010

Trabalho Infantil

As crianças e adolescentes estão envolvidos nos mais diferentes tipos de trabalho e, portanto, expostos aos diversos tipos de riscos dos processos produtivos. No município de Porto Alegre, segundo dados da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), os mais comuns são a mendicância, geralmente em torno dos grandes comércios, 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 Bolsa Família do Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome (MDS) aponta para Porto Alegre, em dezembro de 2012, 1.720 crianças em situação de trabalho infantil. Estas estão em atendimento pela FASC, inseridas em atividades culturais, desportivas e de lazer no período complementar ao da jornada do ensino regular no Serviço de Apoio

Socioeducativo em Meio Aberto (SASE).

1.2.2 Condições de Vida e Ambiente

As condições de vida e ambiente incidem diretamente nas questões de saúde da população. Para essa análise, apresentamos dados de saneamento básico, moradia, população em situação de rua, transporte, meio ambiente e o perfil de desastres.

Saneamento Básico

Porto Alegre apresenta insuficiências e desigualdades regionais na distribuição dos serviços de saneamento básico. Para o diagnóstico, é necessária a análise de indicadores sobre água, esgoto e limpeza urbana.

Segundo o Censo de 2010, o abastecimento de água pela rede geral de Porto Alegre chegava a 99,35% dos domicílios da cidade, o que significa que 3.305 domicílios (0,65%) ainda não possuíam abastecimento. As regiões que não chegaram a 99% de abastecimento são: Glória (98,80%), Restinga (98,68%), Lomba do Pinheiro (98,03%), Ilhas (97,63%) e Extremo Sul (91,27%).

Com relação ao esgoto, a canalização de esgotos (dejetos ligados à rede geral de esgoto ou pluvial, ou fossa séptica) atingiu 94,26% em 2010. Atenção para a região das Ilhas que conta com apenas 58,73% de domicílios com esgoto sanitário adequado. Na sequência, os percentuais mais baixos foram das regiões Lomba do Pinheiro (76,21%), Extremo Sul (76,91%) e Nordeste (81,33%). O percentual de esgoto a céu aberto no entorno dos domicílios é maior de 10% nas regiões: Glória (10,70%), Lomba do Pinheiro (13,18%), Nordeste (16,85%), sendo que a região das Ilhas e Extremo Sul despontam, com 28,82% e 34,05%, respectivamente.

Em 2012 encerram-se as obras do Programa Integrado Socioambiental - PISA, que possui previsão de operação para início de 2013. O objetivo do PISA é o aumento da capacidade de tratamento de esgotos na cidade de 27% para 80%, reduzindo em 99% os coliformes fecais lançados no meio ambiente.

Com relação aos resíduos sólidos, de acordo com o Censo de 2010, 99,72% dos domicílios possuíam destinação adequada do lixo. Segundo dados do DMLU, a coleta seletiva já está disponível em 100% dos bairros e ainda existem postos de entrega voluntária. O produto da coleta seletiva é enviado para 18 unidades de

triagem conveniadas para reaproveitamento e reciclagem. A coleta do lixo domiciliar e do lixo automatizado (através de contêiners) é encaminhada para o Aterro Sanitário em Minas do Leão.

Muito embora a coleta ocorra em toda a cidade, informação importante levantada pelo Censo de 2010 é o percentual de lixo acumulado no logradouro no entorno dos domicílios sobre o total de domicílios. A região das Ilhas desponta com 45,78%, seguida da região Glória com 18,2%, Norte com 15,09% e Humaitá/Navegantes com 12,72%.

Segue abaixo tabela com os percentuais de saneamento básico de todas as regiões e o número de domicílios na respectiva situação:

Tabela 50– Saneamento Básico

Regiões	Abastecimento de água	Canalização de esgotos	Esgoto a céu aberto	Lixo acumulado
Porto Alegre	99,35% (505.149)	94,26% (479.281)	5,17% (25.381)	5,97% (29.304)
Região Centro	99,78% (125.853)	99,6% (125.623)	0,17% (217)	0,33% (420)
Região Centro Sul	99,55% (37.655)	93,44% (35.345)	3,12% (1.093)	3,03% (1.061)
Região Cristal	99,15% (10.250)	90,26 (9.331)	8,27% (783)	5,64% (534)
Região Cruzeiro	99,63% (20.738)	97,3% (20.252)	3,12% (594)	8,19% (1.562)
Região Eixo Baltazar	99,83% (35.774)	96,16% (34.459)	9,4% (3.309)	8,58% (3.021)
Região Extremo Sul	91,27% (10.141)	76,91% (8.546)	34,05% (2.878)	7,38% (624)
Região Glória	98,8% (13.596)	87,52% (12.043)	10,7% (1.235)	18,2% (2.101)
Região Humaitá / Navegantes	99,25% (15.299)	96,29% (14.843)	6,15% (936)	12,72% (1.938)
Região Ilhas	97,63% (2.512)	58,73% (1.511)	28,82% (608)	45,78% (966)
Região Leste	99,09% (37.953)	94,97% (36.375)	6,47% (2.333)	7,87% (2.837)
Região Lomba do Pinheiro	98,03% (18.764)	76,21% (14.587)	13,18% (2.322)	4,98% (877)
Região Nordeste	99,43% (10.829)	81,33% (8.858)	16,85% (1.835)	12,07% (1.300)
Região Noroeste	99,92% (51.624)	98,05% (50.660)	0,95% (486)	2,07% (1.061)
Região Norte	99,58% (29.707)	92,79% (27.682)	5,58% (1.615)	15,09% (4.371)
Região Partenon	99,44% (38.627)	92,96% (36.331)	8,36% (2.975)	11,38% (4.051)
Região Restinga	98,68% (17.831)	90,59% (16.369)	4,24% (705)	4,94% (822)
Região Sul	99,47% (27.522)	94,85% (26.245)	2,26% (595)	3,49% (918)

FONTE: IBGE, Censo 2010

Moradia

Segundo o Plano Municipal de Habitação e Interesse Social (DEMHAB/2008), elaborado de acordo com os dados do Censo de 2000, o déficit habitacional em Porto Alegre totalizava 38.572 domicílios, indicando um déficit de 26.340 unidades, acrescidos de 12.232 unidades que precisam de reassentamento (ocupações irregulares pertencentes ao Programa de Regularização Fundiária). Os números representam um déficit de 8,72% de domicílios em Porto Alegre, sendo as regiões mais críticas as que apresentaram percentual acima de 14%: Cristal, Norte, Lomba do Pinheiro e Restinga.

O Censo de 2010 trouxe dados com relação a domicílios em área de moradia precária (domicílios cuja urbanização seja fora dos padrões vigentes sobre o total de domicílios). As regiões com maiores índices são: Nordeste (44,03%), Cruzeiro (37,54%), Ilhas (35,87%) e Glória (23,81%). Com relação aos domicílios sem energia elétrica, a região das Ilhas possui índice de 5,91%, bem superior às demais regiões como da Lomba do Pinheiro (3,53%) Extremo Sul (3%) e Nordeste (1,96%). Seguem os dados percentuais e absolutos de todas as regiões:

Tabela 51– Informações sobre moradia

Regiões	Domicílios em área de moradia precária (%)	Domicílios sem energia elétrica (%)
Porto Alegre	11,02% (56.024)	0,81% (4.119)
Região Centro	0,1% (127)	0,16% (202)
Região Centro Sul	7,94% (3004)	0,69% (261)
Região Cristal	17,75% (1.835)	0,39% (40)
Região Cruzeiro	37,54% (7.813)	1,39% (289)
Região Eixo Baltazar	9,05% (3.244)	0,61% (219)
Região Extremo Sul	3,2% (356)	3% (333)
Região Glória	23,81% (3.277)	0,98% (135)
Região Humaitá / Navegantes	17,8% (2.744)	1,12% (173)
Região Ilhas	35,87% (923)	5,91% (152)
Região Leste	19,66% (7.530)	1,82% (697)
Região Lomba do Pinheiro	6,16% (1.180)	3,53% (676)
Região Nordeste	44,03% (4.795)	1,96% (213)
Região Noroeste	3,16% (1.634)	0,15% (77)
Região Norte	13,96% (4.166)	0,6% (179)
Região Partenon	23,27% (9.093)	0,55% (215)
Região Restinga	10,79% (1.949)	2,12% (383)
Região Sul	8,4% (2.324)	0,38% (105)

FONTE: IBGE, Censo 2010.

População em situação de rua

A existência histórica dos moradores de rua na cidade não pode ser ignorada ou deslocada da construção e das discussões acerca do planejamento em saúde.

Em 2007, foi elaborada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Pesquisa Cadastro e Estudo do Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre/RS, pesquisando 1.203 pessoas em situação de rua. Já em 2011, a Fundação Assistência Social e Cidadania promoveu o Cadastro da População Adulta em Situação de Rua na Cidade de Porto Alegre, identificando 1.347 pessoas entre jovens adultos, homens, mulheres com crianças, idosos, desempregados, pessoas com sofrimento psíquico, migrante, dependentes químicos, famílias sem residência fixa, pessoas sem convivência familiar permanente ou com vínculos familiares fragilizados, pessoas com deficiência, entre outros envolvidos com o tráfico, muitas vezes expulsos de suas comunidades.

Em relação ao gênero (sexo), manteve-se uma certa estabilidade em relação à pesquisa anterior, ou seja, 81,7% do sexo masculino e 17,1% do feminino. O restante não declarou. A distribuição por faixa etária mostrou uma dispersão ou distribuição, principalmente entre 25 e 59 anos, com diminuição somente na faixa etária dos 18 a 24 anos, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 55– Faixa etária dos adultos em situação de rua

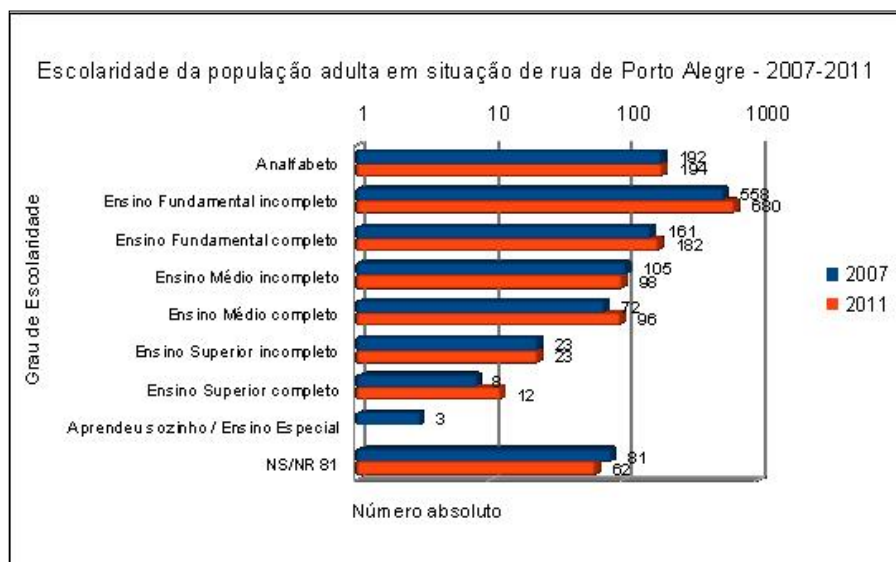


FONTE: Pesquisa Perfil e Mundo dos Adultos em Situação de Rua de Porto Alegre, 2007 e Cadastro dos Adultos em Situação de Rua de Porto Alegre, 2011.

Com relação à escolaridade, o perfil permanece o mesmo entre as duas pesquisas, sendo que 60% não completaram o Ensino Fundamental, incluindo-se os

que se declararam analfabetos. Ingressaram no Ensino Médio 14,4% e quase 3% ingressaram no Ensino Superior.

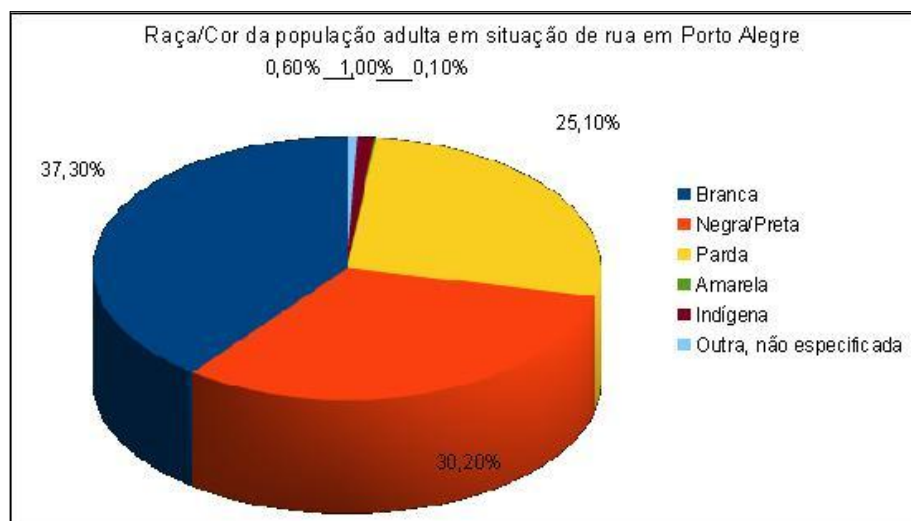
Gráfico 56– Escolaridade dos adultos em situação de rua



FONTE: Pesquisa Perfil e Mundo dos Adultos em Situação de Rua de Porto Alegre, 2007 e Cadastro dos Adultos em Situação de Rua de Porto Alegre, 2011.

A raça/cor da população de rua apresentadas no gráfico abaixo foi atribuída pelo entrevistador. A população Negra/Preta e Parda corresponde a 55,3% da população de rua. Entretanto, verifica-se uma grande disparidade quando comparamos os dados com o Censo de 2010, pois a população Negra/Preta e Parda representa apenas 20,25% da população em geral de Porto Alegre.

Gráfico 57– Raça/Cor da população em situação de rua



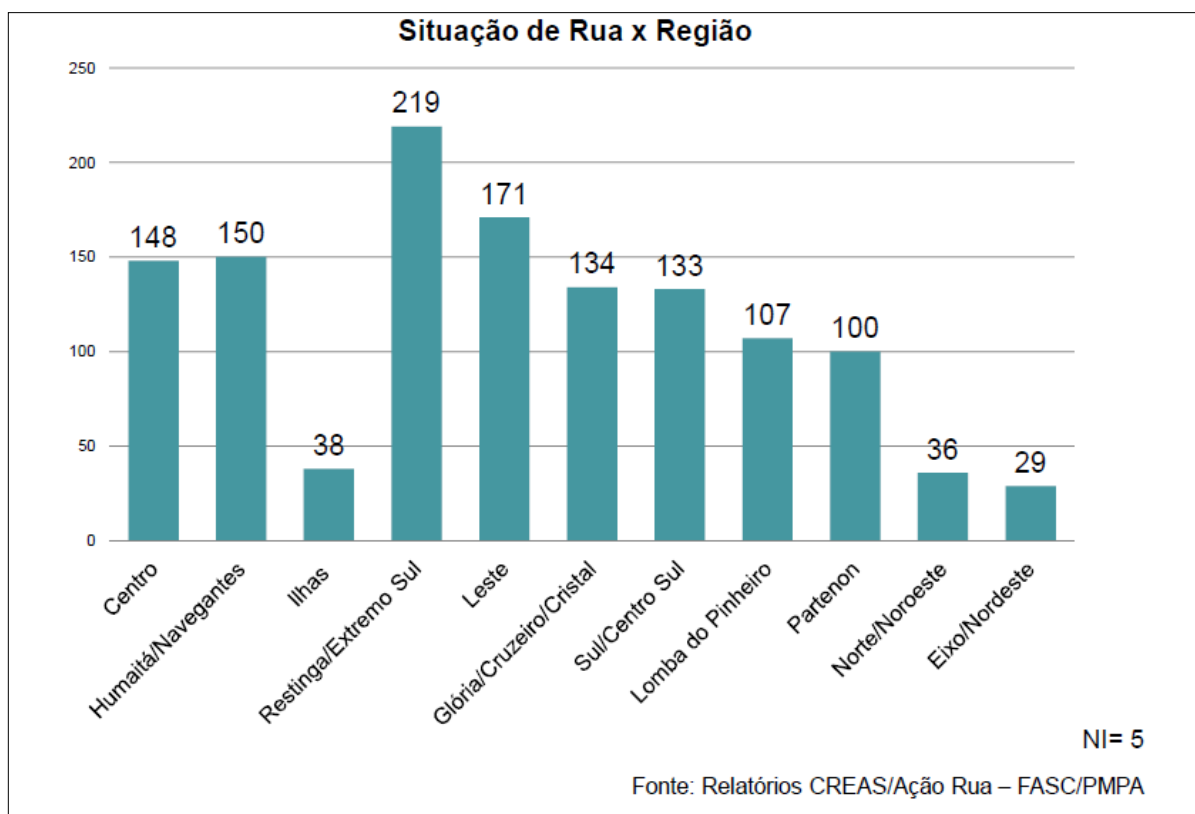
FONTE: Cadastro dos Adultos em Situação de Rua de Porto Alegre, 2011.

Finkler e Furtado⁶ (2011) publicaram dados acerca da realidade de crianças, adolescentes e jovens adultos em situação de rua na grande Porto Alegre. As autoras destacaram como principais vulnerabilidades vivenciadas por crianças e adolescentes em situação de rua: o trabalho infantil, mendicância, exploração sexual, violência familiar, uso de substâncias psicoativas, evasão de abrigo, moradia nas ruas e aliciamento ao crime. Apresentam o número de 1270 crianças em situação de rua na cidade de Porto Alegre, sendo 16% em situação de rua/moradia e 84% em situação de rua/sobrevivência. Gênero masculino 69% e feminino 31%.

Com relação à raça/etnia 34% são brancas; 35% negras; 30% pardas e 1% indígenas. Apresentam demanda em saúde mental 29%, dentre as quais se destacam agitação, dificuldade de concentração, agressividade, transtorno de conduta, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, abuso sexual, retardo mental e abuso de substâncias psicoativas. Com relação ao uso de drogas destaca-se o crack, seguido da maconha, solventes/ inalantes (loló) e álcool. Segue no gráfico abaixo a distribuição das crianças e adolescentes em situação de rua por regiões:

⁶ http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/fasc/usu_doc/granpal_-_seminário_situacao_de_rua_e_saúde_mental.pdf

Gráfico 58– Distribuição de crianças e adolescentes em situação de rua



Transporte

Segundo informações do DETRAN/RS, Porto Alegre possuía em janeiro de 2012, uma frota total de 718.789 veículos, representando 1,95 habitantes por veículo, o que é uma das taxas de motorização mais elevadas do país. O fluxo intenso de veículos traz à tona problemas de mobilidade. Em virtude disso, a Administração Municipal vem implantando uma série de novas alternativas de transporte. Transporte Hidroviário: A partir de outubro de 2011, 2 catamarãs iniciaram transporte ligando Porto Alegre a Guaíba, com capacidade de transportar mais de 2.000 pessoas por dia; Transporte Ciclovário: Implantação do Plano Diretor Ciclovário Integrado que prevê a construção de 495 km de vias que deverão receber ciclovias ou ciclofaixas. A cidade já dispõe de 14,11 km nos seguintes locais: Avenida Ipiranga (1,8 km), Restinga (4,6 km), Diário de Notícias (2,1 km), Ipanema (1,25 km), Icaraí (1,7 km), José do Patrocínio (880 m), Adda Mascarenhas (1,2Km) e Sete de Setembro (585 m). Ainda, o sistema Bike Poa, implantado em 2012 iniciou o serviço de bicicletas públicas de aluguel. Ao final da implantação, a cidade contará com 400

bicicletas e 40 estações; BRT (Bus Rapid Transit): Sistema de Transporte Coletivo de Alta Qualidade, que está em construção, prevê a ampliação da extensão de corredores de ônibus de 55 km para 120 km, 204 estações de corredores e 24 estações de integração; Aeromóvel: estão em construção 998 metros ligando a Estação Aeroporto da Trensurb ao Terminal 1 do Aeroporto Salgado Filho. Está em discussão a construção de 7,2 km junto à orla do Guaíba, ligando o Centro à Zona Sul; Metrô: O projeto do metrô abrange 25,80 km e vai receber uma demanda na faixa de 20 a 30 mil passageiros/hora/sentido e está em fase de apresentação de projetos.

O transporte coletivo convencional de Porto Alegre dispõe de 1.659 ônibus, 403 lotações e 3.920 táxis. Com o Transporte Integrado (TRI), que é o sistema de bilhetagem eletrônica nos ônibus da capital, foi possível a implantação da passagem integrada, na qual a segunda passagem é de graça se houver um intervalo de 30 minutos entre as duas viagens.

Com relação aos acidentes de trânsito, a Empresa Pública de Transporte e Circulação – EPTC informa que em 2012 ocorreram 23.215 acidentes, sendo 7.304 acidentes com vítimas (8.949 feridos) e 103 acidentes com vítimas fatais (106 vítimas). O número de acidentes com vítimas fatais diminuiu 93,2% de 1998 (199) a 2012 (103). Contudo, o número total de acidentes de trânsito aumentou 24,62% no mesmo período, sendo 18.628 acidentes em 1998 e 23.215 acidentes em 2012.

Conforme a Coordenação Geral de Vigilância Sanitária, no perfil epidemiológico de mortalidade por causas externas, verifica-se que o número de acidentes fatais envolvendo motociclistas aumentou mais de 7 vezes de 2000 a 2007.

Meio Ambiente

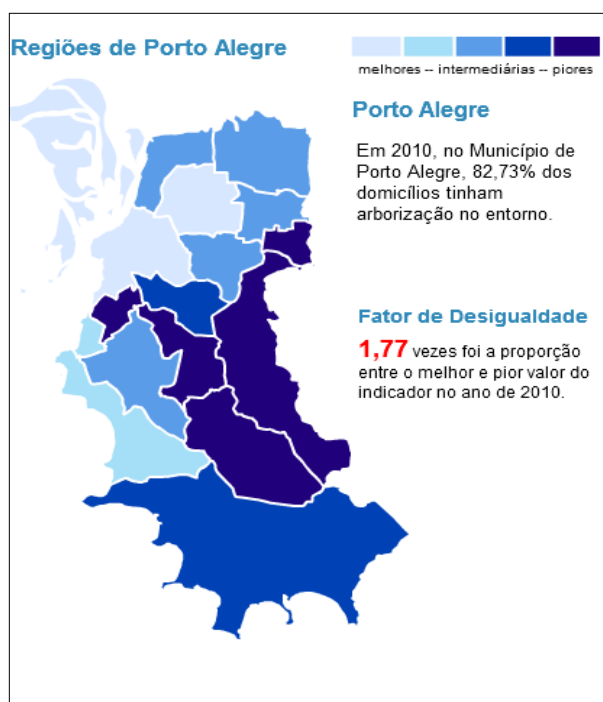
A Secretaria Municipal do Meio Ambiente controla a qualidade do ar através de uma estação de monitoramento no Centro da cidade. De acordo com as médias mensais de 2011, os meses de junho e julho concentraram os maiores índices de partículas poluentes. Cabe salientar que mesmo os maiores índices não alcançaram o padrão máximo estabelecido (50 microgramas/m³ de ar).

O Programa de Vigilância às populações expostas aos poluentes atmosféricos – VigiAR, promovido pela Coordenação Geral de Vigilância Sanitária, está

implantado atualmente em cinco serviços de saúde. O objetivo do programa é monitorar a saúde da população na faixa etária de 0 a 5 anos e maior de 60 anos quanto a incidência de doenças respiratórias, identificando os fatores ambientais da região das áreas de atuação dos serviços de saúde com a finalidade de propor ações de promoção e prevenção da saúde.

De acordo com o Censo de 2010, Porto Alegre é a 4ª cidade mais arborizada do país, em comparação com os 15 municípios com mais de 1 milhão de habitantes. Possuímos 11 parques e 597 praças, além da Reserva Biológica do Lami. Segue abaixo o percentual de domicílios com arborização no entorno por região do Orçamento Participativo:

Tabela 52– Percentual de Domicílios com arborização no entorno



Região	Indicador
Porto Alegre	82,73
Noroeste	96,52
Centro	95,66
Ilhas	94,93
Sul	90,47
Cristal	87,19
Centro Sul	82,55
Eixo Baltazar	79,4
Humaitá / Navegantes	79,3
Leste	79,22
Norte	77,27
Partenon	74,81
Extremo Sul	73,95
Lomba do Pinheiro	66,32
Cruzeiro	63,2
Restinga	62,62
Nordeste	56,5
Glória	54,47

FONTE: IBGE, Censo 2010

Desastres

No Anuário 2010, a Defesa Civil refere que historicamente o maior número de atendimentos em primeira abordagem foram em decorrência de desabamentos, seguido de queda de muros e árvores. Embora o período do inverno indique maior nível do Guaíba e de precipitações pluviométricas, os chamados por alagamentos e cheias do Guaíba não representam os maiores índices de atendimento.

Todas as regiões do Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Ambiental

(PDDUA), com exceção das ilhas e região central, possuem riscos geológico e geotécnico (desmoronamento de solo, queda e rolagem de blocos de rocha e solapamento de margens de arroio) e hidrológico (inundação), em diferentes tipos e graus, sendo em algumas regiões mais pontuais e outras com maior intensidade. Nas Ilhas existe somente risco hidrológico e na região Central somente risco geotécnico.

Hábitos e estilos de vida

Os hábitos e estilos de vida estão intimamente associados à condição de saúde das pessoas. Integram, assim, o amplo espectro de questões – sociais, econômicas, políticas, culturais – que envolvem a promoção da saúde, constituindo condição essencial à qualidade de vida individual e coletiva.

Tabagismo

O tabagismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, tais como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares, sendo que o uso do tabaco continua sendo líder global entre causas de mortes evitáveis (WHO, 2011c).

No Brasil, pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Câncer indica que 18,8% da população brasileira é fumante (22,7% dos homens e 16% das mulheres).

A pesquisa do Sistema Vigitel⁷ em 2011 indicou que o município de Porto Alegre detém a primeira posição com maior prevalência de fumantes (22,6%), quando comparado com as demais capitais brasileiras. Verificou-se que o consumo de tabaco é maior entre homens (24,6%), nos níveis menores de escolaridade e nas faixas etárias de 45 a 54 anos. Entre as mulheres o percentual é de 20,9%. No primeiro ano de pesquisa do Vigitel, que ocorreu em 2006, esse percentual era de 21,2%, sendo 26,3% entre os homens e 17,0% entre as mulheres – apresentando-se como a maior frequência entre as capitais. Percebe-se que houve maior crescimento de fumantes no sexo feminino, com variação de 3,9% contra 1,7% nos homens.

⁷ Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, promovido pelo Ministério da Saúde, apresenta como objetivo monitorar a frequência e distribuição dos principais determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis entre adultos, residentes nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal.

O VIGESCOLA – Vigilância de Tabagismo em Escolares, município de Porto Alegre (2002-2003), revela, em relação aos estudantes matriculados na 7ª e 8ª série do ensino fundamental e 1º ano do ensino médio em escolas da rede privada e pública que já experimentaram cigarros é de 48,3%, sendo 41,4% no sexo masculino e 54,5% no feminino.

Ainda pela mesma fonte, com relação à exposição ao tabagismo ambiental, 50,6% vivem em casas aonde outras pessoas fumam em sua presença. Os que estão em volta de outras pessoas que fumam em lugares fora de suas casas chega a 63,4%. Os que possuem um ou os dois pais fumantes, 48,3% e 18,2% revelam que a maioria ou todos os amigos é fumante. Na amostra, 60,2% referiram a intenção de parar de fumar. Entre os pesquisados, 53,3% foram informados em sala de aula, durante o ano letivo, sobre os perigos do tabagismo.

A Organização Mundial da Saúde estima que, a cada dia, 100 mil crianças tornam-se fumantes em todo planeta. Alguns autores fundamentam que há uma associação entre a idade com que o jovem começa a fumar, com o consumo de mais cigarros por dia e com maior dependência no futuro. Além disso, a iniciação diminui significativamente após os 18 anos, levando à conclusão que se os adolescentes se mantiverem longe do tabaco durante esse período, a maioria não se tornará fumante. No Brasil a idade de experimentação é muito precoce, ocorrendo entre 13 e 15 anos conforme a Pesquisa Nacional De Saúde Do Escolar, (2009). Na saúde pública prevenir, ou pelo menos, retardar a iniciação ao hábito é considerado de suma importância e estes dados indicam faixas etárias fundamentais de intervenção.

Alimentação

O Vigitel 2011 também traz indicadores do consumo de alimentos considerados marcadores de padrões saudáveis (consumo regular de frutas e hortaliças e de feijão) e não saudáveis de alimentação (consumo de leite com teor integral de gordura, de refrigerantes ou sucos artificiais e consumo abusivo de bebidas alcoólicas). Seguem alguns dados para análise comparativa com as outras capitais:

Tabela 53 – Indicadores de consumo alimentar

Consumo Alimentar	Porto Alegre	Melhor Percentual	Pior Percentual
Consumo regular de frutas e hortaliças	37,90%	39,1% - Florianópolis	19,4% - Macapá
Consumo de carnes com excesso de gordura	34,80%	28% - Salvador	48,5% - Cuiabá
Consumo de leite com teor integral de gordura	49,00%	46,7% - Vitória	70% - Porto Velho
Consumo regular de feijão	49,80%	84,6% - Goiânia	36,5% - Macapá
Consumo regular de refrigerantes ou sucos artificiais	42,50%	11,5% - Natal	42,50% - Porto Alegre
Consumo abusivo de bebidas alcoólicas	13,80%	11,9% - Rio Branco	23,6% - Salvador

FONTE: Vigitel, 2011

Na tabela acima percebemos que Porto Alegre apresentou um dos melhores percentuais quando comparada às demais capitais no quesito consumo regular de frutas e hortaliças⁸. Com relação ao consumo de carnes com excesso de gordura⁹ e consumo abusivo de bebida alcoólica, o desempenho da cidade é intermediário, assim como o consumo de leite com teor integral de gordura. Quanto ao consumo regular de refrigerantes ou sucos artificiais¹⁰ e de feijão¹¹, a capital gaúcha tem desempenho ruim, sendo no caso dos refrigerantes ou sucos artificiais, o pior resultado.

Excesso de peso e obesidade

A cidade apresenta, ainda de acordo com a pesquisa Vigitel, a maior frequência de adultos com excesso de peso corporal (IMC ≥ 25 kg/m²), com percentual de 55,4% da população: 60,7% entre a população masculina e 50,7% entre as mulheres, sendo o último o maior entre as demais capitais brasileiras.

A frequência de adultos com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) é de 19,6%, sendo 17,4% dos homens. Novamente, entre as mulheres, a capital gaúcha ocupa a 1ª posição do país, com o percentual de 21,5%.

⁸ A frequência de adultos que consomem frutas e hortaliças, em cinco ou mais dias da semana.

⁹ A frequência de adultos que referiram o hábito de consumir carne vermelha gordurosa ou frango com pele, sem remover a gordura visível desses alimentos.

¹⁰ Frequência de adultos que referiram consumir refrigerantes de qualquer tipo (incluindo os sucos artificiais), em cinco ou mais dias da semana

¹¹ A frequência de adultos que referem consumir feijão em cinco ou mais dias da semana.

Um estudo para avaliar o estado nutricional e o grau de atividade física em escolares de 8 a 10 anos, da Rede Municipal de Ensino de Porto Alegre, apresentou prevalência de 14,2% de sobrepeso e 11,2% de obesidade (Nogueira, 2009).

De acordo com o Relatório de Gestão da SMS do 3º quadrimestre do ano de 2012, os resultados da avaliação nutricional de 6.355 escolares do Programa de Saúde Escolar demonstram taxas de 15,5% de sobrepeso e de 13,9% de obesos (Unidade Local Integrada (ULI)).

Atividade Física

A prática de atividade física está associada à prevenção de doenças crônicas degenerativas e à promoção da qualidade de vida, devendo ser incentivada em todas as idades.

Ao considerar o percentual de adultos que praticam o volume recomendado de atividade física no tempo livre¹², o sistema Vigitel apresenta Porto Alegre com o percentual de 33,6%. A estimativa de adultos fisicamente inativos é de 13,6%, sendo de 12% entre os homens e de 15% entre as mulheres, não diferindo do conjunto da população adulta das cidades estudadas, onde a frequência de inatividade física foi de 14,0%, semelhante entre homens (14,1%) e mulheres (13,9%). Conforme Nogueira (2009), em estudo já referido, evidenciou-se na Rede Municipal de Ensino de Porto Alegre maior frequência de sedentarismo entre as meninas (49,1%), se comparado aos meninos (30,8%).

¹² considera-se como volume recomendado de atividade física no tempo livre, a prática de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou de, pelo menos, 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa.

1.3 ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais e passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania no Brasil. Por este motivo, um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é o acesso da população a ações e serviços de saúde de qualidade.

O acesso qualificado se traduz na equidade, na humanização do cuidado, na integralidade da atenção e no atendimento em tempo adequado às necessidades individuais e coletivas. A adoção de modelo organizativo de ações e serviços, baseado em redes de atenção, que favoreçam a superação da fragmentação existente entre eles e o preenchimento de vazios assistenciais constituem o cerne do esforço a ser empreendido nos próximos anos. Tal organização deve permitir o atendimento das necessidades de saúde e o aperfeiçoamento da gestão, neste incluídos a eficiência do gasto e o financiamento adequado (Plano Nacional de Saúde – PNS, 2012-2015).

Neste contexto, a estruturação e articulação da rede de atenção à saúde em Porto Alegre visa à organização do sistema, dentro de um modelo de atenção com conceito amplo de saúde que direcione a intervenção e resposta às necessidades de saúde dos usuários.

1.3.1 Modelo de Atenção

O Modelo de Atenção é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias. Estes, por sua vez, devem estar definidos em função da análise situacional considerando os perfis demográficos, epidemiológicos e os determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo, em determinada sociedade (Mendes, 1993).

As Redes de Atenção a Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Para SMS, a integralidade é um dos princípios mais

desafiadores do SUS, pois considera as características singulares das condições agudas e crônicas (Quadro 17) vivenciadas por sujeitos em condições sociais diversas, o que complexifica a resposta a ser dada pelos cuidados em saúde.

Quadro 17- Diferença entre as Condições Agudas e as condições crônicas em saúde

Condições Agudas	Condições Crônicas
Duração curta	Duração longa
Manifestação abrupta	Manifestação gradual
Autolimitadas	Não autolimitadas
Diagnóstico e prognóstico usualmente precisos	Diagnóstico e prognóstico usualmente incertos
Intervenção usualmente efetiva	Intervenção usualmente com alguma incerteza
Resultado: a cura	Resultado: o cuidado
Centradas no cuidado profissional	Centradas no autocuidado orientado
Conhecimento e ação clínica concentradas no profissional	Conhecimento e ação clínica compartilhados pelos profissionais e usuários

FONTE: Von Korff (1997); Holman & Lorig (2000). Organização Mundial da Saúde (2003); Mendes (no prelo).

Ao se reconhecer as características das condições de saúde e as condições sociais dos usuários, a singularidade do cuidado prestado precisa estar organizada para responder de forma qualificada aos problemas identificados. Para isto, é necessário o fortalecimento de estratégias de cuidado que integre todas as esferas de atenção e que sejam compartilhadas e reconhecidas entre os serviços e as partes interessadas - gestores, trabalhadores e usuários. Entre elas, a SMS destaca a necessidade de implementação e fortalecimento da regionalização, das redes de atenção, das linhas de cuidado e do acolhimento, descritos a seguir.

1.3.2 Territorialização e Regionalização

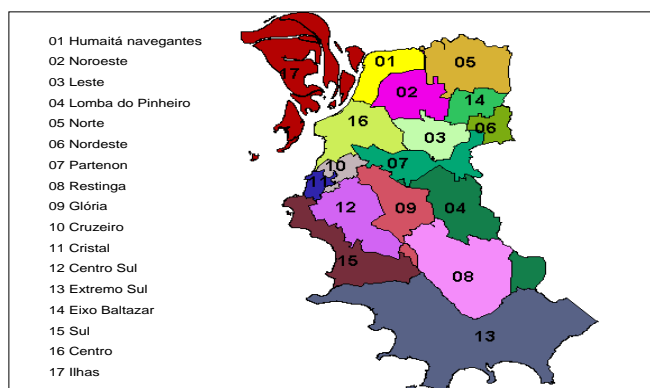
Para fins de compreensão deste documento, território é entendido como sinônimo de espaço geográfico, pode ser definido como um conjunto indissociável, solidário e contraditório, de sistemas de objetos (fixos) e sistemas de ações (fluxos) (Santos, 1996). No setor saúde, os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania (Monken, ENSP, 2012). Inclui, portanto, tanto a estruturação física e espacial dos serviços como também os fluxos e relações entre serviços, profissionais e estes e os usuários dos serviços.

Na saúde, a territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos seus processos de trabalho e das suas práticas, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente determinada (Monken e Barcellos, 2005, p. 898).

Em Porto Alegre, o território e a sua população de 1.409.351 habitantes estão distribuídos em 17 Distritos Sanitários (DS), com suas especificidades e vulnerabilidades locais: Norte, Eixo Baltazar, Centro, Noroeste, Humaitá/Navegantes, Ilhas, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Paternon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul. Desta forma, o território do DS é:

“onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção” (Mendes, 1993 apud Monken e Barcellos, 2005, p. 898).

Figura 5- Mapa dos distritos de Porto Alegre em 2012



FONTE: ObservaPOA, em dezembro de 2012.

“O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico” (Monken e Barcellos, p. 899, 2005).

Para cada distrito sanitário estão definidos os limites geográficos e sua população, com vistas ao estabelecimento do conjunto de serviços a serem ofertados, regionalizando-os.

As Gerências Distritais (GD), que são estruturas administrativas e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas as estratégias para a Atenção Primária à Saúde e de Atenção Especializada Ambulatorial e Substitutiva na esfera do SUS, abrangem o território de um ou mais DS. No total, são oito (08) GD, com população entre 95 e 200 mil habitantes, listadas a seguir: 1) Norte /Eixo Baltazar 2) Centro, 2) Noroeste /Humaitá /Navegantes /Ilhas, 4) Leste /Nordeste, 5) Glória /Cruzeiro /Cristal, 6) Sul /Centro-Sul, 7) Partenon /Lomba do Pinheiro, 8) Restinga /Extremo-Sul.

Um dos objetivos do planejamento da PMPA é a convergência das regiões de saúde com as demais estruturas, resultando em 10 regiões administrativas para todas as Secretarias e demais estruturas da PMPA, tendo como referência as Regiões do Orçamento Participativo.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) limita as áreas de atuação de uma UBS até 18.000 pessoas e para Unidade de Saúde da Família até 12.000

pessoas. Para serem mais resolutivas, além de ter qualidade no menu de serviços ofertados no local de atuação, necessitam estar relacionadas, regionalmente, a um conjunto articulado de serviços especializados nas esferas ambulatorial, substitutiva e também hospitalar.

Para os territórios dos distritos sanitários e também para aqueles que abrangem mais de um distrito, as ofertas de serviços especializados ambulatoriais e substitutivos precisam estar definidas ou qualificadas para, respectivamente, formar ou fortalecer as redes de atenção. Esta organização visa à efetivação do cuidado à saúde considerando a economia de escala necessária para otimizar os recursos públicos garantindo, assim, o acesso e a qualidade nos serviços ofertados pelo SUS em Porto Alegre.

Além disso, Porto Alegre integra, desde setembro de 2012, a 10ª Região de saúde definida pela Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS). Isso significa que a lógica da oferta de serviços em suficiência regional precisa também ser desenvolvida com este novo desenho, o que a SMS está realizando nos fóruns em que participa junto a representantes dos demais municípios da 10ª Região e da SES/RS. Como é um desenho instituído recentemente, a SMS precisará revisar todas as suas referências assistenciais para a região e para o Estado nos próximos anos, de forma a contribuir com o desenvolvimento do SUS no Estado e também a garantir a suficiência das ofertas intramunicipais.

Os serviços disponíveis em Porto Alegre para outros municípios estão as ofertas hospitalares, sejam ambulatoriais, cirúrgicas ou de internação, em um percentual de 45%. De outra forma, as ofertas dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), dos Serviços de Atenção Especializada em DST/ AIDS e em Hepatites (SAE DST/ AIDS e Hepatites), dos Centros de Referência em Tuberculose (CRTb), dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Centros de Especialidades (CE) e outros são exclusivas aos municípios de Porto Alegre.

Os serviços municipais de urgência, que são os Prontos Atendimentos (PA) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), que visam ao acesso de casos agudos, são ofertados para todos aqueles que sofrem algum agravo dentro do território da cidade ou que acessam espontaneamente o serviço (no caso dos PA). Por fim, os hospitais próprios, mesmo que municipais, são de alta complexidade e por este motivo ofertam serviços na esfera intermunicipal.

Com o exposto, os desafios da territorialização e da regionalização para o

quadriênio serão:

- ✓ Consolidação da territorialização e da regionalização no planejamento da SMS;
- ✓ Continuidade e revisão da regionalização para todas as ofertas especializadas, como destaque para as ofertas dos Centros de Especialidades e dos Ambulatórios Hospitalares de Especialidades, bem como outros ainda não definidos regionalmente;
- ✓ Modernização e informatização dos dados georreferenciados, com acesso descentralizado às gerências distritais.

1.3.3 Rede de Atenção à Saúde

A atuação territorializada e regionalizada do SUS visa ao estabelecimento das redes de atenção à saúde (RAS), definidas pelo MS (BRASIL, 2010) como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Como estrutura da gestão descentralizada da SMS, as Gerências Distritais (GD) são responsáveis por Unidades de Saúde da Atenção Primária em Saúde, Centros de Especialidades e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos¹³ e estão sob a coordenação da Coordenadoria Geral de Atenção Primária e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES). De outra forma, os serviços de urgência estão sob a Coordenadoria Geral do Sistema Municipal de Urgências (CMU), e os conveniados mantêm relação contratual com a SMS a partir da GRSS, que faz a mediação para o atendimento às necessidades assistenciais definidas pelas áreas técnicas, pela CMU e pela SES/RS (no caso das ofertas regionais).

O fato é que todos estes serviços atuam sobre os mesmos territórios e, com isso, há a necessidade de fortalecimento da compreensão do trabalho em rede em todas as esferas. Diante do exposto, um dos desafios da SMS para o quadriênio 2014-2017 está na integração entre as esferas de atenção e seus respectivos

¹³ Uma estratégia, que objetivou dar conta de um modelo distinto das práticas utilizadas para tratamento da doença mental, foi a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. (LEITE, 2012)

equipamentos assistenciais.

Das principais ferramentas integradoras dos pontos de atenção, a regulação dos serviços tem como objetivo qualificar o acesso e realizar a integração entre os pontos da rede em todas as esferas de atenção ao regular o acesso aos serviços especializados e de urgência. Convergindo com essa visão, entre os anos de 2012 e 2013 a SMS realizou a revisão dos processos de acolhimento na APS, de atendimento às urgências e de regulação de leitos e de exames e consultas especializadas, sendo ainda necessário revisar os processos de forma integral, não se restringindo aos processos dos equipamentos de saúde e esferas de atenção de forma isolada, mas garantindo a transição do cuidado e fortalecendo a coordenação da APS. Para isso, a ampliação da atuação por meio das linhas de cuidados é uma alternativa ainda em desenvolvimento na SMS, como apresentado a seguir.

Linhas de Cuidado

Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde (Franco e Franco, s/ data). Por este motivo a linha de cuidado

“[...] incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pela Estratégia Saúde da Família e outros dispositivos como o Programa de Atenção Domiciliar, até os de alta complexidade hospitalar; e ainda requer uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais (Franco e Franco, s/ data).

Para isso, envolvem um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida. Entre as tecnologias utilizadas, estão incluídos os protocolos clínicos e sua correspondência nos serviços da rede de atenção, através de sistemas de referência e contra-referência.

Para a priorização do desenvolvimento e qualificação das linhas de cuidado, a SMS considera o perfil epidemiológico da população, o impacto na morbimortalidade (anos perdidos de vida) e o seu impacto econômico. Atualmente, em Porto Alegre estão implantadas as linhas de cuidado de Atenção em Dor Torácica, Atenção ao AVC, Mãe-Bebê. As duas primeiras foram desenvolvidas durante os anos de 2011 e 2012, a partir da atenção às urgências, sendo ainda

necessário a sua continuidade na APS e na atenção especializada ambulatorial.

Outras ainda estão em processo de elaboração as seguintes linhas de cuidado:

- ✓ Linha de Cuidado da Saúde Ocular da Criança e do Adolescente;
- ✓ Linha de Cuidado da Criança e Adolescente com Desnutrição; Sobrepeso e Obesidade;
- ✓ Linha de Cuidado da Criança Exposta ao Vírus da Hepatite B e ao Vírus da Hepatite C;
- ✓ Insuficiência Respiratória Aguda, Choque, Depressão do Senciório e Abdômen Agudo;
- ✓ Linha de Cuidado aos casos de Tuberculose;
- ✓ Linha de cuidado da Saúde Mental.

Acolhimento

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), acolhimento é definido como um “Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída” (BRASIL, 2010). O acolhimento implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade dos cuidados e estabelecendo articulações com outros serviços para garantir a eficácia dos encaminhamentos.

No município, o acolhimento vem sendo acompanhado e estimulado por meio do Comitê Municipal de Humanização (CMH) e respectivos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) das Gerências e Pronto-Atendimentos (PAs). Uma dificuldade existente neste processo está no dimensionamento e na caracterização do perfil do acolhimento realizado nos serviços da SMS e conveniados, tendo em vista a dimensão intersubjetiva envolvida neste processo e o alinhamento necessário das coordenadorias e equipes para a sua efetivação.

Em 2012, houve a retomada do acolhimento, nos moldes preconizados pela PNH, na esfera da APS. Nos serviços de urgência, até o momento o enfoque dado está na instituição de uma ferramenta auxiliar no processo de acolhimento, que é a

Classificação de Risco. Nos serviços de atenção psicossocial, não houve destaque para a qualificação do acolhimento nos últimos anos.

Destaca-se que os serviços citados acima são as portas de entrada definidas pelo Decreto presidencial nº 7508 (BRASIL, 2012). Portanto, a escolha da SMS para os próximos anos está em qualificar o acolhimento nas portas de entrada do SUS em Porto Alegre, o que não significa excluir o desenvolvimento desta estratégia nos demais espaços da rede de serviços.

O diagnóstico detalhado do acolhimento nas portas de entrada do SUS em porto Alegre estão descritos nos respectivos itens, a seguir.

1.3.3.1 Atenção Primária em Saúde

Considerada a principal porta de entrada do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) fundamenta-se pela atuação sobre a promoção e prevenção da saúde, com foco nas causas mais prevalentes de agravos que acometem a população, além do manejo sobre as doenças existentes. Para cumprir essa atuação, precisa estar dispersa em quantidade e qualidade suficiente no território local, considerando os seus atributos (Starfield, 2002, p. 61):

Atenção ao primeiro contato, que implica a acessibilidade do serviço pela população, que precisa perceber que o serviço está disponível para atendê-la;

Longitudinalidade, geradora de vínculo pelo reconhecimento do uso do serviço ao longo do tempo e pela cooperação mútua entre profissionais e usuários;

Integralidade, compreendida como arranjos desenvolvidos pelas equipes para que os usuários tenham garantidos todos os serviços os quais necessitam, o que inclui das redes de atenção e as referências assistenciais na saúde e também intersetoriais;

Coordenação (integração) da atenção com foco na sua continuidade, valorizando e qualificando os prontuários como forma de reconhecer os problemas de saúde e sociais preexistentes do usuário (história pregressa) e também organizando as agendas assistenciais de forma a fortalecer o vínculo e a acessibilidade aos serviços ofertados na unidade e na rede de serviços.

No município, instituir a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado do usuário junto ao sistema de saúde tem se mostrado um desafio. Consideradas as especificidades regionais quanto à carga de doença e condições socioeconômicas, descritos nos eixos 1, 2 e no anexo deste plano, o direcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre inclui também a qualificação do acesso com equidade aos serviços de APS, com oferta que inclua capacidade diagnóstica e que seja resolutiva.

Acolhimento com Identificação de Necessidades na APS

O processo de reorientação e padronização do acolhimento ao cidadão em suas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) da SMS foi retomado em julho de 2012. Tal iniciativa contou com o apoio do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade através do mapeamento de processo intitulado Acolhimento com Identificação de Necessidades do Cidadão.

O processo de implantação do acolhimento foi desencadeado nas unidades de atenção primária no segundo semestre de 2012, dando continuidade ao cumprimento do Plano Municipal de Saúde que em seu 4º objetivo visa “Fortalecer a gestão do SUS no município, de modo a melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva, das ações e serviços prestados à população”.

Desta construção coletiva, o Acolhimento com Identificação de Necessidades que passa a ser um referencial para projetos e programas da APS na SMS de Porto Alegre, permeando as ações desenvolvidas por seus profissionais. Tem como propósito a abertura dos serviços para a demanda, viabilizando o acesso, humanizando o atendimento, buscando a satisfação do usuário, proporcionando vínculo, melhorando as condições e ambiente de trabalho, ressignificando o trabalho de equipe e valorizando os trabalhadores da saúde.

Os objetivos gerais do projeto são:

- ✓ Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, viabilizando o acesso, oferecendo uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética;
- ✓ Reorganizar o processo de trabalho, revertendo a lógica da oferta e da demanda, através da priorização da clientela de maior vulnerabilidade,

diminuindo as desigualdades, respeitando as necessidades dos diferentes indivíduos ou grupos populacionais.

- ✓ Qualificar a relação profissional-usuário, propiciando o respeito, a solidariedade e o vínculo.
- ✓ Para isso, objetivos específicos do projeto são:
- ✓ Acolher o usuário, priorizando aquele com maior necessidade (biológica, social ou subjetiva);
- ✓ Eliminar as barreiras burocrático-organizacionais, que dificultam e limitam o acesso aos serviços;
- ✓ Tornar os ambientes internos e externos das Unidades de Saúde mais confortáveis, acolhedores e acolhedores;
- ✓ Melhorar a qualidade e quantidade dos equipamentos médicos, de enfermagem e odontológicos, viabilizando o funcionamento adequado das USs (Unidades de Saúde);
- ✓ Fortalecer e otimizar o trabalho das equipes das USs, procurando estabelecer cooperação e confiança mútua entre os seus integrantes;
- ✓ Estreitar laços com a comunidade local, estabelecendo parceria com o Conselho Local de Saúde e demais entidades representativas.

O acolhimento não é um espaço, mas sim uma postura profissional. Implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

O conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Nesse sentido, todos os profissionais de saúde fazem acolhimento. Entretanto, as portas de entrada dos serviços de saúde, podem demandar a necessidade de um grupo especializado em promover o primeiro contato do usuário com o serviço.

A identificação de necessidades vem como uma proposta de aprofundamento da relação queixa-agendamento tentando uma melhor identificação do problema trazido e assim uma otimização da utilização dos serviços prestados pela rede de saúde. Ela traz também o uso mais racional da agenda dos profissionais, uma vez que o agendamento se dá com base, não mais na ordem de chegada, mas em três

fatores principais: no grau de necessidade da situação (interação biopsicossocial); na possibilidade de resposta da unidade de saúde naquele momento e na decisão conjunta entre profissional e usuário.

Quanto ao quantitativo de Unidades que estão com o processo instalado não temos um número, pois trabalhamos na perspectiva e no tempo de cada equipe. As GD como um todo estão trabalhando nesta direção, algumas mais outras em processo, porém há um envolvimento de todas as Gerentes e Apoiadores. Acolhimento com Identificação de Necessidades enquanto "diretriz" é um processo subjetivo que vai caminhar numa lógica singular num curso e tempo imprevisível.

Para a sensibilização sobre o exercício do acolhimento, no ano de 2012 foram 22 espaços de sensibilização sobre o Acolhimento com Identificação de Necessidades e, em 2013, até o momento foram 56 espaços de sensibilização. Entre estes, estão principalmente as unidades de APS (UBS e USF), as coordenadorias-gerais, as gerências distritais, as equipes de matriciamento, as colegiados de coordenadores das gerências distritais, os conselhos distritais de saúde.

Serviços ofertados na APS

Em Porto Alegre, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF) compõem os principais serviços da esfera da APS. Estas têm como fortalecedores os Consultórios na Rua (CR), os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e a Redução de Danos (RD). Abaixo, é apresentado quadro com a estrutura de serviços de APS da Capital, com exceção da RD (quadro 18).

Tabela 54- Serviços Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre, RS - Comparativo do Acumulado no 1º quadrimestre de 2012 e 2013.

GDs	CR		UBS		USF		ESF		ESB		ACS		Cobertura (%)		Varição
	1º Quadrim.		1º Quadrim.		1º Quadrim.		1º Quadrim.		1º Quadrim.		1º Quadrim.		1º Quadrim.		%
	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013/2012
Centro	01	0	03	03	03	04	09	11	04	04	38	19	11,22	14,21	-2,99
LENO	0	0	04	04	18	18	30	27	17	12	117	78	68,40	61,56	6,84
SCS	0	0	10	10	07	07	11	10	05	04	39	33	19,80	18,00	1,8
GCC	0	0	09	09	17	16	29	23	09	03	86	75	67,24	53,33	13,91
NEB	01	01	09	09	17	13	34	32	10	09	127	52	62,00	58,35	3,65
PLP	0	0	09	09	14	12	28	22	10	07	110	57	55,61	40,12	15,49
NHNI	0	0	06	06	09	09	25	25	11	11	58	33	46,92	46,92	0,0
RES	0	0	04	04	09	07	18	12	07	05	69	49	65,77	43,8	21,97
POA	02	01	54	54	94	88	184	162	73	55	644	396	45,04	39,6	5,44

FONTE: SMS/CGAPSES. Siglas: Consultórios na Rua (CR), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade Saúde (USF), Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB) e Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Como principal porta de entrada da população aos serviços ofertados pelo SUS, as equipes atuantes nos serviços discriminados na tabela anterior estão em processo de qualificação do acolhimento, conforme apresentado a seguir.

Unidades Básicas de Saúde

O município possui 54 UBS, com atendimento a populações que variam de 5.336 a 115.656 habitantes nas suas áreas de atuação. Destas, 36 possuem entre 5.336 e 17.460 habitantes nas áreas de atuação, sendo consideradas unidades de porte adequado para UBSs, conforme orientação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Quadro 19).

Quadro 18- Unidades Básicas de Saúde com população menor que 18 mil habitantes em Porto Alegre, RS.

GERÊNCIA	SERVIÇO DE SAÚDE	População
Norte/ Eixo Baltazar	1.UBS Assis Brasil	12146
	2.UBS Nova Brasília	11480
	3.UBS Ramos	13102
	4.UBS Santa Rosa	12011
	5.UBS São Cristóvão	12966
	6.UBS Sarandi	10119
	7.UBS Vila Elisabete	5766
Sul/Centro Sul	8.UBS Calábria	7538
	9.UBS Campo Novo	15408
	10.UBS Guarujá	12664
	11.UBS Ipanema	13338
	12.UBS Nonoai	17460
	13.UBS Jardim das Palmeiras	5336
GD Restinga/ Extremo Sul	14. UBS Restinga	16458
	15. UBS Belém Novo	11307
GD Glória/Cruzeiro/Cristal	16. UBS 1º de Maio	8476
	17. UBS Aparício Borges	9375
	18. UBS Belém Velho	6130
	19. UBS Cristal	9806
	20. UBS Tronco	8626
	21. UBS Vila Cruzeiro	11550
	22. UBS Vila Gaúcha	2424
GD Leste/ Nordeste	23. UBS vila Fatima	5408
	24. UBS bom jesus	13568
	25.UBS Chácara da Fumaça	11887
GD Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/Ilhas	26.UBS Navegantes	13697
	27.UBS Diretor Pestana	12168
	28.UBS Farrapos	8726
	29. Ilha do Pavão	700
	30. UBS Vila Ipiranga	12705
GD Partenon/Lomba do Pinheiro	31. UBS Ceres	9125
	32. UBS Panorama	12447
	33. UBS São Carlos	8476
	34. UBS São Miguel	11209
	35. UBS Bananeiras	16218
	36. UBS São José	8628
TOTAL		378448

FONTE: SMS/CGAPSES. Ago/ 2013.

Entre estas, a UBS Ilha do Pavão tem 700 habitantes na sua área de atuação, sendo justificado pelas características territoriais (e de acesso) da população. Outras UBSs, no entanto, têm uma população superior a 18 mil habitantes (quadro 19), o que dificulta um cuidado à saúde conforme os atributos da APS, já descritos.

Quadro 19- Unidades Básicas de Saúde com população maior que 18 mil habitantes em Porto Alegre, RS.

GERÊNCIA	SERVIÇO DE SAÚDE	População
Norte/ Eixo Baltazar	UBS Passo das Pedras	22343
	UBS Rubem Berta	19282
Sul/ Centro Sul	UBS Beco do Adelar	18205
	UBS Camaquã	22599
	UBS Monte Cristo	26011
	UBS Tristeza	27438
Restinga/ Extremo Sul	UBS Macedônia	24326
Glória/ Cruzeiro/ Cristal	UBS Vila Comercários	30137
Leste/ Nordeste	UBS Morro Santana	18099
	UBS Vila Jardim	22031
Noroeste / Humaitá/ Navegan tes/ Ilhas	UBS IAPI	58436
GD Centro	UBS Modelo	115656
	UBS Santa Cecília / HCPA	31521
	UBS Santa Marta	102453
GD Partenon/ Lomba do Pinheiro	UBS Mapa	20904
	UBS Pequena Casa da Criança	21940

FONTE: SMS/CGAPSES. Ago/ 2013.

A apresentação do quantitativo populacional das UBS evidencia uma heterogeneidade que impõe uma necessidade de ajustes por parte da SMS, considerando as normas de atenção à saúde vigentes e os melhores resultados atrelados aos modelos assistenciais. Um destaque é a Gerência Centro, onde as suas UBSs tem população superior a 30 mil habitantes.

As UBS possuem equipes multidisciplinares, que pode incluir clínico geral, pediatra, ginecologia, enfermeiro, assistente social, dentista, nutricionista, administrativo e outros. Com esta composição, atuam em um modelo de atenção

assistencial que, por vezes, é segmentado por categoria profissional e tem foco centrado na figura médica.

Dentro deste cenário, os processos assistenciais ocorrem de maneira diversa. A realização de grupos, por exemplo, não é realidade em todas as unidades. Nas que os realizam, destacam-se os grupos de Hipertensos e Diabéticos, Gestantes, Reeducação Alimentar, Tabagismo, Convivência, Saúde Mental, Terapia Comunitária, Caminhada, Oficinas de Reciclagem, Climatério, Saúde do Homem, Adolescentes, entre outros. A depender da organização interna e do perfil dos profissionais atuantes nas equipes, algumas UBSs também realizam Visitas Domiciliares (VD).

Sobre os processos gerenciais nas UBSs, a realização de reuniões de equipe é fragilizada devido aos horários diversificados dos profissionais, dificultando a participação de toda a equipe. Neste ponto e também referente aos processos assistenciais supracitados, a CGAPSES estimula a realização dos mesmos como forma de qualificar e fortalecer a APS nos territórios da cidade, em especial aqueles de maior vulnerabilidade, conforme o Índice de Carência (Anexo 2).

Unidades de Saúde da Família

Mais recentes em Porto Alegre que a atenção à saúde por meio das UBSs, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, resgatando conceitos mais amplos de saúde e formas diferenciadas de intervenção junto ao usuário, sua família e a comunidade. Evidências científicas mundiais e nacionais mostram que, dentre as orientações de modelo assistencial para a APS, a ESF é a que mais contempla seus atributos essenciais e derivados. Desta forma consegue aplicar maior número dos princípios do SUS, com destaque para a integralidade, a equidade, a coordenação do cuidado, a preservação da autonomia e a participação e o controle social (Lei 8080/90).

Baseado nessas constatações e seguindo as diretrizes da PNAB, o município de Porto Alegre optou pela ESF como modelo prioritário na organização da Atenção Primária em Saúde. Com isso, as novas unidades de saúde da APS seguirão o modelo da ESF, corroborando com deliberação do CMS. Cada equipe de Saúde da Família deve ser composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além das equipes de Saúde Bucal.

Quantitativamente, Porto Alegre conta com 189 Equipes de Saúde da Família (dados do mês de agosto de 2013), instaladas em 94 Unidades de Saúde da Família. A estas, somam-se 75 Equipes de Saúde Bucal, sendo 43 equipes de saúde bucal modalidade I (Cirurgião dentista e Auxiliar de saúde bucal) e 32 equipes modalidade II (Cirurgião dentista, Técnico em saúde bucal e Auxiliar em saúde bucal) na Estratégia de Saúde da Família. São 43 Unidades Básicas de Saúde no modelo tradicional, somando 118 serviços na atenção básica (dados do mês de agosto de 2013).

Um problema presente nos serviços de APS é a insuficiência de profissionais na composição mínima exigida pela PNAB. Das equipes de Saúde da Família atuantes, 45 delas estão incompletas, sendo da categoria médica a principal carência profissional.

Em 2012 a SMS aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), de forma a qualificar e valorizar os trabalhadores, ao passo que qualifica a atenção prestada e o acesso da população aos serviços da ESF. Além desta, outras estratégias são constantemente analisadas, como o Programa Mais Médicos, que aponta para a perspectiva de diminuir o número de equipes sem profissionais desta categoria.

Na mesma direção, as Equipes Saúde Bucal atuantes nas ESFs foram ampliadas em 103,12% de 2011 para 2012, resultando em uma cobertura populacional de 32% nesta área da APS. Somando-se os serviços ofertados pelas UBS e pela ESF, Porto Alegre conta com uma cobertura populacional de 69% na esfera da APS. Além desta cobertura, o percentual de ESF incompletas corresponde a uma cobertura populacional de 11%, o que resulta em 80% da população com acesso às equipes de APS.

Serviço de Atenção Primária em Saúde Bucal

A qualificação das ações de Promoção, Prevenção e Reabilitação deve incidir sobre a lógica do sistema de saúde em todos os níveis de atenção, fortalecendo os princípios da APS em direção à integralidade do cuidado. Em Porto Alegre, a ampliação das Equipes de Saúde Bucal pretende fomentar mudanças estratégicas quanto à gestão do cuidado, à ordenação da rede assistencial e no modelo de atenção à saúde.

Na Rede de Saúde de Porto Alegre, a Equipe de Saúde Bucal é composta pelo Cirurgião Dentista generalista ou especialista, Técnico de Saúde Bucal (esf modalidade II) e Auxiliar de Saúde Bucal. Cada categoria profissional possui atribuições específicas e complementares na atenção individual ou coletiva ao paciente. Entre os espaços de atuação destes profissionais estão as unidades de saúde, unidades móveis, escolas, espaços comunitários, consultório de rua, domicílios, Centro de Especialidades Odontológicas, hospitais e ambientes em que as atividades odontológicas se fizerem necessárias.

Cada equipe de Atenção Primária em Saúde (APS) está vinculada a um contingente populacional e a uma região geográfica específica e deve obedecer, em sua atuação, aos atributos preconizados por Starfield (2002): vínculo, acompanhamento longitudinal, co-responsabilização, coordenação do cuidado e acesso.

Quadro 20- Equipes de saúde bucal da APS de Porto Alegre

Unidades Básicas de Saúde (UBS)	45
Unidades de Saúde da Família	72
Total de serviços na rede de atenção primária	117

FONTE: Área Técnica de Saúde Bucal/ CGAPSES

A equipe de saúde bucal na atenção primária tem como atribuição fomentar estratégias de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, com base em diagnósticos situacionais e pactuações com os atores locais. Ao pensar a atuação da equipe como possibilidade de construção de cidadania é primordial compreender o contexto ambiental, social, político e econômico das comunidades, transcendendo o foco cirúrgico-restaurador-mutilador em saúde bucal.

A oferta da atenção, individual e coletiva prevê acesso universal com equidade e cuidado integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis. Tais desafios demandam da gestão municipal o dimensionamento adequado da rede de serviços e um reordenamento dos processos de trabalho. A instituição do Protocolo de Organização da Rede e Fluxos de Atendimento da Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre é fundamental para alinhar as ações municipais em saúde bucal aos princípios filosóficos do SUS, facilitando a organização institucional do acesso aos serviços de saúde bucal através de condutas embasadas cientificamente e

pactuadas em colegiado formado por gestores e trabalhadores da SMS.

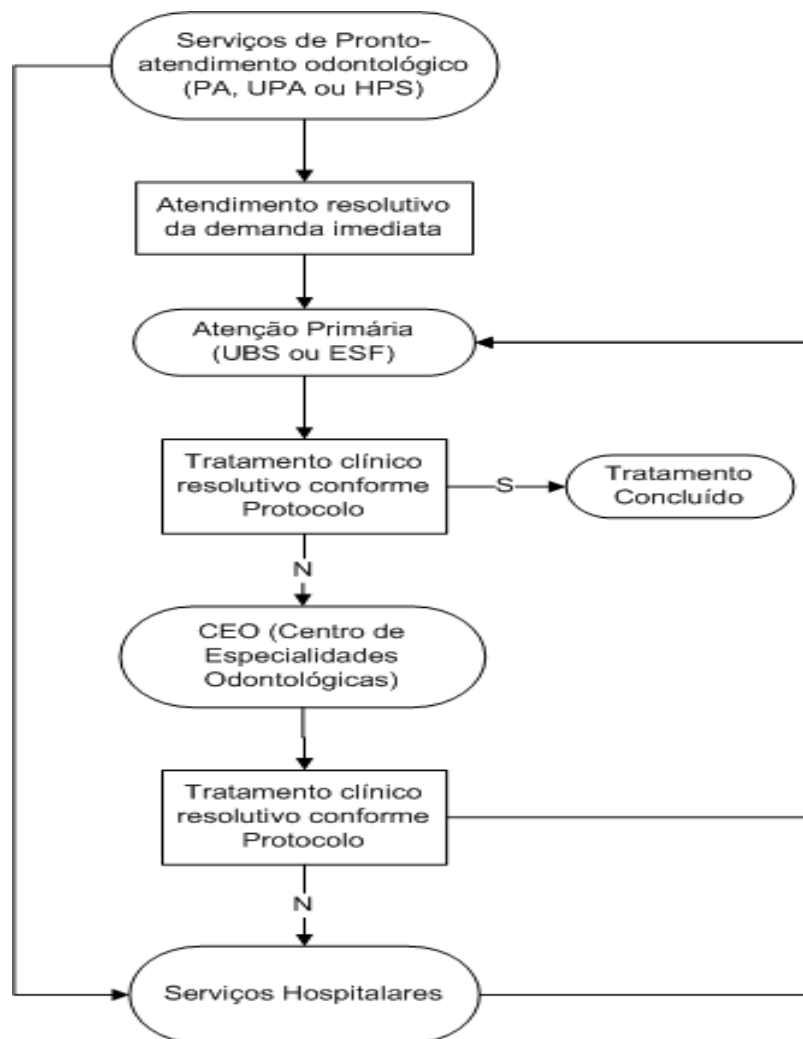
Na APS é importante priorizar o atendimento de alguns casos, sob pena de manter a pessoa em sofrimento por tempo prolongado. A identificação de necessidade e avaliação de vulnerabilidades é fundamental nessa organização do acesso. O acolhimento e identificação de necessidades têm como objetivo ampliar o acesso aos serviços de atenção primária em saúde bucal e fortalecer a organização do processo de trabalho em APS, sendo, portanto a forma de acesso preconizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, entre outras portas de entrada como os levantamentos epidemiológicos; Programa Saúde na Escola; terceiros turnos de atendimento e busca ativa. Os usuários devem receber a tecnologia adequada da rede, não tanto pela capacidade de buscar o serviço, mas pela vulnerabilidade social, econômica e grau de importância de suas necessidades.

A identificação da necessidade do cidadão que busca atendimento odontológico poderá ser feita na sala de identificação de necessidades da Unidade de Saúde, no Grupo de Saúde Bucal ou eventualmente no próprio consultório odontológico. Dessa forma, torna-se importante definir prioridades para o tratamento, buscando promover a equidade, isto é, priorizar situações cujas necessidades clínicas são mais imediatas ou que apresentam necessidades de tratamento cirúrgico-restaurador programado.

O fluxo para o acesso e longitudinalidade do cuidado estabelece uma visão sistêmica, que envolve:

- ✓ A integração dos setores e trabalho em equipe;
- ✓ A definição de necessidades;
- ✓ A resolutividade pelo nível primário de atenção;
- ✓ A referência aos demais níveis (secundário e terciário) de atenção.

Figura 6- Fluxograma de atenção às urgências odontológicas.



FONTE: Área Técnica de Saúde Bucal/ CGAPSES

Os usuários que não tiverem suas necessidades resolvidas na APS e necessitarem de atendimento especializado poderão ser encaminhados para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para tratamentos em Periodontia (tratamento dos tecidos de suporte do dente), Endodontia (tratamento de canal), Cirurgia Oral, Estomatologia (tratamento de lesões em mucosa) e Pacientes com Necessidades Especiais.

Consultórios na Rua

As Equipes de Consultório na Rua são equipes da atenção básica que possuem modalidade de atendimento extramuros, com *responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua* (PNAB/ BRASIL, 2012). Cada equipe é formada por: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 4 ACS.

O trabalho em saúde é direcionado a pessoas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social, que podem ser usuários de álcool e/ou outras drogas ou não e que estão desvinculados da rede de serviços de saúde. Estas equipes ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida e territorial, reforçando a responsabilidade do SUS na promoção do cuidado integral.

No município existem duas (02) equipes de consultório na rua, uma (01) na região Centro e uma (01) na região Norte. Há previsão de implantação de mais duas (02) equipes: uma (01) na região Centro e uma (01) na Restinga. Estas regiões foram mapeadas pela Fundação de Assistência Social e Comunitária (FASC), como sendo as regiões de maior concentração de pessoas em situação de rua e de maior vulnerabilidade social.

Diferente do modo tradicional de acesso aos serviços de saúde, em que o usuário busca atendimento na rede, os profissionais dos consultórios na rua se deslocam até o usuário, no local onde o mesmo se encontra. Essa proposta visa justamente atender a população mais vulnerável e que não acessa os serviços via os meios tradicionais de atenção. Nesse contato é feita uma abordagem, que busca estabelecer vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde, de modo a criar um processo de cuidado, de acordo com as demandas que se apresentam.

As atividades são realizadas de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas as Unidades Básicas de Saúde, aos NASF, aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aos serviços de Urgência e Emergência e a outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. A organização dos processos de trabalho é intersetorial, na perspectiva de rede (MS, 2012).

A Redução de Danos é uma das diretrizes de trabalho do SUS. Não estabelece a diminuição do consumo, condição de acesso ou exige abstinência a *priori*, mas o protagonismo da pessoa que usa drogas. Implica um repertório de cuidado integral e intersetorial, na perspectiva de rede. Inclui um conjunto de

estratégias singulares e coletivas voltadas às pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas e sua rede social e afetiva. Dirige-se à identificação e minimização dos fatores de risco sociais, econômicos e de saúde, bem como a potencialização dos fatores de proteção, cidadania e defesa da vida (MAYER, 2009).

Em 1996 iniciou o primeiro programa de troca de seringas em Porto Alegre, o Projeto de Redução de Danos na Unidade Básica São José na Gerência Distrital Partenon/ Lomba do Pinheiro. O Programa de Redução de Danos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre foi vinculado a Área Técnica de DST/ Aids até 2006, quando foi vinculado a Área Técnica de Saúde Mental.

Desde então, passou por uma série de mudanças, incluindo o planejamento construído com base nos pressupostos da abstinência. A partir de outubro de 2010, iniciou-se um processo de reorganização e reestruturação com o foco no resgate do conceito de Redução de Danos, na construção do papel matriciador do Agente Redutor de Danos e do trabalho de campo com os usuários de álcool e outras drogas.

O Programa contava com oito Agentes Redutores de Danos trabalhando em duplas nas Gerências Distritais Centro, Glória/ Cruzeiro/ Cristal, Partenon/ Lomba do Pinheiro e Restinga. Mesmo em regiões que ainda não contavam com Consultórios na Rua, já havia a atuação dos redutores de danos e as suas principais atividades foram: mapeamento e observação de cenas de uso de álcool e outras drogas, intervenção de campo nas cenas de uso/ abordagem de rua, distribuição do material informativo e insumos, acesso, acolhimento, acompanhamento e encaminhamento, terapia comunitária e apoio matricial.

Durante o segundo semestre de 2011, foi realizado um mapeamento das cenas de uso de álcool e outras drogas nas Gerências Distritais Centro e Glória/ Cruzeiro/ Cristal. O mapeamento tem como objetivo observar e identificar as cenas de uso de álcool e outras drogas, as demandas e necessidades dos usuários para o planejamento das ações de Redução de Danos em campo, de acordo com a realidade de cada território.

Na Gerência Distrital Centro foram mapeadas dezesseis cenas de uso de álcool e outras drogas, nos horários da manhã, tarde e noite. Os tipos de drogas observadas foram álcool, tabaco, maconha, “loló” (entorpecente), cocaína e crack, com maior uso de álcool e crack.

Na Gerência Distrital Glória/ Cruzeiro e Cristal foram mapeadas vinte cenas

de uso, nos horários da manhã, tarde e noite. Os tipos de drogas observadas foram álcool, tabaco, maconha, cocaína e crack, com maior uso de crack.

O trabalho do profissional Redutor de Danos requer a utilização da abordagem etnográfica, que melhor se aproxima da cena de uso e dos vários fatores que a compõem. Nela, o “encontro” é condição fundamental, já que o Redutor de Danos precisará ir a campo e ao meio cultural das comunidades usuárias, e estabelecer contatos e vínculos. Daí a necessária participação de nativos que conheçam a realidade local, a rede de equipamentos comunitários e de saúde (BRASIL, 2009).

Atualmente, os redutores de danos não estão atuando pela falta de criação do cargo e a forma de contratação. O processo de criação do cargo e a forma de contratação estão em andamento e aguarda definição. A perspectiva é que os Redutores de Danos componham, além das equipes dos Consultórios na Rua, também as equipes dos NASF.

Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)

Integrados a APS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) existentes objetivam a potencializar as ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família, aumentando a resolutividade. Para isso, não se constituem como unidades físicas independentes ou especiais, mas trabalham no compartilhamento do cuidado dos casos com as equipes da APS.

Porto Alegre tem 4 NASFs credenciados junto ao MS, nas regiões das Gerências NEB e LENO. Além destes, outras 4 equipes já contam com carga horária de profissionais compatível com a necessidade para o credenciamento e estão em etapa de fechamento do projeto para envio ao MS.

Cada equipe de NASF assiste 9 equipes de Saúde da Família, conforme Portaria Ministerial, logo, em breve teremos 36 ESFs atendidas por equipes credenciadas. Além disso, é importante ressaltar que muitos profissionais trabalham na lógica do matriciamento nas GDs são os mesmos profissionais que futuramente farão parte das equipes dos NASF, complementando-as.

A composição destas equipes é diversa e estão de acordo com as necessidades epidemiológicas de cada região da cidade. São psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes

sociais, como núcleos fixos na maioria das equipes. Em algumas equipes de NASF a ESF ainda conta com farmacêutico, ginecologista e pediatra para apoio.

A principal dificuldade na composição das equipes dos NASF está no chamamento por meio do concurso. Um exemplo é o profissional Educador Físico (não professor), pois não existe no quadro funcional atual da PMPA. Em casos como este, é necessário o encaminhamento de projeto e aprovação pela câmara de vereadores para efetivar a criação do cargo.

Nas regiões onde não há Consultório na Rua, o desafio persiste no acesso da população em situação de rua nas unidades de saúde. Nestes casos, a qualificação do acolhimento realizado pelos profissionais das ESF e das UBS é fundamental para a aproximação dos usuários aos serviços.

Atenção à Saúde do Escolar

A atenção à saúde do escolar pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Porto Alegre está baseado no documento Estratégia Saúde Escolar (ESE), apresentado e aprovado pelo CMS, em maio de 2008. A ESE preconiza a articulação dos serviços de saúde com a rede de ensino de modo a fortalecer o papel da escola na preservação e na educação para a saúde e está integrado à Atenção Primária de acordo com a PNAB. A maior parte da operacionalização da ESE estava centralizada na atuação das equipes dos NASCAs, com ações prioritárias junto às escolas públicas, particularmente as com população em condição de maior vulnerabilidade social.

Simultaneamente à elaboração da ESE, o Governo Federal promove a elaboração de um programa de promoção da saúde nas escolas. Lançado em dezembro de 2007 (Decreto Presidencial 6.286), posteriormente regulamentado pela Portaria 1.861 (4 de setembro de 2008), o Programa de Saúde na Escola (PSE) procura incentivar a integração das políticas e das ações da educação e da saúde. Mediante a aplicação de recursos financeiros e materiais oriundos da Atenção Básica do MS, o PSE estimula a atuação das equipes da ESF nas escolas de seu território com objetivo principal de realizar as avaliações clínicas e psicossociais dos estudantes.

Com a adesão de Porto Alegre ao PSE em dezembro de 2008, as atividades

nas escolas das áreas de atuação da ESF e de algumas UBS passam a integrar a ESE. O reconhecimento da responsabilidade das equipes da APS no desenvolvimento da promoção de saúde e da prevenção de doenças e de agravos à saúde, a previsão da ampliação da cobertura da ESF e alteração da estrutura organizacional da SMS modificou o cenário da atenção à saúde do escolar em Porto Alegre desenhado na ESE.

Em 2012, foram realizadas 24.414 avaliações antropométricas em alunos das escolas públicas de Porto Alegre. Esse número representa 16,7% do total de 146.063 matriculados no Ensino Fundamental Público, segundo o Censo INEP de 2010. Somente em 86 (31,5%) das 273 escolas públicas de Ensino Fundamental foi realizada essa atividade, segundo os Relatórios enviados à AT da Saúde da Criança. No mesmo ano foram realizadas 11.010 triagens visuais em alunos das escolas públicas de Porto Alegre. Esse número representa 80% dos 13.762 alunos matriculados na 1ª série do Ensino Fundamental Público, segundo o Censo INEP de 2010.

Inúmeros desafios se apresentam para a efetivação plena da atenção à saúde do escolar nos próximos anos em Porto Alegre. Há necessidade de ampliação da cobertura das avaliações clínicas e psicossociais, com qualificação da antropometria, da triagem visual, da avaliação da pressão arterial e das ações da saúde bucal. Em 2013, as ações do PSE deverão ser estendidas à educação infantil e às Instituições de Educação Infantil conveniadas com a Secretaria Municipal de Educação (SME) ampliando a dimensão da população alvo das avaliações clínicas e psicossociais.

A distribuição desigual das escolas nos bairros da cidade produz um desequilíbrio na relação escolas por unidade de saúde, com um número excessivo de alunos para a capacidade de algumas equipes de saúde. Essa situação é particularmente marcante na Gerência Distrital Centro que tem um grande número de escolas nos territórios de suas poucas Unidades de Saúde. Há necessidade de fortalecimento dos vínculos das unidades de saúde com a escola e com as Redes Locais de Atendimento às Crianças e aos Adolescentes no território com a participação da assistência social e do Conselho Tutelar.

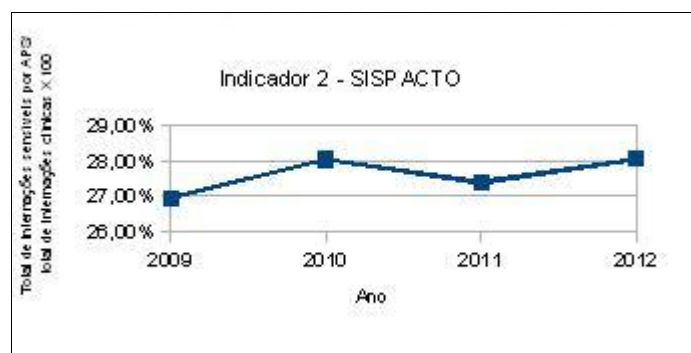
A construção conjunta com a escola, do planejamento anual das atividades da

saúde do escolar e a inclusão da promoção da saúde e prevenção no projeto político-pedagógico escolar deverão ser priorizadas nos próximos anos. Há necessidade de construção das linhas de cuidado originado nas atividades de avaliação clínica nas escolas, bem como do aprimoramento do acolhimento às demandas originadas nas escolas pelas equipes das UBS e pelas ESFs, com organização dos fluxos de encaminhamento especializado, quando necessário.

Desafios da APS

Frente ao conjunto de ações realizadas nesta esfera de atenção, Porto Alegre ainda apresenta condições sensíveis à APS que são agudizadas e resultam em internações hospitalares. Elas correspondem a pouco mais que um quarto ($\frac{1}{4}$) das internações clínicas hospitalares, conforme apresentado no gráfico abaixo.

Gráfico 59– Percentual de internações por condições sensíveis à APS em porto Alegre/RS, de 2009 a 2012.



FONTE: Tabwin/ DATASUS. Ago/ 2013.

As principais delas são as relacionadas a insuficiência cardíaca, asma, pneumonia, infecção do trato urinário e angina. Abaixo, são apresentadas as vinte principais causas sensíveis à APS que resultaram em internações clínicas de habitantes de Porto Alegre.

Tabela 55– Internações clínicas por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre/RS, no período de 2008 a 2012.

CID Principal	2008	2009	2010	2011	2012	Total
I50 Insuf cardiaca	2.297	2.122	2.049	1.785	1.776	10.029
J45 Asma	674	1.708	1.794	1.565	1.553	7.294
J15 Pneumonia bacter NCOP	684	929	889	858	1.100	4.460
N39.0 Infecç do trato urinario de localiz NE	589	702	852	846	939	3.928
I20 Angina pectoris	829	887	808	718	639	3.881
G40 Epilepsia	669	765	733	729	793	3.689
A04 Outr infecç intestinais bacter	610	636	528	627	743	3.144
E10 Diabetes mellitus insulino-dependente	585	600	601	654	699	3.139
A09 Diarreia e gastroenterite orig infecç presum	415	431	572	336	248	2.002
A15 Tuberc respirat c/conf bacteriol e histolog	287	220	265	283	414	1.469
J06 Infecç agudas vias aereas super loc mult NE	210	292	338	290	314	1.444
N60 Displasias mamarias benignas	277	322	382	222	222	1.425
E14 Diabetes mellitus NE	278	240	258	202	259	1.237
L03 Celulite	114	234	228	296	336	1.208
I10 Hipertensao essencial	205	226	263	177	165	1.036
J18 Pneumonia p/microorg NE	202	173	237	184	83	879
N70.0 Salpingite e ooforite agudas	157	223	185	119	106	790
N73.9 Doenc inflam NE da pelve femin	82	144	170	154	160	710
A50 Sifilis congen	68	95	108	124	151	546
E11 Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	116	102	125	114	85	542

FONTE: Tabwin/ DATASUS. Ago/ 2013.

Estas internações evidenciam a necessidade de potencializar os cuidados aos agravos não transmissíveis, com enfoque nos agravos cardiovasculares e nos agravos do sistema respiratório em todos os pontos da rede de serviços e suas respectivas linhas de cuidado. O atendimento de casos não urgentes pelos serviços de emergência (classificados como pacientes 'azuis') corrobora com essa afirmação ao evidenciar que 20% dos usuários que percorrem estes equipamentos deveriam estar sendo atendidos na esfera da APS, conforme dados do Relatório de Gestão do 1º quadrimestre de 2013 (Tabela 56).

Tabela 56– Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos a pacientes classificados como 'azuis' nos Pronto Atendimentos de Porto Alegre/RS, no 1º quadrimestre dos anos de 2013 e 2012, Porto Alegre, RS.

Classificação de Risco (CR)	1º Quadrimestre				Variação
	2013		2012		
	N	%	N	%	%
PACS	801	3,4	484	2,2	54,5
Bom Jesus	1545	6,9	1.228	5,3	30,2
Lomba do Pinheiro	650	3,4	127	0,8	325,0
Restinga e Extremo Sul	987	4,2	1.779	7,1	-40,8
UPA Moacyr Scliar	556	2,1	-	-	-
Total	4539	5	3618	3,08	62,3

FONTE: SIHO/AMB.

A tabela apresenta um aumento de 62,3% de atendimento de usuários com problemas não graves em serviços de pronto-atendimento de 2012 para 2013, mesmo com o aumento percentual de cobertura de serviços de APS no município. Neste sentido é que o acolhimento está sendo tratado atualmente como a principal estratégia impulsionadora para a mudança e qualificação dos processos assistenciais na APS.

Além da qualificação dos processos assistenciais, como o acolhimento, a realidade é que, apesar das UBS serem responsáveis pela cobertura assistencial de 34% da população do município, muitas delas atuam junto a territórios com mais de 18 mil habitantes. Essa realidade contraria a PNAB e dificulta a efetivação de processos assistenciais mais inclusivos e humanizados, como o acolhimento, as visitas domiciliares e outros. Entre outros motivos, este quadro também pode estar favorecendo a busca de usuários 'azuis' por pronto-atendimentos, bem como pode estar favorecendo o agravamento de agravos sensíveis a APS, como elencados acima.

A resolução 09/2013 do CMS, sobre a ampliação e o fortalecimento da APS no município, visa a qualificar os processos de trabalho e ampliar a resolutividade nestes por meio de critérios de organização e funcionamento das UBS e da ESF na cidade e, junto da PNAB, são as principais normativas vigentes para esta esfera de atenção. Os NASF, os Consultórios na Rua e a Redução de Danos, no mesmo caminho, visam a potencializar os resultados na esfera da APS, com vistas a diminuir a agudização de problemas vivenciados cotidianamente pela população.

Além das questões acima, a consolidação e a qualidade dos serviços na APS também inclui a sustentabilidade das suas estratégias. O principal exemplo está justamente na ESF, que foi introduzida no município na década de 90 e que, até 2011, apresentava vínculos profissionais precarizados. O resultado foi a rotatividade dos profissionais nas unidades, estimulada também pela oferta de mercado na área da saúde como um todo e pela baixa valorização desta esfera de atenção.

Diante o exposto, a escolha da SMS em instituir o Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família (IMESF), em 2011, resultou da necessidade de ampliar a capacidade da gestão municipal de incorporar a ESF nos territórios da cidade, garantindo a capacidade de financiamento da estratégia e a desprecarização dos vínculos trabalhistas. Dentre os prós e contras da escolha pelo IMESF, o principal nó crítico está na não regulamentação da constituição federal quanto às

áreas de atuação das Fundações Públicas.

Esta situação resultou em implantação de Fundações Públicas de Direito Privado na área da saúde, em diversas regiões do país. Mesmo assim, o IMESF foi declarado inconstitucional pelo Tribunal de Justiça do Estado do RS, aguardando ainda a decisão nas demais instâncias competentes em nível nacional. Caso seja apontado para a ilegalidade das Fundações como o IMESF, restará a SMS prover outra forma digna de contratação dos profissionais da ESF, através de vínculo estatutário e conforme os limites da legislação, com vias a garantir a consolidação desta estratégia na APS. Caso haja a regulamentação das Fundações instituídas pelo Estado, a SMS atuará no sentido de potencializar o IMESF.

Primeira Infância Melhor/ Porto Infância Alegre – PIMPIÁ

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM), foi implementado no município através da parceria entre o Governo do Estado do Rio Grande do Sul e da Secretaria Municipal da Saúde, estruturando-se em três eixos básicos: família, comunidade e os setores públicos. A finalidade do PIM é a promoção do desenvolvimento integral da criança, desde a gestação até os seis anos de idade, com ênfase na faixa etária de zero a três anos, complementando a ação da família e da comunidade.

A demanda de atendimentos do programa são gestantes e crianças de 0 a 6 anos de idade, que estejam fora da educação infantil, morem em áreas de grande vulnerabilidade e risco social (pobreza e extrema pobreza, violência, ausência de estrutura urbana) e altos níveis de mortalidade infantil.

Em Porto Alegre, o PIM recebe uma nova denominação em 2004, passando a chamar-se Programa Primeira Infância Alegre, o PIM PIÁ, que passou a ser Política Pública Municipal a partir da Lei nº 10.885/2010 em uma parceria entre as Secretaria Municipal da Saúde, que conveniou com o governo do Estado seleciona os visitantes e faz o seu pagamento, a Secretaria Municipal de Educação que sedia o Programa, lota os assessores e coordenação (professores da rede municipal), dá suporte de material e orienta pedagogicamente a proposta de trabalho e a FASC que dá o suporte dentro das comunidades, orienta as ações e compartilha dados a serem atendidos intersetorialmente.

Os visitantes do PIM PIÁ são acadêmicos de diferentes áreas (psicologia,

pedagogia, educação física e serviço social). A metodologia pressupõe visitas domiciliares semanais de 45 minutos para gestantes e famílias com crianças de 0 a 3 anos. Para as famílias com crianças entre 3 e 6 anos é realizado um atendimento semanal grupal. Cada visitador tem um contrato de 25 horas semanais, respondendo pelo atendimento de 12 famílias.

O Programa consta com 50 estagiários, sendo que mais 17 estão em fase de contratação. Totalizando 67 estagiários. O total de atendimentos na primeira quinzena de julho de 2013 foi de 468, sendo que 266 estão no banco de dados, 56 em transferência para o banco de dados e 146 estão em fase de finalização para serem incluídos do banco.

As regiões da cidade que possuem ações do PIM PIÁ são Ilha Grande dos Marinheiros, Ilha das Flores, Vila Pinto, Loteamento Santa Terezinha, Jardim Protásio I e II, Cruzeiro, Restinga, Safira e Safira Nova. A Secretaria da Educação (SMED) no mês de julho remanejou para somar ao PIM duas novas supervisoras de estágio que permitirão o acréscimo de mais duas regiões que estão sendo identificadas pelo Grupo Técnico Municipal (GTM).

O desafio para o próximo período é atingir as metas de 12 famílias para cada estagiário, bem como a implantação do ponto eletrônico para os estagiários a fim de otimizar os recursos humanos já existentes e ampliar a cobertura do Programa.

1.3.3.2 Atenção Especializada Ambulatorial

Atenção Especializada Ambulatorial caracteriza-se pelo papel complementar a APS, proporcionando ao usuário a continuidade de diagnóstico e/ ou assistência especializada e, quando necessário através do apoio matricial (consultorias, interconsultas e teleconsultas), ou seja, auxiliar na resolutividade da APS.

Os componentes da atenção especializada são serviços de média complexidade, ambulatorios e serviços especializados que constituem as redes de atenção, convergindo com a organização de linhas de cuidado. A demanda é programada e regulada através pelo sistema AGHOS.

Oferta de Consultas Especializadas na Rede de Saúde

As consultas médicas especializadas são acessadas via sistema AGHOS pelas unidades da rede de atenção primária para a Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE. São disponibilizadas consultas especializadas em 186 subespecialidades com uma demanda reprimida em 58 delas, representando 82,5% da fila total de espera no período. Em 70 % da oferta não há demanda reprimida ou a demanda é mínima. A adequação do agendamento e da oferta e a realização de mutirões de consultas são os fatores que apresentaram resultados satisfatórios, possibilitando o primeiro acesso às consultas especializadas com maior rapidez e contribuindo para a redução das filas de espera.

Por outro lado verifica-se que muitos usuários não comparecem as consultas agendadas devido a falhas de comunicação entre todos os atores envolvidos. Observa-se também a necessidade de elaborar mecanismos junto a comunidade visando a diminuição do absenteísmo.

As informações são referentes ao mês de dezembro do ano de 2012. O dado apresentado é referente ao último período, pois o processo de agendamento informatizado está em implantação e constantemente sofre ajustes como a adequação da oferta, motivo pelo qual não foi apresentado a média anual de demanda reprimida.

Alguns motivos que podem contribuir para demanda reprimida gerada no sistema são: o excesso de sub especialidades que gera ociosidade em algumas, ou fila de espera em outras, e a não qualificação da fila. Diariamente são encontradas no sistema solicitações não adequadas, com CID incompatíveis e incompletos. Deverá ser organizado um trabalho mais criterioso, juntamente com os profissionais da rede de atenção primária - unidades solicitantes e com os prestadores para uma melhor gestão da fila de espera.

Quadro 21- Sub Especialidades com demanda reprimida dezembro de 2012

Sub-especialidade	Oferta para POA*	Solicitações em dezembro 2012	Demanda reprimida** (até 30/11/2012)	Fila de espera*** em 02/01/2013)	Relação demanda/oferta****
Acupuntura	46	69	838	907	19,8
Cardio cardiopatia isquemica	8,8	45	109	154	17,5
Cirurgia geral adulto	784	443	1209	1652	2,1
Cirurgia obesidade morbida	18	55	775	830	47,2
Cirurgia plastica	31	120	3025	3145	102,1
Cirurgia plastica adulto	113	289	1156	1445	12,8
Cirurgia plastica pediatrica	8	15	80	95	11,5
Cirurgia vascular adulto	214	420	1414	1834	8,6
Cirurgia vascular varizes	241	220	1041	1261	5,2
Cirurgia vascular varizes feminino	8	86	855	941	114,1
Endocrinologia adulto	304	486	724	1210	4
Endocrinologia tireoide	40	10	617	627	15,9
Gastro adulto	649	437	1420	1857	2,9
Geriatria	48	61	162	223	4,6
Gineco histeroscopia	35	49	70	119	3,4
Ginecologia est pelvica	66	66	135	201	3
Ginecologia geral adulto	205	218	110	328	1,6
Ginecologia infertilidade	43	47	284	331	7,6
Ginecologia planejamento familiar	90	165	611	776	8,7
Imunologia adulto	7	8	95	103	15,6
Imunologia pediatrica	8	7	18	25	3
Infectologia adulto	15	37	93	130	8,4
Neuro acidente vascular	9	12	129	141	15,1
Neuro demencia	3	9	45	54	16,4
Neuro parkinson	7	8	81	89	13,5
Neurocirurgia coluna adulto	39	25	53	78	2
Neurogeriatria	57	68	81	149	2,6
Neurologia adulto	455	580	5531	6111	13,4
Neurologia pediatrica	162	164	316	480	3
Oftalmo triagem visual	137	180	246	426	3,1
Oftalmologia	606	629	3613	4242	7
Oftalmologia catarata	348	169	793	962	2,8
Oftalmologia pediatrica	137	253	2631	2884	21
Oftalmologia retinopatia diabética	42	69	645	714	16,9
Ortopedia coluna adulto	46	290	4662	4952	107,2
Ortopedia coluna pediatrica	2	10	35	45	27,3
Ortopedia de mao adulto	222	133	412	545	2,5
Ortopedia geral pediatrica	63	95	12	107	1,7
Ortopedia joelho	594	289	850	1139	1,9
Ortopedia ombro	412	144	273	417	1
Ortopedia pe	63	159	1555	1714	27,3
Ortopedia quadril	39	40	6	46	1,2
OTORRINO LARINGE	9	21	78	99	11,3

OTORRINO PEDIATRICA	97	203	2649	2852	29,3
OTORRINOLARINGOLOGIA	519	361	266	627	1,2
OTORRINOLARINGOLOGIA ADULTO	179	379	4758	5137	28,7
PNEUMOLOGIA ABANDONO	3	16	307	317	96,1
PROCTOLOGIA ADULTO	329	345	3507	3852	11,7
PROCTOLOGIA FEMININO E	21	104	1601	1705	79,5
PSICOLOGIA PEDIATRICA	28	34	686	720	26,2
PSIQUIATRIA ADULTO	60	176	3495	3671	61,2
PSIQUIATRIA DOENÇAS AFETIVAS	4	15	222	237	61,6
PSIQUIATRIA ESQUIZOFRENIA	6	5	22	27	4,9
PSIQUIATRIA PEDIATRICA	26	28	229	257	9,9
REABILITACAO AUDITIVA ADULTO*****	47	54	180	234	4,9
REUMATOLOGIA ADULTO	196	222	2491	2713	13,9
TRATAMENTO DA DOR	11	23	203	226	20,5
UROLOGIA ADULTO	851	627	168	795	0,9
UROLOGIA BIOPSIA DE PROSTATA	21	36		36	1,7
Total	8834	9328	57672	66994	7,6

FONTE: Sistema AGHOS, 2012.

*Oferta POA - soma da oferta pactuada para o município e a oferta exclusiva.

**Demanda reprimida - solicitações há mais de 30 dias no sistema.

***Fila de espera - não há relatório disponível. Dados retirados manualmente do sistema. Solicitação de consultas especializadas (4ª coluna) é o quantitativo das solicitações feitas no mês de dezembro de 2012.

****Relação demanda/ oferta - número de solicitações no sistema (fila de espera) por oferta de consultas disponíveis no período.

***** Em relação à reabilitação auditiva adulto, os dados apresentados na tabela são informações de usuários já inseridos no sistema AGHOS.

Das consultas especializadas com oferta pactuada atualmente na CIB, 55% são para o município e 45% para a região metropolitana e demais regiões do estado. Em caso de sobra, as consultas são disponibilizadas para a SES. As ofertas dos Centros de Saúde e as hospitalares não pactuadas são exclusivas para Porto Alegre.

A demanda reprimida de consultas médicas especializadas na fila de espera no Sistema é de aproximadamente 56.000 pessoas (30/08/2012), sendo que em torno de 80% aguardam a mais de 30 dias. Prevaecem na lista de espera ortopedia, neurologia adulto, proctologia, psiquiatria, otorrinolaringologia, reumatologia e cirurgia bariátrica.

Evidencia-se, nas consultas especializadas de pacientes referenciados para os hospitais, que muitos permanecem em atendimento por muito tempo, por apresentarem problemas mais graves ou porque não tem um contra referência efetiva para dar suporte ao tratamento já indicado. Estes são geralmente pacientes crônicos e a maior parte é do interior do estado dificultando o acesso de quem está na fila de espera.

Centros de Especialidades

A implantação de serviços especializados nos territórios deve ser considerada a partir da relevância epidemiológica e da complexidade. No município a distribuição destes serviços não ocorre desta forma, e sim por um contexto histórico e de capacidade estrutural das gerências distritais.

Está em discussão a necessidade de qualificação e ampliação da oferta especializada nos territórios através dos Centros de Especialidades. Essa qualificação seguirá algumas premissas descritas a seguir:

- Atendimento aos principais diagnósticos populacionais por Gerências
- Atendimento clínico ambulatorial, ou seja, sem a necessidade de intervenção cirúrgica;
- Atendimento de média complexidade com baixa densidade tecnológica, incluindo os atuais CRTB, SAE, COAS, Equipe de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente e outros.

Atualmente os Centros de Especialidades incluem outros serviços além das consultas médicas. O principal desafio para o quadriênio é a definição do padrão mínimo de ofertas dos Centros de Especialidades. As consultas médicas iniciais são reguladas pela GRSS e permitem um diagnóstico destas ofertas por meio do sistema informatizado da SMS, o que ainda não ocorrem com as demais. Diante deste quadro, seguem as ofertas das especialidades médicas disponibilizadas nos serviços próprios do Município:

Quadro 22 – Sub Especialidades médicas disponibilizada no CS Santa Marta

Santa Marta				
Sub-Especialidade	Oferta	Cancelada	Agendada	Não Realizada
Cardiologia Adulto	236	470	195	40
Dermatologia	3955	170	2915	765
Gastro Adulto	666	72	547	118
Infectologia Adulto	316	0	144	93
Nefrologia Pediátrica	248	232	28	7
Neurologia Adulto	330	40	171	154
Neurologia Pediátrica	576	209	298	273
*Oftalmo Triagem Visual	116	4	63	53
Oftalmologia	570	262	382	152
Oftalmologia Adulto	220	16	181	39
Oftalmologia Pediátrica	784	128	371	410
Ortopedia Geral Pediátrica	704	280	426	247
Otorrino Pediátrica	496	20	253	234
Otorrinolaringologia	491	912	268	216
Otorrinolaringologia Adulto	592	30	345	240
Pneumologia Adulto	84	1092	37	31
Proctologia Adulto	602	70	461	137
Urologia Adulto	2006	692	1508	304
Total Geral	12992	4699	8593	3513

FONTE: Sistema AGHOS, período: 1º de janeiro a 30 de junho de 2013.

SIGLAS: Ofert.: Ofertado Canc: Cancelado Age: Agendado Não realizado: Consultas não realizadas.

Quadro 23- Sub Especialidades médicas disponibilizada no CS Vila dos Comercários

Vila dos Comercários				
Sub-Especialidade	Oferta	Cancelada	Agendada	NR
Cardiologia Adulto	164	228	132	30
Cirurgia Vascular Adulto	866	118	621	232
Dermatologia Adulto	1011	463	780	231
Dermatologia Pediátrica	166	34	121	45
Endocrinologia Adulto	618	174	438	175
Fisiatria	560	170	88	20
Gastro Adulto	1232	244	952	276
Genética Médica	175	21	45	44
Otorrino Pediátrica	208	44	114	91
Otorrinolaringologia	472	8	367	92
Otorrinolaringologia Adulto	208	44	124	82
Reumatologia Adulto	444	48	303	136
Infectologia Hiv Adulto	149	44	89	60
Urologia Adulto	804	186	504	182
Total Geral:	7077	1826	4678	1696

FONTE: Sistema AGHOS, período: 1º de janeiro a 30 de junho de 2013.

SIGLAS: Ofert.: Ofertado Canc: Cancelado Age: Agendado Não realizado: Consultas não realizadas.

Quadro 24 – Sub Especialidades médicas disponibilizada no CS IAPI

IAPI				
Sub-Especialidade	Of.	Canc.	Age.	NR
Cardiologia Adulto	930	385	775	154
Cirurgia Geral Ambulatorial	93	229	71	22
Cirurgia Vasculare Adulto	760	344	527	227
Dermatologia	608	184	488	112
Endocrinologia Adulto	480	74	327	137
Endocrinologia Tireoide	262	54	145	108
Gastro Adulto	823	335	586	235
Gastro Pediatrica	478	114	149	61
Ginecologia Colo Uterino	416	152	154	65
Ginecologia Geral Adulto	334	162	230	102
Neurogeriatria	323	91	241	57
Otorrino Pediatrica	404	12	193	207
Otorrinolaringologia	296	184	237	56
Otorrinolaringologia Adulto	404	12	215	188
Pneumologia Adulto	998	188	639	218
Pneumologia Pediatrica	14	0	10	4
Pneumologia Pediátrica E	709	85	26	4
Proctologia Adulto	24	42	20	4
Reumatologia Adulto	318	176	202	115
Urologia Adulto	1310	891	946	221
Urologia Vasectomia	288	96	105	48
Infectologia HIV Adulto	128	0	44	20
Total Geral:	10400	3810	6330	2365

FONTE: Sistema AGHOS, período: 1º de janeiro a 30 de junho de 2013.

SIGLAS: Ofert.: Ofertado Canc: Cancelado Age: Agendado Não realizado: Consultas não realizadas.

Quadro 25- Sub Especialidades médicas disponibilizada no CS Camaquã

Camaquã				
Sub-Especialidade	Of.	Blq	Age.	NR
Nefrologia Adulto	980	0	350	102
Urologia Adulto	938	46	686	130
Total Geral:	1918	46	1036	232

FONTE: Sistema AGHOS, período: 1º de janeiro a 30 de junho de 2013.

SIGLAS: Ofert.: Ofertado Canc: Cancelado Age: Agendado

Não realizado: Consultas não realizadas

Quadro 26 - Sub Especialidades médicas disponibilizada no CS Modelo

MODELO				
Sub-Especialidade	Of.	Canc.	Age.	NR
Acupuntura	322	46	286	32
Homeopatia	100	23	83	2
Total Geral:	422	69	369	34

FONTE: Sistema AGHOS, período: 1º de janeiro a 30 de junho de 2013.

SIGLAS: Ofert.: Ofertado Canc: Cancelado Age: Agendado

Não realizado: Consultas não realizadas.

Quadro 27- Sub Especialidades médicas disponibilizada no CS Murialdo

Murialdo				
Sub-Especialidade	Of.	Canc.	Age.	NR
Cardiologia Adulto	429	66	355	73
Ginecologia Geral Adulto	420	64	329	89
Homeopatia	90	36	37	20
Oftalmologia Adulto	802	156	677	116
Total Geral:	1741	322	1398	298

FONTE: Sistema AGHOS, período: 1º de janeiro a 30 de junho de 2013.

SIGLAS: Ofert.: Ofertado Canc: Cancelado Age: Agendado Não realizado: Consultas não realizadas.

Quadro 28- Sub Especialidades médicas disponibilizada no CS Bom Jesus

Bom Jesus				
Sub-Especialidade	Of.	Canc.	Age.	Nr
Cardiologia Adulto	608	134	243	8
Neurologia Adulto	444	6	193	6
Total Geral:	1052	140	436	14

FONTE: Sistema AGHOS, período: 1º de janeiro a 30 de junho de 2013.

SIGLAS: Ofert.: Ofertado Canc: Cancelado Age: Agendado Não realizado:

Consultas não realizadas.

Nas tabelas acima se verifica a produção da oferta de consultas iniciais das especialidades da rede própria de saúde do município, excetuando a oferta do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

No período analisado, de 1º de janeiro a 30 de junho de 2013, foram oferecidas 46.514 consultas (soma da oferta com as consultas canceladas), foram canceladas 10.912 consultas e ofertadas de fato 35.602. Foram agendadas 30.992 considerando os números apresentados, a taxa de ocupação foi de 87% da oferta disponibilizada.

A taxa de consultas canceladas (bloqueadas) foi de 23,45% em relação à oferta disponibilizada e o absenteísmo (NR) conforme os números informados foi de 22%. O bloqueio ou cancelamento de agendas é permitido nas situações em que os profissionais solicitam férias, licença prêmio, licença saúde, participação em congressos, licença maternidade, licença para tratamento de saúde de familiar e outras licenças previstas em lei.

As consultas disponibilizadas e reguladas atualmente no sistema AGHOS são apenas de profissionais médicos. A informatização das consultas na odontologia será iniciada no CEO do CSVC e aguarda a disponibilização de equipamentos e pontos lógicos. As consultas de fonoaudiologia e nutrição estão em processo de inclusão no sistema.

Apoio Diagnóstico

Nas ciências da saúde, são denominados exames de apoio diagnóstico aqueles exames (laboratoriais, de imagem, etc.) que complementam os dados da anamnese e do exame físico para a confirmação das hipóteses diagnósticas e tratamento. Os exames podem ser solicitados por profissionais médicos e também por outros profissionais da saúde de nível superior.

As unidades básicas da APS, os Centros de Especialidade e Pronto Atendimento possuem cotas de exames para apoio diagnóstico (análises clínicas, RX e mamografia), totalizados no quadro abaixo:

Quadro 29– Oferta mensal de exames de análises clínicas e de imagem de Porto Alegre

Exames	Total/ mês
Análises Clínicas	237.392
RX	24.644
Mamografias	5.421
Citopatológico	24.712
Anatomopatológico	515
Eletrocardiograma	4.286

FONTE: Ambulatório/GRSS.

Quadro 30- Oferta mensal de mamografias/serviços

Mamografias	Total	CMCE	Porto Alegre
CBR - Clínica Beira Rio	1812	360	1452
Hospital Clínicas	32		32
Ambulatório Hospital Parque Belém	1595	200	1395
Hospital PUC	20		20
HMIPV	1500	320	1180
Ilha Porto Pasquali	1642	300	1342
Total	6601	1180	5421

FONTE: Ambulatório/GRSS.

No total da oferta de exames de análises clínicas (237.392 exames) 18% são realizados pelos serviços públicos (Faculdade de Farmácia da UFRGS). O Laboratório do CSVC funciona como serviço especializado de referência para os exames de genotipagem e carga viral da Hepatite C, CD4/CD8, carga viral do HIV, BK e cultura de BAAR para tuberculose.

Os exames de análises clínicas estão distribuídos nas Unidades de Saúde, sendo a oferta calculada com base no número de consultas. A Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002, preconiza que a oferta de exames de análises clínicas seja de 80% para o número total de consultas, ou seja, para cada consulta 0,8 exames. Atualmente, são oferecidos 80% dos exames solicitados por consulta realizada na atenção básica, 100% para as especializadas e urgências e 200% para consultas de pré-natal. Porto Alegre oferece mais do que o preconizado na referida portaria, as consultas especializadas e urgência demandam maior variedade de exames e a rotina de pré-natal possui protocolo de solicitação de exames.

Atualmente os laboratórios que prestam serviço para SMS - Porto Alegre, devem oferecer todos os exames da tabela SUS, sendo que os mesmos podem ser solicitados pelos serviços da APS, Especializada e Pronto Atendimento.

Em relação à oferta de mamografias, o total de exames é de 6.601. Os

exames ofertados pela Central de Marcação de Consultas são disponibilizados para municípios da região metropolitana e outros municípios do Estado. Para Porto Alegre são ofertados 5.421 exames, destes em média são realizadas mensalmente 3.806 mamografias. As cotas de mamografias são disponibilizadas para as Gerências Distritais. A solicitação é realizada por médicos e enfermeiros tendo como critério o protocolo clínico de rastreamento precoce do câncer de mama que recomenda a solicitação do exame para mulheres entre 50 e 69 anos e a lei 11.664/2008 que garante a solicitação do exame para mulheres a partir de 40 anos de idade. É possível que sejam solicitados exames para muitas mulheres e estas não os realizam. Ainda não é possível realizar o rastreamento de exames solicitados X realizados. Somente é possível mensurar a relação da oferta com os exames realizados.

Os serviços públicos, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) ofertam um total de 23% de exames de mamografia.

A oferta de exames de RX está distribuída por Gerência Distrital e não há demanda reprimida.

A oferta de exames citopatológicos por mês para a rede básica é de 24.712. Mensalmente as unidades enviam relatórios referentes às cotas disponibilizadas X exames realizados, o que permite constatar que não ocorre demanda reprimida para o referido exame.

O quantitativo de exames de eletrocardiografia/mês é de 4286. Destes 90,6% são realizados nos Centro de Saúde do município de Porto Alegre (Santa Marta, IAPI, CSVC), 3,54% pelo Grupo Hospitalar Conceição, 4,66% pelo Instituto de Cardiologia, 0,35% pelo Hospital Vila Nova e 0,84% pelo Hospital São Lucas da PUC. Conforme análise dos relatórios enviados pelas unidades, não há demanda reprimida para o referido exame.

O exame de anatomopatologia mais frequentemente solicitado na APS é em ginecologia (colo uterino). Dos 515 ofertados por mês, 48,54% são realizados por serviço público (Hospital Sanatório Partenon).

Além das cotas distribuídas, as Gerências Distritais possuem uma reserva de exames de análises clínicas e RX para serem utilizadas conforme a necessidade (aumento de demanda, criação de novas unidades, etc.).

Os exames de análises clínicas e RX realizados nos hospitais de Porto Alegre

são os necessários para suprir suas demandas internas, ambulatoriais e internação, estão previstos no Plano Operativo do contrato dos mesmos.

Exames disponibilizados pelos sistemas AGHOS e SISREG

No sistema AGHOS cinco exames de imagem estão disponibilizados (densitometria óssea, ultra-sonografia pélvica ginecológica, obstétrica, abdômen total e transvaginal). No quadro abaixo estão os exames que são oferecidos via AGHOS, com a oferta e fila de espera:

Quadro 31- Exames oferecidos via AGHOS

Exames	Oferta* Porto Alegre	Fila de espera**	Relação fila de espera/ oferta
Densitometria óssea	640	51	0,1
Ultra-sonografia obstétrica	974	129	0,1
Ultra-sonografia pélvica ginecológica	32	363	11,3
Ultra-sonografia de abdômen total	1400	3003	2,1
Ultra-sonografia transvaginal	1154	4076	3,5
Total	4200	7622	

FONTE: AGHOS.

*Oferta do período: 06/09/2013 a 05/10/2013.

**Fila de espera em 22/08/2013.

Estes exames estão disponíveis para solicitação de toda a rede básica, para os centros especializados e para o Hospital São Pedro. A ultra-sonografia abdominal e a densitometria óssea estão disponíveis também para o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

A análise da fila de espera nos permitiu efetuar adequação de oferta em relação à demanda. Em parceria com a área técnica da Saúde da Mulher serão realizados ajustes, transferindo 15% da oferta de ultra-sonografia obstétrica para ultra-sonografia transvaginal. Esta alteração é verificada mês a mês objetivando: garantir ultra-sonografia obstétrica para todas as gestantes em tempo hábil e reduzir o tempo de espera para realizar a ultra-sonografia transvaginal.

Sobre a fila de ultra-sonografia pélvica há grande demanda e pouca oferta. Neste caso, juntamente com a área técnica de Saúde da Mulher estão sendo avaliadas as demandas e a necessidade de aumentar a oferta junto às clínicas (prestadores).

Atualmente os exames especializados são agendados pelo SISREG que é um programa do MS. Os relatórios da fila de espera são imprecisos visto que a fila é

mista com as demandas do estado e não há como verificar a demanda reprimida dos municípios de Porto Alegre. No sistema ainda há duas filas, uma de regulação e outra de solicitante e para contribuir com a dificuldade de gerar relatórios estes não podem ser gerados em um período superior a 30 dias. Abaixo segue quadro dos exames disponíveis no SISREG:

Quadro 32- Exames disponíveis no SISREG

Exames no SISREG
Audiometria
Audiometria infantil
Cateterismo
Cintilografia de miocárdio p/ avaliação da perfusão em situação de estresse (mínimo 3 projeções)
Cintilografia de ossos c/ ou s/ fluxo sanguíneo (corpo inteiro)
Cintilografia de tireoide c/ ou s/ captação
Cintilografia pesquisa de refluxo
Cintilografia renal- dinâmico
Cintilografia renal/renograma (qualitativa e/ou quantitativa)
Colonoscopia
Ecocardiografia bi-dimensional com ou sem Doppler
Ecocardiografia bi-dimensional com ou sem Doppler - infantil
Ecografia de bolsa escrotal
Ecografia de tireoide
Eletroencefalograma em sono induzido c/ ou s/ medicamento (EEG)
Eletroencefalograma em vigília
Eletroneuromiografia
Endoscopia digestiva alta
Holter 24 horas
Mamografia bilateral para rastreamento
Potencial evocado auditivo
Potencial evocado visual / occipto
Ressonância magnética
Teste de esforço ou teste ergométrico
Tomografia computadorizada de abdômen superior
Tomografia computadorizada de abdômen total
Tomografia computadorizada de articulações
Tomografia computadorizada de crânio ou coluna
Tomografia computadorizada de pelve / bacia
Tomografia computadorizada de pescoço
Tomografia computadorizada de tórax
Tratamento hipertireoidismo plummer
Ultra-sonografia craniana
Ultra-sonografia estudo de 3 ou mais vasos com Doppler pulsado contínuo

FONTE: Sistema SISREG.

Estes exames que constam no SISREG estão em processo de migração para o sistema AGHOS.

Estão disponibilizados, estes exames, para prestadores especializados próprios e não próprios, de acordo com a especialidade médica ofertada no serviço.

Os exames especializados executados nos hospitais disponíveis via CMCE estão previstos no Plano Operativo do contrato dos mesmos.

Equipe Especializada à Saúde da Criança e Adolescente

Para que a atenção em saúde se efetive de modo a contemplar a complexidade que emerge das demandas no âmbito da infância e adolescência, a Secretaria Municipal da Saúde, propôs a unificação das Equipes de Saúde Mental da Infância com os Núcleos de Atenção à Saúde das Crianças e Adolescentes (NASCAS), nos seus territórios de abrangência, consolidando a atenção integral à saúde da infância e adolescência. A unificação constituiu as Equipes Especializadas à Saúde da Criança e Adolescente e será um dos pontos de referência em saúde na Linha de Cuidado para essa população. Essa diretriz de trabalho está em consonância com o ECA: Art. 11, Relatório Final da III Conferência Municipal de Saúde Mental de Porto Alegre (2010), Subeixo II – Infância e Juventude, IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, Eixo II, item 8, Plano de Ações em Saúde (PAS) 2012, meta 87, EVESCA – plano municipal de enfrentamento à violência e exploração contra crianças e adolescentes, Eixo IV: garantir política de atendimento especializado à crianças e adolescentes vítimas de violência e exploração sexual, Deliberações do Ministério Público – 10ª Promotoria da Infância e Juventude e Política da Secretaria Municipal de Educação. As Equipes Especializadas estão sob a orientação das áreas técnicas da saúde mental e da Infância/Adolescência. Estas equipes oferecem atendimento integral e especializado em saúde para criança e adolescente, destacando os seguintes temas prioritários: desenvolvimento integral, saúde mental, violência, deficiências, uso de crack, álcool e outras drogas (até 14 anos) e problemas na aprendizagem. As equipes são interdisciplinares e são referência para criança e adolescentes de 0 a 17 anos, da área de abrangência dos serviços, nas oito gerências distritais. As composições destas equipes devem incluir psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, neurologistas,

pediatras, profissionais com formação em psicopedagogia, fonoaudiólogos, assistentes sociais, otorrinolaringologista e oftalmologia. Estes dois últimos profissionais não necessariamente devem pertencer à equipe, porém se faz necessário uma agenda específica para atendimento de escolares oriundos da triagem visual assim como as reavaliações periódicas para os usuários de lentes. O município está em processo de recomposição das equipes.

Não há financiamento específico do Ministério da Saúde para estas equipes. O custo está composto pelo teto financeiro do município. O acesso das crianças e adolescentes é através da atenção básica (UBS e ESF), através do apoio matricial; da atenção especializada – CAPSi, CAPSad, CREAS, através da contra-referência e apoio matricial; dos serviços de atendimento às vítimas de violência: CRAI (Centro de Referência no Atendimento Infante Juvenil do HMIPV); das internações hospitalares e dos serviços de emergência em saúde mental e pronto atendimentos, através da atenção básica, considerando a avaliação de risco para o acesso ao serviço especializado; do Serviços de Psiquiatria Infantil via matriciamento; da FASE, via atenção básica – UBS e ESF/ Matriciamento.

Práticas Integrativas em Saúde (PIS)

As Práticas Integrativas em Saúde (PIS) são sistemas médicos e recursos terapêuticos complexos, que tem em comum uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. A Organização Mundial de Saúde – OMS – também as denomina de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) (WHO, 2002). Estas práticas envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS, que preconiza a integralidade da atenção à saúde, com máxima resolubilidade e menor custo, interagindo com as demais políticas e ações dos serviços existentes no SUS. Também amplia a oferta de ações de saúde, contribuindo para a co-responsabilidade dos indivíduos com a própria saúde, o que aumenta o exercício da cidadania.

As resoluções internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) vêm estimulando o uso da Medicina Tradicional/ Medicina Complementar/ Alternativa nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental modernas. No documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”, a OMS preconiza o desenvolvimento de políticas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional, resolubilidade, baixo custo e acesso ampliado.

As principais resoluções nacionais são o art. 87, parágrafo único e o art. 198, ambos do inciso II da Constituição Federal (sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS) e o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080/90 (ações destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, como fatores determinantes e condicionantes da saúde).

O Ministério da Saúde (MS) em 2006 aprovou uma política pública para essas práticas denominada “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares” (PNPIC), por considerar prioridade o incremento de diferentes abordagens, a melhoria dos serviços, o aumento do acesso e da resolubilidade do Sistema Único de Saúde. Para tanto, tornou disponível outras opções preventivas e terapêuticas além da medicina chamada ocidental, denominadas Práticas Integrativas e Complementares, que incluem a Medicina Tradicional Chinesa, a Acupuntura, a Homeopatia e a Fitoterapia, entre outras.

A Política Municipal de Práticas Integrativas de Porto Alegre (PMPI) prevê a regularização de 4 eixos de atendimento no município:

Homeopatia - é um sistema médico complexo, baseado em um princípio hipocrático (século IV a.C.) e sistematizada pelo médico alemão Samuel Hahnemann (Meissen, Alemanha – 1755 a 1843). Em 1979 foi criada a Associação Médica Homeopática Brasileira e em 1980 reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução Nº 1000); em 1990, é criada a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH); em 1992, é reconhecida como especialidade farmacêutica pelo Conselho Federal de Farmácia (Resolução Nº 232); em 1993, é criada a Associação Médico-Veterinária Homeopática Brasileira (AMVHB); e em 2000, é reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (Resolução Nº 622). A Homeopatia segue um princípio hipocrático, em que o organismo possuiu uma via de cura natural e que o medicamento deve seguir esta rota.

Medicina Tradicional Chinesa - caracteriza-se por um sistema médico complexo e integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem metafórica de época referenciada no pensamento tradicional clássico chinês que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Tem como fundamento a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Todas as técnicas utilizadas procuram a prevenção de agravos e de doenças, a promoção e a recuperação da saúde.

Acupuntura - é uma tecnologia de intervenção em saúde que utiliza agulhas para abordar de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença do indivíduo dentro do seu contexto biopsicossocial, que pode ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos farmacológicos e não-farmacológicos. É originária da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), e a denominação foi dada pelos jesuítas no século XVII, resultando no vocábulo Acupuntura (derivado das palavras latinas acus, agulha, e *punctio*, punção). A Acupuntura é amplamente conhecida por sua grande eficácia no tratamento dos mais variados tipos de dor, aguda e crônica, bem como na reabilitação. No Brasil, a Acupuntura foi introduzida há cerca de 40 anos e progressivamente foi ocupando o seu espaço. Em 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), constituída por representantes dos Ministérios da Previdência e Assistência Social, Saúde, Educação e Trabalho, por meio da Resolução nº 5, fixou normas e diretrizes para o atendimento com Acupuntura nos serviços públicos de assistência. O Conselho Federal de Medicina publicou em 1995 a resolução de número 1455 (atualizada pelas resoluções 1634 e 1666), que define acupuntura como especialidade médica, visto que se dedica ao estudo e pesquisa de conhecimentos, principalmente neuro-imuno-endócrinos, que conduzem a um tratamento clínico de natureza estimulatória neural através de procedimentos invasivos, visando a ativação de zonas neuroreativas de localização anatômica definida no corpo humano.

Fitoterapia e Plantas Mediciniais - É um método de tratamento caracterizado pela utilização de plantas medicinais, em suas diferentes preparações, sem a utilização de substâncias ativas isoladas. A fitoterapia deve ser usada sob a orientação de um profissional da saúde capacitado (Ministério da Saúde). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), até 80% da população dos países em desenvolvimento utilizam plantas medicinais para os cuidados em saúde, sendo que o consumo de fitoterápicos em países desenvolvidos tem crescido enormemente. A oferta de fitoterápicos à população de Porto Alegre como uma prática complementar de atenção à saúde e implantação o programa “Farmácias Vivas”, visa:

- ✓ Promover o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde, evitando intoxicações, mascaramento de patologias, tratamentos incorretos;
- ✓ Resgatar e valorizar o conhecimento popular, embasado em conhecimentos científicos;
- ✓ Orientar a população através de palestras educativas, informativos, cartilhas, Visitas Domiciliares (VDs) dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- ✓ Reestabelecer de forma mais suave e duradoura a saúde do paciente.

A 8ª. Conferência Nacional de Saúde (1988) dá como princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) a Universalidade, Integralidade, Equidade, Controle Social e Participação Popular, com princípios organizacionais a hierarquia de serviços, gestão descentralizada e regionalização. A Política Nacional (PNPIC) vem ao encontro a estas demandas, pois é uma ferramenta importante na atenção primária à saúde, oferecendo acesso global e integralidade, atendendo a demanda popular por tratamentos que utilizem mais recursos naturais de recuperação da saúde.

O Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003 aponta a necessidade de se “investir em pesquisa e desenvolvimento de tecnologia para a produção nacional e a implantação de programas para uso de medicamentos fitoterápicos nos serviços de saúde, de acordo com as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica”.

Conforme indicado na 6 Conferência Municipal de Saúde POA, o município está trabalhando para implantar até o final de 2013 a Política Municipal de Práticas Integrativas em Saúde tendo como principais desafios realizar o levantamento dos

RHs especializados e serviços existente na rede; implementar a fitoterapia e ampliação da homeopatia e acupuntura; promover o acesso aos medicamentos homeopáticos e fitoterápicos através de uma análise da necessidade das regiões.

O Centro de Saúde Modelo será referencia para a ampliação e qualificação dos atendimentos das PIS.

Serviços próprios:

Centro de Especialidades Modelo - Homeopatia: 160 consultas por mês. Acupuntura: 120 consultas por mês. Na Farmácia Homeopática, atualmente há demanda reprimida que será suprida por nova contratação de fornecedor de insumos ainda em 2013.

Os pacientes são encaminhados pela as unidades de Atenção Primária para atendimento desse serviço especializado através da central de marcação de consultas agendadas pelo sistema AGHOS.

Centro de Especialidades Murialdo - Homeopatia: 32 consultas por mês.

Centro Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST) – Acupuntura: 120 consultas por mês.

Os pacientes atendidos pelo CEREST ainda são encaminhados pelos serviços de atenção primária através do documento de referencia e contra-referencia, mas a agenda será inserida e regulada pelo sistema AGHOS.

A proposta que vem sendo trabalhada na SMS é de organizar toda a oferta em um Centro de Especialidades, potencializando os recursos existentes.

Serviços de Atenção à Saúde Mental

Os usuários são referenciados pelas unidades de saúde através de matriciamento estabelecendo integralidade necessária aos tratamentos que são fundamentais para garantia de um atendimento qualificado. Além disso, a realização de pequenos procedimentos e o acesso aos exames complementares de média complexidade, possibilitam a resolutividade do profissional com o caso que se apresenta, permitindo a realização de um diagnóstico seguro, e conseqüentemente

de um tratamento mais adequado. Cabem as regiões e distritos através da sua avaliação de perfil epidemiológico e indicadores de vulnerabilidade, identificar as especialidades necessárias e a capacidade de resolutiva destes serviços. Regulando as especialidades que necessitam maior complexidade para a responsabilidade dos ambulatórios especializados hospitalares.

Segundo parâmetro do MS, é esperado que os municípios tenham instalado 1 (um) CAPS para cada 100.000 habitantes. Em Porto Alegre, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem atualmente, cobertura de 0,95 CAPS. Esta cobertura efetiva a assistência, fundamentalmente, ao transtorno mental e ao uso abusivo de drogas já configurado. Esta situação se justifica pela necessidade de substituição do modelo hospitalar por um modelo de atenção de base comunitária e territorial direcionado à população adulta. A partir de 2010 evidenciou-se a urgência de revisão de algumas estratégias de atenção psicossocial. Desse modo, vem sendo desenhada uma rede que contemple ações efetivas na atenção primária, como as Equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental, Consultórios na Rua, qualificação dos serviços de média e alta complexidade e a expansão e instalação de novos serviços de média complexidade, como as Equipes de Saúde Mental. Este desenho também se remodela na convergência com as ações intersetoriais, intensificadas em 2012, principalmente em conjunto com a FASC, SMED, SMJ e SMDHSU. A articulação de políticas vem garantindo aos usuários ampliação do acesso, a singularidade do tratamento e a identificação mais precoce do sofrimento psíquico.

As linhas de cuidado em saúde mental (álcool e drogas, urgências e emergências, infância e adolescência e adulto) estão em processo de finalização, contemplando o planejamento de ações em saúde mental.

Seguem quadros com quantitativo de serviços da Rede de Saúde Mental de Porto Alegre:

Quadro 33- Rede de Saúde Mental - Quantitativo de Serviços – Geral

Tipo de Serviço	Serviços/Leitos
Equipes de Consultório na Rua	02
Equipe Matriciamento	1 em cada GD
Equipe de Saúde Mental Adulto	06
Equipe Especializada para Atenção à Saúde Integral da Criança e do Adolescente	08
CAPS II	04
CAPS i	03
CAPS ad I	02
CAPS ad III	03
Residenciais Terapêuticos	02
GerAção POA	01
Plantão de Urgência/ Emergência	02
Leitos de internação	540
Comunidade Terapêutica (conveniada)	02

FONTE: CGAPSES / CNES.

Quadro 34- Referências de serviços por Gerência Distrital de Saúde

Gerência Distrital	Tipo de Serviço	Nº por GD
Glória/ Cruzeiro/ Cristal	Equipe Infância / Adolescência	01
	Matriciamento	01
	CAPS AD II	01
	CAPS II	01 (compartilhado com GD SCS)
	CAPS i Casa Harmonia	01 (compartilhado com GD Centro, SCS e Restinga/Estremo Sul)
	Plantão de Saúde Mental	01 (compartilhado com a cidade)
Leste/ Nordeste	Equipe Saúde Mental Adulto	01
	Matriciamento	01
	Equipe Infância / Adolescência	01
	CAPS II HCPA	01 (compartilhado com GD PLP)
	CAPS i HCPA	01 (compartilhado com GD PLP)
Restinga/ Extremo Sul	Equipe Saúde Mental Adulto / Matriciamento	01
	Equipe Infância / Adolescência	01
	CAPS i Casa Harmonia	01 (compartilhado com GD Centro, SCS e GCC)
	CAPS AD II Vila	01 (compartilhado com GD SCS)

Centro	CAPS i Casa Harmonia	01 (compartilhado com GD SCS, GCC e Restinga/Extremo Sul)
	CAPS II Centro	01
	Ambulatório AD - Cruz Vermelha	01 (em conversão para CAPS AD III)
	Equipe Infância / Adolescência	01
	Equipe Saúde Mental Adulto	01
	Consultório na Rua Centro	01
	Matriciamento	01
Norte/ Eixo Baltazar	Matriciamento	01
	CAPS AD III	01 GHC
	CAPS i	01 GHC
	CAPS II	01 GHC
	Consultório na Rua	01 GHC
Partenon/ Lomba do Pinheiro	Equipe Saúde Mental Adulto	01
	Equipe Infância/Adolescência	01
	Matriciamento	01
	CAPS II	01HCPA (compartilhado com GD LENO)
	CAPS i	01HCPA (compartilhado com GD LENO)
	CAPS AD III PLP	01 HMD
Navegantes/ Humaitá/ Noroeste/ Ilhas	Equipe Saúde Mental Adulto IAPI	01
	Equipe Saúde Mental Adulto / Infância / Adolescência	01
	Navegantes	
	Equipe Infância / Adolescência IAPI	01
	CAPS AD III IAPI	01 HMD
	Matriciamento	1
	Plantão de Saúde Mental IAPI	01 HMD (compartilhado com a cidade)
Sul/ Centro- Sul	Matriciamento	01
	Equipe Saúde Mental Adulto	01
	Equipe Infância/Adolescência	01
	CAPS AD II Vila Nova	01HMD (compartilhado com Restinga/Extremo Sul)
	CAPS i Casa Harmonia	01 (compartilhado com GD Centro, GCC e Restinga/Extremo Sul)

FONTE: CGAPSES/ Área Técnica Saúde Mental.

Equipes de Saúde Mental Adulto – são serviços que prestam atendimento integral em saúde mental através de equipes interdisciplinares. Realizam consultas individuais, grupos e oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, interconsultas, articulação com outros serviços da rede de saúde, rede intersetorial e com a comunidade. São referências para os demais serviços da rede de saúde das regiões

onde estão situadas, e o acesso se dá da atenção primária através do matriciamento e da atenção especializada pelos CAPS.

Equipe de Matriciamento em Saúde Mental - Utiliza o matriciamento como método de trabalho cujo objetivo é viabilizar a interconexão entre as unidades de saúde, os serviços especializados em saúde mental, os equipamentos comunitários ou intersetoriais disponíveis na atenção em saúde mental. As ações de matriciamento são realizadas por profissionais da saúde mental, de diversas áreas, nos territórios de referência. Esta é uma equipe específica de apoio matricial em saúde mental, destinadas às unidades de saúde que não tem cobertura pelos NASF. Esta equipe será incorporada aos NASFs à medida que houver a ampliação destes. Atualmente estão constituídas oito equipes uma por região da cidade.

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹⁴ – são serviços constituídos por equipe multiprofissional que atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não-intensivo. O trabalho no Centro de Atenção Psicossocial é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado é desenvolvido através de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família. A ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo o acompanhamento longitudinal do caso e a interface entre os serviços de referência no território de moradia do usuário.

Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

- ✓ CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 15.000 habitantes;

¹⁴ Portarias Ministeriais nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 e atualização publicada em 21 de maio de 2013.

- ✓ CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.
- ✓ CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.
- ✓ CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.
- ✓ CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.
- ✓ CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.

Porto Alegre conta com uma estrutura de 12 CAPS, sendo 3 CAPS AD III, 2 CAPS AD II, 3 CAPS i e 4 CAPS II. Esta cobertura efetiva a assistência, fundamentalmente, ao transtorno mental e ao uso abusivo de drogas já configurado. São serviços regionalizados, porém ainda não homogeneamente distribuídos na cidade, configurando os chamados “vazios assistenciais”, ou seja, ainda não temos o número suficiente de serviços para uma cobertura completa da cidade. Nesse sentido, há usuários com quadros graves que ainda não acessam os CAPS, ocasionando um alto índice de reinternações hospitalares. Embora os parâmetros do

Ministério da Saúde indiquem uma quantidade de CAPS de acordo com a população descrita acima, Porto Alegre vem trabalhando na perspectiva de instalar um CAPS de cada modalidade (AD, i e II) em cada Gerência Distrital.

Quanto ao acesso, nos CAPS AD o acolhimento é aberto, já o acesso aos CAPS i e II é via matriciamento ou por agendamento, devido à insuficiência desses equipamentos em todas a cidade, com exceção da região Norte-Eixo Baltazar, atendida pelo CAPS i e II do GHC e não cumprem as determinações da SMS. O primeiro agendamento não é via AGHOS, é realizado diretamente com os serviços através do formulário de referência e contra-referência e os atendimentos subsequentes são agendados, de acordo o projeto terapêutico singular de cada usuário.

Os CAPS e as equipes de saúde mental mantém uma média de atendimentos mensais, conforme é possível verificar nos relatórios de gestão, mas ainda não há cobertura para todas as regiões da cidade, o que provoca a busca pelas emergências, em muitos casos ou ainda, o acúmulo de demanda no sistema AGHOS para área de psiquiatria.

Com relação aos CAPS, no ano de 2012, o CAPS i Casa Harmonia, por exemplo, teve um aumento expressivo de sua produção comparada ao ano anterior, desde o acolhimento inicial de novos usuários até a realização dos atendimentos individuais e atividades realizadas em grupos terapêuticos. Foi atendida uma média de 200 usuários/mês. Importante destacar que o CAPS i Casa Harmonia é referência para quatro gerências distritais: Centro, GCC, SCS e Restinga/Extremo Sul, por não contarmos com CAPS para infância/adolescência nessas regiões.

Os CAPS i e CAPS II do Hospital de Clinicas tem funcionamento em desacordo com as portarias ministeriais. Questões já apontadas à direção do hospital, em reunião com SMS. A direção do hospital ficou de dar retorno ate o final de setembro/2013. Destacam-se os seguintes pontos:

CAPS i

- ✓ Acesso ao CAPS é por dentro do hospital, o que está em desacordo com a portaria do MS;
- ✓ Os atendimentos são realizados em turno determinado para infância e no inverso para os adolescentes, que são incluídos em grupos (A ou B), conforme a idade e os critérios de avaliação inicial;

- ✓ Adolescentes com transtorno alimentar tem grupos fixos 3ª e 5ª feira, das 14h às 16:30h – se o adolescente estudar nesse turno, não poderá participar, a menos que falte a escola ou troque de turno na escola;
- ✓ Adolescentes com outras patologias tem grupos fixos 2ª e 4ª feira, das 14h às 16:30h - se o adolescente estudar nesse turno, não poderá participar, a menos que falte a escola ou troque de turno na escola;
- ✓ Equipe: 2 enfermeiras, 1 medico, 1 psiquiatra coordenadora + professora, 2 técnicos de enfermagem, 1 psicóloga (divide carga horária com CAPS adulto) 1 assistente social (que é do serviço de psiquiatria e não exclusivamente do CAPSi), 1 Terapeuta Ocupacional;
- ✓ Em atendimento: 41 pacientes (total), destes 15 estão em atendimento intensivo;
- ✓ Queixa do CAPSi: “a rede não funciona”, entretanto eles trabalham referenciados pelas regiões LENO e PLP, onde há equipes da infância/adolescência e matriciamento e atendem a demanda.

O CAPS AD III IAPI teve um aumento de 80% nos atendimentos e o CAPS AD II Vila Nova aumentou em 46,6%. O aumento de atendimentos no CAPS AD IAPI se deve ao fato de ter sido qualificado para CAPS AD III, ou seja, passou a atender 24 horas do dia, contando com dez camas para permanência noturna de usuários que demandam atenção continuada. Já o CAPS Vila Nova tem trabalhado na articulação com a rede do território, o que favorece a divulgação do serviço, e oferecida cobertura para a região da Restinga/Extremo Sul.

O serviço CAPS AD Cruz Vermelha ainda não foi implantado. Após a aprovação no CMS, a Cruz Vermelha ficou impedida de receber verbas publicas por estar com registro no CEPIM, por vários meses, sendo liberada em setembro de 2012. Mediante a liberação, retomou-se o projeto técnico e os encaminhamentos para elaboração do convênio, que ainda encontra-se em tramitação jurídica.

Ambulatórios dos Hospitais Gerais - atendem consultas especializadas de psiquiatria e psicologia, em nível ambulatorial, de pacientes encaminhados via

Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados – CMCE ou pelo agendamento interno. O Hospital Presidente Vargas, Hospital Conceição, Hospital São Pedro, Hospital de Clínicas e a Cruz Vermelha Brasileira possuem ambulatórios. No Centro Referência no Atendimento Infante Juvenil (CRAI) que é referência para vítimas de violência o acesso é direto. A abrangência do CRAI é estadual, os pacientes devem ser encaminhados com ocorrência policial e perícia realizada. No CRAI serão acolhidos e receberão atendimento médico breve.

Serviços Residenciais Terapêuticos¹⁵ (SRT) – Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. A missão do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares. Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Os SRT serão constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador. São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores. São definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores.

Porto Alegre conta com dois SRT sendo um de Tipo I, o SRT Cristiano Fischer que conta com quatro moradores e, outro de Tipo II, o SRT Nova Vida, que conta com nove moradores. Trabalha-se na perspectiva de reinserção social dos usuários atendidos, o que configura a permanência temporária nos Residenciais, mas respeitando o tempo e o Projeto Terapêutico de cada pessoa acolhida. O acesso às vagas dos SRT é feito diretamente com a Equipe de Matriciamento da Região GCC, que avalia o caso junto com a equipe encaminha. Mediante a disponibilidade de vaga, o usuário é acolhido.

A SMS está em tratativas para ampliação do SRT através de construção de

¹⁵ Portaria Nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011.

espaço próprio na Região Centro.

Oficina Geração de Renda - Tem como missão institucional investir na inclusão social por meio do trabalho. Atende usuários encaminhados dos serviços de saúde mental, saúde do trabalhador e da atenção primária. Suas atividades cotidianas contemplam grupos, oficinas de produção e trabalho, cursos de capacitação, espaços de trocas sociais e demais atendimentos possibilitadores de vivências reais de trabalho e reingresso no trabalho formal. O Serviço é de responsabilidade da Gerência Distrital Centro, porém é referência para todo o município. A forma de acesso ocorre através de acolhimentos previamente agendados, na própria oficina. Após a avaliação, se há indicação de participação nas atividades, o (a) usuário (a) ingressa e é acompanhado sistematicamente pelos profissionais da equipe, não se desvinculando do serviço que o encaminhou. No ano de 2012 foram atendidos 3412 usuários. O número de usuários atendidos deve-se especialmente pela efetividade do Projeto Capacitar, que tem por finalidade a inclusão social dos usuários de saúde mental no mercado de trabalho. As atividades de acompanhamento e capacitação se operacionalizam através de oficinas, grupos e atendimentos individuais. Há necessidade de descentralização das ações da Oficina de Geração de Renda, de maneira a abranger todas as regiões da cidade. Para isso, é necessário ampliação do espaço físico e de recursos humanos.

Serviços de Alta Complexidade em Saúde Mental

Plantão de Urgência/Emergência em Saúde Mental (PESM)- atendimento para - casos de risco de vida ou risco social grave que precisam intervenções imediatas; comportamento violento, surto psicótico, tentativa de suicídio, risco de homicídio, crise de APM (Agitação Psicomotora), ideação suicida, crises de pânico, dependência química, entre outras. Os pacientes avaliados e que preenchem os critérios de internação psiquiátrica são encaminhados ao hospital. Os pacientes que necessitam observação e/ ou ajuste medicamentoso são encaminhados à Sala de Observação, para Internação de Curta Duração, isto é, por um período de até 72 horas.

Os plantões de emergência em saúde mental – IAPI e PACS – são portas de

entrada 24 horas para muitos usuários que não acessam a rede de saúde mental e por ainda persistir a cultura de que a internação hospitalar é a alternativa mais eficaz para o tratamento de transtornos mentais. Muitos destes usuários atendidos nas emergências poderiam estar vinculados a serviços da rede substitutiva, em atenção continuada, o que evitaria os agravos da doença mental e reinternações frequentes.

Comunidades Terapêuticas (CT) - Tratamento para dependência de drogas, na lógica da abstinência, por um período de nove meses. O fluxo para as CT é feito através dos CAPS ad, que avaliam a motivação e as condições dos usuários para o ingresso.

Unidade de Acolhimento (UA)- A UA é um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, na forma de atenção residencial de caráter transitório com funcionamento 24 horas, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório, O tempo de permanência na Unidade de Acolhimento é de até seis (06) meses. O acolhimento neste ponto de atenção será definido exclusivamente pela equipe do CAPS de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário (PTS), considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

As modalidades de Unidades de Acolhimento são as seguintes: - Unidade de acolhimento Adulto tipo 1 (10 vagas) e tipo 11(20 vagas), destinados a pessoas que fazem uso do Crack, Álcool e Outras Drogas, maiores de 18 anos e, Unidade de Acolhimento Infante Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de 12 até 18 anos completos), com 12 vagas. Esta Instituição funciona de forma articulada com a atenção básica e com o CAPS que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como participar de forma ativa da articulação intersectorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

A rede de saúde mental da SMS ainda não conta com esse tipo de serviço.

Internação Psiquiátrica - atendimento destinado para as situações de crise aguda. Podem ser feitos na rede de hospitais públicos ou conveniados, preferencialmente em hospitais gerais. O município tem uma oferta de 1151 leitos para saúde mental. Do total da oferta 540 são leitos SUS e 611 não SUS. No Hospital Dia do Hospital Espírita há 30 leitos de Saúde Mental.

Em relação aos leitos de internação, Porto Alegre possui 540 leitos SUS, o que se equipara a 8 leitos para cada 23 mil habitantes, um padrão muito superior ao do Ministério da Saúde, que indica um leito para cada 23 mil habitantes. Isso evidencia que a lógica de atenção ainda está voltada para as internações e que há necessidade premente de constituição de uma rede de atenção em saúde mental com serviços abertos, de base territorial, com ações voltadas para assistência, educação, prevenção e ao enfrentamento intersetorial dos problemas relacionados aos agravos em saúde mental e ao uso de crack, álcool e outras drogas.

Emergência em Saúde Mental Infância/Adolescência - atualmente as emergências em saúde mental da infância/adolescência são atendidas nos plantões do IAPI e PACS, no mesmo ambiente dos adultos. A necessidade de constituir um local específico para esse tipo de atenção, respeitando as determinações legais e técnicas para essa faixa etária. Entretanto, o número de atendimentos realizados hoje, não justifica a abertura de um local separado das estruturas já existentes. Segundo dados das emergências em saúde mental IAPI e PACS referentes aos meses de janeiro a julho de 2013, foram atendidas 1.079 crianças e adolescentes, ou seja, uma média mensal de 154 atendimentos/mês e 5 atendimentos/dia. Nesse sentido, haverá uma readequação de espaço físico nas emergências do PACS e IAPI, com ambiência específica para prestar atendimento à crianças e adolescentes. Além da ambiência, haverá capacitação de servidores para a atenção especializada para essas faixas etárias.

Análise Situacional do Atendimento nos Ambulatórios Hospitalares

O sistema AGHOS para saúde mental está baseado na pactuação de um número de primeiras consultas semanais, estipulado pelo próprio hospital em pactuação com a Secretaria de Saúde. O número de solicitações mensais é elevado

gerando demanda reprimida, praticamente sem avaliação e classificação de gravidade, além do tempo de espera elevado e não ajustado às particularidades de cada caso. Aproximadamente 4.000 pacientes estão nesta fila (dados de 2013). Esta situação revela um sério problema não só da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mas principalmente da saúde mental na atenção primária à saúde e apresenta a complexidade da situação que acaba sobrecarregando emergências, utilizando de forma inadequada os serviços de maior complexidade da RAPS.

São problemas observados ao atendimento ambulatorial:

- ✓ alguns ambulatórios oferecem agendamento para “triagem” gerando re-trabalho e demora;
- ✓ elevado índice de absenteísmo das consultas;
- ✓ falhas de preenchimento;
- ✓ problemas na inserção de dados no sistema;
- ✓ muitos casos poderiam ser atendidos e resolvidos na APS (Transtornos Psiquiátricos Menores). O matriciamento auxilia na avaliação e regulação dos casos;
- ✓ necessidade de qualificação dos profissionais de ESF e UBS em transtorno mental e competências;
- ✓ necessidade de apropriação de conceitos do atendimento em linha de cuidado: acolhimento, Projeto Terapêutico Singular, co-responsabilização e matriciamento;
- ✓ necessidade de capacitação em matriciamento para a ampliação dos NASF.

A Área Técnica de Saúde Mental em articulação com INFOREDE e GRSS está elaborando critérios de regulação e adequações para qualificação do acesso.

Serviços de Atenção Especializada em Saúde Bucal

A atenção secundária em Saúde Bucal compreende os atendimentos nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) que oferecem à população os serviços de diagnóstico de lesões bucais com ênfase no câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a pessoas com deficiências (PCD). O tratamento oferecido é referência

e complementar ao trabalho realizado pelas equipes de saúde bucal da rede básica do município.

O acesso do usuário ao CEO se dá através de encaminhamento feito pela Equipe de Saúde Bucal da APS através referência e contra-referência, preferentemente para o CEO de referência da sua Unidade de Saúde nas especialidades de periodontia, endodontia e cirurgia oral. Em breve o acesso será regulado pelo sistema AGHOS, pois atualmente são necessárias adequações físicas como pontos de rede.

O tratamento oferecido é referência e complementar ao trabalho realizado pelas equipes de saúde bucal da rede básica do município.

Para as especialidades de estomatologia e PCD, a área de atendimento é aberta, sendo possível às Unidades de Saúde agendar para qualquer um dos CEO do Município, também através do sistema de marcação vigente.

Os CEO em funcionamento no município são as unidades do IAPI, Santa Marta, Grupo Hospitalar Conceição, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Bom Jesus e Vila dos Comerciantes, cujas especialidades estão distribuídas da seguinte forma:

Quadro 35. Centros de Especialidades e carga horária semanal

	IAPI	Santa Marta	Bom Jesus	Vila dos Comerciantes	GHC	UFRGS
Endodontia	40 horas	60 horas	50 horas	30 horas	Prestadores	Prestadores
Periodontia	30 horas	10 horas	40 horas	60 horas	Prestadores	Prestadores
PCD	30 horas	30 horas	40 horas		Prestadores	Prestadores
CBMF	30 horas	40 horas	30 horas	12 horas	Prestadores	Prestadores
Estomatologia		30 horas		30 horas	Prestadores	Prestadores
Prótese					Prestadores	
Área de Abrangência	NHNI	Centro e Ilhas	LENO, PLP	SCS, RES	NEB, LENO, NHNI	Todas as Gerências

FONTE: Área Técnica de Saúde Bucal/ CGAPSES.

A regionalização dos CEO não está bem definida, portanto deve ser revisada. O CEO GHC possui prótese odontológica para a sua região de abrangência que compreende as gerências NEB, NHNI e parcela da LENO (contratualização com GHC). O CEO UFRGS oferta procedimentos para uma base territorial maior (com foco nas Gerências Distritais no Centro e Sul-Centro Sul), pois serve como

retaguarda dos demais e possui algumas especificidades por ser uma instituição de ensino.

As especialidades de Endodontia e Prótese Dentária são as especialidades odontológicas que apresentam maior demanda reprimida para tratamento, necessitando, portanto de ampliação da capacidade técnica (recursos humanos) e estrutural para garantir o acesso, resolutibilidade e integralidade do tratamento.

Serviços de Atenção Terciária em Saúde Bucal

As condições de saúde bucal que demandam referência ao nível terciário de atenção, atualmente são referenciadas por todo Estado para o Hospital Conceição, Hospital Criança Conceição e o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

O atendimento de PCD que demandam procedimento em Bloco Cirúrgico é referenciado para o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Hospital Conceição e Hospital Criança Conceição. O Hospital Materno Infantil Presidente Vargas conta com atendimento odontológico ambulatorial para pacientes internos e é referência para atendimento em Bloco Cirúrgico de Pacientes com Necessidades Especiais, cuja oferta é regulada internamente. Existe a necessidade de avanço para o Sistema AGHOS a fim de atender exclusivamente demandas municipais, pois o serviço é custeado com recursos municipais.

Os Hospitais Cristo Redentor e Pronto Socorro são referência para situações de Trauma Bucomaxilofacial. Os hospitais São Lucas da PUC, Santa Casa, Parque Belém e Hospital de Clínicas são referências para Cirurgia Oral. O acesso do usuário é através do sistema de marcação vigente (Central de Marcação/ Sistema AGHOS).

Os fluxos para as intervenções cirúrgicas de maior grau de complexidade que demandam atendimento em bloco Hospitalar sob anestesia geral, está sendo reestruturado.

O treinamento dos trabalhadores especializados será feito em campos de estágio da própria Secretaria Municipal de Saúde em convênio com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Ministério da Saúde.

Serviços Especializados de Atenção às DST/ AIDS e Hepatites Virais

Serviços de Assistência Especializados (SAE) - Serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/ AIDS e Hepatites Virais. O objetivo destes serviços é prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar. A implantação do SAE é realizada em unidades públicas preexistentes, integradas a rede, subordinada as Secretarias Municipais de Saúde ou consórcios municipais, dentro da lógica de regionalização e hierarquização. Este serviço é referência para os pacientes que necessitam de um nível de atendimento de média complexidade. (Ministério da Saúde, 2009)

Segundo a Portaria SAS nº 154 de março de 2008, a equipe básica para compor o SAE constitui-se de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, nutricionista, psicólogo e farmacêutico. Todos os profissionais que trabalham no SAE possuem qualificação, através de educação permanente, reciclagens, cursos de longa duração e congressos.

O SAE presta assistência clínica, terapêutica, farmacêutica e psicossocial, em nível ambulatorial, através da equipe multidisciplinar. Oferece atendimento médico com resolutividade clínica diagnóstica, tratamento e acompanhamento aos pacientes portadores de DST/ HIV/ AIDS e Hepatites Virais, integrando os mecanismos de referência e contra-referência pela APS, dispensação de medicamentos e insumos, e acolhimento.

As atividades específicas do SAE são:

- ✓ prestar atendimento médico, de enfermagem, psicológico, social e assistência farmacêutica ao paciente com HIV/ AIDS e Hepatites Virais;
- ✓ adequar ou facilitar o acesso a outras especialidades médicas como oftalmologia, dermatologia, ginecologia/ obstetrícia, psiquiatria, proctologia, urologia, cirurgia, neurologia, endoscopia, broncoscopia e odontologia;
- ✓ realizar coleta de amostras para exames laboratoriais que poderão ser processados em laboratório local ou referenciados ao laboratório de referência;
- ✓ fornecer os medicamentos padronizados pelo Departamento Nacional de

DST, Aids e Hepatites Virais - MS, conforme solicitações médicas, obedecendo ao Consenso Brasileiro de Terapia Antirretroviral e à logística de insumos e otimização de recursos;

- ✓ orientar sobre normas de biossegurança os pacientes e seus familiares;
- ✓ oferecer aconselhamento sobre DST/ HIV/ AIDS e Hepatites Virais aos pacientes e seus familiares;
- ✓ prestar assistência aos acidentados com exposição ao material biológico, vítimas de violência sexual e exposição pós-sexual;
- ✓ referência para multiplicação de conhecimentos em DST/ HIV/ AIDS e Hepatites Virais, sobretudo para a rede básica de saúde.

Todas as consultas realizadas pelo SAE parte do pressuposto do QUALIAIDS. O Sistema QUALIAIDS compõe o conjunto de iniciativas do Departamento Nacional DST/ AIDS e Hepatites Virais direcionadas para o incremento da qualidade da assistência aos que vivem com HIV/ AIDS nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). É direcionado às equipes técnicas locais e visa contribuir para incrementar a qualidade da assistência no serviço. É preconizado pelo QUALIAIDS que a primeira consulta tenha duração de uma hora e o retorno de trinta minutos.

Baseia-se na diretriz de que, independentemente das características institucionais e locais, todos os serviços devem possuir condições e disponibilidade de recursos, organização da assistência e gerenciamento técnico que permitam um cuidado de qualidade aceitável.

Nos serviços municipais (SAE IAPI, Centro, CSVC e HMIPV) as primeiras consultas podem ser agendadas pela unidade de saúde que diagnosticou o caso de HIV/ AIDS e Hepatites Virais, regulados pelo sistema AGHOS. Os retornos podem ser agendados pessoalmente ou por telefone.

O SAE Restinga está previsto para ser instalado no Centro de Especialidades junto ao Hospital da Restinga.

SAE CSVC - Na avaliação das consultas realizadas pelo SAE/ CSVC, observamos que o número de pacientes ativos versus o número de consultas está excedente. Atualmente o serviço conta com 6 médicos atendendo menu HIV adulto, sendo que dois médicos possuem carga horária reduzida para alocamento em outros serviços. Parametrizando o quantitativo de profissionais X carga horária profissional X QUALIAIDS, o número de consultas é 1.016 consultas mês, porém utilizamos uma

média de 200 consultas de agenda para bloqueio, em razão, de férias, eventos, congressos e reuniões. Sendo assim, o SAE CSVC tem uma demanda disponível de 816 consultas/mês disponibilizadas para 6.845 prontuários ativos no serviço.

Uma análise mais fidedigna, prevê que estes dados de pacientes ativos sejam avaliados, conforme o Ministério da Saúde preconiza, considerando os pacientes ativos e pacientes em abandono; os pacientes com exame CD4 abaixo de 200 células e os reais motivos dos faltosos de primeiras consultas via AGHOS. As estratégias de avaliar os pacientes com exames CD4 abaixo de 200 células está acontecendo através do PET AIDS (UFRGS); reuniões com a GRSS e gerências distritais objetivando a identificação dos principais problemas relacionados aos faltosos de primeira consulta.

O SAE CSVC conta com os seguintes profissionais, como: infectologista, clínico, ginecologista, pediatra, neurologista, assistente social, farmacêutico, enfermeiro e técnicas de enfermagem.

A demanda reprimida do SAE CSVC é pela falta de médicos que atendem HIV adulto versus o quantitativo de usuários ativos no serviço. O médico que está cedido 10 horas para o SAE Hepatites virais trabalha exclusivamente co-infecção HIV/ Hepatites, tendo ainda 20 horas no SAE CSVC

SAE IAPI - O SAE IAPI foi inaugurado por ordem do Ministério Público em abril de 2008, com uma equipe mínima, que vem sendo composta ao longo dos anos. A unidade de dispensação que atende a distribuição das medicações foi aberta em 2010, com a inserção da farmacêutica. Além das consultas de infectologia, atende dermatologia para lesões de pele e dst's, pediatria, ginecologia, assistente social, farmaceutica, enfermagem e técnicos de enfermagem. Realiza-se testagem rápida para hiv/sífilis e prova tuberculínica (PPD), consultas pós-exposição sexual, consultas de adesão, profilaxia para Tratamento da Infecção Latente por Tuberculose (ILTb). Em maio de 2012 foi inaugurado um ponto de coleta de exames em parceria com o Laboratório Central do município com capacidade de 90 coletas semanais, que atende na mesma área física do ambulatório.

Parametrizando as consultas disponíveis pelo SAE/IAPI versus quantitativo de profissionais X carga horária profissional X QUALIAIDS, o número de consultas é de 310 consultas/mês, porém utilizamos uma média de 61 consultas para bloqueio,

em razão, de férias, eventos, congressos e reuniões. Sendo assim, o SAE/IAPI tem uma demanda disponível de 249 consultas/mês disponibilizadas para 1.225 prontuários ativos no serviço. O SAE IAPI carece de um aumento de servidores, bem como de uma avaliação dos faltosos das primeiras consultas em conjuntos com as gerências distritais.

SAE Santa Marta - O SAE Santa Marta foi inaugurado em junho de 2013. Conta no quadro de profissionais um médico clínico geral cedido pelas urgências e emergências com carga horária de 10h, enfermeira e técnicos de enfermagem. O quantitativo de usuários no serviço é 180 com prontuário ativo. O serviço realiza teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C.

O SAE necessita, para dar conta da demanda, da ampliação do quadro de servidores. Em virtude, de sua recente inauguração, não foi possível realizar uma análise mais detalhada.

SAE Caio Fernando De Abreu e o Ambulatório de Dermatologia - Em relação ao SAE Caio Fernando de Abreu e o Ambulatório de Dermatologia Sanitária, que são estaduais, não há análise, pois os dados não são repassados para o município.

SAE Hepatites - O SAE Hepatites conta 7 médicos com a carga horária 20h/semanal 1 Hepatologista especialista em biópsia hepática. Além destes profissionais, o serviço conta com técnico de enfermagem, farmacêutica e enfermeira. Dois profissionais do HIMPV prestam assessoria aos pacientes do SAE Hepatites (uma psicóloga e uma assistente social). O número de profissionais permanece o mesmo desde a inauguração do serviço. A demanda instalada no serviço é de 1.400 primeiras consultas mensais e 2.850 consultas de retorno. Não existe parametrização dos usuários ativos no serviço, pois não existe análise dos prontuários e a padronização de pacientes ativos. Está sendo organizada uma análise minuciosa das consultas disponíveis, agendadas e realizadas para avaliar o serviço neste primeiro ano de implantação.

O serviço também possui um Centro de Apoio e Monitoramento de Medicamentos Intravenosos (CAMMI).

Existe a necessidade de contratação de ecografista para as biópsias, acréscimo de um enfermeiro para o CAMMI, assim como de um profissional

assistente social no SAE Hepatites virais, qualificando a busca de faltosos e realizando análise mais específica sobre a qualificação da assistência dentro do SAE Hepatites.

Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico – COAS - O COAS/CTA realiza aconselhamento e testagem para o vírus HIV. Estão localizados no CSV (municipal), no Hospital Sanatório Partenon e na Dermatologia Sanitária (estaduais). O teste é feito de modo voluntário, anônimo e gratuito. Para testagem, basta comparecer ao serviço sem agendamento e participar do aconselhamento pré-teste. Este serviço realiza atendimento para soropositivos nas modalidades de psicoterapia breve e grupal, também promove atividades extramuros em escolas, instituições e serviços próprios por matriciamento visando a clínica ampliada. Ressalta-se que o COAS não possui demanda reprimida, tendo em vista que este é um serviço de aconselhamento e grupo terapia para pacientes com HIV/ Aids.

Serviços Especializados na Área de Pneumologia

Centros de Referência em Tuberculose – CRTB - Os CRTB, anteriormente denominados Serviços de Tisiologia, deverão estar distribuídos em todas as gerências, para o atendimento especializado dos pacientes com tuberculose em situações especiais. Com a incorporação progressiva da atividade de diagnóstico e tratamento da TB pela atenção primária, estes centros deixam de ser referência para os pacientes com tuberculose pulmonar bacilífera em tratamento com Esquema Básico e passam a ser referência para os coinfectados (TBxHIV), casos de difícil diagnóstico, avaliação diagnóstica em crianças, assim como os que necessitarem de Esquemas Especiais de tratamento para TB no caso da ocorrência de intolerância, efeitos adversos graves, falência ou qualquer suspeita de resistência aos medicamentos do Esquema Básico.

Hoje, contamos com 06 (seis) CRTB assim distribuídos: CRTB Centro, no CS Modelo; CRTB NHNI, no CS Navegantes; CRTB LENO, no CS Bom Jesus; CRTB GCC, no CS Vila dos Comerciantes; CRTB RES, na UBS Restinga e CRTB PLP, na US Sanatório (SES/RS).

Todos os CRTB atendem com agenda aberta, sem necessidade de agendamento de consultas iniciais. Desta forma, não existe demanda reprimida para

atendimento nestes serviços.

Há previsão de abertura de um CRTB na GD SCS e um na GD NEB até o final de 2013. Por enquanto, o CRTB NHNI permanecerá dando cobertura aos pacientes da GD NEB e o CRTB GCC aos pacientes da GD SCS. A abertura destes dois novos CRTB mostra-se um desafio, pois não contamos com profissionais médicos especialistas, aguardando a realização de concurso público.

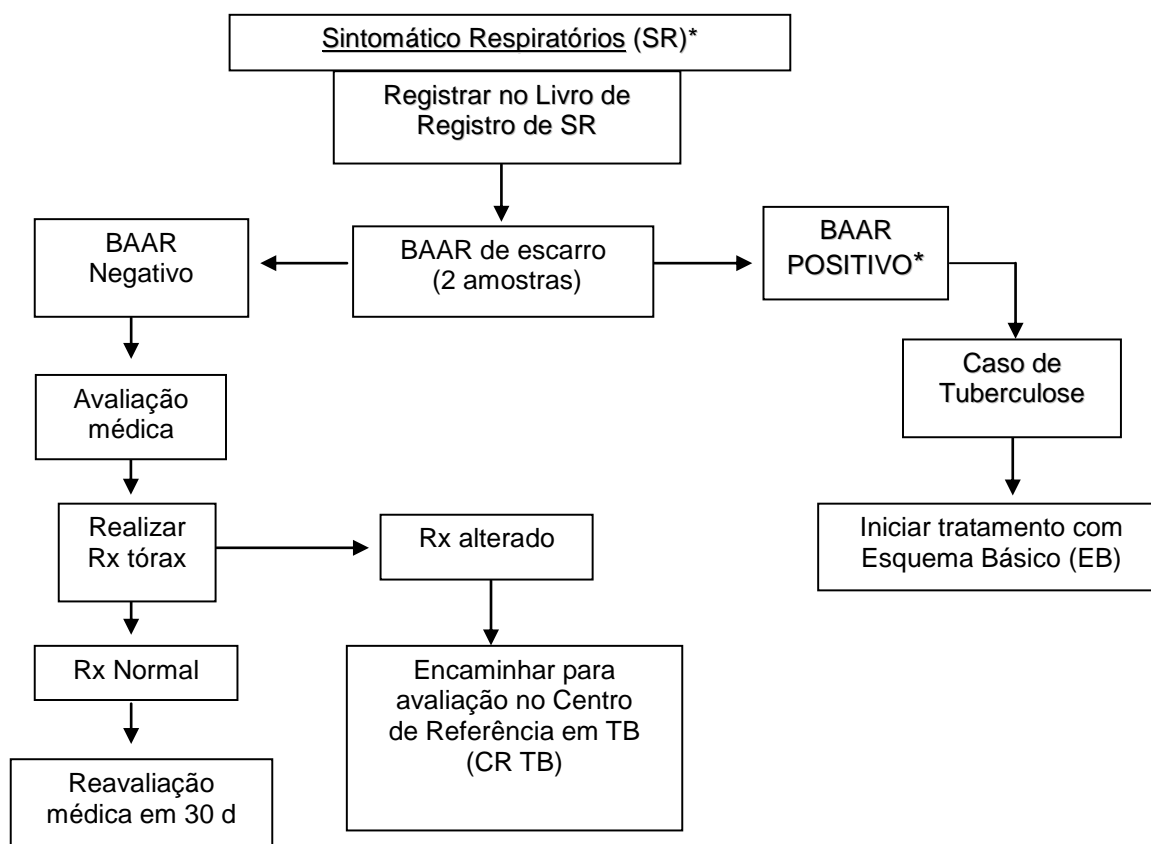
A estratégia para enfrentamento à tuberculose está baseada na descentralização do atendimento para a Rede de Atenção Primária em Saúde (RAP). Atualmente, o atendimento está descentralizado para 50% da RAP e atingirá 100% até o final de 2013.

As atribuições da RAP são definidas pelo Ministério da Saúde:

- ✓ realizar diagnóstico de tuberculose pulmonar através da baciloscopia de escarro
- ✓ indicar e prescrever o Esquema Básico para tratamento da tuberculose
- ✓ realizar o Tratamento Diretamente Observado (TDO) nos casos com baciloscopia positiva
- ✓ realizar baciloscopias mensais de controle até o final do tratamento
- ✓ avaliar contatos
- ✓ identificar precocemente efeitos adversos
- ✓ conduzir e orientar casos com efeitos adversos “menores”
- ✓ receber casos contrarreferenciados para TDO compartilhado
- ✓ encaminhar para CRTB casos com dificuldade diagnóstica, crianças, portadores do HIV, casos com efeitos adversos “maiores”, falência, resistência e casos com evolução clínica desfavorável.

O fluxograma da Linha de Cuidado para a Tuberculose na RAP está apresentado abaixo:

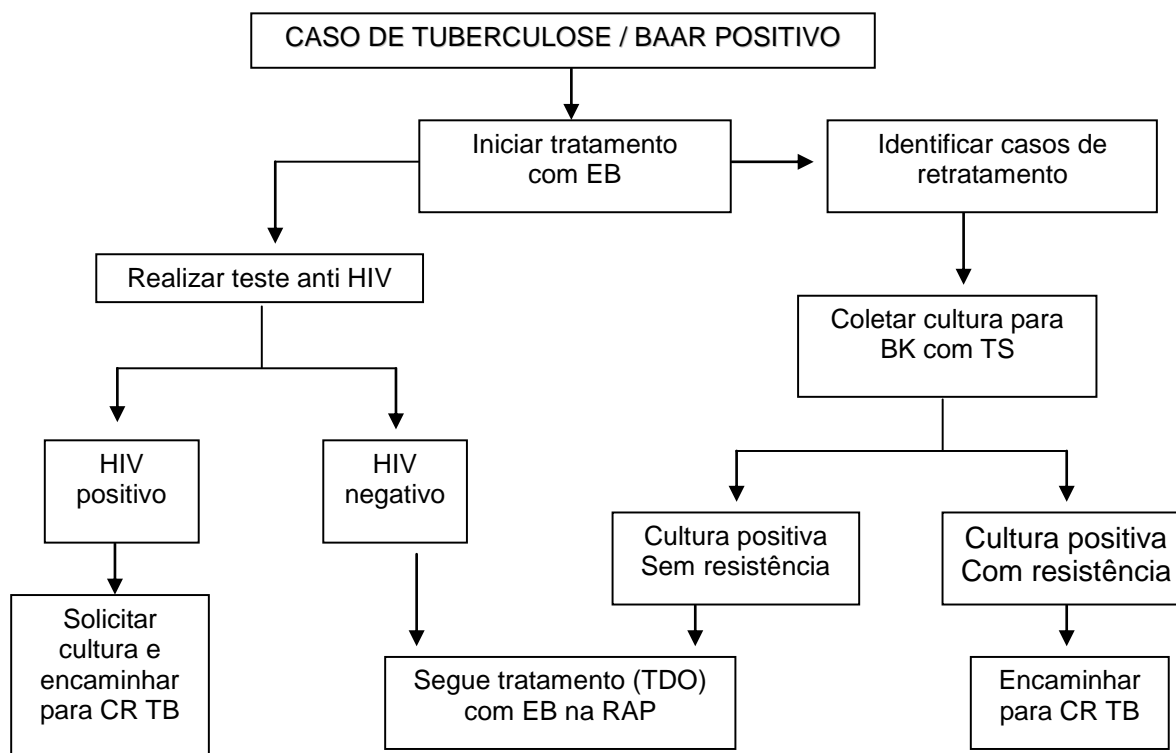
Fluxograma 1- Sintomático Respiratório (SR)



FONTE: AT Penumologia/ CGAPSES/SMS

Conceito de SR para população geral: tosse por 3 semanas ou mais, com ou sem expectoração; Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA): período de tosse por 2 semanas ou mais; população em situação de rua ou egressos do sistema prisional, considerar somente a presença da tosse, independente do tempo do sintoma.

Fluxograma 2- Caso de tuberculose / BAAR positivo



FONTE: AT Penumologia/ CGAPSES/SMS

Serviço de Oxigenoterapia - A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre desenvolve, desde 2000, o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (POD) para as pessoas com graves problemas de saúde, que têm níveis muito baixos de oxigênio no sangue e precisam usar oxigênio domiciliar continuamente.

Este serviço funciona no Centro de Especialidades Vila dos Comerciantes, na GD GCC, e disponibiliza equipamentos para oxigenoterapia e ventilação não invasiva para residentes de todo o Município. Os critérios para disponibilização dos equipamentos seguem as orientações da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

A equipe não tem caráter assistencial, recebendo solicitações com prescrição médica fornecida pelos médicos assistentes. Existe uma relação de documentos necessários para abertura de processo administrativo, com fluxograma apresentado abaixo. O agendamento é feito por telefone (3289.4060).

A equipe deveria realizar visitas domiciliares periódicas aleatórias para verificação da correta utilização pelos usuários dos equipamentos concedidos, bem como para avaliação do serviço prestado pela empresa contratada. No entanto, atualmente a equipe conta somente com um médico pneumologista e um técnico de enfermagem, o que inviabiliza esta ação.

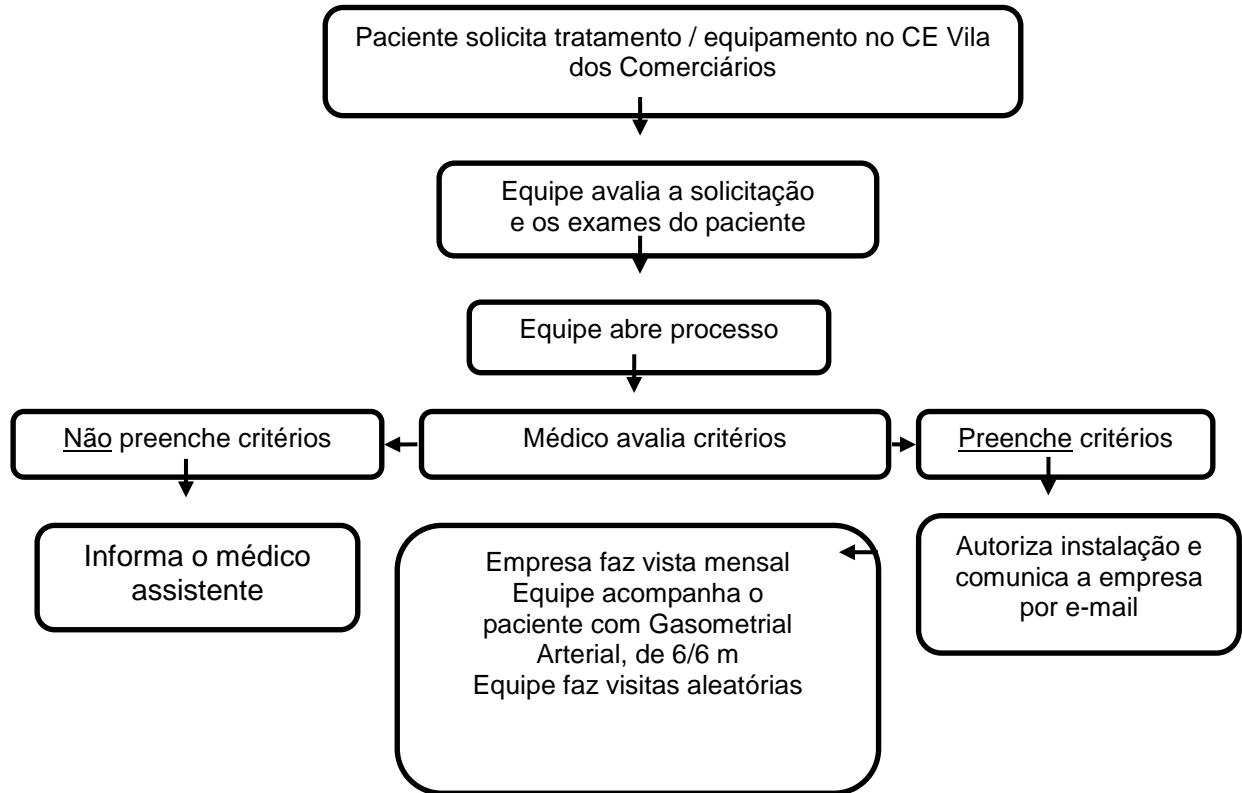
Atualmente, não contamos com demanda reprimida para fornecimento de equipamentos de oxigenoterapia.

Quadro 36- Relação de equipamentos disponibilizados (contratados)

Equipamento	n
Concentrador de oxigênio até 5 l/min	295
Concentrador de oxigênio até 10 l/min	5
Oxigênio gasoso medicinal	910 litros
Oxigênio líquido medicinal	3.000 litros
Respirador BiLEVEL	50
CPAP	120
CPAP Automático	20
Oxímetro de pulso	10

FONTE: Área Técnica de Pneumologia/ CGAPSES.

Fluxograma 3- Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada:



FONTE: AT Penumologia/ CGAPSES/SMS

Atenção à Saúde do Trabalhador

A Saúde do Trabalhador (ST) no município de Porto Alegre é fundamentada na Portaria da RENAST nº2728/GM de 11 de novembro 2009 e pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador através Portaria nº1823 de 23 de agosto de 2012 que institui os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e suas atribuições, tendo financiamentos próprios, oriundos do Ministério da Saúde. Os CEREST de todo o país são instâncias de apoio matricial para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador na APS, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como nas diversas instâncias da promoção e vigilância da Rede de Atenção à Saúde.

O CEREST Regional Porto Alegre tem como função suporte técnico, de

educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência, promovendo, assessorando e incentivando ações em saúde do trabalhador. De acordo com o convênio nº 068/2000 de 27 de dezembro de 2000, o CEREST é referência para 49 municípios das regiões Metropolitana, Carbonífera e do Litoral Norte, que compreendem a 1ª, a 2ª e a 18ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS/RS).

Não é porta de entrada do sistema, constituindo-se como centro articulador e organizador no seu território de abrangência, das ações intra e intersetoriais de Saúde do Trabalhador, assumindo uma função de retaguarda técnica e pólos irradiadores de ações e idéias de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica e de apoio à realização das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, conforme preconizado nas portarias supracitadas.

Sobre o trabalho realizado pelo CEREST-Regional/Porto Alegre, a seguir são apresentadas as considerações e as dificuldades:

Apoio Matricial na Rede de Atenção Básica

Em março de 2013, foi iniciado o trabalho, através de pactuação dos fluxos de atenção aos agravos em ST e do cronograma de visitas e ações junto à CGAPSES da SMS.

Esta ação tem o objetivo principal de ampliar e garantir a assistência dos usuários com agravos relacionados ao trabalho. Ocorreu apresentação dos fluxos e cronograma na reunião da CGAPSES com Gerências Distritais e nas reuniões dos gerentes com as equipes dos serviços.

Em maio do corrente ano, iniciaram-se as visitas dos técnicos do CEREST aos os profissionais da rede, totalizando deste período até final de junho, 13 visitas técnicas, com repasse de orientações a 213 profissionais, através da instituição dos fluxos de atenção à ST, escuta, discussão de casos e consolidação da referência do CEREST como retaguarda às ações dos serviços, podendo ser acionada nas demandas necessárias.

Suporte Técnico nos Municípios e Capacitações

Foram realizadas de 2008 a 2013, 90 visitas técnicas aos municípios, para compor junto aos mesmos as ações de notificação dos agravos em ST, orientação nas ações de assistência e vigilância, assim como capacitações aos profissionais de saúde, abrangendo, em média, 600 profissionais capacitados na região.

Salienta-se a necessidade dos setores da SMS se apropriarem das atribuições regionais do CEREST, prerrogativa da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), sendo necessárias decisões de gestão e de fortalecimento do CEREST no papel de articulador regional e de sua abrangência, através da interface com gestores dos municípios e do município-sede (Porto Alegre).

Capacitações - Educação Permanente

Foram capacitados, desde 2012, 183 usuários (trabalhadores) e 260 profissionais de saúde sobre questões da área. O CEREST tem participação efetiva e constante na ação do combate ao trabalho infantil, com participação em estande no Acampamento Farroupilha (em parceria com Superintendência Regional do Trabalho e Emprego - SRTE), realiza ação nas estradas federais, sobre produtos químicos e transporte, direcionada aos motoristas (parceria com a Polícia Rodoviária Federal - PRF e CEREST Estadual), representação na Coordenação da Comissão Municipal de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil Comissão Municipal de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (COMPETI) e Fórum Estadual de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FEPETI), divulgação através de cartilha de saúde mental (com intervenção em mais de 800 usuários), entre outros projetos.

Assistência

Os atendimentos ao trabalhador no CEREST Regional/ POA ocorrem por encaminhamento de um serviço de saúde da rede SUS, por meio de documento de referência/ contra-referência, quando houver suspeita de doença do trabalho de maior complexidade ou acidente do trabalho. Com esse documento o trabalhador pode agendar o atendimento direto no CEREST. Os sindicatos encaminham através da Ficha Individual de Notificação de Suspeita de Agravamento (FIS), de acordo com o Decreto Estadual Nº 40.222, de 02 de agosto de 2000. O trabalhador também é encaminhado pela Superintendência Regional do Trabalho e Ministério Público do Trabalho.

O CEREST presta atendimento individual e coletivo nas seguintes áreas: consulta médica, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional e acupuntura.

Quanto às demandas temos o seguinte panorama:

- ✓ Médicos - não há demanda reprimida.
- ✓ Fisioterapia - até o momento uma única profissional na assistência e uma lista de espera de 64 usuários.
- ✓ Acupuntura – um médico realizando este atendimento e uma lista de espera de 124 usuários.

Ambas modalidades de atendimento, além de serem realizadas por um único profissional, são ações muito especializadas, requerem um atendimento mais longo (aprox. 1 hora) e duradouro - várias sessões com um tempo de alta imprevisível, ou seja, uma baixa rotatividade de usuários nesta modalidade de atendimento.

- ✓ Psicologia - demanda reprimida pela saída da profissional da equipe. Não há lista de espera que possibilite quantificar esta demanda, porém, a equipe recebe com frequência as solicitações dos encaminhadores e usuários.

Terapeuta Ocupacional - não há demanda reprimida.

Enfermagem - não há demanda reprimida.

Está prevista a regulação do serviço através do sistema AGHOS.

O CEREST, como parte integrante do Fluxo de Acidentes com Material Biológico de Porto Alegre, atende, como única referência de seguimento, os acidentados com material biológico da comunidade em geral, ocorridos com profissionais autônomos, domésticos, acidentes em via pública, incluindo o

atendimento à violência urbana. Os pacientes atendidos no CEREST pelo programa de acidentes com material biológico são aqueles encaminhados pelas referências municipais após primeiro atendimento para estes casos (HPS, PABJ, PACS, PALP, PA Restinga e, futuramente, UPA Moacyr Scliar).

Promoção e Vigilância

O CEREST instituiu e formalizou em 2011 as Unidades Sentinelas do HCPA e do próprio CEREST e, em parceria com a CGVS, formalizou a Unidade Sentinela do Hospital Santa Casa (Ambulatório Pereira Filho).

Iniciou em 2012 a instituição da unidade no Hospital Cristo Redentor, assim como encontra-se em andamento a viabilidade do HPS ser Unidade Sentinela.

Na questão da vigilância, a ADIN impetrada pela FIERGS no ano de 2002, impede o CEREST de realizar a vigilância nos ambientes de trabalho.

É atribuição do CEREST ser norteador das ações de vigilância epidemiológica, através da instituição dos fluxos de ações e de assistência em ST. Os fluxos resultam em maior aporte de notificações compulsórias aos agravos, embasando assim, os trabalhos do CEREST na promoção da saúde do trabalhador. O CEREST e a CGVS tem suas atribuições e diretrizes específicas, devendo atuar de forma a complementarem-se reciprocamente.

Salientam-se a seguir os fatores que tem contribuído para a não efetivação da rede de atenção à saúde do trabalhador:

Fragilização da vigilância em saúde do trabalhador no município de Porto Alegre, assim como da Saúde do Trabalhador como um todo, tendo como principal fator a desarticulação entre a assistência, vigilância e o CEREST.

Dificuldade em concretizar as ações e metas em saúde do trabalhador, que envolvam articulações interinstitucionais e intersetoriais.

A necessidade de sensibilização dos profissionais que atuam na rede de serviços para lidar com os riscos e agravos de saúde relacionados ao trabalho e de definir os encaminhamentos médicos e administrativos adequados.

A dificuldade de obtenção dos dados sobre a magnitude dos acidentes fatais ocorridos em situação de trabalho e sobre as doenças do trabalho, visto que algumas fontes de informações limitam seus dados a populações circunscritas de

trabalhadores, como os trabalhadores formais. Além disso, nos ambientes de trabalho, a comunicação de acidente e de doenças sofre as restrições dos contratos de trabalho fragilizados, com parcela significativa de trabalhadores descoberta pela Previdência Social (trabalhadores informais) e não contempladas nas estatísticas oficiais de acidentes/ doenças de trabalho.

A subnotificação dos agravos em saúde do trabalhador nos sistemas de informação, assim como a dificuldade de inclusão de formas de obtenção de dados importantes, inclusive obrigatórios (como no caso da ocupação nos cadastros dos usuários - Portaria MS nº 3.947, de 25/11/98) e em fichas ambulatoriais utilizadas pela rede, dificultando a análise de situação de saúde.

Dificuldades para aplicação dos recursos, por entraves de processos burocráticos e não por falta de projetos.

A não existência de trabalho conjunto, comunicação e articulação da rede de proteção à criança e o adolescente, em forma de fluxo interinstitucional, assim como a delimitação diferente dos territórios de abrangência da FASC e da saúde, que prejudica o cruzamento de dados epidemiológicos.

A invisibilidade do trabalho da criança e adolescente para o SUS, assim como o impacto do trabalho na saúde.

Sobre o trabalho infantil os dados recém divulgados do Censo 2010 são um poderoso instrumento para gestores públicos federais, estaduais e municipais para analisar até que ponto os benefícios do crescimento econômico chegaram a estas crianças, adolescentes e suas famílias, para planejar e monitorar as metas e resultados das políticas públicas.

As notificações e o diagnóstico de trabalho infantil no município de Porto Alegre passam pelo reconhecimento do SUS como parte integrante da rede de Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Trabalhador Adolescente e pelo reconhecimento do Trabalho Precoce como uma forma de violência.

Estão também, na dependência da identificação, pelos profissionais de saúde da APS, dos possíveis nexos entre o trabalho e as questões de saúde apresentadas pelos usuários do SUS, bem como no considerar que o agravo apresentado possa estar relacionado a alguma atividade ocupacional e da articulação em rede intersetorial e interinstitucional.

Os dados relativos aos agravos à saúde dos trabalhadores, apesar de atingidas as metas pactuadas no município, apresentam uma grande subnotificação

e não há dados sobre processos produtivos e agravos por regiões e territórios da cidade, pois para tanto, necessita uma articulação entre os setores da SMS e CEREST para efetivação deste trabalho.

Os indicadores relativos à saúde dos trabalhadores e processos produtivos devem ser obtidos à medida que os estados e os municípios executem e implantem as ações de vigilância e de reforço dos CEREST e de inserção da atenção à saúde do trabalhador na totalidade da rede, em todas as suas instâncias. Para tanto se necessita a visão da essencialidade.

A Saúde do Trabalhador em Porto Alegre e na região de abrangência do CEREST deve ser desenvolvida para obter os resultados desejados e incorporar as questões de ST em todos os diagnósticos situacionais, nas ações de planejamento e gestão, no reconhecimento dos usuários enquanto trabalhadores, no reconhecimento e notificação nos agravos relacionados ao trabalho; na incorporação de unidades produtivas no campo das responsabilidades de práticas de equipe; na ampliação e participação dos trabalhadores; na promoção e articulação intra e intersectorial para garantir resolução dos problemas complexos da relação trabalho X saúde X doença X ambiente, em um processo de planejamento e programação que se constitua em um espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas e que permita a produção de conhecimentos e práticas compatíveis com a resolução dos problemas.

É importante a atuação do CEREST em todos os níveis de atenção no SUS, assim como atuação regional, premissa fundamental da RENAST/MS, referendada pela integralidade e legislação em Saúde do Trabalhador e principalmente pelo Controle Social.

Através deste diagnóstico, verificou-se a necessidade de criação de uma Área Técnica de Saúde do Trabalhador vinculada à Coordenação de Atenção Primária e Serviços Especializados Substitutivos, assim como as demais políticas. Até então havia somente uma coordenação do serviço e não da política como um todo. Haverá adequação formal da estrutura da SMS para tanto através de Decreto.

No que se refere a esta política, enquanto área técnica e de planejamento da SMS, torna-se necessária uma maior aproximação entre CEREST e a GSSM visando identificar as necessidades e prioridades que baseiem uma proposta de ações para os trabalhadores e servidores do município.

Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é uma Política de Saúde garantida pela Lei 8080/90 em seu artigo 6º e pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), de 1998, que constituiu um dos elementos fundamentais para efetiva implementação de ações, capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população.

Em 2003, a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica teve como tema: “Efetivando o Acesso, Qualidade e Humanização da AF com Controle Social”. Uma das propostas desta conferência foi o acesso a medicamentos seguros, eficazes, produzidos com qualidade, de acordo com as necessidades, com regularidade e orientação para o uso correto. Desta conferência surgiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pela Resolução 338 do Conselho Nacional de Saúde de 2004.

Na 6ª Conferência Municipal de Saúde realizada no Salão de Atos da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul nos dias 30 de junho, 01 e 02 de julho de 2011, onde foram apresentadas propostas para a Assistência Farmacêutica do município:

- ✓ Ampliar e melhorar o acesso à Assistência Farmacêutica;
- ✓ Melhorar o acesso aos medicamentos especiais, facilitando a entrega;
- ✓ Ampliar o acesso a medicamentos através das farmácias distritais em todas as Gerências;
- ✓ Informatizar todos os insumos necessários à execução dos serviços

A AF no município de Porto Alegre tem como objetivo propiciar um novo modelo de atendimento, não restrito à mera aquisição e distribuição de medicamento, e sim buscando a humanização das atividades inerentes ao ciclo de Assistência Farmacêutica, incluindo todos os serviços necessários para a integralidade das ações, com atenção voltada ao usuário do Sistema Único de Saúde.

O município de Porto Alegre atualmente conta com Assistência Farmacêutica nos três níveis de complexidade de atendimento à saúde: Na rede primária de

atenção tem como referência as Farmácias Distritais e as Unidades de Saúde, incluindo as Equipes de Estratégia de Saúde da Família. No nível secundário, a AF está presente nas unidades de atendimento pré-hospitalar (PA, UPA's e SAMU), serviço especializado (SAE e farmácia homeopática). No terciário, ela está presente nos dois hospitais: Hospital de Pronto Socorro (HPS), Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) e o Centro de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis. Além disso, a AF no município também atua na Vigilância Sanitária.

Segundo o Conselho Regional de Farmácia/ RS, o município conta com uma rede privada de 736 estabelecimentos com venda de medicamentos em farmácias e drogarias. Destes, 230 atendem ao Programa “Aqui tem Farmácia Popular”, com distribuição gratuita de medicamentos para a hipertensão, diabetes e asma. O Município de Porto Alegre conta ainda com uma unidade do Programa “Farmácia Popular”, em convênio com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Estes programas aumentam o acesso aos medicamentos essenciais.

O quadro a seguir apresenta os tipos de serviço existentes na rede de saúde do município.

Quadro 37- Rede Municipal de Assistência Farmacêutica

Gerência	Farmácia Distrital	UBS	USF	*UDM SAE	**CRTB	Equipe Saúde Prisional	Aqui tem Farmácia Popular
Centro	2	3	3	3	1		73
Noroeste/Humaitá/ Navegantes/Ilhas	2	6	9	2	1		58
Norte/Eixo/ Baltazar	1	9	17	0	0		21
Leste /Nordeste	1	4	18	0	1		14
Partenon/Lomba do Pinheiro	1	9	14	1	1	2	10
Restinga Extremo Sul	1	3	9	0	1		3
Sul Centro Sul	1	10	7	0	0		22
Glória/Cruzeiro/Cristal	1	8	17	1	1	1	29
Total	10	52	94	7	6		230

FONTE: Informação dos serviços.

*UDM SAE = Unidade de Dispensação de Medicamentos

** Centros de Referência Tuberculose.

Na Atenção Primária a Assistência Farmacêutica está organizada de forma descentralizada. Em todas as Gerências Distritais há presença de um farmacêutico assessor técnico para todos os estabelecimentos farmacêuticos da GD. Nas Farmácias Distritais também há um farmacêutico responsável técnico, definido como Farmacêutico Distrital. São dez Farmácias Distritais nas oito Gerências Distritais, sendo que nas regiões das Gerências Distritais Centro e NHNI existem duas

Farmácias Distritais por gerência. Há a necessidade de ampliação do número de Farmácias Distritais, prioritariamente nas regiões da Leste Nordeste, Eixo Baltazar e Lomba do Pinheiro. Verifica-se também a necessidade de relocação de algumas Farmácias Distritais, visando a melhoria de acesso dos usuários. A coordenação da assistência farmacêutica no município é realizada pela Coordenação Geral de Rede de Atenção Primária e Serviços Especializados e Substitutivos, através da Área Técnica da Assistência Farmacêutica.

A Coordenação Geral de Apoio Técnico e Administrativo (CATA), conta com a presença de um farmacêutico na Gerência de Materiais (GMAT). Entre outros, a GMAT distribui medicamentos e insumos farmacêuticos para toda a rede de Atenção Primária em Saúde e também outros medicamentos (medicamentos do componente estratégico do Ministério da Saúde como Tuberculose, AIDS, Tabagismo, gripe A e Hanseníase) aos locais vinculados aos programas específicos do Ministério da Saúde como hospitais e rede conveniada.

A seguir foram identificados alguns problemas que afetam direta ou indiretamente o acesso de medicamentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Existe a necessidade de implantação de um sistema de informatização eficiente e integrado para programação de compras (GMAT), solicitação (FDs e Dispensários), controle de estoque (FDs, Dispensários e GMAT), distribuição (GMAT), dispensação (FDs e Dispensários), uma vez que o sistema DIS (Farmácias Distritais – usado para controle de estoque e Dispensação) e o TCDM (na GMAT – usado para controle de estoque) são considerado inadequados e insuficientes para a realidade atual, além de não estarem vinculados entre si.

- ✓ É necessário a adequação (especialmente aumento) da estrutura física de vários estabelecimentos farmacêuticos da SMS: GMAT (Setor de Medicamentos), Farmácias Distritais e Dispensários.
- ✓ Necessidade de um estudo visando a definição do número de farmacêuticos para atendimento da população;

- ✓ Necessidade de atividades de Educação Permanente, vinculada às competências, atribuições e processos de trabalho, para os profissionais que atuam na Assistência Farmacêutica;

Atuação da Assistência Farmacêutica na rede de saúde

Rede Básica (Farmácias Distritais e Dispensários) - A dispensação é realizada nas Farmácias Distritais (FD) existentes, distribuídas por território. O objetivo das Farmácias Distritais é de ofertar um serviço de referência para o acesso dos usuários a medicamentos da REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais), submetidos a controle especial pela Portaria 344/1998 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, além de medicamentos de dispensação restritos como fármacos de alguns programas de saúde, como a bupropiona (pelo Programa do Controle do Tabagismo/MS), e oseltamivir (para profilaxia e tratamento da gripe H1N1), e outros que integram o componente estratégico.

As Farmácias Distritais realizam as atividades do ciclo da Assistência Farmacêutica, como programação (solicitação de medicamentos à GMAT), armazenamento e dispensação. Estas atividades são de natureza técnica e administrativa. As ações realizadas nas Farmácias Distritais visam manutenção e promoção da qualidade da terapêutica dispensada à população, com a presença do Farmacêutico Responsável Técnico.

O município de Porto Alegre conta também com estabelecimentos farmacêuticos públicos inseridos em Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESFs). Estes são locais destinados ao armazenamento e distribuição de medicamentos à população, denominados “Dispensários de medicamentos”. Os Dispensários estão sob a assessoria técnica dos farmacêuticos das respectivas Gerências Distritais, e foram organizados para facilitar o acesso dos usuários aos medicamentos essenciais, constantes na REMUME.

As atividades da AF utilizam como instrumento para sua organização e funcionamento a instrução normativa 003/2012. Em algumas UBSs e ESFs, os Dispensários que não possuem estrutura física adequada, os medicamentos são armazenados em espaços pequenos sem boas condições para controle. A falta de recursos humanos designados e treinados (qualificados) para a realização das ações da AF nas unidades, somada as deficiências na área física, de mobiliário e

equipamentos podem reduzir a qualidade do atendimento e da promoção do uso racional de medicamentos.

A demanda flutuante na maioria dos Dispensários e mesmo nas FDs dificulta a definição do quantitativo de recursos humanos necessários para a dispensação de medicamentos, que por sua vez gera enfraquecimento periódico, conforme a demanda, da estrutura necessária para implantação plena de sistemas informatizados.

O controle de estoque é feito através de ficha box nos Dispensários, e/ou por sistema informatizado de dispensação - DIS (apenas em algumas das Farmácias Distritais). As solicitações mensais dos dispensários são feitas através de planilhas manuais, dificultando a elaboração de estimativas sobre o consumo médio mensal (CMM) e controle de estoques fidedignos, dados necessários para se fazer uma solicitação mensal de medicamentos segura e confiável. Para a solicitação mensal de medicamentos à GMAT, está sendo implantado um sistema semi-informatizado com utilização de planilhas do Excel.

A dispensação, através de sistemas informatizados leva mais tempo do que a forma de atender sem registro dos dados no sistema. Algumas Farmácias Distritais tem estrutura para contornar a flutuação da demanda e manter capacidade plena de informatização em tempo integral, independente da demanda; outras têm sua estrutura afetada com o aumento da demanda ou com mínima redução no quadro de pessoal, inviabilizando assim, algumas vezes, um atendimento mais humanizado e a plena informatização, por gerar filas para o atendimento, com conseqüente insatisfação do usuário.

Quadro 38– Produção das Farmácias distritais 2010 – 2012

Gerências	FARMÁCIAS DISTRITAIS	Total GD+FD 2010	Total GD+FD 2011	Total GD+FD 2012
GD Centro	FD Santa Marta	356.834	365.439	380.478
	FD Farroupilha			
GD NHNI	FD IAPI	260.793	281.465	278.247
	FD Navegantes			
GD NEB	FD Sarandi	270.486	268.657	293.727
GD GCC	FD CSVC	328.378	360.406	350.664
GD LENO	FD Bom Jesus	323.272	267.799	272.476
GD PLP	FD Bananeiras	241.273	322.240	295.154
GD SCS	FD Camaquã	239.420	266.140	292.897
GD RES	FD Macedônia	159.576	179.796	200.661
Total de Receitas		2.180.032	2.311.942	2.364.304
Total de unid. distribuidas		208.989.978	239.718.717	243.752.902
Recurso financ.utilizado		10.743.804	12.713.454,17	17.938.261,97

FONTE: Dados oriundos das FDs.

Gerência de Materiais - Na SMS, Coordenação Geral de Apoio Técnico e Administrativo, através da Gerência de Materiais (GMAT) tem entre suas atribuições a distribuição de medicamentos, de produtos correlatos e demais materiais de consumo da Secretaria Saúde do Município de Porto Alegre. Os medicamentos estão armazenados em prédios diferentes do restante dos materiais na GMAT, o espaço disponível não corresponde ao espaço ideal para desenvolver todas as atividades inerentes a uma Central de Abastecimento Farmacêutico Padrão, sendo inviável a separação por lotes ou a manutenção de um bom estoque de segurança. Além dos fármacos da atenção primária, armazena e distribui medicamentos do componente estratégico do Ministério da Saúde como Tuberculose, AIDS, Tabagismo, gripe A e Hanseníase.

AIDS/HIV - Unidade Dispensadora de Medicamento (UDM)- As Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) desenvolvem as ações de controle e armazenamento, dispensação e orientação quanto à utilização dos medicamentos antirretrovirais para os pacientes. Em Porto Alegre são sete UDM, duas delas de responsabilidade da SMS/PMPA, Serviço de Atendimento Especializado do CSVC, e

do IAPI. Nas sete UDM, a orientação quanto ao uso dos medicamentos é realizada pela equipe multiprofissional, principalmente farmacêutico, médico e enfermeiro; a UDM da Dermatologia Sanitária ainda não possui um local para a realização da orientação.

Os tratamentos são distribuídos mediante cadastro, e os usuários devem retirar os medicamento mensalmente sempre na mesma UDM, exceto se efetuar a transferência de local de retirada mediante preenchimento de formulário específico, solicitando transferência para outra unidade.

Todas possuem o sistema informatizado SICLOM do Ministério da Saúde.

Tuberculose - Em 2012 foi iniciada a descentralização do Programa de Controle da Tuberculose para as unidades da Atenção Primária, conforme define o Ministério da Saúde. As unidades capacitadas ficaram responsáveis pelo diagnóstico e tratamento de tuberculose pulmonar bacilífera, através de Tratamento Diretamente Observado (TDO), com utilização do Esquema Básico (EB) de tratamento, para a população da sua área de abrangência. São responsáveis, ainda, pelo manejo dos efeitos adversos menores, pela avaliação dos contatos e realização do tratamento da Infecção Latente Tuberculosa (ILTb), quando indicada. Casos de difícil diagnóstico permanecem de responsabilidade dos Centros de Referência em Tuberculose (CR TB) da Gerência. Posteriormente, os Centros serão responsáveis por tratar também os pacientes com esquema especial de tratamento e os pacientes MDR (Multi Droga Resistente), hoje vinculados ao Sanatório Partenon.

O programa foi descentralizado para todas as equipes de Estratégia Saúde da Família da Gerência Distrital Restinga/Extremo Sul, Leste/Nordeste e Glória/Cruzeiro/Cristal, totalizando 70 serviços com o programa implementado, 43,7% da rede de Estratégia Saúde da Família.

O Ambulatório Sanatório Partenon ainda permanece como referência para o tratamento de qualquer caso de tuberculose droga resistente (TBDR). Está planejada para 2013 a descentralização do tratamento de TBDR para os CRTB.

É importante considerar que mesmo com a descentralização, os CRTB continuarão realizando o tratamento em outras formas de tuberculose, em crianças e nos casos de baciloscopia negativa com suspeita clínica.

Nas regiões Sul Centro Sul e Norte Eixo Baltazar não há Centros de referência a Tuberculose.

Pronto Atendimentos (PA), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU)

As cinco unidades de Pronto Atendimento, funcionam como farmácia hospitalar, atendendo a demanda interna dos setores, mantendo-os adequadamente abastecidos. São referências para dispensação de antiretrovirais, em caso de acidente com material biológico, combate da Gripe A, com a dispensação de Oseltamivir.

Nos Pronto atendimentos, Bom Jesus, Cruzeiro do Sul e Lomba do Pinheiro, as farmácias funcionam em regime de plantão em finais de semana e feriados para atendimento de pacientes atendidos nas suas unidades dispensando medicamentos para o tratamento completo do pacientes. A UPA Moacyr Scliar e o PA Restinga dispensam a quantidade suficiente até o próximo dia útil.

Cada PA realiza suas compras, com verba específica, com exceção do PA Restinga e da UPA Zona Norte, que recebem seus medicamentos do seu mantenedor, respectivamente HPMV e GHC.

Em todos os serviços há a execução das etapas do ciclo da assistência farmacêutica.

Os medicamentos utilizados pelo SAMU são retirados na farmácia do HPS.

A SMS, através da Coordenação de Urgência, constituiu a Comissão de Controle de Infecção das unidades de atendimento pré-hospitalar, contando com a participação dos farmacêuticos, a fim de qualificar os serviços de saúde e o uso racional dos antimicrobianos.

Farmácia Hospitalar do Hospital de Pronto Socorro (HPS) - A farmácia do HPS atende mensalmente 5.000 receitas, em regime de 24 horas de funcionamento, movimentando mensalmente em torno de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) em requisições de medicamentos e insumos farmacêuticos.

A farmácia do HPS conta, atualmente com 16 funcionários. Dois são assistentes administrativos (um funcionário só para digitação de prescrições); dois operários (um como dispensador). A farmácia dispõe de quatro farmacêuticos, um deles atua no setor de manipulação. Entre os 16 servidores, dois servidores se revezam nos plantões noturnos. Utiliza-se a ferramenta de Sistema Informatizado Hospitalar para a prescrição eletrônica.

Ressalta-se que por ser referência em Porto Alegre 24 horas, a Farmácia do HPS dispensa medicamentos para pacientes ambulatoriais que tiveram acidentes com material-biológico, inclusive oriundos de outros serviços, embora tenha seu foco de atendimento em pacientes internados. Atende ainda pacientes vítimas de acidentes com animais peçonhentos, que em sua maioria são moradores de outros municípios.

No HPS as principais dificuldades estão centradas no layout inadequado da farmácia, área física de armazenamento da Solução Parenteral de Grande Volume inadequada, pessoal em processo de aposentadoria, dois sistemas informatizados que não compartilham informações.

Farmácia Hospitalar do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) -

Os problemas evidenciados na assistência farmacêutica do HMIPV foram:

- ✓ Estrutura física e de pessoal precária: a Farmácia ocupa diversas salas do 2º andar do Bloco A, não permitindo um fluxo adequado de trabalho, pois a área não foi planejada para tal fim, sendo originalmente área de internação hospitalar. A estrutura de pessoal é deficitária em quantitativo (a farmácia não está funcionando de noite por falta de pessoal e, durante o dia (7-19h), na dispensação, atuam 02 funcionários pela manhã e 03 à tarde). Além disso, a qualificação do pessoal é inadequada, pois não há um cargo auxiliar específico para atuação na farmácia;
- ✓ Assistência farmacêutica deficitária nas Unidades do Hospital (não há supervisão direta do farmacêutico nos setores, como Bloco Cirúrgico, Emergências Pediátrica e Obstétrica, Internações, Ambulatórios);
- ✓ Ausência do serviço de farmacovigilância estruturado;
- ✓ Ausência de um programa de Farmácia Clínica instituído no hospital a fim de priorizar e corroborar para a segurança do paciente;

✓

Farmácia Homeopática e Fitoterapia

A Política das Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no SUS foi instituída desde 2006 pelo MS.

A Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010 que aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica prevê um elenco de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos com aquisição pelos municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite e financiamento tripartite.

No município, a farmácia homeopática está funcionando desde 1991 e conta com a atuação de farmacêutico especializado. Há dificuldade para aquisição de medicamentos, por diversos fatores, entre eles está a falta de propostas nas licitações, inviabilizando as aquisições.

Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária no Município de Porto Alegre conta com três profissionais farmacêuticos e atua na área de medicamentos realizando ações de licenciamento e fiscalização no comércio farmacêutico buscando a adequação deste às normas sanitárias municipais, estaduais e federais. Visa à proteção e manutenção da saúde da população, fiscalizando drogarias, farmácias (manipulação) distribuidoras, transportadoras e importadoras de medicamentos e também fracionadoras de insumos farmacêuticos.

A farmacovigilância compreende a detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou de quaisquer problemas relacionados a medicamentos, tanto reação adversa como desvio de qualidade (OMS, 2002). É realizada por qualquer profissional de saúde via notificação à ANVISA. Na PMPA há um Formulário de Notificação de Queixa Técnica e Desvio de Qualidade de Medicamentos, que pode ser utilizado para o registro.

A notificação ainda é uma prática incipiente na SMS. As notificações de queixa técnica são realizadas pelos profissionais de saúde e direcionadas para a Comissão de Cadastros de Marcas de Medicamentos – CCMED. O município ainda não participa do Projeto “Farmácias Notificadoras” da ANVISA, mas os

farmacêuticos notificam no NOTVISA as reações relatadas pelos pacientes ou profissionais de saúde.

Os dados coletados das notificações servem para melhorar a qualidade dos medicamentos dispensados a população, além de gerar alertas para a garantia da segurança do paciente e qualificação da prescrição.

No município existe um Centro de Informações de Medicamentos – CIM na Faculdade de Farmácia da UFRGS em parceria com o Conselho Regional de Farmácia que promove o acesso à informação de medicamentos.

Figura 7- Ciclo da Assistência Farmacêutica no Município de Porto Alegre



Figura ilustrativa - ASSFARM/MS e a OPAS , 1999

Seleção

A adoção de uma Relação de Medicamentos Essenciais é uma das diretrizes da PNM, é o ponto de partida para as demais atividades da AF. Integram o elenco dos medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. A Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), conforme decreto 7508/2011 artigos 27, 28 e 29, é a base para a definição de listas estaduais e municipais, as quais deverão ser estabelecidas a partir de pactuações das três esferas de governo, segundo a situação epidemiológica. É uma ferramenta fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos no âmbito do SUS, constituindo, assim, um mecanismo para a redução dos custos.

O município adota a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) atualizada em 2012, pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da REMUME (CTMAR). Esta comissão é instituída por portaria e é a responsável pela inclusão, exclusão de medicamentos visando padronizar os

medicamentos para fornecimento junto à população do município de Porto Alegre.

Em 2010, foi avaliado e atualizado os Antibióticos e a inclusão de medicamentos constantes do Anexo III da Portaria 2982/09. A próxima atualização prevê a inclusão de medicamentos atualizados na RENAME 2012.

Programação

Programação é o levantamento das necessidades de consumo de medicamentos previamente selecionados de um serviço de saúde a serem adquiridos, para um determinado período de tempo. Sua finalidade é evitar a descontinuidade do abastecimento. Pode ser realizada por diferentes métodos: consumo histórico, perfil epidemiológico, consumo ajustado ou oferta de serviços.

Nas Farmácias Distritais, as solicitações de medicamentos à GMAT (decorrentes da programação) são feitas baseadas no estoque disponível e no consumo médio mensal estimado, utilizando-se de um sistema semi-informatizado em planilha do excel. Nos Dispensários está sendo implantando o mesmo sistema semi-informatizado para solicitação mensal de medicamentos, também baseado no estoque disponível e consumo médio mensal estimado. Para a melhoria da Assistência farmacêutica nas Gerências Distritais seria necessário a presença em cada Dispensário, de um funcionário designado para a assistência farmacêutica, que seria encarregado da interlocução com o farmacêutico da Gerência Distrital, e especialmente da elaboração da solicitação mensal de medicamentos. Com a atuação do Farmacêutico das Gerências Distritais prestando assessoria técnica nos Dispensários, tem-se observado melhorias no fluxo das solicitações de medicamentos, mas ainda há necessidade de um aprofundamento no vínculo desse profissional com o pessoal envolvido com medicamentos nos Dispensários.

Aquisição

As compras na PMPA são feitas através de Pregão Eletrônico com registro de preço. A prefeitura conta com uma Comissão de Cadastro de Marcas de Medicamentos Humanos (CCMED), constituída por seis farmacêuticos, representando os serviços que realizam aquisições de medicamentos: HPS, HPV, PAC's, Atenção Primária de Saúde, através da GMAT, Farmácia Homeopática e um

administrador.

A CCMED tem por finalidade estabelecer rotinas e critérios para o cadastro de marcas de medicamentos humanos, bem como promover e divulgar revisões sistemáticas para adequação das exigências técnicas para o cadastro das marcas de medicamentos. Também estabelece normas de controle de qualidade dos medicamentos selecionados, e determina a inclusão/exclusão das marcas cadastradas, com base nas condições estabelecidas no Edital do Cadastro de Marcas. A CCMED, além disso, realiza revisões bibliográficas, elabora pareceres técnicos sempre que forem necessários e solicita à Secretaria da Fazenda a aplicação de sanções cabíveis a fornecedores, no caso de descumprimentos contratuais.

Neste momento há necessidade de informatizar e consolidar suas atividades.

Armazenamento e Distribuição

Nos estabelecimentos farmacêuticos da SMS em geral, o espaço físico é inadequado, gerando dificuldade para armazenar, separar, distribuir e até mesmo dispensar medicamentos. Além da necessidade adequação da área física é necessário implantar a informatização integrada, tanto na GMAT como na maioria dos Dispensários e em algumas FDs.

As devoluções de medicamentos em excesso, ou porventura vencidos, nas FDs e Dispensários, conforme ainda consta na atual Instrução Normativa, são feitas através do recolhimento nas Gerências Distritais e posterior envio à GMAT. Os medicamentos em excesso, que são devolvidos à GMAT, são reaproveitados. Os vencidos são armazenados em local inadequado, e em excesso. Atualmente não existe um fluxo final de descarte. Este acontece esporadicamente, quando ocorre grande acúmulo de resíduos, através de contrato com empresa legalmente habilitada. Está em fase de elaboração o Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, através de uma comissão com representantes dos serviços da atenção primária, hospitais, urgências e CGATA.

Utilização: prescrição, dispensação e uso

A Instrução Normativa 003/2012/SMS traz praticamente todas as orientações referentes a forma de prescrição e dispensação no âmbito do SUS.

A prescrição está em processo de integração nos projetos da informatização da rede de saúde, na perspectiva de qualificar o processo. Os profissionais das farmácias, dispensários e usuários encontram muitas dificuldades, com certas inconformidades importantes, na receita, descritas a seguir:

- ✓ Quantidade prescrita em número de caixas, porém existindo diferentes apresentações, incorre-se em erros no fornecimento;
- ✓ Ausência de data na receita e rasuras;
- ✓ Posologia em desacordo com a quantidade total;
- ✓ Receita ilegível;
- ✓ Sem referência da dosagem;
- ✓ Prescrição de antibiótico sem indicação da duração do tratamento e quantidade prescrita em número de caixas e/ou frascos;
- ✓ Medicamentos de Controle Especial (Portaria 344/98) com receita de uso contínuo para 12 meses;
- ✓ Prescrição pelo nome comercial;
- ✓ Duração do tratamento não especificada.

Gerenciamento

A Assistência Farmacêutica atua de forma descentralizada visando ampliar as atividades, com o intuito de atuar para além da aquisição e distribuição de medicamentos. Considerando o uso racional de medicamentos, a otimização das atividades envolvidas na AF.

Financiamento

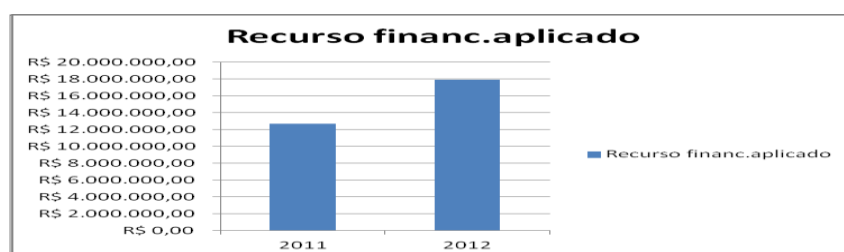
O financiamento do componente da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária destina-se à aquisição dos medicamentos, presentes na RENAME 2012 e por medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, conforme lista padronizada. A responsabilidade do financiamento é das três esferas de gestão, devendo ser

aplicados os seguintes valores mínimos:

- ✓ União: R\$ 5,10 por habitante/ano;
- ✓ Estados e Distrito Federal: R\$ 1,86 por habitante/ano; e
- ✓ Municípios: R\$ 1,86 por habitante/ano.

O município poderá adquirir outros medicamentos desde que presentes na RENAME 2012, no âmbito da Atenção Básica. Contudo, considerando o perfil epidemiológico, não é obrigatória a disponibilização de todos os medicamentos relacionados no Elenco de Referência Nacional e Estadual.

Gráfico 60– Recursos financeiros aplicados na assistência farmacêutica 2011 e 2012



FONTE: Porto Alegre RAG 2012

O município ainda não possui diagnóstico do quantitativo de receitas atendidas a moradores de outros municípios e qual é o impacto financeiro disso, pois o processo ainda não é informatizado.

Comunicação e informação

Com o desenvolvimento das novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's), a Internet ganha importância como ferramenta de difusão de informações, e as instituições governamentais passam a utilizar suas páginas, sítios ou portais para interagir e dialogar com a sociedade.

Diante dessas evidências se faz necessário um trabalho conjunto da equipe de comunicação da SMS com a assessoria de AF para a reformulação do conteúdo publicado no sítio da PMPA sobre AF e qualificação da comunicação com os profissionais e usuários.

1.3.3.3 Atenção nos Serviços de Urgências

De acordo com a Portaria nº 1.600 de 07 de julho de 2011, são considerados componentes e interface da Rede de Atenção às Urgências, todos os serviços e ações que buscam garantir a integralidade do cuidado.

A Rede de Atenção às Urgências foi constituída considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deva ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior ou menor complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.

O Modelo de Atenção às Urgências deve ser centrado no usuário, garantido a universalidade, equidade e integralidade do cuidado, ampliando o acesso com acolhimento e classificação de risco, integrando os componentes da Rede de Atenção à Saúde por meio da regulação.

Esta nova visão da prestação de serviço em saúde surgiu da reflexão sobre práticas e necessidades emergentes na atenção à saúde no município de Porto Alegre. O novo modelo de assistência está de acordo com os preceitos e diretrizes do SUS que visam à estruturação da rede de saúde dentro de perspectivas de garantia de acesso, qualidade assistencial e baseado na estruturação das redes de atenção.

A portaria 1600 de julho de 2011 reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria normatiza a estruturação da rede de saúde para o atendimento aos usuários com quadros agudos. Ainda, destaca que a organização em rede visa atender aos problemas de saúde dos usuários na área de urgência. Sendo assim, é fundamental considerar o perfil epidemiológico no Brasil.

Compondo a reformulação da rede de atenção às urgências necessitamos considerar as necessidades regionais e planejar a re-estruturação da rede e dos pontos de atenção com base nas características regionais. O Decreto 7508, de 27

de julho de 2011, regulamenta a organização do Sistema Único de Saúde – SUS dentro da lógica de regionalização da rede de saúde.

A Coordenadoria Geral do Sistema Municipal das Urgências - CMU tem como missão estruturar, articular, regular e monitorar a rede de atenção às urgências de Porto Alegre, de acordo com as necessidades da população, assegurando os princípios do SUS. Tem por visão ser o referencial público na coordenação e operação do Sistema Municipal das Urgências, em suas diferentes complexidades e, a partir de valores de comprometimento com as políticas públicas e os princípios do SUS, respeito ao ser humano, trabalho em rede e competência técnica.

Fazem parte do Sistema Municipal de Urgências os seguintes componentes: hospitalares, Pronto Atendimento, SAMU e Atenção Domiciliar, das redes próprias, públicas ou conveniadas ao SUS.

Foram mapeados em 2012 os fluxos de urgência e emergência necessários para qualificação do atendimento do usuário em rede, considerando todos os pontos de atenção a saúde.

As situações de urgência odontológica são atendidas nos serviços de pronto-atendimento do PACS (Cruzeiro do Sul) e UPA (Moacyr Scliar). As situações de traumatismo dentofacial são atendidas pelo Hospital de Pronto Socorro e Hospital Cristo Redentor.

A Classificação de Risco é um preceito fundamental para todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências e visa garantir atendimento imediato aos casos de Urgência e Emergência, diminuindo o tempo de espera e suas conseqüências, nos casos mais graves. O atendimento deve ser priorizado de acordo com as gravidades clínicas, apresentadas pelo paciente ao chegar no serviço de saúde.

Com a necessidade de organização e padronização dos fluxos assistenciais e indicadores de processos, o MS recomenda a utilização de protocolos validados internacionalmente de classificação de risco em 5 níveis, por estratificarem com maior segurança as necessidades dos pacientes, de acordo com a Rede Brasileira de Cooperação em Emergência.

A implantação da classificação de risco em cinco níveis (Quadro 39), atrelada com auditoria nos componentes da rede de atenção às urgências será implantada

em todos os serviços. Outro critério relevante para a qualificação do acesso é manter a revisão de processos assistenciais, garantido a construção de novos fluxos e consolidação dos já existentes.

Quadro 39– Classificação de risco segundo protocolo de cinco cores.

Prioridade	Nome	Cor	Tempo alvo
1	Emergente	Vermelho	0 min
2	Muito Urgente	Laranja	10 min
3	Urgente	Amarelo	60 min
4	Pouco Urgente	Verde	120 min
5	Não Urgente	Azul	240 min

FONTE: Protocolo de Manchester

Relacionado com o acolhimento os serviços de urgência e emergências do município, além da classificação de risco tem também o programa Tchê Ajudo. O programa está em funcionamento no PACS, PABJ e PA Lomba do Pinheiro e é executado por estagiários de nível superior do curso de enfermagem e serviço social. Tem como objetivo geral proporcionar o primeiro acolhimento para usuários e seus familiares. Visando qualificar a recepção aos usuários, tornado o atendimento mais humanizado, acolhedor e ágil a equipe tem a função de oferecer informações sobre organização, funcionamento dos serviços existentes que atendam pelo SUS.

Devido à importância do Tchê Ajudo para a qualificação das portas de urgência e emergências, há previsão de ampliação para as emergências hospitalares e demais PAs.

Emergências Hospitalares

O Plano Regional da Rede de Urgências e Emergências do Rio Grande do Sul, aprovado em 2012 pelo Ministério da Saúde contempla também a abertura e estruturação de Portas de Emergência. A avaliação do componente de emergências hospitalares, como áreas técnica da CMU, começou em janeiro de 2013 ainda em fase de qualificação de informações e pactuações.

A proposta de referência para retaguarda na Rede Hospitalar, por tipologia de atendimento, para os serviços de Pronto Atendimento e seus territórios de abrangência encontra-se no anexo 2 deste documento.

A Secretaria Municipal da Saúde por meio da Coordenação Municipal de Urgências apresentou a iniciativa de acompanhamento do componente hospitalar da rede urgência e emergência municipal, a partir de reuniões regulares da secretaria executiva do componente hospitalar da Coordenação Municipal de Urgências e monitoramento de indicadores dos serviços hospitalares de emergência. O monitoramento de indicadores tem como objetivo o acompanhamento da execução local das pactuações do plano de ação das urgências.

Nas emergências hospitalares, 90% da procura é espontânea com média diária de atendimentos de adultos de aproximadamente 3.600 consultas e de aproximadamente 180 internações diárias, via emergência. Para organizar essa demanda há necessidade de um sistema regulador para aumentar efetividade da rede permitindo identificar a necessidade assistencial do paciente, respeitando a tipologia dos leitos e hospitais, para fortalecermos o cuidado em rede, articulado conforme vocações e linhas de cuidado, gerando economia de escala.

Para viabilização desses pressupostos é fundamental a regulação informatizada que possibilite equidade e organização do acesso à porta mais qualificada para a necessidade do usuário em termos de temporalidade e de intensidade de cuidados.

Para melhorar a transição do cuidado, qualificando a assistência, é necessário o fortalecimento da gestão de leitos, tanto por meio da criação e empoderamento dos núcleos internos de regulação dos hospitais, quanto pela interface deste núcleos com a central de regulação de leitos do município. Essas demandas necessitam de qualificação conforme as necessidades de cuidado do paciente e tipologia dos leitos. Para tanto, é importante elaborar e pactuar protocolos e diretrizes de atenção e regulação que normatizem os critérios de composição da rede de atenção municipal às urgências regional.

Para a gestão de leitos, atendendo as portarias 1600 e 2395, a CMU realizará o monitoramento das emergências hospitalares por meio de acompanhamento da situação diária para estruturação e regulação da linha de atenção às urgências na rede de saúde. Cabe ressaltar que o sistema de informações de vários serviços de emergência apresenta deficiências importantes e que, em vista disso, a regularidade

e qualidade das informações ficou prejudicada.

Mediante a essa questão algumas considerações devem ser apontadas:

- ✓ torna-se fundamental a qualificação do sistema de informações de monitoramento dos serviços de emergência, tanto para o acompanhamento do gestor municipal, quanto para a própria gestão pelo hospital;
- ✓ muitos serviços ainda não dispõem de classificação de risco por protocolo validado em cinco níveis;
- ✓ o número médio diário de atendimentos nos serviços hospitalares de emergência, nos meses de julho e agosto de 2012, foi de 279 pacientes/dia, similar a média de atendimentos nos serviços de pronto-atendimentos, que foi de 240 pacientes/dia no segundo quadrimestre de 2012;
- ✓ o número médio de pacientes internados fora de área nas emergências hospitalares suplanta o número médio de migração dos pacientes para as unidades de internação dos próprios hospitais, gerando acúmulo de pacientes represados nas emergências.
- ✓ é necessário o fortalecimento das estratégias para transição do cuidado dentro dos hospitais, sendo necessário implantar em cada hospital o NIR – núcleo interno de regulação.

Unidades de Pronto Atendimento – UPA

As Unidades de Pronto Atendimento são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre a Atenção Primária (USF e UBS) e a Rede Hospitalar. São portas de entrada aos usuários do SUS, com garantia de atendimento às demandas agudas ou agudizadas, com funcionamento 24hs, em todos os dias da semana, devendo ter garantia de encaminhamento, sempre que necessário, a serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar.

Porto Alegre possui cinco Pronto Atendimentos 24 horas:

- ✓ Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) - unidade com estrutura correspondente a UPA porte III - atende, além de clínica e pediatria, as especialidades de traumatologia, saúde mental e odontologia.

- ✓ Pronto Atendimento Bom Jesus (PABJ) - unidade correspondente a UPA porte II;
- ✓ Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro (PALP) - unidade correspondente a UPA porte II;
- ✓ Pronto Atendimento Restinga - unidade correspondente a UPA porte II;
- ✓ UPA Moacyr Scliar (Zona Norte) - porte III, inaugurada em 28 de setembro de 2012 conforme padronização da Portaria MS/ GS nº 2648.

Conta ainda com dois Plantões de Emergência em Saúde Mental: PESM – PACS e PESM – IAPI.

Para uma análise crítica dos serviços prestados nos Pronto-Atendimentos, existem vários indicadores de desempenho, processos e qualidade, adequados para os serviços de emergência. Foram escolhidos alguns desses indicadores baseados em critérios de disponibilidade dos dados para os cálculos, de utilidade para a análise de desempenho do serviço e que mostrem o impacto da assistência prestada para a população.

Para avaliarmos a acessibilidade aos usuários nos Pronto-Atendimentos, foram analisados o número de consultas realizadas e desistências nas especialidades de clínica médica e pediatria em cada PA e sua distribuição nos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012 (tabela 57 e figura 8). Não houve alterações significativas do número de atendimentos e desistência entre esses anos com exceção de 2011 que teve uma queda de 3,1% nos atendimentos e aumento das desistências em 15,5% quando comparado com 2010. No entanto, verifica-se uma recuperação no total de atendimentos em 2012 com aumento de 3,8% e as desistências tiveram um aumento de apenas 5,8%.

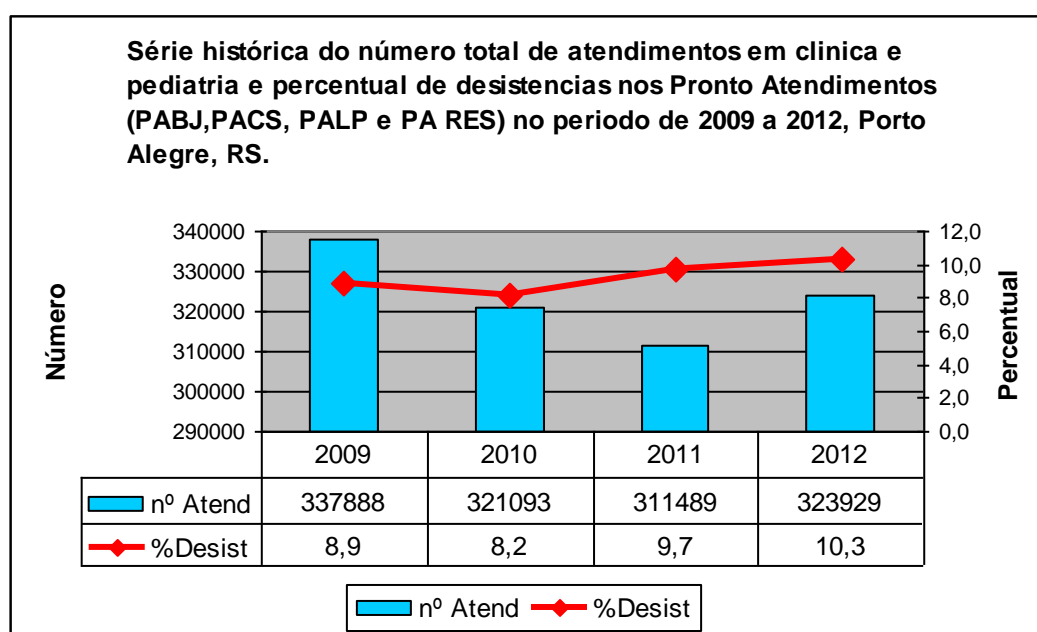
Os baixos índices de desistências no PACS nos anos de 2009 e 2010 são subestimados. Estão relacionados à mudança da coleta do dado, pois na época as desistências ocorridas após a avaliação de enfermagem (classificação de risco), eram consideradas consultas de enfermagem para fins de estatística e, portanto, não eram computadas como desistências, reduzindo assim o número total desse dado nesses anos.

Tabela 57– Série histórica do número de atendimentos em clínica e pediatria e percentual de desistências nos Pronto Atendimentos no período de 2009 a 2012, Porto Alegre, RS.

Atendimento/ Desistências	2009		2010		2011		2012	
	nº Atend	%desist	nº Atend	%desist	nº Atend	%desist	nº Atend	%desist
PA BJ	78247	20,4	78887	13,7	82832	10,0	79877	14,0
PA LP	72338	7,8	63891	10,5	68958	9,7	72345	5,5
PA CS	104680	2,7	101855	4,8	85236	13,1	96245	14,4
PA REST	82623	4,6	76460	4,3	74463	5,1	75462	4,6
TOTAL	337888	8,9	321093	8,2	311489	9,7	323929	10,3

FONTES: CMU/SMS

Figura 8- Série histórica do número total de atendimentos em clínica e pediatria e percentual de desistências nos Pronto Atendimentos (PABJ, PACS, PALP e PA RES) no período de 2009 a 2012, Porto Alegre, RS.



FONTES: CMU/SMS

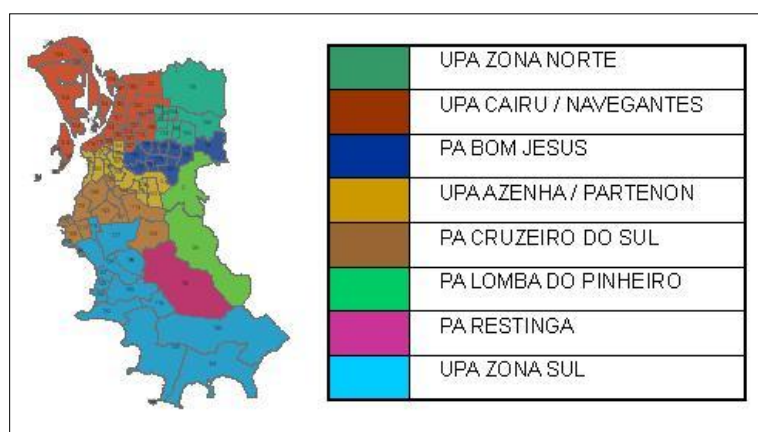
Porto Alegre foi a segunda capital a apresentar o Plano Regional de Atenção às Urgências. Dos PA existentes a época de elaboração do projeto, a UPA Zona Norte já foi implantada.

O Plano Regional da Rede de Urgências e Emergências aprovado em 2012 pelo Ministério da Saúde contempla também a abertura e estruturação de Portas de Emergência em hospitais regionais na zona sul da cidade para os anos de 2012 e 2013, (Hospital Vila Nova, Hospital Parque Belém e Hospital da Restinga), propiciando uma boa cobertura de atendimento de média complexidade com consultas de pronto atendimento nas 24 horas do dia naquele território. Este novo panorama fez com que passasse a ser reavaliada a prioridade de implantação.

Quanto à UPA Azenha, o terreno indicado não foi disponibilizada e estão em tratativas a sua localização em terreno próximo ao Hospital São Pedro, na Av Bento Gonçalves. Quanto à UPA Navegantes, está em fase de liberação o terreno previsto.

O projeto de implantação das novas Unidades de Pronto Atendimento de Porto Alegre em locais estratégicos da cidade leva em consideração os vazios assistenciais, critérios epidemiológicos e a acessibilidade para a população alvo, visando melhorar a territorialização dos serviços de saúde, com um serviço de Pronto Atendimento de complexidade intermediária de referência para cada região da cidade, ampliando e qualificando o acesso da população aos serviços de saúde nas 24 horas do dia (figura 9).

Figura 9–Regionalização da Atenção às Urgências

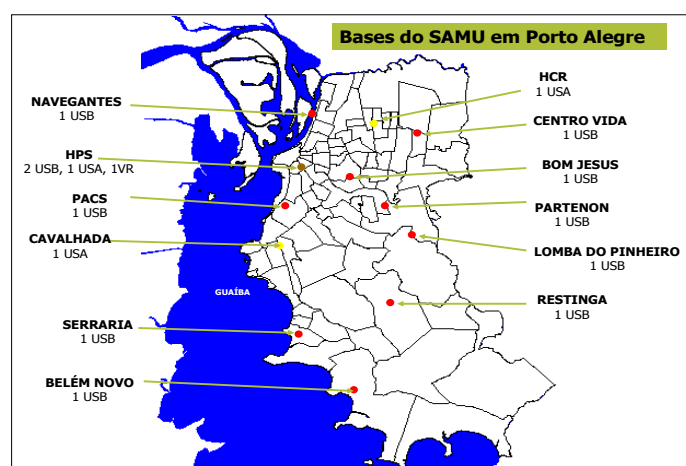


FONTE: Secretaria Municipal da Saúde / Coordenação Municipal de Urgências. Porto Alegre, 2010.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

O SAMU de Porto Alegre foi implantado em novembro de 1995. A central de Regulação SAMU foi instalada provisoriamente nas dependências do Hospital de Pronto Socorro (HPS). Há, em 2013, a perspectiva de mudança do complexo regulador para sede própria e, a constituição da nova base HPS, em casa lindeira ao hospital. Conta com doze (12) equipes de Suporte Básico (USB) e as três (03) equipes de Suporte Avançado (USA), distribuídas nas diferentes regiões da cidade em 12 bases, conforme apresentado na figura abaixo.

Figura 10– Distribuição das Bases do SAMU em Porto Alegre.



FONTE: Ministério da Saúde – MS – Brasil (2011).

Ao longo dos anos, o SAMU Porto Alegre foi sendo estruturado de acordo com as normas vigentes e conta, a partir de junho de 2004, com Central de Regulação informatizada.

Atualmente as ambulâncias do SAMU Porto Alegre contam com eletrocardiógrafos interpretados por telemedicina, qualificando o apoio à regulação médica, permitindo uma indicação mais rápida e objetiva da referência adequada aos casos suspeitos ou confirmados de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), conforme protocolo da Linha de Cuidado da Dor Torácica.

Há necessidade de ampliação da cobertura do SAMU Porto Alegre para melhorar o tempo resposta das missões. A meta é ampliar para dezesseis USB, quatro USA ou Veículo Rápido (VR), qualificados conforme legislação vigente. Para avaliar a necessidade, também foi considerada a população flutuante de Porto Alegre, especialmente durante o horário diurno, quando as demandas ao SAMU aumentam de forma significativa, resultando em sobrecarga para as equipes de atendimento, aumentando o tempo resposta do Atendimento Pré Hospitalar Primário-APH 1º; este é originado de chamados dos usuários fora de serviços de saúde ao SAMU 192. O atendimento Pré Hospitalar Secundário-APH 2º é originado de chamadas de unidades de saúde de menor complexidade para apoio, transferência e regulação de portas de maior complexidade.

O tempo-resposta tem relação direta também com a mobilidade urbana, fluxo viário e condições de trânsito, que em horários mais variados, dificultam a circulação

de veículos de urgência em razão dos congestionamentos e excessivo fluxo de veículos nas vias. Com o objetivo de apoiar o trabalho do SAMU e qualificar a mobilidade de pacientes dentro da rede de serviços, que necessitam de remoção para estruturas de complexidade maiores de onde se encontram, foi implantado em Porto Alegre o serviço de Unidades Básicas de Transporte – UBT, com ambulâncias tripuladas por condutores e técnicos de enfermagem treinados, visando melhorar a cobertura de transporte de pacientes entre os serviços da Rede de Atenção.

As equipes das UBTs passaram a constituir uma importante ferramenta para apoio às transferências de pacientes interserviços, garantindo condições adequadas de remoção para leitos hospitalares. A meta de ampliação do serviço de quatro para oito UBTs visa qualificar as transferências de pacientes, garantindo condições adequadas de remoção e acesso a leitos em menor tempo possível e também melhorar o tempo resposta do SAMU, nos APH 1º e 2º com as USBs e USAs. A ampliação poderá ser garantida através do redimensionamento dessas equipes ou realização de novos contratos.

Entende-se que deveria haver apoio financeiro federal e / ou estadual para custeio das UBTs, mantidas exclusivamente pela gestão municipal, e que para além do transporte entre os serviços da rede de atenção a saúde, possam ser utilizadas como apoio às USB do SAMU, uma vez que são configuradas à semelhança dessas Unidades.

A adequação do prédio sede do SAMU, com a devida estrutura para a central de regulação de urgência, a padronização das Bases descentralizadas conforme a padronização visual do Ministério da Saúde e adequação do quadro de recursos humanos para a composição das equipes permitirão atender ao proposto pela Portaria GM/MS 1010/2012, que prevê a qualificação do componente SAMU, desde que respeitados os critérios expressos na referida Portaria. A qualificação resulta em aporte expressivo de recursos de custeio advindos do Ministério da saúde para o Componente SAMU.

Quadro 40 - SAMU - Quantitativo de USA, UNIDADE DE SUPORT BÁSICO e UBT e as metas com a inclusão de novas equipes

Tipo de Unidade	Quantidade Atual	Meta
USA	3	4
USB	12	16
UBT	4	8

FONTE: Informação do serviço.

Regulação SAMU - Além da ampliação da cobertura do SAMU, o município também está trabalhando na qualificação dos processos de regulação e de assistência.

Os protocolos de regulação e de classificação de risco estão sendo revisados e aprimorados, bem como as Linhas de Cuidado e os fluxos assistenciais regionalizados estão sendo pactuados com os serviços componentes da rede de atenção; favorecendo o importante papel do SAMU como regulador de urgências. O sistema de informações da regulação está sendo aprimorado e integrado ao sistema de informações da regulação de leitos e dos demais serviços da rede; Novas tecnologias de apoio diagnóstico (telemedicina), terapêutico (novos equipamentos) e logístico (tablets e GPS) também estão sendo incorporadas.

Assistência de Urgência em Saúde nos Eventos - Eventos de massa como Copa do Mundo FIFA 2014, carnaval e outros eventos públicos representam importante desafio para o setor saúde, tanto público como privado, pelo afluxo aumentado de pessoas em um curto espaço de tempo. Nestes momentos é possível o aumento de doenças e agravos inusitados, aumento de casos de violência, acidentes de trânsito, desastres ambientais e doenças transmissíveis. Este cenário exige a capacitação e qualificação dos profissionais de saúde das áreas de vigilância e de assistência à saúde.

Serviço de Atenção Domiciliar – SAD

Em consonância com a Portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde, a Atenção Domiciliar consiste num serviço substitutivo ou complementar aos já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com

garantia de continuidade de cuidados e integradas às redes de atenção a saúde.

A proposta do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) compõe o projeto de Linhas de Cuidado, possibilitando a diminuição do tempo de permanência de internação, aumentando a rotatividade dos leitos e assegurando atendimentos mais complexos fora do ambiente hospitalar. Essa população será beneficiada com atenção humanizada do cuidado, proporcionando ao paciente melhor recuperação no ambiente familiar.

O atendimento domiciliar requer articulação entre família e a rede de atenção saúde, entre os diversos níveis, além de constituir rede de apoio na comunidade para contemplar a atenção ao usuário.

A organização do SAD ocorre a partir de três (3) modalidades:

AD1: Corresponde aos usuários que possuam problemas de saúde controlados, mas com dificuldade física de locomoção até uma unidade de saúde. Esta modalidade é de responsabilidade das equipes de atenção básica e as visitas devem ser realizadas, no mínimo, uma vez por mês.

AD2: Corresponde aos usuários que possuam problemas de saúde, dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitam maior frequência de cuidados, recursos saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. Essa modalidade é de responsabilidade das EMADs e EMAPs.

AD3: Corresponde aos usuários com que possuam problemas de saúde, dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitam maior frequência de cuidados, recursos saúde, acompanhamento contínuos e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. Essa modalidade é de responsabilidade das EMADs e EMAPs.

Para a admissão das modalidades AD2 e AD3 é fundamental a presença do cuidador no domicílio, bem como a garantia do transporte sanitário e retaguarda de unidades assistenciais de funcionamento de 24 horas como referências ao usuário.

Atualmente, Porto Alegre conta com seis (6) equipes de atenção domiciliar vinculadas ao Grupo Hospitalar Conceição e uma equipe própria do Centro de Saúde IAPI. Estas equipes não atendem ao perfil da atual portaria.

As áreas de atuação contemplam a Zona Norte, Nordeste e Noroeste de Porto Alegre, o que corresponde aproximadamente a 25% de cobertura da população. Há previsão de nos anos de 2013-2014 atingir a cobertura total da

população, com pelo menos, 14 Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e cinco (05) Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP).

O projeto do MELHOR EM CASA para município de Porto Alegre encontra-se em fase de finalização. A gerência geral do SAD será centralizada na Coordenação Municipal de Urgências e cada equipe SAD terá um coordenador responsável que irá compor um colegiado para definir e estabelecer diretrizes padronizadas referentes à organização, projetos terapêuticos, fluxos, normas e rotinas de funcionamento das equipes do programa. Esse grupo de trabalho também será responsável pela supervisão das equipes e monitoramento dos indicadores de avaliação da assistência domiciliar e na elaboração de documentos de registros e encaminhamentos.

1.3.3.4 Atenção Hospitalar

O Ministério da Saúde em novembro de 2012 apresentou para consulta pública texto que comporá a Portaria – Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que regulamenta as diretrizes operacionais da contratualização hospitalar no âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde – SUS. O texto apresentado a seguir subsidia a organização dos elementos necessários ao acesso qualificado à atenção hospitalar em rede, e representa um compilado desta publicação.

Os hospitais são instituições complexas, com alta densidade tecnológica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, vinculados a uma população de referência com base territorial, responsáveis pela assistência aos usuários de perfil agudo ou crônico, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo assistência contínua em regime de internação, por meio de ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Conforme portaria os hospitais devem prestar, idealmente, o atendimento ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, por demanda referenciada e/ou espontânea. Os hospitais devem ter densidade tecnológica, estrutura física, processos organizativos e profissionais adequados ao seu perfil assistencial.

A PNHOSP, ainda em fase de consulta pública, no seu capítulo 4º, aponta como diretrizes: garantia da universalidade, equidade e integralidade na atenção hospitalar no SUS; regionalização da atenção hospitalar com abrangência territorial e populacional; longitudinalidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção, promovendo ações coordenadas e contínuas; acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS; modelo de atenção centrado no usuário; atenção multiprofissional e interdisciplinar; atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização; garantia de acessibilidade; acolhimento com classificação de risco e atendimento a vulnerabilidades específicas: integração dos processos de gestão, assistência, ensino e pesquisa; transparência e eficiência na aplicação de recursos; Gestão participativa e democrática; monitoramento e avaliação de desempenho das ações gerenciais e assistenciais; participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; participação do hospital no planejamento e efetivação de projetos estratégicos relacionados às situações coletivas de perigo iminente, desastres, calamidades públicas e catástrofes, assim como de projetos relevantes para implementação e consolidação das redes de atenção a saúde do SUS e intersetorialidade.

Os hospitais no SUS são classificados de acordo com sua esfera administrativa em Público, na esfera federal, estadual ou municipal e privado, com ou sem fins lucrativos. Os hospitais públicos ou privados sem fins lucrativos, independentes do perfil assistencial, poderão ser certificados como Hospital de Ensino.

Os hospitais são classificados ainda de acordo com seu perfil assistencial em gerais e especializados.

Em seu artigo 9º, a portaria ainda apresenta a classificação dos leitos hospitalares, da seguinte forma:

- ✓ Leitos de internação clínicos ou cirúrgicos: leito pediátrico; leito obstétrico; leito de hospital-dia; leito de UTI; leito de UCI; leitos de cuidados prolongados; leitos de psiquiatria; leito de saúde mental em Hospital Geral; isolamento.
- ✓ Leitos de observação: urgência e emergência; pós-anestésico

Os leitos hospitalares nas suas diversas tipologias e especialidades deverão seguir as Portarias específicas que normatizam sua organização e funcionamento.

Os estabelecimentos hospitalares deverão realizar censo hospitalar diário do número de leitos ocupados e vagos nas unidades de internação e serviços, levando-se em consideração os leitos bloqueados e os leitos extras. Na realização do censo hospitalar, deverá ser contabilizado o número de internações, altas, óbitos, transferências internas e externas, evasões e desistências de tratamento ocorridas nas 24 (vinte e quatro) horas relativas ao censo.

Deverá ser realizados censo dos leitos de observação, com fins de controle e gestão de leitos para agilização das altas e das transferências dos usuários para as unidades de internação, levando-se em consideração a superlotação das Unidades de Urgência e Emergência e o prolongado período de permanência dos usuários, além das 24 (vinte e quatro horas).

Os hospitais que compõem o SUS são pontos de atenção estratégicos na RAS, oferecendo assistência de forma integrada e articulada com os demais pontos de atenção, na perspectiva da integralidade da assistência, continuidade do cuidado e universalidade do acesso, organizados conforme as necessidades locais e regionais, de formas racionais, harmônicas, sistêmicas e reguladas.

Os Hospitais devem funcionar como retaguarda para os demais pontos de atenção da RAS, atendendo a demandas de urgência e emergência ou eletivas. Os hospitais que contarem com serviços de Urgência e Emergência, caracterizados como Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e Emergência podem atender à demanda regulada e/ ou espontânea.

A contratualização de serviços será definida conforme as necessidades locais e regionais de saúde estabelecidas nos planos de saúde municipais e estaduais e nos Planos de Ação Regional baseado na oferta dos prestadores conforme a sua tipologia.

Quadro 41– Hospitais localizados em Porto Alegre.

Hospital	Localização por Gerência Distrital	
Complexo Hospitalar Santa Casa	Hospital da Criança Santo Antônio	Centro
	Hospital Dom Vicente Scherer	Centro
	Hospital Pavilhão Pereira Filho	Centro
	Hospital Santa Clara	Centro
	Hospital São Francisco	Centro
	Hospital Pavilhão São José	Centro
	Hospital Santa Rita	Centro
Grupo Hospitalar Conceição	Hospitais da Criança Conceição	NHNI
	Hospital Cristo Redentor	NHNI
	Hospital Fêmeina	Centro
	Hospital Nossa Senhora da Conceição	NHNI
Hospital de Clínicas de Porto Alegre		Centro
Hospital Álvaro Alvin (pertencente ao HCPA)		Centro
Hospital Divina Providência		GCC
Hospital Independência (pertencente ao HDP)		LENO
Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre		NHNI
Hospital Beneficência Portuguesa		Centro
Hospital da Brigada Militar de Porto Alegre		SCS
Hospital de Pronto Socorro		Centro
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas		Centro
Hospital Ernesto Dornelles		Centro
Hospital Espírita de Porto Alegre		SCS
Hospital Geral do Exército		Centro
Hospital Mãe de Deus		SCS
Hospital Moinhos de Vento		Centro
Hospital Parque Belém		GCC
Hospital Porto Alegre		Centro
Hospital Psiquiátrico São Pedro		PLP
Hospital Sanatório Partenon		PLP
Hospital São Lucas da PUCRS		Centro
Hospital Vila Nova		SCS
Instituto de Cardiologia		Centro

FONTE: SMS/PMPA

Legenda: NHNI – Noroeste/Humaitá/Navegantes; LENO – Leste/Nordeste;SCS – Sul/Centro Sul; PLP – Partenon/Lomba do Pinheiro.

Abaixo, segue tabela com informações sobre os hospitais contratualizados com a Secretaria Municipal de Saúde e suas características:

Quadro 42- Hospitais Contratualizados

CNES	Prestador	Tipo	Natureza de Organização	Esfera	Gestão	Mantenedora
2262568	Hospital São Lucas da PUC	Hospital Geral	Entidade benef.s/fins lucrativos	P	M	União Brasileira de Educação e Assistência
2237601	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Hospital Geral	Administração indireta - empresa pública	F	M	
7145594	Álvaro Alvim	Hospital Geral	Administração indireta - empresa pública	F	M	
2237571	Nossa Senhora da Conceição	Hospital Geral	Administração direta da saúde (MS, SES, SMS)	F	M	
2265060	Cristo Redentor	HE - Ortopedia	Administração direta da saúde (MS, SES, SMS)	F	M	
2265052	Hospital Fêmeina	HE - Maternidade	Administração direta da saúde (MS, SES, SMS)	F	M	
2237253	Complexo Hospitalar Santa Casa	Hospital Geral	Entidade benef.s/fins lucrativos	P	M	
2696801	Vila Nova	Hospital Geral	Entidade benef.s/fins lucrativos	P	M	
2237849	IFUC	HE - Cardiologia	Entidade benef.s/fins lucrativos	P	M	
7092571	Independência	Hospital Geral	Entidade benef.s/fins lucrativos	P	M	Soc.Sulina Divina Providencia
2237180	HEPA	HE - Psiquiatria	Entidade benef.s/fins lucrativos	P	M	
2237261	Beneficência Portuguesa	Hospital Geral	Entidade benef.s/fins lucrativos	P	M	
2237881	Banco De Olhos	HE - Oftalmologia	Entidade benef.s/fins lucrativos	P	M	Assoc.de Literatura e Beneficência
5026253	Porto Alegre	Hospital Geral	Entidade benef.s/fins lucrativos	P	M	Assoc. Funcionários Municipais
2237660	Parque Belém	Hospital Geral	Entidade benef.s/fins lucrativos	P	M	

FONTE: CNES

Legenda:

Tipo: HE – Hospital Especializado

Esfera: F – Federal P – Privada

Gestão: Municipal

Além destes, o futuro Hospital da Restinga, com início de funcionamento previsto para 2013, será caracterizado como Hospital Geral para atendimento às necessidades da região Restinga e Extremo Sul, podendo também atender a demandas de outras regiões da cidade por meio de referenciamento. Este ocorrerá

de acordo com as necessidades assistenciais pactuadas junto à GRSS e coordenadorias de atenção da SMS, com vista a suprir as necessidades dos municípios.

Até o momento a SMS não dispõe de banco de dados sistematizados e regularmente alimentados englobando todos os serviços hospitalares contratualizados sobre indicadores globais de qualidade destes serviços, tais como: taxa de ocupação; média de permanência por tipologia dos leitos hospitalares, % de leitos bloqueados, taxa de mortalidade.

O acesso à atenção hospitalar em Porto Alegre ocorre de maneira referenciada (via complexo regulador: CMCE, SAMU, CERIH) ou espontânea, através de serviços eletivos ou de emergência.

Porto Alegre tem regulação de leitos hospitalares que é realizada pela CERIH (Central de regulação de internação hospitalar) e está em processo de informatização para integração em tempo real com todos serviços hospitalares.

O Município é referência em média e alta complexidade, no Estado do Rio Grande do Sul para estudo eletrofisiológico e/ou ablação, marca passo, eletrochoqueterapia, endovascular, queimados; mal formações/ cardiopatias congênitas; cirurgias cardiovasculares pediátricas; emergências oftalmológicas; fibrobroncoscopia pediátrica e neonatal; biópsia estereotáxica; mola hidatiforme; Genética; colocação de Permcath; retinopatia da prematuridade; hematologia (leucemia) pediátrica e alguns casos adultos; e procedimentos complexos hepáticos

Até 2012, os serviços hospitalares de Porto Alegre eram referências da rede de atenção as Urgências para a primeira, segunda e décima oitava Coordenadorias Regionais de Saúde. Contudo, no segundo semestre de 2012, as regiões de saúde do Estado foram revisadas, sendo necessária a revisão das pactuações de referenciamento para atenção hospitalar.

Hospitais Próprios

Materno Infantil Presidente Vargas

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 e atua em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH).

O Hospital tem como Missão “Oferecer assistência de média e alta complexidade, com qualidade, humanismo e ética, articulada com a rede de saúde, às mulheres, crianças e adolescentes, bem como desenvolver atividades de ensino e pesquisa, visando transformar-se em centro de excelência e referência para Porto Alegre e Região Metropolitana”.

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 (Linhas de cuidado e criação de Serviços). 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.

Atualmente esta forma de organização das linhas de cuidado está sendo revista e uma nova estrutura organizacional sendo construída através do retorno dos Serviços por Especialidades, porém, ainda hoje se mantém a filosofia que norteia as LC, qual seja: acolhimento, prestação de atendimento integral e integrado, articulação com a rede básica e promoção da saúde.

Instituição 100% SUS, voltada para a área materno-infantil, com atendimento de média e alta complexidade nas seguintes áreas:

- ✓ Internação: pediatria, ginecologia, obstetrícia e psiquiatria feminina.
- ✓ Área Cirúrgica: cirurgia geral, pediátrica, neurocirurgia pediátrica, otorrinolaringológica pediátrica, proctológica, ginecológica incluindo reconstrução mamária, ligadura tubária, uro-ginecológica e vasectomia.
- ✓ Unidade de Tratamento Intensivo: adulto nível I, pediátrica nível II e neonatal nível II com Unidade de Cuidados Intermediários e Unidade Canguru.

- ✓ Emergência: pediátrica e obstétrica.
- ✓ Ambulatório: pediatria diversas especialidades, ginecologia geral, cirúrgica e oncológica, psiquiatria e outras especialidades da área adulta.

Seque quadro com quantitativos de leitos do HMIPV:

Quadro 43– Quantitativo de leitos do HMIPV

Descrição		Leitos Existentes	Leitos SUS
Cirúrgico	Cirurgia Geral	01	01
	Ginecologia	13	13
Clínico	Clínica Geral	02	02
Complementar	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru	04	Aguardando processo de habilitação
	Unidade Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	08	
	Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico	06	06
	UTI Adulto – Tipo I	30	30
	UTI Neonatal – Tipo II	24	24
	UTI Pediátrica – Tipo II	16	16
Obstétrico	Obstetrícia Cirúrgica	37	37
	Obstetrícia Clínica	11	11
Pediátrico	Pediatria Cirúrgica	3	3
	Pediatria Clínica	55	55
Outras Especialidades	Psiquiatria	24	24
Hospital Dia	Cirúrgico/Diagnóstico/ Terapêutico	2	2
Total Geral (exceto complementar)		148	148

FONTE: CNES/ DATASUS.

Programas especializados de atendimento:

- ✓ Pré-Natal de Alto Risco e Hospital-Dia - para gestantes hipertensas e diabéticas.
- ✓ Programa de Medicina Fetal.
- ✓ CRAI – Centro de Referência em Atendimento Infante Juvenil.
- ✓ SRTN - Serviço de Referência em Triagem Neonatal.
- ✓ PAIGA – Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente.
- ✓ Programa de Acompanhamento dos Distúrbios da Deglutição.
- ✓ DST/ AIDS – Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.
- ✓ CMIPF - Centro Municipal Integrado de Planejamento Familiar.
- ✓ Distúrbios da Eliminação.

- ✓ CRIE – Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais.
- ✓ TANU – Triagem Auditiva Neonatal.
- ✓ SAE HEPATITES – Serviço de Assistência Especializada em Hepatites.
- ✓ Referência estadual no atendimento odontológico clínico-cirúrgico de pessoas com deficiência e outras patologias pela necessidade da realização de procedimentos em bloco cirúrgico.
- ✓ Referência ao atendimento odontológico clínico a gestantes de Alto Risco (Hospital Dia) e pacientes em internação Psiquiátrica.
- ✓ Referência na assistência ao parto para mulheres em privação de liberdade.
- ✓ Referência para atendimento pediátrico para filhos de mulheres em privação de liberdade.
- ✓ Referência para atendimento emergencial de crianças que necessitem de profilaxia da raiva (soro anti-rábico).
- ✓ Referência ao atendimento a mulheres expostas a relação sexual desprotegida pela possibilidade de atendimento 24 horas, habilitado para a coleta das provas virais e realização imediata de profilaxia antirretroviral.
- ✓ Referência ao atendimento de crianças expostas a acidentes com material biológico pela possibilidade de atendimento 24 horas, na Emergência Pediátrica, habilitado para a coleta das provas virais e realização imediata de profilaxia antirretroviral.
- ✓ Atendimento às mulheres e crianças vítimas de violência.
- ✓ Referência para a interrupção legal da gestação.
- ✓ Método Canguru.

Entraves identificados na resolubilidade do atendimento:

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

O Hospital caracteriza-se pela elevada taxa de permanência dos pacientes na UTI Neonatal tendo em vista a alta complexidade na assistência obstétrica (patologia da gestação e medicina fetal), que exigem maior tempo de permanência na UTI, ocasionando a diminuição na rotatividade dos atendimentos e necessitando de exames de alta complexidade, como ressonâncias magnéticas e tomografias, que são realizados por prestadores. Exemplos são os prematuros extremos (peso menor de 500g) e bebês portadores de múltiplas malformações.

O acesso a estes atendimentos se dá através de agendamentos internos e via CMC (Central de Marcação de Consultas), além da busca espontânea do usuário aos Serviços de Pronto Atendimento.

Hospital de Pronto Socorro Municipal

O HPS foi inaugurado em 1944, tendo como missão a atenção à saúde, focada no trauma agudo priorizando o atendimento, sem excluir os demais casos de risco de morte, por procura espontânea ou devidamente regulados (considerando a capacidade técnica de atendimento), integrado a rede de saúde de Porto Alegre, respeitando os preceitos do SUS e da Cidadania, seguindo as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde e a legislação que lhe dá o arcabouço, promovendo ensino e pesquisa, estimulando o aprendizado e a produção científica mantendo a educação permanente relativa ao seu foco. Nos cabe também, auxiliar na criação e consolidação de fluxos que permitam o atendimento ágil e qualificado dos usuários com afecções clínicas agudas em conjunto com a Coordenação Municipal de Urgências e a Regulação Municipal, bem como a captação de recursos para atender as necessidades físicas, tecnológicas e de pessoal que temos previstas.

Na atual gestão da SMS/ PMPA, considerando a estruturação da Rede SUS no município de Porto Alegre (com foco na rede de atenção às urgências¹⁶ e emergências¹⁷), o HPS está classificado como porta de emergência e como um dos dois pólos de atenção ao trauma (juntamente com o Hospital Cristo Redentor). A definição da tipologia do hospital permitiu que as necessidades apontadas no P.M.S. 2010 - 2013 fossem contempladas.

¹⁶ Urgência - situação que demanda ação sem adiamento, para não se tornar uma emergência.
¹⁷ Emergência - situação crítica, imprevisto e risco iminente à vida.

Em 2010 deu-se início as modificações preconizadas na área física com a adequação da parte elétrica. No terceiro quadrimestre de 2011 iniciaram as reformas da emergência, unidade de coleta e transfusão e do setor de diagnóstico por imagem. Em dezembro de 2012 iniciou a reforma do bloco cirúrgico e sala de recuperação. Estas reformas tem término previsto para o primeiro semestre de 2014 e contemplam não somente a readequação de toda a área física, conforme determinam as normas atuais, bem como a atualização tecnológica. Além disso, o plano diretor do hospital foi reativado e revisado, preparando e planejando o HPS para as próximas décadas. O processo de revisão levou em consideração a readequação de todas as demais áreas do hospital à legislação vigente e ao perfil da instituição. A gestão do HPS tem se empenhado para captação dos recursos disponíveis e conta com a disponibilização de área física nas adjacências¹⁸ do hospital para acomodação daqueles seguimentos que não lidam diretamente com a assistência aos pacientes.

Os vestiários centrais masculino e feminino foram contemplados e estarão plenamente aptos para uso ainda em 2013.

Em setembro de 2012 foi introduzido o acolhimento com classificação de risco hierarquizada em cinco níveis. Isto só foi possível com a aumento do quadro de recursos humanos específicos para este fim (enfermeiros), que ocorreu em agosto de 2012. O acolhimento com classificação de risco permitiu a humanização e qualificação do atendimento e que fosse iniciado o referenciamento dos usuários à porta de entrada correta para a atenção demandada, bem como o respeito à tipologia previamente definida para este HPS.

Conforme a missão do hospital, todos os usuários com demandas agudas são atendidos. Aqueles que tenham tipologia diversa ao perfil do HPS são, após atendimento, orientados e referenciados.

O HPS participou em 2012 da elaboração do boletim de atendimento eletrônico e participa da elaboração do novo prontuário eletrônico, com o objetivo de qualificar os registros médicos e de enfermagem, coletar indicadores de maneira precisa e permitir a implantação de centro de custos com dispensação e faturamento em tempo real. Estes, seguem em construção e implantação pela SMS através da INFOREDE.

¹⁸ Adjacências - casas da Avenida José Bonifácio a serem desapropriadas (processos em andamento), que abrigarão áreas não assistenciais diretas, mas essenciais a atividade fim do HPS.

Foi criada em 2012 a Comissão de Ensino e Pesquisa (COMESP), unificando estruturas antes dicotômicas (Direção Científica - médica - e NEPENF - enfermagem) para ampliar a capacitação dos recursos humanos e promover educação permanente.

Também o organograma do HPS foi revisado em 2012, reestruturando formalmente as coordenações e situando o hospital dentro do organograma da SMS, de acordo com a hierarquização definida.

O HPS é referência para acidentes com animais peçonhentos e para as especialidades que atendem causas externas como: Buco Facial, Cirurgia Geral, Traumatologia e Ortopedia, Neurocirurgia, Oftamologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia plástica/ queimados, Politraumatizados. Neste cenário a Cardiologia é uma das áreas especializadas que serve de apoio assistencial.

A atual gestão do HPS fez o mapeamento qualificado das necessidades de recursos humanos e também as previsões de aposentadorias para os próximos cinco anos. Estes dados já foram apresentados a gestão central da SMS, que tem tomado as providências pertinentes.

Outro tópico que foi abordado com a seriedade que o problema merecia, foi a permanência de um número elevado de pacientes crônicos dentro de um hospital voltado para emergências. Com o empenho do nível central da SMS e do setor de Regulação em Saúde foram criados leitos de retaguarda. A maioria destes pacientes têm sido transferida com agilidade muito maior, permitindo que o HPS mantenha capacidade técnica disponível para atender aos pacientes com demandas agudas.

O HPS, de acordo com o CNES, possui 85 leitos de internação (neurocirurgia, traumatologia, cirurgias especializadas e queimados), 22 leitos em UTI Trauma Adulto (04 queimados de alta complexidade) e 08 leitos UTI Trauma Pediátrico. No Bloco Cirúrgico, três salas estão em funcionamento e a quarta em reforma; na Sala de Recuperação Anestésica, 04 leitos estão em reformas (recursos com mobilidade constante face ao andamento das reformas). A Emergência tem 14 leitos de observação. A capacidade instalada prevista para segunda metade de 2014 será de 10 leitos UTI em Trauma Pediátrico, 20 leitos em UTI Trauma Adulto, 08 leitos em UTI Queimados, 08 leitos em Internação de Queimados e 20 leitos em Emergência.

1.3.3.5 Regulação e Controle do Sistema de Saúde

O objetivo da regulação assistencial, é a disponibilização da alternativa assistencial adequada a necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada. O escopo da contratualização é estabelecer metas quantitativas e qualitativas que visam o aprimoramento do processo de atenção à saúde e de gestão hospitalar, formalizado por meio de convênios. Uma das maiores dificuldades é a fragilidade dos mecanismos de controle sobre o cumprimento das metas pactuadas entre gestor e prestador, é que não existe um controle sistemático *in loco* da realização das ações e serviços contratualizados.

O controle do gestor sobre o cumprimento dos contratos é realizado através de auditorias (denúncia gerada pelo usuário ou de outros órgãos ou instituições de controle social - MP, DENASUS, Comissões Permanentes de Acompanhamento dos Contratos).

A forma sistemática de o gestor exercer o controle do cumprimento das metas é através das Comissões Permanentes de Acompanhamento dos Contratos - CPAC's, que se reúnem, trimestralmente, com os respectivos representantes (prestador, gestor municipal e estadual, conselho municipal) que é um fórum onde são realizadas discussões, avaliações e deliberações que visam contemplar o cumprimento dos contratos.

A duração dos contratos até o momento tem validade de um ano (exceto Hospital de Clínicas que já possui o seu contrato dimensionado para cinco anos), podendo ser renovados anualmente, o que demanda um re - trabalho, propiciando um possível prejuízo no acesso da população aos serviços de saúde, pois a cada alteração de valores desencadeados por portarias ministeriais é necessário refazer o plano operativo dos prestadores contemplados e /ou que realizam os procedimentos reajustados. Isto tem um tramite administrativo que demanda tempo e, por muitas vezes é o motivo da não vigência dos mesmos, fator de impedimento de repasse dos valores pertinentes aos mesmos.

Em referência ao interesse coletivo, incluímos a programação pactuada integrada (PPI) que visa estabelecer referências interfederativas, tanto no âmbito municipal como federal, onde os municípios com maior capacidade de serviço

instalada e com condições para realizarem procedimentos de maior complexidade, se comprometem em ofertar parte desta capacidade para outros municípios ou estados, mediante realocação dos recursos financeiros conforme pactuação firmada. A partir deste acordo se forma a rede de referências, cujo compromisso assumido pelo município nesta pactuação deverá estar contemplada nas negociações com estes prestadores de serviços, ser observada pelos complexos reguladores (urgência, internação, consultas eletivas e exames). Nas negociações vigentes, Porto Alegre oferta 45% de sua capacidade de consultas eletivas para regulação estadual (30% metropolitana, 15% interior do estado). Quanto às urgências e as internações, a pactuação é variável dependente das necessidades específicas do estado, Ex: neurocirurgia Porto Alegre é referência somente para parte da região metropolitana, porém no procedimento de embolização somos para todo o estado.

Outro ponto importante é o aspecto dos serviços que devem ser contratados pela secretaria. Historicamente a contratualização era baseada na média de produção realizada pelo prestador e, com muita dificuldade para a aceitação, por parte dos mesmos, para o atendimento das necessidades do gestor. Como a tendência é que cada serviço atenda as suas vocações e de seu corpo clínico, e ainda não realizar procedimentos cujo custeio não cubram os custos reais, estes fatores levam a diminuição de oferta de assistência em algumas especialidades, gerando fila de espera interna e externamente ao serviço. Este é um dos principais motivos da demanda reprimida em consulta especializada em nosso município.

Complexo regulador

O Ministério da Saúde, com a proposição da Política Nacional de Regulação consolida um importante eixo para a gestão do Sistema Único de Saúde a fim de viabilizar a operacionalização por parte dos gestores na garantia de uma oferta regulada dentro de um fluxo que permita o caminho mais oportuno na resposta da necessidade do cidadão.

Esta política insere-se como um dos componentes do Pacto Segundo a Portaria/SAS/MS n.º 356, de 22 de setembro de 2000:

“O Complexo Regulador Assistencial ligado ao Sistema Único de Saúde compreende a concepção que institui ao poder público o

desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo”.

O Complexo Regulador é composto por uma ou mais estruturas denominadas Centrais de Regulação, que compreendem toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam.

As Centrais de Regulação atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e são classificadas em:

✓ Central de Regulação de Urgência: sua ação é executada conforme disposto na Portaria n.º 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, que é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. A partir do momento em que o paciente necessita de uma internação será acionada a Central de Regulação de Internações.

✓ Central de Regulação de Internações: é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados.

✓ Central de Regulação de Consultas e Exames: é responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia – SADT, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados ou não.

A regulação assistencial estabelecida na NOAS define que esta deva estar “voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”.

As ações de regulação para que sejam efetivadas no âmbito nacional passam por um posicionamento político fundamental, se fazendo necessária a conscientização de que estas ações trazem um ganho expressivo para o Sistema Único de Saúde - SUS, pois elas reforçam e qualificam as funções de gestão, otimizam os recursos de custeio da assistência, qualificam o acesso e, conseqüentemente, proporcionam aos usuários do SUS uma melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde. Sendo ações de impacto, que efetivamente

adequam o modelo de atenção à saúde vigente, permitem que a gestão pública institua melhor controle do acesso aos serviços ofertados e também um maior controle financeiro. Portanto, são ações que revolucionam e qualificam o SUS.

Os complexos reguladores têm como intuito de aperfeiçoar, de organizar a relação entre a oferta e a demanda qualificando o acesso da população aos serviços de saúde no SUS. Estas ações estão sintetizadas na Política Nacional de Regulação, construída em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e a Política de Regulação da Atenção à Saúde deve ter como objetivo implementar uma gama de ações meio 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 resolubilidade e da humanização destas ações. Deve, portanto articular e integrar mecanismos que permitam aos gestores regular as ações e serviços de saúde, tais como: fazer dos contratos pactos entre gestores e prestadores; reformular as atividades de controle assistencial e da avaliação da atenção à saúde; desenvolver os protocolos assistenciais e implementar a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores.

O Complexo Regulador é responsável pela ordenação dos fluxos das necessidades e das respostas às urgências, de atendimento especializado e de internações.

Central de Leitos de Porto Alegre - A Central de leitos de Porto Alegre (CERIH) que compõe o complexo regulador foi instituída em 2000 sendo responsável por regular internações que Porto Alegre seja referência estadual. Porém desde 2011, vem passando por uma reestruturação, onde se ressalta a informatização dos processos de trabalho, o redimensionamento dos recursos humanos e o planejamento interno de trabalho.

O sistema informatizado de gestão e regulação de saúde (AGHOS) permite contato em tempo real com os prestadores agilizando o processo de trabalho. Os prestadores geram solicitações de internações de urgência e eletivas e o sistema permite a visualização da situação atual dos leitos possibilitando acesso do cidadão de forma rápida e qualificada. Evidencia-se a morosidade no processo de trabalho, em alguns momentos, devido à precariedade das informações clínicas descritas pelos prestadores no sistema informatizado obrigando a equipe reguladora a utilizar

o sistema telefônico. É necessário organizar os mapas de referencia por tipologia de leitos .

Desde janeiro de 2011, quando se tornou possível o registro informatizado do número de regulações verifica-se um crescimento abrupto de solicitações de internações contabilizando 176.000 regulações que fornece uma média mensal de 7.300 regulações. O tempo de espera entre a solicitação de urgência e a autorização em 2010 era cerca 03 dias, em 2012 manteve-se em 01 dia e 17 horas o que se considera ainda um tempo alto.

Recentemente a CERIH participou de uma consultoria de gestão (PGQP) onde foram aplicadas algumas ações na dinâmica de trabalho, entre elas a elaboração do mapeamento de macro processos. Está em elaboração protocolos assistencial e de regulação que irão padronizar as condutas visando qualificar as internações.

A CERIH regula cerca de 46% dos leitos de UTI, 27% dos leitos de emergência e 30% dos leitos para internações eletivas. A meta é atingir regulação de 100% até o final de 2013. Considerando que como em dois anos atingiu-se o percentual de no máximo 46% de regulação de leitos será difícil o cumprimento da meta tendo em vista a complexidade da integração dos sistemas informatizados próprios dos hospitais com o sistema AGHOS da SMS.

Observa-se demanda reprimida em UTI adulto onde há uma média mensal de 220 solicitações de internação para uma média mensal de 168 vagas de leito resultando em uma demanda reprimida de 23,6%. A média é de 17 solicitações dia sendo que as solicitações são de leitos de maior complexidade, leitos tipo III, com pouca oferta nos hospitais de alta complexidade do município e no RGS que solicita em media 36% dos leitos existentes. Em 2012, 41% das internações em POA foram de munícipes de fora de Porto Alegre e no primeiro semestre de 2013 os percentuais foram de 58%

A psiquiatria é outra especialidade que, apesar de apresentar uma média mensal de 472,5 solicitações de internação para uma média mensal de 569,6 vagas de leito, possui demanda reprimida em decorrência das diferenças entre o perfil dos usuários dos serviços e as restrições dos prestadores. Diariamente são comprados leitos para suprir a demanda.

Há necessidade de adequação dos processos de trabalho da regulação hospitalar adequando ao perfil da necessidade: dependência química, menor de

idade, infantil, feminina, masculina e outros.

Regulação das Urgências - A regulação das Urgências é de responsabilidade da unidade reguladora do SAMU, sendo o Médico Regulador uma autoridade sanitária em sua região de abrangência.

O Médico Regulador do SAMU, ao ser acionado através do fone 192, tem a responsabilidade avaliar corretamente a necessidade do paciente, com subsídios em protocolos técnicos, de regulação e de classificação de risco e indicar a resposta adequada no menor tempo possível que a situação exige. De acordo com o caso, acionará os meios necessários para a atenção inicial do paciente e o transporte adequado ao ponto de atenção à saúde capaz de prestar o cuidado efetivo à necessidade do paciente. Também é atribuição do SAMU a comunicação com o serviço que irá receber o paciente. O SAMU regula todos os casos. Nas Emergências Hospitalares é realizado contato com a equipe médica para informar a situação clínica (raramente nos PA).

Cabe ao SAMU 192 de Porto Alegre o atendimento pré-hospitalar móvel dentro dos limites da Capital e ao SAMU 192 Estadual o atendimento nas áreas da 1ª e da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde, bem como do restante do Estado.

O SAMU Porto Alegre regula as Portas de Urgência da Capital e o SAMU Estadual regula as Portas de Urgência do restante do Estado, de acordo com a situação dos pacientes e a disponibilidade dos serviços.

Deste modo, fica estabelecido:

- ✓ Solicitantes de Porto Alegre acionam o SAMU 192 Porto Alegre.
- ✓ Solicitantes de outros municípios acionam SAMU 192 Estadual.
- ✓ SAMU Porto Alegre regula as Portas de Urgência de Porto Alegre.
- ✓ SAMU Estadual regula as Portas de Urgência dos demais municípios.

Nos casos de pacientes da região metropolitana, em situações de urgência, em atendimento pré-hospitalar pelo SAMU Estadual e com necessidade de atendimento de emergência na Capital, o Regulador do Estado deverá solicitar ao Regulador de Porto Alegre a indicação de uma Porta de Emergência da cidade, de acordo com a necessidade do paciente e a disponibilidade do serviço, conforme protocolos e fluxos estabelecidos. Cabe ao SAMU Estadual a comunicação com o serviço que irá receber o paciente para informar o quadro clínico do mesmo e ao SAMU Porto Alegre a confirmação da indicação.

Os serviços de saúde com portas de entrada no Sistema Único de Saúde sejam eles na Atenção Primária, SAMU, UPA ou Emergências Hospitalares têm suas referências de retaguarda hospitalar estabelecidas nas áreas de clínica e cirúrgica adulto, clínica e cirurgia pediátrica e trauma.

Ao solicitar uma internação hospitalar os serviços de saúde da Capital acionarão a Central de Internações de Porto Alegre e os demais municípios acionam a duas centrais conforme referências previamente acordadas: a Municipal de Porto Alegre e a Central de Internações Estadual.

Em casos de necessidade, por esgotamento da capacidade operacional ou tecnológica instalada nos serviços de saúde de sua área de atuação, a Central de Regulação do Estado poderá acionar a Central de Regulação de Porto Alegre, e vice versa.

Cabe aos Gestores Estaduais e Municipais a implantação e a qualificação dos sistemas de informações com conectividade entre as Centrais de Regulação das Internações, da rede de serviços e do SAMU, viabilizando o monitoramento da capacidade instalada em tempo real.

Para a regulação efetiva e qualificada das internações em situações de urgência há a necessidade de: mapeamento da tipologia e complexidade das portas de urgência, pactuando e ordenando a regulação das portas - SAMU com a rede de atenção a saúde. Também é necessária a elaboração de protocolos de regulação de urgências e a elaboração de protocolos assistenciais das principais síndromes clínicas da urgência definindo os níveis de complexidade de atenção bem componente prioritário para atendimento.

Componente Hospitalar - Tendo como base de consulta o CNES o município de Porto Alegre possuiu 5.570 leitos SUS, onde 1.409 são leitos cirúrgicos, 1512 são leitos clínicos, 604 leitos de Unidade de Tratamento Intensivo e os demais, destinados a outras especialidades. Sinaliza-se que ocorre divergência quando se compara esse número ao informado pelos prestadores o que leva a Gerência de Regulação de Serviços de Saúde (GRSS) a realizar, periodicamente, vistorias nos hospitais.

A oferta de leitos (anexo 3) está descrita por especialidades e não é totalmente restritiva no que se refere à necessidade de internação. Por exemplo, pacientes com pneumonia podem ser internados em leitos de gastroenterologia o

que não acontece nos leitos psiquiátricos e leitos de transplantes.

1.3.3.6 Vigilância em Saúde

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

As ações executadas pela Vigilância em Saúde são definidas em função do risco epidemiológico, sanitário e ambiental em saúde, existentes no Município e também definidas pelo Ministério da Saúde (Programação de Ações de Vigilância à Saúde – PAVS) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

A Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) atualmente se encontra dividida em Equipes nas seguintes áreas:

- ✓ Epidemiológica – Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis subdividida em Núcleo de Vigilância de Doenças Crônicas, Núcleo de Vigilância de Doenças Agudas e Núcleo de Imunizações;
- ✓ Sanitária – Equipe de Vigilância de Alimentos, Equipe de Vigilância de Serviços e Produtos de Interesse à Saúde, subdividida em Núcleo de Produtos, Núcleo de Serviços e Núcleo de Engenharia;
- ✓ Ambiental - Equipe de Vigilância de Saúde Ambiental, Equipe de Vigilância das Águas e Equipe de Vigilância de Zoonoses, subdividida em Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores e Núcleo de Vigilância de População Animal.

Licenciamento Sanitário - todo estabelecimento de pessoa jurídica ou física que produzir, fabricar, manipular, fracionar, comercializar, distribuir, armazenar, transportar, vender e entregar produtos e serviços de interesse à saúde deve requerer a Licença Sanitária junto ao Protocolo Central da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), obedecendo a critérios como a apresentação de documentos

que comprovem a existência legal, responsabilidade técnica, entre outros necessários, de acordo com a atividade requerida.

Ações Coletivas em Vigilância em Saúde – os processos de trabalho da CGVS são muito baseados em ações envolvendo outros entes, e por isso se desenvolvem de forma intersetorial e com caráter coletivo. Existem algumas ações de menor complexidade, porém de grande relevância, relacionadas direto à assistência básica que podem estar sendo desenvolvidas localmente por esses serviços, deste modo está sendo para as Gerências Distritais, serviços de saúde locais, também através dos Agentes de Endemias e Equipes de Saúde da Família.

Acesso a Fiscalização e Denúncias – as equipes da Vigilância em Saúde recebem demandas, denúncias, e outras solicitações através do telefone 156 e do Protocolo Central da PMPA.

Informação em Saúde – no intuito de sensibilizar e co-responsabilizar a população e o setor regulado e ampliar a disseminação do conhecimento, são realizadas orientações técnicas aos requerentes do Licenciamento Sanitário, reuniões com o setor regulado, oficinas de trabalho e orientações coletivas fortalecendo, desta forma, as atividades educativas e de informações em saúde.

Divulgação de Informações – as informações recebidas e geradas pela CGVS são disponibilizadas através do site da PMPA e/ ou boletins epidemiológicos, bem como por telefone direto nos ramais e/ ou celular de plantão, para assessoria técnica aos profissionais de saúde.

A CGVS tem se destacado pela utilização de ferramentas tecnológicas para suas atividades, como por exemplo, “Dengue Mobile” e informatização dos sistemas de notificação para integração entre os diversos entes, resultando numa melhoria na qualidade e agilidade das ações. Inova através de ações que servem de referência para outros Municípios e Estados, buscando a excelência em Vigilância em Saúde e rompendo com perfis tradicionalmente fiscalizadores, punitivos e cartorial, para investir em atividades de orientações educativas e intersetoriais, a partir do modelo de atenção da vigilância e da promoção da saúde. Assim, procura reforçar o

papel dos setores regulados, população, trabalhadores da saúde e gestores do SUS, e nesse sentido, necessita o trabalho integrado e participativo de toda a sociedade.

1.3.3.7 Atenção à Saúde das Pessoas Idosas

As ações do município voltadas para a saúde do idoso objetivam o desenvolvimento de medidas educativas focando o autocuidado e atitudes preventivas que visam a forma ativa de promoção de saúde e manutenção da autonomia, independência (funcionalidade) e qualidade de vida ao envelhecer.

No entanto, é importante salientar que muitos idosos em nosso município já envelheceram sem acesso a medidas preventivas adequadas. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os seqüelados de acidentes/ violências e de doenças cardiovasculares, os amputados por arteriopatias, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas.

Ao encontro das demandas, promoção e prevenção da saúde da população idosa e as implementações de ações específicas de recuperação e reabilitação no município de Porto Alegre são norteadas pelas diretrizes contempladas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006:

- ✓ Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.
- ✓ Estímulo a ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.
- ✓ Implantação de serviços de atenção domiciliar a partir de equipes de SAD- Programa “Melhor em Casa”- MS
- ✓ O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco.
- ✓ Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.
- ✓ Promoção do Envelhecimento ativo e saudável.
- ✓ Fortalecimento da participação social.
- ✓ Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.

- ✓ Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do sus.
- ✓ Promoção de Cooperação Nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.
- ✓ Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A PNSPI 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. Na Atenção Básica, espera-se oferecer à pessoa idosa e a seus familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito à cultura da região sul e às diversidades do envelhecer.

Neste sentido, em Porto Alegre, a Lei Municipal Nº 10.819 de 13 de janeiro de 2010 estabelece a possibilidade agendamento telefônico para consulta a pacientes idosos e pessoas com deficiência já cadastrados na unidade de saúde. O número de consultas agendadas por telefone é de 20% das consultas diárias disponíveis na unidade de saúde. No entanto, vale mencionar que nem todas as unidades disponibilizam esta alternativa. As unidades que têm equipes reduzidas ou ainda que tem outras formas de acolhimento optam por atendimento presencial.

Uma proposta técnica que vem sendo trabalhada no município de Porto Alegre toma como base a Política Nacional de Humanização e coloca o “Acolhimento” em todos os momentos do processo de atenção e de gestão que compõe a produção da saúde. Uma equipe atualmente composta por quatro profissionais (dois médicos, um enfermeiro e um dentista) tem visitado as unidades no sentido de estimular o uso do Acolhimento como política de acesso. Esta implica no desenvolvimento de ações pró-ativas, independente da formação do profissional, estimulando a escuta ampliada e um maior proximidade entre usuário/equipe.

No referente ao acolhimento do idoso, os profissionais de saúde vem sendo orientados a compreender as especificidades dessa população e a própria legislação brasileira vigente. Para isso, a equipe precisa estar atenta à dimensão subjetiva da pessoa idosa, ouvindo-a de forma integrada e buscando a real demanda de procura pela unidade de saúde. Muitos idosos encontram nas temáticas de saúde espaços para serem ouvidos e acolhidos e de alguma forma buscam cumprir nessa relação seu papel de cidadão e sujeito ativo. Neste sentido, a equipe é estimulada a ter uma

atitude respeitosa, considerando o idoso como capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas; Importante se dirigir a ele em primeiro lugar e não pressupor que o acompanhante deva ser o informado. Considerar que o idoso possa ter uma perda auditiva ou visual é relevante para o sucesso da intervenção. Portanto, a fala pausada e em tom de voz médio, linguagem clara e o contato visual facilitam a comunicação. O encorajamento e a crença na potencialidade do idoso certamente são ferramentas que ajudam no processo de desenvolvimento de atitudes preventivas de saúde, da adesão ao tratamento e de vinculação com a equipe.

O uso da Caderneta do idoso é ação estimulada pelo Ministério da Saúde que permite o acompanhamento do idoso de forma mais clara, estimulando a equipe e o próprio paciente a acompanhar, perceber e prevenir os possíveis agravos de saúde. Esta medida compõe a lógica de envelhecimento ativo e tem sido distribuída na rede de atenção primária de acordo com a disponibilização do MS. No momento o MS está editando a 4ª versão desta caderneta e a previsão é de que a mesma chegue ao município no segundo semestre de 2013 conforme informação verbal da coordenadora da A.T. Saúde da Pessoa Idosa, Maria Cristina Hoffmann.

Campanhas de vacinação da Influenza têm como público de risco e como prioridade as pessoas com mais de 60 anos. No ano de 2013, iniciamos a campanha pelas Instituições de Longa Permanência de Idosos. Estas são locais de grande difusão de doenças transmissíveis. Mais de 85% da população de idosos foi vacinada em Porto Alegre, campanha que ocorreu nos meses de abril e maio desse ano.

A redução da violência contra o idoso também é foco de trabalho de capacitação da rede de atenção primária, tendo em vista o aumento do número de vítimas e da baixa notificação e denúncia observada. A diminuição de acidentes de trânsito com idosos e a sexualidade preventiva e com segurança também estão sendo alvo de projetos e campanhas de conscientização, foram capacitadas 110 profissionais de saúde da rede de atenção primária de Porto Alegre.

A SMS participa ativamente do Conselho Municipal do Idoso (COMUI), incentivando a participação e o controle social da população idosa. No ano de 2013, ocorreram as pré-conferências municipais do idoso e no dia 24 de outubro está prevista a IV Conferência Municipal do Idoso, sendo a saúde um dos eixos temáticos mais debatidos pelos instrumentos de controle da sociedade civil.

A integração saúde-universidade tem sido estimulada a partir da adesão do município a programas do Ministério da Saúde com o Pet-Saúde e o Pró-saúde. Esta promove importante troca de conhecimentos, formação de profissionais com maior conhecimento de saúde pública e educação continuada dos servidores da rede de saúde. Alguns projetos aprovados destinam-se ao estudo das pessoas idosas, sendo meta da área técnica da saúde do idoso a ampliação deste público como alvo em pesquisas e intervenção acadêmica na rede de saúde. Atualmente, o PET-Redes aprovou projeto submetido pelo IPA- Centro Universitário com foco na Sensibilização e Capacitação de profissionais de saúde para a abordagem precoce ao uso abusivo de álcool por idosos.

Destaca-se o amplo envolvimento da Rede de saúde de Atenção Primária no sentido de incentivar a promoção e prevenção de saúde ao longo de todo o ciclo vital, favorecendo um envelhecimento ativo e saudável da população portoalegrense.

Reforça-se a necessidade de dispositivos de assistência integral ao idoso. Na atualidade, a atenção domiciliar é uma estratégia de acolhimento de pacientes dependentes de cuidados especializados e de sua família. Trata-se de uma alternativa para superlotações hospitalares, uma solução econômica em saúde pública e muito favorável para qualidade de vida de pessoas acamadas que tem condições de estar em suas casas. Evita-se com esta medida infecções oportunistas e estimula-se o contato afetivo com a família. Em Porto Alegre, ainda não há equipes EMAD- Melhor em Casa conforme a Portaria 2.527, de 27 de outubro de 2011. Este programa não se destina exclusivamente aos idosos, mas experiências referem que em geral 60 a 80% de seu público são pessoas com mais de 60 anos (comunicação oral, 26 de julho de 2013- Congresso Sul Brasileiro de Atenção Domiciliar- Ministério da Saúde/GHC- Porto Alegre-RS). Neste sentido, a implantação deste programa passa a ser necessária quando se objetiva assistência integral.

Apesar de ser o envelhecimento uma conquista da sociedade, em países em desenvolvimento como o Brasil, este ainda se coloca como um problema social, demandando adaptações culturais e investimento público. Nesse sentido, a valorização social da velhice inicia no fortalecimento da estrutura social primária, a família, na qual ocorre a mudança de percepção do envelhecer e do papel do idoso na sociedade. A efetivação do autocuidado biopsicossocial no processo de viver e o protagonismo de cidadania da pessoa idosa será fruto de uma construção cultural

que ofereça ao velho o status social de sujeito ativo e de saber, a qual se inicia na família.

Nesta linha, a necessidade de regulamentação se coloca em mais do que estimular, mas o efetivo “educar” para um modo de viver mais saudável em todas as etapas da vida. O município demonstra interesse por envelhecimento ativo quando no exercício da Educação, nos seus diferentes níveis, em especial nas escolas de nível fundamental e médio, contempla em sua grade curricular a disciplina gerontologia e possibilita a formação de sujeitos reflexivos quanto ao seu modo de viver.

É preciso dar ênfase que no atual momento a questão do envelhecimento populacional extrapola a responsabilidade e o senso individual, devendo ser tratada por seu caráter eminentemente coletivo e por pessoas investidas do poder público. Bobbio previne: "Mais velhos e mais anos de velhice: multipliquemos os dois números e obteremos a cifra que revela a excepcional gravidade do problema" (1997: p. 25). Especialmente para aquele que já envelheceu num contexto de dificuldades sociais, econômicas, culturais e de saúde, se fazem necessárias em Porto Alegre estruturas de recuperação e de proteção ao idoso em condição de dependência funcional que sobrevive em famílias negligentes ou impossibilitadas de prover o cuidado. Unidades de saúde e leitos de longa permanência e a formação de cuidadores comunitários são suportes político-sociais importantes para atender integralmente à pessoa idosa. Reforça-se que idosos fragilizados são hoje uma realidade freqüente no âmbito do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre.

Conforme o Estatuto do Idoso (Lei Federal nº 10.741 de 1º de outubro de 2003), cabe à Assistência social o acolhimento/abrigo de idosos em situação de risco social por adulto ou núcleo familiar negligente. No entanto, quando a situação de saúde se sobrepõe, a temática passa a ser compartilhada entre Assistência Social e Saúde, uma vez que atendimentos específicos de equipe de saúde não são obrigações da primeira, mas são referidos no Art 15 deste estatuto (atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural) como parte da atenção integral à saúde do idoso e precisa ser provido por intermédio do Sistema Único de Saúde.

1.3.3.8 Atenção à saúde das Pessoas com Deficiência

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em seu preâmbulo reafirma a universalidade, a interdependência, a indivisibilidade e a interrelação dos direitos humanos, assim como a necessidade de que as pessoas com deficiência tenham a garantia de poder usufruí-los sem discriminação. Harmonicamente é ressaltada a importância do reconhecimento da acessibilidade aos meios físico, social, econômico e cultural, à educação, à saúde, à informação e comunicação, visando o pleno desfrute de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência.¹⁹

A lei Complementar nº 681, no artigo 51-G, I e II²⁰, define deficiência como a perda ou anormalidade de uma estrutura fisiológica, anatômica e psicológica que gere incapacidade temporária ou permanente para o desempenho de uma atividade dentro do padrão considerado como normal.

A OMS estima que cerca de 15% da população mundial vivam com alguma deficiência. A Pesquisa Mundial de Saúde indica uma prevalência de 2,2% dos indivíduos com 15 anos ou mais enfrentam dificuldades funcionais significativas.²¹

Os dados do Censo 2010 do IBGE revelam que, aproximadamente um quarto da população do município informou pelo menos uma das deficiências investigadas. Na evolução histórica²² ocorreu um aumento de 66,92%. Em 2000 o percentual era de 14,3, atualmente é de 23,87%. Os dados referentes à incidência na capital são os seguintes: deficiência visual 249.804, motora 104.070, auditiva 80.753 e mental 23.581. Destes 202.372 são do sexo feminino e 134.048 masculinos. Já a distribuição por características étnico-raciais é a seguinte: a branca totalizando 266.390, a negra 67.917, a amarela 1.008 e a indígena 1.105 habitantes. Os dados, conforme faixa etária são: 120.927 idosos, 155.259 adultos, 42.884 jovens e na faixa etária de zero e 14 anos 17.350. A principal deficiência em todas as faixas etárias é a visual. Nos jovens a segunda maior é a auditiva e nos adultos e idosos a segunda

¹⁹ BRASIL. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>

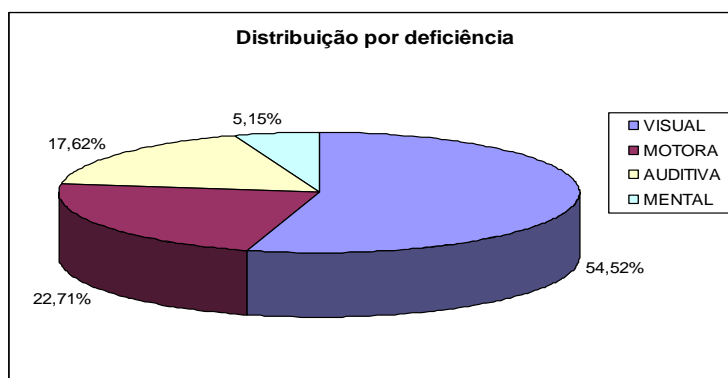
²⁰ PORTO ALEGRE. Lei Complementar n. 681, de 28 de setembro de 2011. Disponível em <<http://www.leismunicipais.com.br/cqi-local/showinglaw.pl>>

²¹ Relatório Mundial sobre a Deficiência/ OMS (2011).

²² Censo IBGE 2010 / ObservaPOA – Porto Alegre em análise.

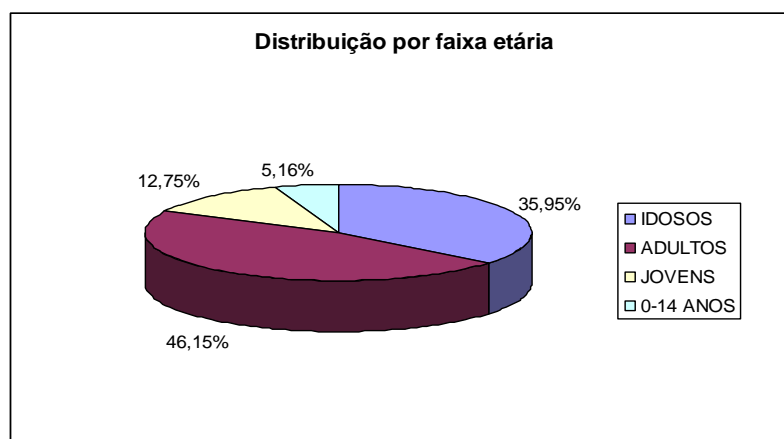
é a motora.²³ Seguem gráficos da distribuição por tipo de deficiência e por faixa etária:

Gráfico 61- Distribuição por tipo de deficiência



FONTE: ObservaPOA.

Gráfico 62- Distribuição de deficiência por faixa etária



FONTE: ObservaPOA.

A Rede de Atenção em Saúde das Pessoas com Deficiência, conforme Portaria Ministerial 793, é composta pelos seguintes componentes: Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomias e em Múltiplas Deficiência, e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

A Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde estão atuando no processo de transferência gradual da regulação da reabilitação para o município. Este processo possibilitará qualificação na regulação e consequentemente aprimoramento na gestão da rede.

Segue abaixo quadro com serviços de reabilitação em Porto Alegre:

²³

DATASUS, referência Censo IBGE 2010.

Quadro 44– Serviços de Reabilitação em Porto Alegre (SUS)

REABILITAÇÃO FÍSICA	
Serviços de Fisioterapia	Localização
Centro de Fisioterapia (referência para a Rede)	GD Centro
Centro de Reabilitação Santa Teresinha (referência para a Rede)	GD Centro
Clínica Reumatologia Medicina Física (referência para a Rede)	GD Centro
Fisioterapia Físio Abreu (referência para a Rede)	GD Glória/Cruzeiro/ Cristal
Fisioclínica de Porto Alegre (referência para a Rede)	GD Glória /Cruzeiro/ Cristal
Instituto Fisiot. Prof. Livio Rocco (referência para a Rede)	GD Centro
Sefil - Serviço Espec. Fisioterapia (referência para a Rede)	GD Noroeste /Humaitá/ Navegantes/ Ilhas
Centro de Reabilitação de Porto Alegre - Cerepal (referência para a Rede)	GD Noroeste /Humaitá/ Navegantes/ Ilhas
Centro de Saúde Vila dos Comerciantes - Centro de Reabilitação (referência para a Rede)	GD Glória/ Cruzeiro/ Cristal
Hospital Presidente Vargas (demanda interna)	GD Centro
Centro de Saúde Santa Marta no Cerest - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (demanda interna)	GD Centro
Centro de Saúde do IAPI (demanda interna)	GD Noroeste /Humaitá/ Navegantes/ Ilhas
Hospital de Clínicas de Porto Alegre (demanda interna)	GD Centro
Hospital São Lucas da PUC (demanda interna)	GD Partenon/ Lomba do Pinheiro
Equipes Multidisciplinares	
Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF	GD Glória /Cruzeiro/ Cristal
Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF / GHC	GD Noroeste /Humaitá/ Navegantes/ Ilhas
Programa de Atenção Domiciliar – PAD / GHC	GD Noroeste /Humaitá/ Navegantes/ Ilhas
Serviços de Reabilitação Física (Referências: macro metropolitana 1ª, 2ª e 18ª CRS)	
AACD - Associação de Assistência à Criança Deficiente	GD Partenon/ Lomba do Pinheiro
CEREPAL - Centro de Reabilitação de Porto Alegre	GD Noroeste /Humaitá/ Navegantes/ Ilhas
Hospital Cristo Redentor*	GD Noroeste /Humaitá/ Navegantes/ Ilhas
TRIAGEM E REABILITAÇÃO VISUAL	
Triagem Visual do Escolar	
Realizada nas US e ESF	Todas as regiões.
Teste de Triagem Visual e Neonatal	
Maternidades SUS: HNSC, Fêmeina, HCPA, H São Lucas da PUC, Santa Casa, HMIPV	Várias regiões.
Reabilitação Visual com equipe multidisciplinar Referências: Macrometropolitana (1ª, 2ª, 18ª), Serra (5ª) e Vales (8ª, 13ª e 16ª) CRS	
Hospital Banco de Olhos	GD Noroeste /Humaitá/ Navegantes/ Ilhas

TRIAGEM E REABILITAÇÃO AUDITIVA	
Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU)	
Maternidades SUS: HNSC, Fêmeina, HMIPV, HCPA, H São Lucas da PUC, Santa Casa	Várias regiões.
Hospital Presidente Vargas (HMIPV) realiza a Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) e disponibiliza para as UBS e ESF: 06 (seis) vagas semanais para a realização do teste da orelhinha em RN das maternidades não SUS.	GD Centro
RN, residentes em Porto Alegre, que falharem na Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) acessam a Central de Marcação de consultas do município a fim de realizar avaliação diagnóstica nos Serviços de Reabilitação Auditiva.	Todas as regiões.
US e ESF verificam o registro da TANU na Caderneta de Saúde da Criança, caso não tenha efetuado a triagem, agendam no HPV sua realização.	Todas as regiões.
Reabilitação Auditiva com equipe multidisciplinar (Referência estadual crianças até três anos e demais faixas etárias para 1ª, 2ª e 18º CRS)	
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	GD Centro
Hospital Nossa Senhora da Conceição	GD Noroeste /Humaitá/ Navegantes/ Ilhas

FONTE: GRSS / CGAPSES / ASSEPLA. *A Reabilitação Física do Hospital Cristo Redentor não iniciou seu atendimento. Estamos em negociação, em conjunto com o estado, para o início das agendas.

O município não possui serviço de reabilitação intelectual habilitado ou contratualizado. Não se conhece a exata dimensão das necessidades para reabilitação intelectual, estima-se que cerca de 1,6%²⁴ da população brasileira apresente deficiência mental. É evidente a necessidade de habilitação de pelo menos um componente de reabilitação intelectual no território do município.

O acesso aos serviços de fisioterapia pode ocorrer através de encaminhamento direto da Atenção Primária de Saúde.

Na Rede Estadual de Reabilitação (Serviços de Reabilitação Física, Visual ou Auditiva) o acesso é mediante encaminhamento de especialista que após solicitar o procedimento encaminham o paciente ao Centro de Cadastro de Prótese e Reabilitação no Centro de Saúde do IAPI, Rua Três de Abril nº 90, na Área 14, para realizar a sua inscrição. Os agendamentos são efetuados respeitando a ordem de cronológica.

Devido ao número limitado de novas vagas para ingresso nos serviços de reabilitação. Estão sendo elaborados Protocolos Técnicos e critérios de elegibilidade, visando assim qualificação no acesso aos Serviços de Reabilitação.

No componente visual, há um serviço habilitado que é referência para a

²⁴ MORAES, Ana Maria Silveira maçado et al. Prevenção da deficiência mental: conhecimento e percepção dos profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública, vol. 22, nº3, Rio de Janeiro, jan.-mar., 2006.

Macrometropolitana (1ª, 2ª, 18ª), Serra (5ª) e Vales (8ª, 13ª e 16ª) CRS, não há demanda reprimida. Os fluxos estão em processo de reorganização, visando o pleno aproveitamento dos recursos disponíveis.

No componente da reabilitação auditiva há demanda reprimida para pacientes adultos e idosos. Conforme informações do Centro de Cadastro de Prótese e Reabilitação no Centro de Saúde do IAPI, não há demanda reprimida de crianças até três anos de idade. Nos dados apurados em 04/03/2013 consta demanda reprimida de 1.328 pacientes.

Um dos grandes desafios para a Gestão Municipal é a reabilitação física. Vários são os fatores que contribuem para o crescimento das demandas, entre eles é importante destacar a elevação da expectativa de vida da população, as doenças cardiovasculares e as causas externas, que quando não causam morte deixam sequelas motoras importantes. Todos estes fatores têm impactado no crescimento das necessidades de reabilitação em especial a física. Porto Alegre é referência regional para reabilitação física. A Gestão Estadual e a Municipal estão atuando com vistas a ampliação da oferta nos serviços habilitados. Além das medidas citadas que visam ampliação e implementação evidencia-se a necessidade de habilitação de pelo menos mais um componente de reabilitação física, ou seja, Centro de Reabilitação com os componentes físico, intelectual e ou auditivo em consonância com as portarias do Ministério da Saúde e as necessidades regionais.

Está em implementação a transferência da regulação dos Serviços de Reabilitação estadual para regulação municipal. A reabilitação auditiva já está implantada na regulação municipal. Demais reabilitações (física e visual) em processo.

Os procedimentos básicos de odontologia são realizados nos serviços de atenção primária. Todos os cinco Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) existentes no município realizam atendimento para pessoas com deficiência.

Outro desafio é a ampliação e implementação do serviço de transporte para as pessoas com deficiência, além da ampliação da Rede de Reabilitação em especial nas modalidades intelectual, física e auditiva e em articulação com as Regionais de Saúde, o Grupo Condutor Estadual e a esfera federal.

Porto Alegre é integrante do Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, conforme Portaria 793, este tem como um dos papéis a implementação de Diretrizes Clínicas e Protocolos e acompanhamento das ações de

atenção à saúde definida para cada componente da rede. O município, em conjunto com os demais integrantes das regiões de saúde, em consonância ao Decreto 7.508/2011 elaboraram a matriz diagnóstica local com proposta de ampliação da rede. O Plano Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência, foi aprovado pela Resolução nº 283/13 – CIB/ RS.

A Secretaria Municipal de Saúde constituiu o Grupo Condutor Municipal (GCM) da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS, com representantes da FASC, SMACIS, CREFITO, CREFONO, Hospitais, Instituições de Ensino, ASSEPLA, CGAPSES e GRSS, assim como integram o GCM conselheiro/suplente do CMS e do COMDEPA. A SMS está também constituindo à Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência. O Plano de Ação Municipal da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência passará por apreciação do GCM, motivo pelo qual ainda não foi apresentado ao CMS.

Em função desta reorganização do governo federal - SAÚDE SEM LIMITE, os estados e municípios devem se organizar e elaborar conjuntamente a organização da rede de atenção em saúde da pessoa com deficiência. O Plano estadual “RS SEM LIMITE” envolve a articulação de várias secretarias entre elas: Secretaria de Acessibilidade, Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Esportes, Secretaria Municipal de Direitos Humanos entre outras. A Rede deverá atuar de forma integrada e articulada objetivando a máxima resolubilidade e qualidade dos cuidados nos componentes da rede. A jornada a ser trilhada é longa, entretanto, tudo isto contribui para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

1.3.3.9 Atenção à Saúde das Pessoas em Condições Vulneráveis

Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade

A situação de atenção à saúde para a população carcerária brasileira é bastante deficiente, várias doenças infecto-contagiosas, em especial, tuberculose e Aids, atingem níveis epidêmicos alarmantes. Negar o atendimento adequado a presos e presas deve ser considerado um caso grave e de impacto na saúde pública, que não só ameaça a continuidade da vida do preso, mas também da população fora das prisões, já que estes não se encontram totalmente isolados da sociedade.

A alta incidência de problemas de saúde decorre, em muito, do ambiente prisional que contribui para proliferação de doenças e contágios, doenças respiratórias, gastrintestinais e alérgicas são comumente relatadas pelos presos.

Em relação ao vírus do HIV atingimos em todo o país, níveis altos de contaminação, configurando-se em “um território ideal para transmissão do vírus”, conforme UNAIDS. Estima-se que 20% da população carcerária brasileira esteja contaminada.

Quanto a realidade local, considerando o Presídio Central de Porto Alegre - PCPA, que é um estabelecimento de passagem do preso sem condenação decretada, ou seja, tem sua permanência em um curto a médio período, as incidências epidemiológicas, tem como prevalências os problemas respiratórios, tuberculose e Aids/ HIV, seguindo o mesmo cenário brasileiro com o agravante de ter sido considerado em 2011, o pior presídio do país. Em 2012, quando o dado sobre situação de tuberculose passam a ser divulgados em relatórios, 74 casos/ ano foram detectados e estão em tratamento, considerando somente os presos ingressantes no sistema e uma média mensal de 40 casos ingressam. Com o vírus HIV, e em tratamento 73 casos no ano, também dos ingressantes, com média mensal de 12 casos diagnosticados.

As péssimas condições de higiene, da estrutura do prédio que sem celas ou galerias para a separação dos presos, seja por delitos, ou por debilidades de saúde tem muitas vezes sua situação de saúde precária e vulnerabilizada.

Com a implantação das equipes municipais de saúde prisional, desde de 2011, onde todo o preso e presa ingressante tem garantido atendimento médico, com oferta de exames e baseados em protocolos, já é possível verificar ganhos que repercutem na realidade da assistência a saúde nas casas prisionais. No entanto, como no caso do PCPA, tem-se um caminho a percorrer para romper um ciclo de “desassistência” culturalmente afeto nesta unidade, pois o rastreamento ou diagnósticos de doenças e doentes que estão em galerias, é difícil e dependente de uma série de fatores pré-estabelecidos pela segurança destas casas, como o comportamento dos presos ou presas, tipo de pena a ser cumprida, situações judiciais e o “modosvidentes” estabelecidos entre os presos (as) frente a um código próprio de conduta estabelecido.

No Presídio Central, um condicionante importante e que repercute no atendimento de saúde do preso são as progressões ou definições de penas, que

definem a movimentação judicial destes, qual seja, para cumprir a pena em outra penitenciária, fora de Porto Alegre, para regime semi, ou para liberdade. Nos dois últimos casos a perda do usuário é quase 100%, pois estes não se vinculam a serviços na rede pública. E, quando sentenciados, nem sempre a casa prisional acolhedora, mantém um serviço de saúde adequado ou tem equipe de saúde referenciada.

Situação diferente vivida na Penitenciária Feminina Madre Pelletier - PFMP, onde as mulheres presas são municipais, cumprem o total de sua pena, logo as ações em saúde podem ser realizadas pela equipe de saúde até a soltura desta presa. Na PFMP, em relação à situação de saúde, vale ressaltar que definições importantes contribuíram para o momento positivo que vem sendo alcançado. Com a construção de um novo estabelecimento prisional, presídio feminino no município de Guaíba, está sendo possível desenvolver atividades de rastreamento, de diagnósticos e prestação de assistência a todas as presas ingressantes ou de galerias. Em 2012, foi alcançado 100% de exames citopatológicos, oferta de teste rápido DST/ Aids, os exames pré-natal com estabelecimento de referência e contra-referência para parto, parto de alto risco, realizados no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e as emergências ginecológicas no Hospital Fêmeina. Cabe salientar que a PFMP, pioneira nesta experiência, mantém uma unidade materno-infantil, onde as presas ficam com seus bebês até estes completarem seis meses de idade, e em alguns casos, no prazo máximo até seus filhos atingirem dezoito meses de idade, desde que autorizado pelo Poder Judiciário.

Os leitos para população carcerária se encontram distribuídos em cinquenta leitos no Hospital Vila Nova, sendo 32 leitos clínicos e 18 leitos para dependência química e 03 leitos de alta complexidade Hospital Nossa Senhora da Conceição. No entanto, o acesso desta população ao atendimento contra-referenciado é bastante dificultado pela falta do apoio logístico de segurança das casas que não garantem a escolta para o deslocamento dos presos.

Em consonância com princípios legais e humanitários que regem os direitos da população carcerária também está o de acesso a atendimento em saúde mental. Avaliações psicológicas, atividades terapêuticas, oferta de medicamentos controlados com devido acompanhamento especializado são recursos que devem estar disponibilizados em todos os estabelecimentos prisionais e não somente dentro das casas prisionais destinadas a presos inimputáveis.

O uso e o grande número de usuários de drogas, por exemplo, dentro dos estabelecimentos prisionais reforçam a necessidade do atendimento e particularizam um modelo de atenção que considerem as ações de cuidado em saúde e as ações de proteção desempenhadas pela segurança. Na composição das equipes de saúde prisional estão contemplados os profissionais aptos a contribuir neste primeiro acesso, como o psicólogo e o assistente social, cujo enfoque seria de interligar e mediar serviços, ações da comunidade e familiares para as ações de benefícios a estes presos. No entanto, a complexidade deste atendimento precisa de apoios e sistemas de acesso, de fluxos que trabalhem em conjunto para sua organização.

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

Atenção à Saúde dos Povos Indígena

A Saúde dos Povos Indígenas consta no âmbito do Sistema Único de Saúde através da Lei 9.836 de 23 de setembro de 1999 e da Portaria nº 254/ MS de 31 de janeiro de 2002 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, nos estados. O município de Porto Alegre está situado no DSEI 28 - Litoral Sul que se estende desde o litoral do Rio de Janeiro até do Rio Grande do Sul.

Em 19 de agosto de 2010, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI, dentro da estrutura do Ministério da Saúde - uma reivindicação antiga dos povos indígenas. Durante o ano de 2011 a SESAI assumiu as atribuições da FUNASA e, ao longo de 2012, houve a reestruturação dos serviços em todo o território nacional e reiniciou o processo de pactuação da atenção à saúde com os estados e municípios que possuem populações indígenas.

Porto Alegre possui três etnias indígenas: Mbyá Guarani, Kaingang e Charrua que habitam as regiões: Lomba do Pinheiro, Morro do Osso e Morro Santana.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, estabelece que a atenção primária à saúde seja prestada nas terras indígenas ou nos pólos-base pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI – compostas, minimamente, por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento.

E que o controle social seja exercido através dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena que são instâncias de caráter deliberativo, paritário entre 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 estão representados no Conselho Nacional de Saúde e também deveriam estar representados no Conselho Estadual de Saúde e nos Conselhos Municipais de Saúde. Na instância estadual gaúcha e em Porto Alegre essa questão ainda não está resolvida.

Em dezembro de 2011, o Conselho Municipal de Saúde aprovou o projeto de implantação da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena – EMSI, em Porto Alegre. Atualmente o IMESF está em processo de elaboração do edital para abertura de concurso público para selecionar os profissionais que comporão a equipe.

Enquanto a EMSI não estejam constituídas, a atenção primária à saúde dos povos indígenas é executada por Unidades de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde próximos ao local de suas moradias. Sendo que a atenção especializada (consultas e exames), bem como as 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.

Quadro 45- Serviços de atenção primária à saúde indígena - Porto Alegre - 2012

Comunidade indígena	UBS/ESF
Núcleo Doméstico Mbyá Guarani Lami	Equipe Multidisciplinar do Pólo Base de Viamão
Comunidade Mbyá Guarani Lomba do Pinheiro	Equipe Multidisciplinar do Pólo Base de Viamão
Comunidade Kaingang Morro do Osso	UBS Tristeza
Comunidade Kaingang Lomba do Pinheiro	USF Panorama
Núcleo Doméstico Kaingang Jardim do Verde/Morro Santana	USF Vila Safira
Núcleo Doméstico Kaingang Vila Safira/Morro Santana	USF Vila Safira II
Núcleo Doméstico Kaingang Agronomia	UBS Vila Mapa
Núcleo Doméstico Kaingang Glória	UES Graciliano Ramos
Comunidade Charrua/ Aldeia Polidoro	USF Restinga

FONTE: ATSPI/CGAPSES/SMS

Obs: Os Núcleos Domésticos Kaingang da Agronomia e Glória, não estão cadastrados no SIASI/MS.

Atenção à Saúde da População Negra

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) tem em seu marco o reconhecimento do racismo como determinante das condições de saúde da população. A população negra apresenta dados sociais excludentes em decorrência do racismo, colocando esta população em situação de vulnerabilidade.

De acordo com as divisões territoriais empregadas na rede de saúde em Porto Alegre, as áreas com a maior concentração de população negra é a região Partenon e Lomba do Pinheiro com 27,2%, seguido da Região Leste - Nordeste com 27,1% e a Restinga extrema sul com 26,4%. É importante salientar que estas regiões são as que apresentam maior incidência de AIDS, Tuberculose, Mortalidade materna por causas externas/homicídio e Sífilis Congênita, sendo que em relação essas a população negra apresenta risco três vezes mais em comparação a população branca. Nos últimos anos conforme análises em alguns destes agravos tem se apresentado uma redução para a população branca, entretanto para a população negra a os índices tem aumentado a cada ano.

A população negra quando acometida por Hipertensão Arterial, Diabete Mellitus Tipo II, Miomas Uterinos não tem sido considerada grupo de risco, tendo seu atendimento e tratamento disperso entre os vários usuários do SUS. Conforme Ministério da Saúde, os agravos podem ser maiores, caso não receba atendimento adequado as suas especificidades na promoção na prevenção e tratamento destas

doenças.

Segundo os dados epidemiológicos do município de Porto Alegre, as políticas públicas de saúde não têm assegurado na universalidade o mesmo nível de acesso e qualidade de atenção de saúde quando se consideram os indicadores referentes à população negra.

A Secretaria de Saúde de Porto Alegre desde o ano de 2010, quando foi criada a Área Técnica de Saúde da População Negra, têm feito ações para a efetiva implementação da (PNSIPN), uma das primeiras ações foi de dar visibilidade ao problema. Na edição especial do Boletim Epidemiológico nº 44/2010, foi apresentado os indicadores de saúde da população negra. Nesta período pela primeira vez foi incluído no Plano Municipal de Saúde o diagnóstico situacional da população de Porto Alegre com o recorte raça/cor, resultando em várias metas no Plano.

Desde 2012, estão sendo realizadas campanhas em busdoor, cartazes, folder sobre o quesito raça/cor, buscando esclarecer a sua importância .

Outro avanço foi a inclusão do quesito raça/cor como campo obrigatório para o preenchimento das informações no Sistema AGHOS.

Uma das formas de incentivar que ações de promoção, prevenção e tratamento aos agravos da população negra fossem realizadas na rede de saúde foi a criação do prêmio Equidade em Saúde: população negra, que contou com duas edições em 2011 e 2012, através do reconhecimento dos serviços de saúde e artigos com um intercâmbio em Salvador e Moçambique respectivamente.

Entre os dias 20 de outubro e 20 de novembro acontece a mobilização nacional pró saúde da população negra, na qual esta área Técnica tem impulsionado a realização de ações desenvolvidas pelos próprios serviços de saúde desde o ano de 2010. Vale a pena salientar que a cada ano aumenta o número de participação dos serviços, e no ano de 2013 esta previsto o triplo de ações em comparação ao ano anterior.

Em relação ao Quilombos ações de reconhecimento foram realizadas, em especial ao Quilombo do Alpes, na qual passou por uma situação de rejeição por moradores da região que refletiu diretamente na Unidade de Saúde de referência, na qual a liderança deste Quilombo, somente alguns meses atrás passou a sentir-se pertencente a Unidade de referência e assim acessando este serviço, que teve um esforço conjunto com a GD CGC. Verifica-se a importância de garantir um agente

comunitário da comunidade quilombola, como uma política de inclusão, sendo assim a USF Alpes terá uma (01) vaga de agente de saúde reservada para um quilombola dos Alpes.

A Doença Falciforme tem sido um desafio na implementação da Linha de Cuidado, por este motivo foi criado um Grupo de Trabalho, para mapear e organizar o fluxo a fim de melhorar a qualidade do atendimento as pessoas acometidas com este agravo. Aliado a isto foi incluído na Relação Municipal de medicamentos o remédio Penve Oral (disponível nas farmácias distritais), substituindo o Penve Injetável.

Ampliando ainda mais esta ação foi realizado um Curso com enfoque para a doença falciforme, direcionado aos dentistas dos CEOs, ministrado por odontólogos especialistas na temática, da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. A capacitação objetivou instrumentalizar os profissionais dos CEOs que serão serviços de referência para as pessoas com doença falciforme.

Para propagar a PNSIPN e visando aprofundar a discussão foi publicado o Livro: “Olhares sobre a equidade em Saúde”, com a impressão de 1500 exemplares, lançado no Congresso do CONASEMS e no Congresso de Saúde Coletiva.

Para efetivar e consolidar a transversalidade entre as áreas, foram realizadas ações de prevenção das DST e AIDS nos terreiros e no Projeto Galera Curtição abordando a Saúde da População Negra.

Salienta-se também a elaboração do protocolo Saúde da Mulher Negra e a inclusão do exame Eletroforese de Hemoglobina nos exames solicitados para as gestantes.

Visando o conhecimento e divulgação para os futuros trabalhadores o tema também constou no conteúdo programático do Concurso do IMESF.

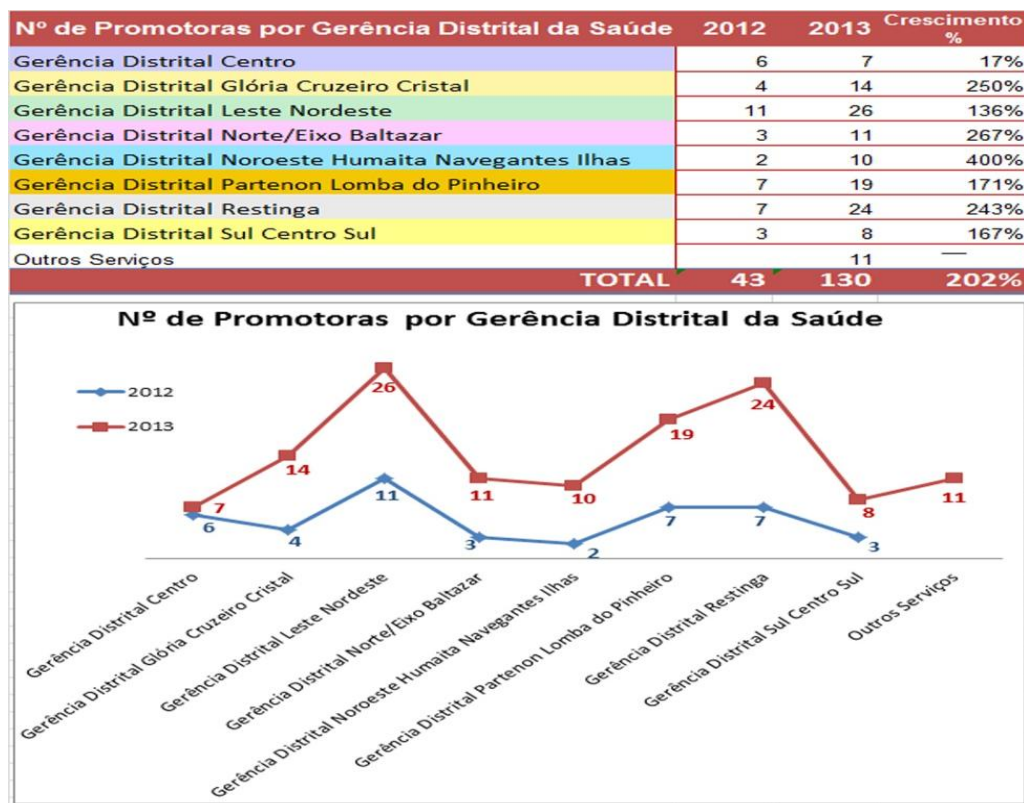
Estendendo ainda mais as ações, foi realizados um seminário com as universidades que tem campo de estágio na SMS, abordando o tema e sensibilizando-as para a possibilidade da inclusão da temática nos currículos. Vale a pena salientar que muitas universidades aderiram, incluindo a temática em seus currículos como aula e ou seminário. A PUC incluiu a transversalidade da saúde da população negra nos quatro projetos aprovados pelo Ministério da Saúde.

Destaca-se como de extrema importância o Projeto Promotor@s em Promoção da Saúde da População Negra, que tem por objetivo, fortalecer a implementação desta Política, no âmbito desta SMS. Através da atuação das

trabalhadoras de saúde, sociedade civil e CMS, os participantes são sensibilizados subsidiando para que promovam e multipliquem a referida Política. O curso é ministrado em em 96h.

Ao final do curso os participantes elaboram um projeto por região de saúde, a ser desenvolvidos nos seus locais de trabalho, os quais são monitorados através de reuniões bimestrais.

Figura 11- Número de promotoras para Promoção da Saúde da População Negra por Gerencia de Saúde



FONTE: AT Saúde da População Negra/CGAPSES/SMS

A Área Técnica também tem buscado o diálogo constante com Instituições e organizações a fim de potencializar seu trabalho tecnicamente e financeiramente, á saber: Ministério da Saúde, Organização Panamericana de Saúde, Fundo das populações das Nações Unidas, Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da Republica. Para o ano de 2014, já foi garantido o apoio do Ministério da Saúde, com registro no SINCOVI de R\$ 500.000.

A PNSIPN ainda não tem alterado significativamente a realidade da vida das pessoas, pois quando os dados são desagregados por raça/cor demonstram iniquidades, sendo assim necessidade de que esta política seja de fato e de direito incorporado nos processos de trabalho, nos instrumentos de gestão, monitoramento

e avaliação, para a efetivação dos princípios do SUS como universalidade, equidade e integralidade.

A proposta mais votada na última Conferência Municipal de Saúde foi a Implementação da Política Nacional de Saúde da População Negra bem como na Conferência Municipal de Promoção da Igualdade Racial.

Atenção à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis - LGBT

A respeito do acesso das populações LGBT²⁵ aos sistemas de saúde da rede pública indicam que estes grupos que, sabidamente são os que mais sofrem com discriminação social, racismo, desigualdades de gênero e repressão das suas sexualidades, são os mais vulneráveis à epidemia da AIDS e é exatamente nestes grupos que a epidemia continua a crescer. Diante disso, são necessárias mudanças nas estratégias de intervenções junto a estas populações, considerando-as como mais vulneráveis e a partir destas constatações, que sejam aplicadas estratégias reais de prevenção, a partir de políticas públicas que busquem intervir nas grandes desigualdades existentes.

A partir destas realidades, a avaliação da qualidade do atendimento no SUS para as comunidades LGBT mostra questões que extrapolam as associações simplistas relacionadas à orientação sexual e às identidades de gêneros. Entre os aspectos negativos apontados, aparecem o curto tempo destinado às consultas, dificuldades em agendamento e marcações de consultas e exames, bem como condições de trabalho e estrutura física apontadas como precárias.

Estudos apontam também a dificuldade de aplicação do conceito de equidade para estas populações, que resultam em invisibilidades nas questões de gênero e nas identidades sexuais.

Por fim no Eixo 2 - Determinantes e Condicionantes e Saúde e no item Atenção Primária em Saúde – Consultório na Rua deste eixo, encontra-se o perfil e a forma de acesso na saúde das Populações em situação de Rua.

²⁵ Adaptado do Artigo "Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde", de Elder Cerqueira Santos et al, publicado na Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology - 2010, vol. 44, nº 2, pp. 235-245.

1.4 GESTÃO EM SAÚDE

Por gestão em saúde entende-se a criação e a utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios de organização da política (Paim e Teixeira, 2006). Para fins de compreensão, os mesmos autores pontuaram política de saúde como a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao *poder* em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de *diretrizes, planos e programas* de saúde (*Policy*). Assim, a palavra *política* na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes (Paim e Teixeira, 2006, p. 74).

A gestão em saúde no Brasil, desta forma, acompanhou as orientações legais e dos gestores ao longo da história, sendo que a incorporação do Sistema Único de Saúde no país remeteu a uma reorientação das políticas de saúde até então vigentes. Em Porto Alegre, a qualificação da gestão do SUS apresenta desafios anteriores a sua constituição, onde destaca-se a não formalização de elementos básicos norteadores da ação gestora, até a dificuldade de formação e remuneração específicos para atuação neste campo.

Exemplo disto foi a fragilidade do planejamento do SUS em Porto Alegre até 2010, período de elaboração do segundo Plano Municipal de Saúde, em construção compartilhada com todas as coordenações. A partir desse diagnóstico, desde agosto de 2010 as equipes dos setores da gestão centralizada vêm atuando de modo a organizar as suas ações de forma articulada com os demais atores envolvidos.

Nos últimos dois anos, documentos importantes como relatórios de gestão, Programações Anuais e Planos Estratégicos específicos vêm sendo desenvolvidos e acompanhados utilizando-se, principalmente, de fóruns colegiados para construção, validação e acompanhamento. Entre estes, destaca-se o Grupo de Trabalho de Obras, o Comitê de Humanização, o Grupo de Trabalho de Territorialização e Regionalização, o Grupo de Trabalho de Articulação da Rede de Atenção à Saúde, a Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES), as equipes de monitoramento (ConsolidaSUS), além de fóruns com temas mais específicos e outros. Com isso, estão gerando documentos específicos e delineadores de uma política de saúde qualificada, de acordo com as necessidades da população, dos trabalhadores e dos gestores envolvidos.

Essa forma de agir em saúde aponta para uma “gestão em redes”,

compreendendo-se que a transversalidade dos planos de trabalho da saúde é o que potencializará a capacidade gestora para as mudanças necessárias com vistas à qualificação da rede de serviços públicos e do SUS como um todo.

Com esse enfoque, os Fundamentos Estratégicos da SMS são imprescindíveis ao alinhamento estratégico almejado pela gestão municipal. São eles:

Foco de atuação – Bem-estar em Saúde.

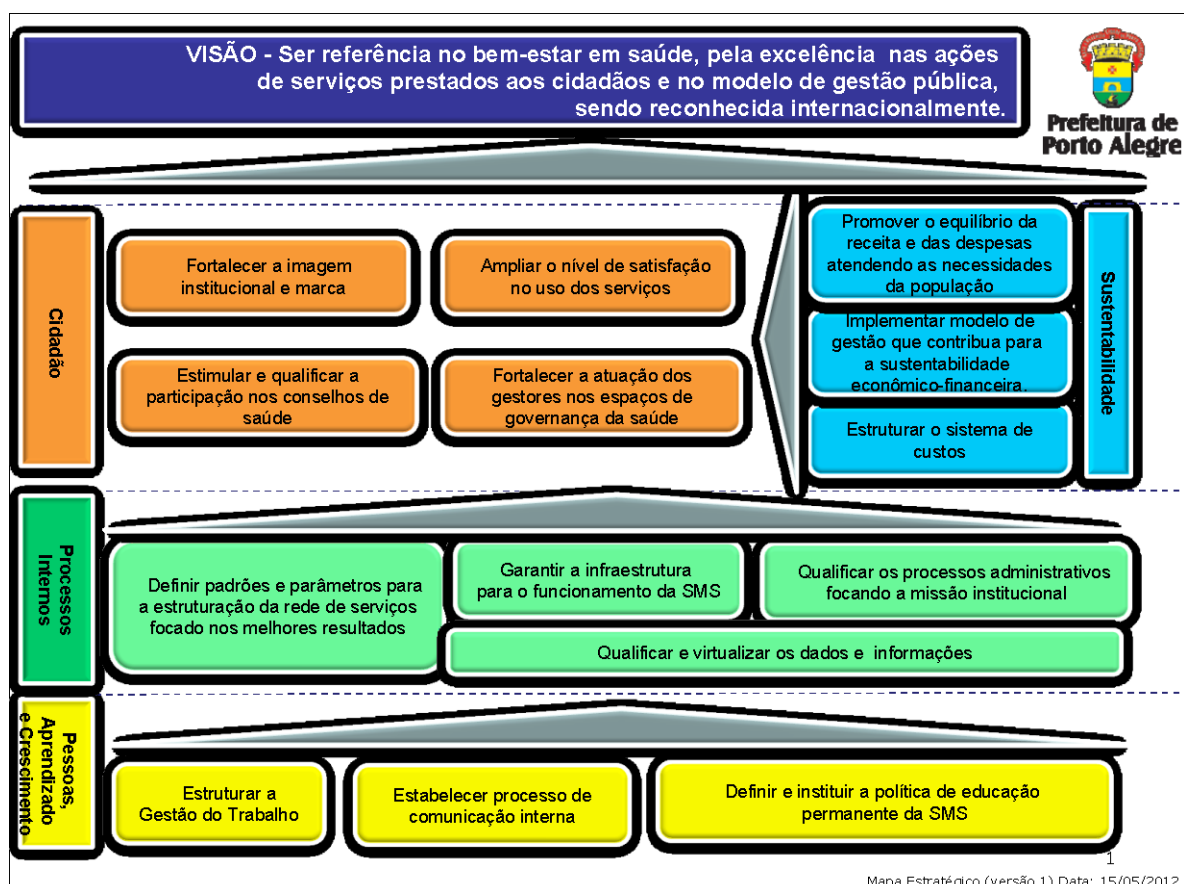
Missão – Promover o bem-estar em saúde, de acordo com as diretrizes do SUS, por meio de gestão única que garanta aos cidadãos o acesso universal, equânime e o cuidado integral, com controle social e respeitando as pactuações interfederativas.

Visão – Ser referência no bem-estar em saúde, pela excelência nas ações dos serviços prestados aos cidadãos e no modelo de gestão pública, sendo reconhecida internacionalmente. Para isso, atentando-se para as agências de acreditação e outros órgãos internacionais da área.

Princípios ou valores – Legalidade: cumprimento constitucional e das leis orgânicas da saúde; *Humanização em saúde*: valorização à vida, cidadão como foco da nossa atenção, democracia e equidade; *Cooperação*: trabalho em rede, atuação intersetorial e responsabilidade socioambiental; *Atitude ética*: profissionalismo, solidariedade, comprometimento, responsabilidade político-social e transparência; *Conhecimento, confiabilidade e inovação*: integração ensino-serviço-pesquisa e práticas inovadoras; *Valorização dos trabalhadores de saúde*: Reconhecimento institucional, educação permanente e desenvolvimento de competências (Conhecimentos, Habilidades e Atitudes).

Para o alcance da Visão, alinhada ao foco de atuação, aos princípios e à missão institucional, o conjunto de coordenadores que atuaram ao longo de 2012 desenvolveu o Mapa Estratégico da SMS:

Figura 12- Fundamentos Estratégicos da Secretaria Municipal de Saúde.



Com suas quatro perspectivas (Pessoas, Aprendizado e Crescimento; Processos Internos; Sustentabilidade; e Cidadão) versa sobre objetivos estratégicos a serem perseguidos por todos os atores envolvidos na gestão do SUS em Porto Alegre. Os objetivos estratégicos da SMS serão tratados a seguir, junto aos demais pontos indispensáveis a cada item.

Nesta perspectiva, os oito (08) itens deste capítulo versam sobre áreas estratégicas para a potencialização da ação gestora. Têm, assim, a função de subsidiar as áreas de atenção e de vigilância em saúde para a efetivação do trabalho em rede, com vistas a qualificar os indicadores de saúde da população.

Com o enfoque proposto, o Planejamento, o Financiamento, a Gestão do Trabalho e Educação Permanente, a Humanização, a Ouvidoria, a Comunicação, a Infraestrutura de Apoio e Logística, Participação e Controle Social são apresentadas a seguir.

Planejamento

O Planejamento é um processo que leva ao estabelecimento de um conjunto coordenado de ações visando à consecução de determinados objetivos (Paim e Teixeira, 2006, p. 76). Nesse sentido, para a SMS consiste principalmente na elaboração de planos e programas governamentais para dar conta das necessidades populacionais em saúde diagnosticadas pela gestão do SUS.

Em uma perspectiva nacional estratégica, “define-se como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS” (Caderno 2 PlanejaSUS, 2006). Da mesma forma, o planejamento do SUS em Porto Alegre também está sendo organizado para atuar de forma sistêmica, sendo que, para isso, tem ocorrido mudanças significativas na estrutura de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Até agosto de 2011, o setor responsável por assessorar o planejamento do SUS em Porto Alegre estava voltado principalmente para o acompanhamento temático das áreas técnicas (Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, DST/AIDS, Tuberculose, Saúde Nutricional e outras). Outras responsabilidades estavam atreladas ao cumprimento de instrumentos normativos de planejamento, em especial o Plano Municipal de Saúde e os Relatórios de Gestão, sem o destaque necessário.

A partir do momento que a SMS iniciou o processo de construção do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2010-2013 e de revisão dos relatórios de gestão, em agosto de 2010, foi diagnosticada a necessidade de ampliar o corpo profissional para atuar com esses instrumentos de gestão. Destaca-se, neste ponto, que a SMS não tinha seu PMS revisado desde 1992, data do seu primeiro Plano.

O Caderno 1 do PlanejaSUS (BRASIL, 2006) destaca responsabilidades comuns aos entes federados no planejamento, utilizando como referência o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006): (I) “formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente”; (II) “formular, no plano de saúde, a política de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde”; (III) “elaborar

relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente”.

Para esses três pontos, destaca-se na esfera municipal, respectivamente: (I) o processo intitulado ConsolidaSUS, composto por equipes de monitoramento regional²⁶ e a retomada do planejamento nos setores da gestão centralizada da SMS, ambos orientados pelas Programações Anuais de Saúde (PAS) e pelas necessidades de saúde inscritas como indicadores acompanhados nos relatórios de gestão; (II) a elaboração de planos setoriais e suas interfaces intersetoriais para todas as áreas da política de saúde, com vistas à convergir no Plano Municipal de Saúde (PMS) e na agenda política municipal; (III) acompanhamento e elaboração dos relatórios de gestão em co-gestão com todas as coordenações e com ampliação da divulgação interna e externa, seguindo as legislações vigentes e as resoluções municipais.

No período, além do exposto, cabe destacar a elaboração de planos estratégicos, como: (IV) a estruturação da territorialização e da regionalização voltados ao planejamento do SUS; (V) a estruturação de áreas ainda não constituídas, como a atenção às pessoas com deficiências, a promoção da saúde e as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs); (VI) a articulação para a elaboração das linhas de cuidado e fluxos assistenciais; (VII) o mapeamento de processos estratégicos e respectivos planos de melhoria; e (VIII) a revisão dos fundamentos estratégicos e a elaboração do mapa estratégico da SMS.

Para concretizar o trabalho apresentado, a mudança estrutural da Assessoria de Planejamento e Programação ocorreu em agosto de 2011, sendo composta uma equipe centrada nas estratégias de planejamento já descritas. Além disso, mudanças na legislação relacionada ao planejamento do SUS, em especial o decreto 7508/11 e a Lei Complementar 141/12, suscitaram a necessidade do setor de planejamento integrar com setor responsável pelo orçamento, até então com responsabilidade estrita do setor financeiro da SMS. Esta integração está em curso na SMS.

O direcionamento da ASSEPLA para a reestruturação do planejamento em todos os setores da SMS só foi possível por compreender que o Planejamento

²⁶ As equipes de monitoramento regional são um fórum permanente para o planejamento e o monitoramento das ações e da gestão em saúde das regiões de gerências distritais, sendo preconizada a participação dos gerentes distritais, dos membros das suas equipes, coordenadores de equipes de saúde locais, trabalhadores e usuários representantes dos conselhos distritais e locais das regiões, integrantes da ASSEPLA, da CGVS e das universidades quando a região é um Distrito Docente Assistencial.

Normativo, enquanto responsabilidade primeira do gestor municipal perante o Ministério da Saúde, pode ser utilizado enquanto ferramenta facilitadora do Planejamento Estratégico local. Desta forma, o uso ativo do Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual de Saúde e a associação respectiva ao orçamento, por meio da elaboração conjunta com o Plano plurianual e a Lei Orçamentária Anual, está contribuindo para institucionalizar a gestão com planejamento desde as regiões sanitárias do município até a gestão centralizada.

Esta atuação orientou a elaboração dos objetivos estratégicos acompanhados pela Assessoria de Planejamento e Programação (ASSEPLA) ao longo de 2012 e descritos no Mapa estratégico da SMS: 'fortalecer os processos administrativos focando na missão institucional da SMS' e 'definir padrões e parâmetros de estruturação da rede de serviços focando nos melhores resultados'.

Para a continuidade do projeto atual, de fortalecimento do planejamento do SUS em Porto Alegre, destaca-se que ele está orientado por três características preconizadas pela gestão da SMS. São elas a *co-responsabilização* (setores desenvolvem seu plano e metas de trabalho, diagnosticando seus processos críticos e propondo estratégias, metas e respectivas ações, ao encontro do diagnóstico e dos planos estratégicos da SMS), a *gestão compartilhada ou co-gestão* (com o planejamento da SMS monitorado e avaliado por gestores, usuários, trabalhadores e prestadores do SUS); e *espaços permanentes de gestão colaborativa* (canais permanentes para a participação no planejamento e na avaliação do SUS em Porto Alegre).

Pode-se afirmar que essas características serão consideradas diretrizes para o planejamento municipal do SUS em Porto Alegre. Com o exposto, considerando o diagnóstico do planejamento e as três diretrizes para a sua institucionalização na SMS, as dificuldades encontradas até o momento foram:

- ✓ na descentralização do planejamento, considerando a extensão da SMS na sua estrutura hierárquica e nas suas oito (08) regiões intramunicipais de saúde. Neste ponto, destaca-se que a descentralização do planejamento até o momento não incluiu os serviços de urgências nas equipes de monitoramento e que as equipes das gerências distritais são mediadoras potenciais para a disseminação do planejamento até os Agentes Comunitários de Saúde.
- ✓ na participação incipiente do Controle Social na agenda de planejamento

da SMS, considerando ser atividade recente a ser priorizada na agenda dos conselheiros;

- ✓ no interesse e na disponibilidade para o planejamento, acentuado pela existência de diferentes estágios do conhecimento sobre o tema entre os setores da gestão centralizada e entre os integrantes das equipes de monitoramento regional. Da mesma forma, tem-se a realidade de diferentes estágios de utilização dos seus dados epidemiológicos, de vigilância sanitária e de reuniões de equipe para o planejamento das ações de saúde no seu território;
- ✓ na adesão parcial ao Relatório de Gestão padronizado, pelo mesmo ainda não se configurar em instrumento efetivo de avaliação pela gestão e pelo controle social;
- ✓ na sistematização, padronização e disponibilidade dos dados, pela quantidade de dados em contraposição à limitação das tecnologias para auxiliar na alimentação e compilação dos mesmos. Nos últimos anos, essa dificuldade gerou uma densidade de sobretrabalho para as equipes de toda a SMS, ao exigir conhecimento e disponibilidade para o manuseio das bases de dados, o que por vezes não é uma realidade entre os servidores;
- ✓ na ausência de cultura de gestão de processos, alinhados à missão, visão institucional e considerando a complexidade do processo participativo no planejamento. Essa característica do processo participativo exige divulgação intensa e detalhada dos processos instituídos, de forma a agregar todas as equipes na sua execução e a evitar desassistência nos diversos pontos da rede de serviços;
- ✓ planejamento intersetorial incipiente, considerando que o método de trabalho por meio do Portal de Gestão e dos seus programas intersetoriais vem recebendo maior destaque na SMS a partir de 2011.

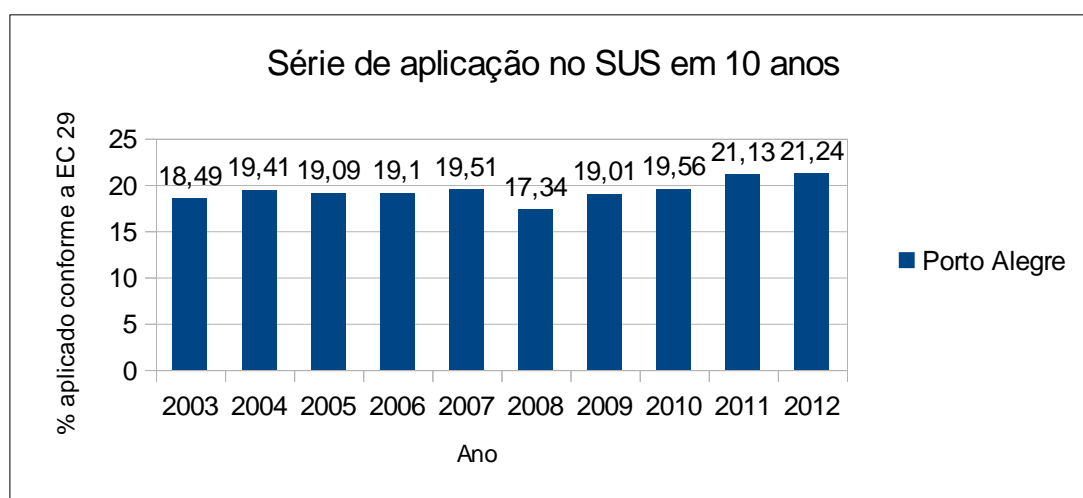
Financiamento

Por financiamento em saúde, compreende-se o aporte de recursos financeiros para viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde, implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal com recursos próprios da União, Estados e Municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

As transferências (regulares ou eventuais) da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Esses repasses ocorrem por meio de transferências 'fundo a fundo', realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os Estados, Distrito Federal e Municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais possam contar com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Ações e Serviços de Saúde.

Seguindo a Emenda Constitucional 29, Porto Alegre aplica mais que 15% em saúde mesmo antes da aprovação da referida Emenda. O Gráfico 1, a seguir, evidencia a aplicação em saúde dos últimos 10 anos.

Gráfico 63– Percentual de aplicação municipal em Saúde em Porto Alegre, RS, na série histórica de 2003 a 2011.



FONTE: SIOPS, em dezembro de 2012.

Na análise per capita, o município gastou 651,28 e 569,77 R\$/habitante/ano em 2011 e 2010 respectivamente, apresentando, da mesma forma, aumento do gasto na mesma proporção da aplicação dos recursos municipais para a área. Também no comparativo do gasto *per capita* com outras capitais Porto Alegre se destaca como a quarta (4ª) capital brasileira que mais aplica em saúde, conforme apresentado na Quadro 46, a seguir.

Quadro 46– Ranking das 10 capitais brasileiras com maior aplicação per capita dos recursos na saúde – comparativo 2010 e 2011.

	2011	2012
Belo Horizonte	749,82	900,93
Campo Grande	711,83	856,56
Teresina	693,54	806,85
Porto Alegre	651,28	775,03
Goiania	634,75	733,53
Cuiaba	622,79	713,12
Aracaju	612,04	702,4
Vitoria	592,96	667,79
Joao Pessoa	592,33	653,01
Curitiba	540,06	637,34

FONTE: SIOPS, em julho de 2013.

Essa realidade também foi possível pelo fato de, em 2011, o gestor municipal da saúde e o prefeito de Porto Alegre firmaram o Termo de Compromisso Municipal para a Saúde, que objetiva garantir a aplicação de 20% dos recursos municipais para a área. Trata-se de uma estratégia que visa à estabilidade de recursos financeiros disponíveis para a área e concretiza a responsabilidade do gestor local com o financiamento da saúde.

Conforme o SIOPS, o percentual aplicado para o SUS por esfera de gestão no ano de 2012 foi de 9,71% pelo Estado e 21,24% pelo Município, não estando disponível o percentual aplicado pela União no momento da coleta de dados. Ambos (SES e MS) ampliaram o financiamento para a saúde pública em Porto Alegre, com destaque para a SES que, mesmo assim, ainda apresenta a menor proporção do financiamento da saúde no município (Tabela 58).

Tabela 58– Percentual de recursos aportados para o SUS em Porto Alegre, por esfera de gestão.

Exercício 2012		
Municipal	R\$ 495.167.504,81	47%
Estadual	R\$ 37.530.693,38	4%
Federal	R\$ 516.034.193,65	49%
Total	R\$ 1.048.732.391,84	100%

FONTE: Sistema de Contabilidade da PMPA, em dezembro de 2012.

Destaca-se que esses foram os valores aportados, não podendo ser confundidos com os percentuais descritos na Emenda Constitucional 29.

Para além de discutir o quantitativo de recursos disponibilizados para a saúde, é importante também discutir a qualidade e as possibilidades de aplicação para a execução das políticas da área. Neste ponto, o MS disponibiliza recursos por meio de blocos de financiamento e projetos estratégicos de áreas definidas como prioritárias, enquanto que a SES disponibiliza recursos por vínculos orçamentários.

A partir de 2011, a SES adotou a prática de repasses, via Fundo Municipal de Saúde, de recursos para entes hospitalares em valores bastante substanciais. O problema é que não houve o devido atrelamento a metas de interesse do gestor local, dificultando o pleno exercício da regulação dos serviços por meio da contratualização.

A existência de recursos disponíveis nas três esferas de gestão do SUS também acompanha os desafios para a sua utilização plena. Neste quesito, destaca-se o formato da disponibilidade dos recursos a partir de blocos de financiamento do MS e seus projetos prioritários, bem como as regras para uso dos recursos estaduais e municipais, considerando os sistemas orçamentários e financeiros de ambos.

Os blocos de financiamento instituídos pela Portaria GM/MS 698/2006, não são fatores de dificuldades para a aplicação, uma vez que os recursos de cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações e serviços de saúde relacionados ao Bloco (art. 6º), que tem esfera ampla (p. ex. Atenção Básica). Entretanto, por questões regulamentares estaduais (Portaria 78/2008), a SMS enfrenta impedimentos acentuados para aplicação dos recursos de transferências mesmo federais, pois o entendimento da SES em relação à prestação de contas impede a livre transferência de recursos entre vínculos, mesmo que provenientes de um mesmo bloco de financiamento. Isto leva ao engessamento dos recursos orçamentários, com uma visão em 'caixinhas' que geram 'sobras' de recursos em determinados vínculos e esgotamento de recursos noutros vínculos que, por vezes, são fundamentais para a execução da política municipal de saúde.

Apesar da edição das novas regras para a prestação de contas de recursos da saúde (Lei Complementar 141/2012 e Resolução CNS 459/2012), a SES mantém o entendimento de fiscalização de uso de recursos por vínculo orçamentário. O resultado são as dificuldades para a correta aplicação dos recursos de transferências federais e estaduais.

Já sobre os recursos destinados aos projetos prioritários do MS, destaca-se a principal característica de incentivos que, por vezes, podem gerar armadilhas para a SMS. O risco está na adesão de programas incentivados pelo MS sem observar que os recursos podem ser insuficientes para a prestação de serviços com a qualidade e a temporalidade necessárias (serviços com perfil de campanha ou permanentes). Ou seja, ao incentivar determinados programas sem considerar as necessidades locais, o financiamento será pouco resolutivo e, conseqüentemente, pouco desejado pelo gestor municipal.

Na relação com a estrutura de financiamento estadual para a saúde, há evidências de um maior aporte de recursos nas ações e serviços públicos de saúde em relação aos últimos anos. Mesmo assim, a aplicação de recursos da esfera

estadual permanece inferior ao determinado pela EC29 (12% de aplicação para todo o Estado). Neste ponto, demasiado prejudicial é o entendimento de impossibilidade de remanejamento de recursos entre vínculos, inclusive dentro de um mesmo bloco de financiamento. O resultando é o impedimento da aplicação da maior aporte de recursos pela SES ao município.

As regras de financiamento das três esferas de gestão têm como contexto maior a Lei Complementar 141/2012, que regula a EC 29. Neste sentido, União, Estado e Município devem adequar seus sistemas de financiamento para garantir a articulação PPA e PMS e, por conseguinte, viabilizar o alinhamento entre a Lei Orçamentária Anual (LOA) e Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) com a PAS.

Na elaboração destes instrumentos, para iniciar o processo orçamentário é preciso definir programas (ou ações estratégicas) que busquem soluções dos problemas identificados, a partir de diagnósticos realizados. Cada programa constitui-se em uma das formas de expressão da política de saúde, cujo objetivo é produzir uma mudança na situação atual. O programa contém objetivos, metas (objetivos quantificados) e indicadores que permitem acompanhar, controlar e avaliar a sua execução.

O histórico da Prefeitura de Porto Alegre e da SMS é de elaboração e condução do PPA e do PMS de forma completamente separadas, diferenciadas. Conseqüentemente, a condução da LOA e da LDO com a PAS também seguem separadas. Esta é uma das principais razões para as dificuldades de entendimento das Secretarias da Fazenda, de Planejamento Estratégico e Orçamento e da Procuradoria Geral do Município sobre as necessidades do SUS em Porto Alegre. Essas distorções resultam na dificuldade da SMS em incluir o seu plano estratégico na Agenda Política Municipal, junto à base de governo e à sociedade.

Outras dificuldades relacionadas à condução do orçamento e do planejamento das ações em separado são:

- ✓ de compreensão e de atuação das áreas técnicas, áreas meio (apoio técnico-administrativo) e da gestão descentralizada da SMS (gerências distritais), de forma a contribuir na execução financeira conforme as regras vigentes (exposto acima) e os limites orçamentários e;
- ✓ de transparência para a sociedade e para o controle social no SUS, onde os meios de divulgações podem auxiliar na compreensão da sociedade sobre o planejamento integrado de ações e financiamento, que para os

prestadores deve ser visto por meio da contratualização.

Diante do exposto, a elaboração do PMS 2014-2017 está sendo direcionada para convergir com a elaboração do PPA do Município, com a LOA e LDO. Assim, definidas as prioridades dentro destes instrumentos de planejamento, serão identificados os recursos necessários para viabilizá-las e suas fontes de financiamento, que podem ter origem Municipal, Estadual e Federal, bem como atuaremos com vistas a cumprir o disposto na Lei Complementar 141/12.

Por fim, os desafios do financiamento do SUS municipal para o quadriênio 2014-2017 envolvem o alcance de maior eficácia na aplicação dos recursos disponíveis, com estratégias que visam a disseminar o conhecimento sobre essa área do SUS para toda a SMS e sua relação com o planejamento das ações em saúde. Para isso, há a necessidade de qualificar a área de captação de recursos e de elaboração de projetos para o recebimento de recursos, de forma integrada às áreas técnicas e setores com necessidades comuns, bem como de fortalecer a estrutura da equipe de financiamento e orçamento para tais atribuições e demandas. De forma a cumprir com estes desafios, os objetivos estratégicos relacionados à sustentabilidade do SUS municipal são: 1) Promover o equilíbrio da receita e das despesas atendendo às necessidades da população; 2) Implementar modelo de gestão que contribua para a sustentabilidade econômico-financeira e; 3) Estruturar o sistema de custos.

Gestão do Trabalho e Educação Permanente

Para a SMS, a Gestão do Trabalho e Educação Permanente no SUS são consideradas partes integrantes da política de qualificação da força de trabalho do SUS em Porto Alegre. Estão integradas na Coordenadoria-Geral de Administração e Desenvolvimento de Servidores da Saúde e têm interface em todas as coordenadorias e equipes da Secretaria. Desta forma, são tratadas a seguir e consolidadas conjuntamente no final do item.

Gestão do Trabalho

Para a realização das suas atividades envolvendo áreas meio e áreas fim, a SMS apresenta uma força de trabalho composta por servidores efetivos (municipais, estaduais e federais), cargos em comissão, servidores com contrato temporário (nos

termos da Lei Municipal 7.770/96) e funcionários celetistas contratados que trabalham na ESF. Conta, ainda, com postos de trabalhos terceirizados, os quais trabalhadores de área-meio (portaria, limpeza, vigilância, motoristas e recepção) são contratados mediante a realização de processo licitatório e com postos de trabalho gerenciados por prestadores de serviços de saúde contratualizados.

Com os vínculos apontados, o SUS em Porto Alegre conta com uma força de trabalho de 21.585 trabalhadores envolvidos com a saúde pública no Município, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para o período de competência outubro/2012. Além destes, com os profissionais da iniciativa privada, o Sistema de Saúde do município abrange um universo de 28.721 trabalhadores atuantes na prestação de serviços de saúde. Com isso, a prestação de serviços SUS absorve 75,1% da força de trabalho em saúde atuante em Porto Alegre.

Há de ser considerada a possibilidade de subnotificação ou supernotificação dos cadastros de profissionais atuantes no SUS e na iniciativa privada, a depender da sistemática de alimentação e pela compreensão de uso do banco de dados em questão. Essa afirmação suscita para a necessidade de qualificação nas formas de registro e monitoramento do CNES, para que reflita um panorama real da força de trabalho em saúde em Porto Alegre.

Especificamente no que tange aos servidores da Prefeitura de Porto Alegre, comparando os dados de 2012 e de 2011, verifica-se que houve um incremento na ordem de 3,21% da quantidade total de servidores efetivos, correspondendo um total de 5.559 servidores. Observando os grupos de cargos, constata-se que os quantitativos de cargos de níveis superior, médio e elementar apresentaram evolução de 3,19%, 6,54% e 3,47% respectivamente.

A evolução do quantitativo foi atenuada devido à saída de servidores das esferas estadual (-10,4%) e federal (-22,4%), impactando no quantitativo de trabalhadores na SMS (tabela abaixo). Para estes casos, as vacâncias deverão ser substituídas.

Tabela 59– Evolução da força de trabalho da SMS, por tipo de vínculo, período 2011-2012.

Vínculo	2012		2011		Variação %
	n	%	n	%	
Municipal	4706	58,01	4386	59,2	7,3
Estadual	576	7,10	643	8,67	-10,4
Federal	277	3,41	357	4,81	-22,4
Temporários	50	0,62	617	8,32	-91,9
Terceirizados	877	10,81	837	11,3	4,8
ESF	1626	20,04	575	7,76	182,8
Total	8112	100%	7415	100%	9,4

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

As mudanças de quantitativos de servidores pelas aposentadorias apontam para o tema das reposições, na qual as dificuldades estão no processo administrativo burocrático que não conversa com os seus resultados imediatos - vazios nos serviços e setores. Em 2011, a SMS identificou as necessidades de reposição conforme as próximas aposentadorias por tipo de servidor (municipal ou municipalizado), o qual embasou o plano de reposição daquele ano e de 2012. Com isto, pode evitar a desassistência em pontos como o Hospital Presidente Vargas (saída dos profissionais FUGAST), unidades de Atenção Primária e Hospital de Pronto Socorro (aposentadorias). Além destas, as reposições temporárias por Licenças de Saúde e outras licenças, exigem planejamento estratégico, sendo ainda um desafio para o próximo quadriênio na SMS.

Tabela 60– Evolução da força de trabalho da SMS, por origem.

Vínculo	2012	
	n	%
Municipal	4706	84,66
Estadual	576	10,36
Federal	277	4,98
Total	5559	100,00

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

De acordo com a Tabela 60, verifica-se que o quantitativo predominante na SMS é o de servidores de origem PMPA (municipários), com percentual de 84,66% sendo que as esferas estadual e federal (municipalizados) apresentam os

percentuais de 10,36 e 4,98%, respectivamente. Salienta-se que as reposições de servidores municipalizados estão sendo efetuadas por servidores municipais.

Em relação aos servidores contratados temporariamente, ocorreu uma redução (-91,9%) no quantitativo quando comparado 2012 com 2011. Essa redução é justificada pela criação do Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família (IMESF- Lei Municipal 11.062/2011), o qual inicialmente absorveu os ACS que estavam amparados pela Emenda Constitucional (EC) nº 51/2006.

O quantitativo de funcionários que atuam na ESF mostrou ampliação de 1.051 cargos, representando aumento de 182,8% comparado 2012 com 2011. Verifica-se, ainda, que para a execução da Estratégia de Saúde da Família a SMS conta com os seguintes convênios: Hospital Moinhos de Vento, Hospital Divina Providência, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Mãe de Deus, Hospital Ernesto Dorneles, Instituto de Cardiologia e Hospital São Lucas da PUC.

Essa parceria com as instituições de saúde é necessária, tendo em vista as condições impostas pela legislação vigente, que acabam por moldar a composição do SUS em todo o país, ao considerar a Lei de Filantropia e a atuação de instituições estaduais e federais em serviços de governabilidade municipal – “direção única em cada esfera do governo” (LOS 8080/90). Desta forma, cabe a SMS a administração e fiscalização dos contratos com os prestadores de serviços privados, como hospitais, clínicas, empresas de diagnóstico por imagem, exames hematológicos, dentre outros serviços, incluindo a gestão do trabalho definida pela SMS para o SUS em toda a cidade.

Neste ponto, as necessidades diferenciadas apresentadas pelos prestadores modelam as suas relações com os trabalhadores, o que nem sempre é positivo para a uniformização da gestão do trabalho do SUS conforme os objetivos do município. Este é um desafio para a SMS, tendo em vista as diferenças salariais, as dinâmicas de trabalho impostas pelos empregadores parceiros aos trabalhadores, as diferenças regionais em saúde e a priorização da APS como ordenadora da rede de cuidados.

Da mesma forma, a contratação e a atuação de trabalhadores terceirizados das áreas meio (higienização, portaria, manutenção, etc.) necessita orientação para direcionar as empresas terceirizadas contratadas a cumprir os requisitos exigidos pela SMS, com monitoramento constante, de modo que atenda exigências de

qualidade. O desafio, nestes casos, está na rotatividade destes trabalhadores, seja por organização da empresa, seja por questões pessoais dos próprios trabalhadores. Outrossim, a gestão, como contratante, permanecerá investindo no alinhamento, de modo a garantir a qualidade do serviço prestado, salientando as premissas de receptividade e acolhimento no tratamento aos usuários dos serviços de saúde.

Por fim, faz-se necessário reforçar situações de Gestão do Trabalho, que apresentam interface, inclusive, com outras esferas da PMPA, e que seguirão com ênfase e destaque para o quadriênio do Plano Municipal de Saúde, dando sequência à qualificação da gestão em consonância com a PMPA como um todo.

Nesse sentido, há de se mencionar a importância do Registro Eletrônico de Efetividade, iniciado em 2011, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em cumprimento à decisão de gestão em nível de Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), bem como adequando-se a um Termo de Ajuste de Conduta, emitido pelo Ministério Público. Para o período de 2014-2017 deverá ser ampliada a taxa de utilização do sistema de modo que seja possível o registro e o conseqüente acompanhamento da efetividade dos servidores na Secretaria como um todo.

Na mesma linha é preciso referir as Horas Extras, atualmente necessárias para a manutenção dos serviços. Sobre este aspecto, para o período de 2014-2017, a SMS dará sequência a gestão das mesmas no intuito de adequações necessárias sem comprometer a qualidade na prestação dos serviços.

Dimensionamento de pessoal

A gestão do trabalho, nos últimos anos, apresentou dificuldades no dimensionamento de pessoal específico para as áreas de atuação do SUS em Porto Alegre, com algumas exceções, como a ESF. Entre as áreas de atuação do SUS em Porto Alegre, destaca-se também a área administrativa ou 'áreas meio', que não tem destaque na regulação do trabalho e de seus processos, com conseqüente ausência de dimensionamento de pessoal.

A dificuldade inclui a ausência de histórico local e de referenciais para os diferentes serviços de saúde, como para os Pronto Atendimento, Centros de Especialidades, Equipes de Atendimento Especializado à Saúde da Criança e Adolescente e também os serviços ainda não incluídos no organograma da SMS.

Outro problema de monitoramento e qualificação da gestão do trabalho, como apontado, é a qualidade dos registros, o que inclui os registros locais e na base de dados nacional – CNES.

Isso posto, a previsão para 2014-2017 é de avanço no sentido do dimensionamento de pessoal, em parceria com Consultoria externa a ser contratada. Tal dimensionamento, é preciso destacar, está vinculado à conclusão da proposta de nova estrutura da SMS, que está em processo de fechamento para posterior validação pela Secretaria de Administração.

Há de se mencionar ainda, a elaboração de um Plano de Cargos Carreiras e Salários, ainda não disponível aos servidores da saúde, que envolvendo a mediação da equipe da gestão do trabalho da SMS com a equipe da Secretaria Municipal de Administração, responsável primeira por esta atividade. As tratativas em curso realizadas entre ambas as equipes visam a considerar as necessidades dos trabalhadores da saúde conforme as suas esferas de atuação e os processos de educação permanente. Para tal, pretende-se que, no quadriênio de 2014-2017, consigamos avançar na constituição de uma Mesa de Negociações do SUS na esfera Municipal, garantindo assim fórum específico de discussão democrática das demandas que envolvem os trabalhadores do SUS em Porto Alegre.

Absenteísmo

Entre os principais desafios para a gestão do trabalho no SUS está também o absenteísmo, que é um termo utilizado para designar todas as ausências dos trabalhadores no processo de trabalho devido a algum motivo interveniente. As ausências aos processos de trabalho acarretam vazios em postos de trabalho, além de custo financeiro à instituição. Por este motivo, o absenteísmo e suas causas (licenças de saúde, por exemplo) devem ser investigados e estudados, a fim de serem definidas ações voltadas ao seu enfrentamento.

Em 2010 a Secretaria Municipal de Administração (SMA) elaborou um estudo envolvendo Repartições da Administração Centralizada, considerando os anos de 2007, 2008, 2009, até junho de 2010. Dentre as conclusões, foi constatado que o afastamento por “Licença para Tratamento de Saúde (LTS)” correspondeu por 47,41% do total de afastamentos dos municipais de todas as Secretarias.

Entende-se que tal percentual deverá ser detalhado no quadriênio 2014-2017,

buscando identificar os agravos com maior frequência nos trabalhadores da SMS, de modo a estudar ações que incidiam sobre estes percentuais. Para tanto, é necessário que seja avaliada a elaboração de relatório contendo o código da “Classificação Internacional de Doenças (CID)”, de forma a não identificar os servidores nominalmente, mas suas formas de adoecimento na atuação junto aos serviços e áreas do SUS.

Com base no mesmo relatório da SMA, o quantitativo de servidores na SMS foi de 5.332, 5.212 e 5.145 nos anos de 2007, 2008 e 2009, respectivamente. Nos mesmos períodos, os percentuais de absenteísmo foram de 3,51%, 3,89% e 4,36%, evidenciando que, mesmo tendo diminuído o quantitativo de servidores, houve aumento no percentual de absenteísmo. Essa constatação fortalece a necessidade de análise técnica sobre a área.

Para a identificação e acompanhamento das causas de afastamento por agravos, a implantação do módulo Saúde e Segurança do ERGON (Sistema Informatizado para a Gestão do Trabalho na Prefeitura de Porto Alegre) ocorreu em setembro de 2012, sendo possível identificar a Secretaria ou Departamento de lotação dos servidores e a causa de doença por cargo, o que até esse momento era inviável. No entanto, a elaboração dos relatórios de afastamentos por local de lotação ainda não é possível.

É possível que o absenteísmo na SMS tenha sofrido alteração com a implementação do sistema de registro eletrônico de efetividade, que foi iniciado em agosto de 2011 e que já diminuiu as horas extras em aproximadamente 10%. Esta hipótese, no entanto, só poderá ser afirmada com um acompanhamento efetivo dos motivos de absenteísmo.

Atrelado ao absenteísmo, que gera um gasto improdutivo para o SUS, e ao registro eletrônico de efetividade, que visa evitar distorções no cumprimento da carga horária contratual dos trabalhadores da SMS, está o saldo de recursos financeiros utilizados na área. Nesta relação, constata-se que o montante liquidado com pessoal em 2012 foi de R\$421.499.994,27, o que significa 18,10% da receita realizada no ano (R\$2.328.524.320,87), conforme dados disponíveis no SIOPS.

Para o quadriênio 2014-2017, com a implementação do sistema de registro eletrônico de efetividade, compreende-se que temas como horas-extras e absenteísmo devem ter estudo aprofundado para verificar as consequências da implementação do sistema supracitado. A implantação do registro eletrônico de

efetividade modificou o cotidiano dos trabalhadores e exige uma nova relação de trabalho para gestores e trabalhadores, o que merece a revisão destes e de outros pontos em torno do novo sistema.

Além disso, a atuação para a prevenção do absenteísmo também merece destaque para o quadriênio. O acompanhamento do trabalhador, evitando problemas diagnosticados entre os motivos de absenteísmo não teve foco nos últimos anos na SMS, sendo o Comitê de Humanização responsável pelo desenvolvimento de algumas ações voltadas à saúde do trabalhador, mesmo que de forma discreta.

Também o atendimento funcional dos trabalhadores da saúde, centralizado na SMA, apresenta limitações pelo não acompanhamento de dados e informações gerenciais por parte da SMS. Estes dados e informações poderiam subsidiar as ações locais nesta área, identificando os principais problemas apresentados pelos trabalhadores, os tipos de serviço e as regiões destes casos. Apenas o HMIPV realiza o atendimento funcional dos servidores.

A inexistência de um processo validado e instituído de avaliação, diagnóstico e acompanhamento de saúde dos trabalhadores ainda permite condutas diferentes sobre os mesmos problemas. Há, assim, a necessidade de alinhar e redefinir o processo de trabalho da perícia médica, do acompanhamento funcional e outros pontos referente ao cuidado dos trabalhadores da saúde.

Com o exposto, destaca-se também a necessidade de estabelecimento da Política de Gestão do Trabalho no SUS em Porto Alegre, que estruture a gestão do trabalho (objetivo estratégico) e que seja reguladora da ampliação e da realocação de pessoal na SMS. Precisa incluir, ainda, a definição dos métodos para a realização do dimensionamento de pessoal que atenda à demanda dos diferentes serviços, baseado em critérios técnicos e epidemiológicos, bem como a definição do incentivo à qualidade na prestação dos serviços e das estratégias de humanização e de saúde do trabalhador.

Educação Permanente

A Educação Permanente na SMS está estruturada em dois eixos de atuação: a Qualificação Profissional e a Integração Ensino e Serviço, sendo que, neste momento, os eixos estão organizados de forma diferenciada, mas em franco processo de aproximação e articulação. Esta aproximação visa 'Definir e instituir a

Política de Educação Permanente da SMS' (objetivo estratégico).

No *eixo da Qualificação Profissional*, a Equipe de Desenvolvimento está em processo de recomposição. Conforme já havia sido identificado no PMS 2010-2013, o acréscimo da capacidade operacional da área se fez inerente às mudanças relacionadas à qualificação profissional, em termos de incremento nas atividades desenvolvidas por tal eixo. A estrutura atual deste eixo, no entanto, permanece defasada ao se considerar a complexidade de demanda relacionada à proposta de gestão estratégica das atividades de qualificação profissional.

A estruturação do eixo Qualificação Profissional pode ser visualizada nas seguintes ações que vêm sendo desenvolvidas e que serão foco no quadriênio 2014-2017:

- ✓ Constituição de Grupo de Trabalho com o objetivo de definir fluxos e rotinas de capacitação que se alinhem com a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) desde seu planejamento. Saliencia-se que a Portaria que previu a formação deste GT garante a participação de representantes do controle social, embora, na prática, ainda não tenha se efetivado, sendo este um desafio a ser superado;
- ✓ Identificação quanto à necessidade de qualificação de gestores na ótica da Educação Permanente, constituindo, inclusive, parcerias internas com outras secretarias da PMPA, buscando alinhamento amplo ;
- ✓ Constituição de Rede de Educação Permanente descentralizada, composta pelas grandes coordenações da SMS;
- ✓ Realização de turmas de Integração de Novos Servidores da SMS, proporcionando o acolhimento na SMS.

As demandas de qualificação profissional são principalmente aquelas que envolvem as áreas estratégicas da SMS conforme o PMS 2010-2013 e as Programações Anuais de Saúde. Visualiza-se o desafio de qualificar constantemente a identificação das efetivas demandas, planejando de forma alinhada às necessidades do SUS, bem como às possíveis lacunas percebidas pela gestão e envolvidos na execução das práticas.

Destaca-se, neste momento, o desafio da formação permanente de coordenadores e facilitadores institucionais (com atenção especial aos ligados a ESF e ao ConsolidaSUS). Para tal, a SMS está em processo de ampliação das

oportunidades na agenda de qualificação para a gestão (descentralizada) socializando-a para toda a SMS, mas ainda precisa avançar nas parcerias com a EGP, como vagas em cursos de interesse específico da gestão do SUS.

Estratégias que dão visibilidade à educação permanente incentivam os trabalhadores a buscar e participar dos momentos de qualificação profissional. Até o momento, as principais oportunidades ofertadas pela SMS para os servidores são qualificações de atualização em temas técnicos-assistenciais, sendo incipientes as estratégias educacionais para o gerenciamento, para o planejamento (o 1º Curso de Planejamento e Avaliação da SMS ocorreu em 2012) e para a educação permanente no SUS. Além disso, outras estratégias ainda são discretas ou inexistentes, como a disponibilidade de guias para as doenças mais prevalentes a todos os serviços de saúde da APS.

Como um novo momento de fortalecimento da qualificação profissional, o curso de integração de novos servidores vem introduzindo-os na SMS de forma mais integrada. Este processo está em consolidação e pode ser ampliado conforme as necessidades das áreas e funções dos novos servidores.

A capacidade de integrar novos servidores inclui outras estratégias ainda inexistentes e que podem ser planejadas e implementadas no próximo quadriênio, como o apadrinhamento de novos servidores por servidores mais experientes nos setores e equipes e a revisão e instituição do fluxo de recepção dos servidores ingressos, com integração entre setores da SMS e SMA.

No que compete ao *eixo da Integração Ensino e Serviço*, a Equipe de Desenvolvimento (ED/CGADSS) da SMS tem desempenhado um importante papel executivo junto à Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES).

A Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES) tem como finalidade elaborar e coordenar a implantação da Política de Integração Ensino e Serviço da SMS, avaliar e articular as propostas de ações de ensino-pesquisa-assistência das Instituições de Ensino, de acordo com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde e em conformidade com o Planejamento em Saúde da SMS, e analisar e formalizar as propostas de Cooperação entre Instituições de Ensino e a SMS que envolvam os interesses da municipalidade.

A CPES foi constituída no ano de 2011, através de representação do CMS e das diversas áreas estratégicas da assistência e da gestão SMS, no intuito de dotar a Secretaria de uma política e de capacidade efetiva de gestão da integração ensino

e serviço, organizando e formalizando as ações nessa área, que até este momento se realizavam de maneira informal e nem sempre articulada com o planejamento da gestão.

Nos dois anos de funcionamento da CPES, a formulação da Política de Integração Ensino e Serviço avançou, consubstanciando na Resolução 01/2012, na formalização das relações com as Instituições de Ensino, através da assinatura e gerenciamento de Termos de Cooperação Técnica, e na capacidade de gestão e de monitoramento das ações.

Atualmente, a entrada dos estudantes nos campos de prática da SMS é gerenciada através dos Planos de Atividades de Ensino em Serviço e dos Termos de Compromisso, que são avaliados pela ED/CGADSS e realizada a tramitação administrativa da documentação pela Equipe de Estágios/CGADSS, incluindo a comunicação às chefias dos serviços a autorização para o início das atividades dos estudantes no campo.

Como cenário de prática, a SMS recebe estudantes dos três níveis de ensino (ensino médio/técnico, graduação e pós-graduação), tendo sido campo, no ano de 2012, para 4495 estudantes, conforme tabela abaixo (dados do Relatório Anual 2012).

Quadro 47- Quantitativo de estudantes por modalidade de ensino em serviço

Modalidade de Ensino em Serviço	Nº de Estudantes
Estágios Remunerados*	383
Estágios Não Remunerados	955
Observação Orientada, Prática Curricular e Estágio na ESF	2799
Especialização e Residências Externas	285
Residências Próprias	73
Total	4495

*Considerando que a fonte dos dados dos estágios remunerados é referente ao nº de estagiários com Termo de compromisso vigente no dia 31 de dezembro de 2011 e 2012, devido ao caráter não cumulativo dos dados disponíveis no sistema, representam apenas o recorte do dia, podendo o dado apresentado estar subestimado.

Objetivando a qualificação e ampliação das ações de integração ensino e serviço, descrevem-se as seguintes linhas de ação em vigência na SMS, também foco de ação para o quadriênio 2014-2017:

- ✓ Investimento na consolidação da Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES), com a participação das coordenações estratégicas da SMS e do Conselho Municipal de Saúde, como instância de gestão e qualificação

das ações de integração ensino e serviço, e integração com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através da inclusão de um representante do CPE na CPES;

- ✓ Aperfeiçoamento das normas reguladoras e investimento na estrutura operacional da CPES, visando dotar a SMS de capacidade de gestão sobre as ações de ensino em serviço, superando a cultura da informalidade;
- ✓ Qualificação da integração ensino e serviço, através de projeto pedagógico de inserção da Instituição de Ensino no cenário de prática e da sua formalização através de dispositivos administrativos (Termo de Cooperação Técnica, Planos de Atividade, Termos de Compromisso), garantindo a corresponsabilidade entre as instituições formadoras e os serviços de saúde.
- ✓ Estruturação dos Distritos Docentes-Assistenciais (DDAs)²⁷ como territórios de referência para as ações das Instituições de Ensino. Neste ponto, destaca-se a necessidade de avançar na estruturação do DDA da Gerência Sul/Centro Sul, no reconhecimento do DDA Centro com a pluralidade de instituições de ensino que nele atuam, bem como reconhecer o DDA Restinga/ Extremo Sul a partir das instituições que já atuam no ensino em saúde da região (Irmandade Santa Casa).

Face o exposto, os objetivos futuros da Integração Ensino e Serviço são:

- ✓ direcionar as ações de ensino em serviço de acordo com o projetos e as prioridades da rede municipal de saúde;
- ✓ criar sinergia entre os diferentes cursos e disciplinas que atuam nos serviços municipais e destes com a rede assistencial, através do aprofundamento e continuidade dos projetos ao longo do tempo;
- ✓ articular os processos formadores e assistenciais, buscando a qualificação dos profissionais, a mudança das práticas assistenciais e a produção de conhecimento para a melhoria constante da atenção à saúde;
- ✓ contribuir para a reorientação da formação profissional para as

²⁷ As atividades de ensino em serviço das grandes instituições estão sendo direcionadas para distritos sanitários específicos, constituindo os DDAs, que são coordenados por Comissões de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL), compostos por representantes da Gerência Distrital, da CPES, do controle social (CMS) local e das Instituições de Ensino com atuação no território. Os DDAs tem o objetivo de integração das ações educacionais com as atividades assistenciais, buscando a sinergia das diversas ações e a colaboração e integração entre os diferentes cursos e disciplinas das instituições de ensino.

necessidades do SUS.

A constituição da Política de Educação Permanente da SMS será estruturada pela articulação dos dois eixos acima descritos e pela consolidação da Rede de Educação Permanente da Secretaria, como uma rede integrada pelas estruturas descentralizadas constituída nos últimos anos: ED/CGADSS; Núcleo de Educação Permanente em Urgências/Coordenação Municipal de Urgências – NEU/CMU; Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem do HPS - NEPEnf-HPS, Direção Científica–HPS e SAMU, Assessoria de Ensino e Pesquisa – ASSEP-HMIPV, CEREST, GSSM, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) e NEP-Coordenação Geral da Atenção Primária e Serviços Especializados e Substitutivos (CGAPSES). Essa Rede de Educação Permanente deve coordenar as estratégias de qualificação dos profissionais de saúde e de integração ensino e serviço, com vistas a convergir para as prioridades de desenvolvimento profissional das áreas de atenção, vigilância e gestão da saúde, segundo as Programações Anuais de Saúde (PAS) e em acordo com Política Nacional de Educação Permanente.

Pretende-se que o processo de articulação culmine na transformação da CPES em Comissão de Educação Permanente em Saúde - CPES, agregando as ações de Qualificação Profissional e de Integração Ensino e Serviço. Deste modo, estaremos contribuindo, em parceria com as instituições de ensino e o controle social, para a construção de estratégias e tecnologias para reorientação da formação técnica e acadêmica, para que os futuros profissionais estejam habilitados a responder às reais necessidades da população, para a mudança das práticas assistenciais e a produção de conhecimento para a melhoria constante da atenção à saúde.

Considerando a importância estratégica do conhecimento na atenção à saúde, a dimensão e a complexidade da rede municipal de saúde e a necessidade de qualificação dos processos de trabalho considerando as diretrizes do SUS e necessidades da população, faz-se necessário constituir uma estrutura dedicada à implementação da Política de Educação Permanente, na forma de uma Escola Municipal de Saúde Pública, com infraestrutura e equipe técnica com capacidade operacional para implementar as ações de educação permanente.

Com o apresentado para a Gestão do Trabalho e para a Educação Permanente, é possível afirmar a necessidade da articulação entre essas duas subáreas da gestão do SUS. Neste sentido, é importante destacar que a SMS vem

atuando com uma estrutura parcialmente formal, com serviços ainda inexistentes e outros com inadequações na estrutura organizacional (InfoRede, CEREST, GRSS, CEO e outros serviços e setores), o que desvaloriza a atuação dos profissionais e o dimensionamento das reais necessidades em pessoal e qualificação profissional.

A Gestão do Trabalho, com o gerenciamento de pessoal, e a Educação Permanente, com o gerenciamento dos processos de integração ensino-serviço e de qualificação profissional, devem articular-se para modernizar a estrutura funcional, considerando as coordenações setoriais e as equipes na gestão centralizada e descentralizada, bem como as capacidades para assumir tais funções.

Comitê de Ética em Pesquisa

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMS foi criado em 2005, a partir das disposições expressas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 196/1996. Teve o seu credenciamento na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) efetivado em 16/09/05, através da Carta N° 937 CONEP/ CNS/ MS, e renovado em 2010. Os membros do CEP foram designados pelas portarias N° 374, N° 558 e N° 711. Desde sua criação até 2013, foram mais de 900 projetos de pesquisa avaliados.

O CEP constitui-se em um colegiado interdisciplinar e independente, criado para salvaguardar: a integridade, a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do sujeito da pesquisa, contribuindo no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, pode concluir pela aprovação ou não do protocolo, coincidindo ou não com a apreciação de outro CEP.

No município de Porto Alegre, o CEP da SMS está constituído por uma equipe multidisciplinar e multiprofissional, incluindo representantes da área da saúde e de outras áreas do conhecimento, conforme a portaria que o institui. A participação como membro do CEP é voluntária, sendo que a escolha para cada mandato é realizada através da candidatura dos profissionais interessados. De todo modo que o processo deve ser transparente e claramente divulgado, visando a obter a legitimidade necessária ao CEP para que haja o devido respeito às suas decisões.

A presença de representantes dos usuários é essencial para que o CEP

possa ter a manifestação (a opinião) daqueles que utilizam os serviços da instituição ou que mais frequentemente podem participar dos projetos como voluntários. Entre os métodos para escolha de representantes de usuários pode ser solicitada indicação ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) ou associações de usuários já estabelecidas e em contato com a instituição, além de outras associações da sociedade civil afins, como associações de portadores de patologias, associações de moradores, associações de mulheres, de idosos, etc. (conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS n.240/97).

Em 2013 deverá houve a renovação dos membros do Comitê de Ética, com a indicação de novos integrantes, assim como do representante dos usuários. Atualmente são oito membros, sendo dois médicos, quatro enfermeiros, uma bióloga e um licenciado em História. Por recomendação do Secretário Municipal de Saúde, todos os projetos devem ser avaliados pelo CEP SMS antes de sua execução nas unidades e serviços da rede municipal de saúde.

Projetos analisados

No ano de 2012, o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS recebeu 121 projetos para apreciação ética, provenientes de instituições de ensino e pesquisa municipais, regionais e nacionais.

Conforme apresentado na tabela 57, a maioria dos trabalhos submetidos referem-se à projetos de conclusão de cursos de graduação, representando 35,5% do total de protocolos avaliados. Nessa modalidade predominam os cursos na área da saúde, em especial os de Fisioterapia, Enfermagem, Psicologia, Nutrição e Fonoaudiologia, entre outros.

Os projetos de cursos de Especialização e Residência são também muito frequentes, representando 22,3% e 15,7% dos projetos avaliados em 2012. Estudos de caráter acadêmico, para mestrados, doutorados e pós-doutorados representam, somados, 8,9% dos projetos submetidos ao CEP.

Projetos definidos como institucionais são aqueles em que a instituição proponente desenvolve, usualmente por demanda da própria instituição ou pesquisador. Em 2012, foram 10 projetos, constituindo 8,3% do total. Outras modalidades, como projetos multicêntricos nacionais, ou com cooperação estrangeira, representaram somados, 5,8% dos protocolos avaliados.

Projetos considerados como prescritos são aqueles que não atenderam às pendências solicitadas no prazo requerido (60 dias) e devem ser novamente submetidos para a sua realização. Em um caso, um projeto não pode ser avaliado por já ter sido concluído. A apreciação ética, conforme definido na Resolução CNS 196/96, deve preceder a realização de qualquer estudo com seres humanos, não sendo possível à avaliação pelo CEP em situação diversa a essa.

Tabela 61- Projetos apresentados para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS em 2012, por tipo de pesquisa.

Tipo da pesquisa	Quantidade	%
Trabalho de conclusão de curso (TCC)	43	35,5
Especialização	27	22,3
Residência	19	15,7
Mestrado	4	3,3
Doutorado	7	5,8
Pós-doutorado	1	0,8
Nacional multicêntrico	4	3,3
Multicêntrico com cooperação estrangeira	1	0,8
Projeto com cooperação estrangeira	2	1,7
Pesquisa institucional	10	8,3
Projetos prescritos	2	1,7
Não avaliado (projeto já concluído)	1	0,8
Total	121	100

FONTE: CEP

Em relação às principais instituições que realizaram estudos submetidos ao CEP SMS, destacam-se as universidades, tanto públicas quanto privadas, em especial pelo grande número de trabalhos de conclusão de curso, especializações e residências.

A UFRGS é a instituição com maior número de projetos submetidos ao CEP SMS, seguido da Metodista IPA, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, PUCRS e ULBRA. As demais universidades tiveram menor volume de projetos. Também foram registrados projetos de instituições de outros estados, como a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a Universidade Federal de Tocantins (UFTO) e a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Outras instituições tiveram seus projetos avaliados pelo CEP SMS por indicação da CONEP, como os projetos da Secretaria de Saúde de Júlio de Castilhos e da Secretaria de

Saúde de Canela.

Em 2012 foram identificados 15 projetos oriundos da PMPA, sendo oito do Hospital Pronto Socorro, seis de outras unidades da SMS e um da PROCEMPA.

Tabela 62- Instituições que submeteram projetos para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS em 2012, por número de protocolos.

Instituição	Número de projetos	%
UFRGS	28	23,1
IPA	18	14,9
UFCSPA	13	10,7
PUCRS	8	6,7
ULBRA	6	5,0
UERGS	2	1,7
UNISINOS	2	1,7
FEEVALE	1	0,8
UFSM	1	0,8
UFSC	1	0,8
UFTO	1	0,8
UFES	1	0,8
USP	1	0,8
CIPT	1	0,8
Escola da Saúde Pública/SES RS	8	6,7
Hosp. Sanatório Partenon	1	0,8
HCPA	3	2,5
HMV	2	1,7
GHC	2	1,7
FIOCRUZ	1	0,8
Complexo Hospital Santa Casa	1	0,8
Inst. Brasileiro de Osteopatia	1	0,8
PROCEMPA	1	0,8
HPS e HMPV	9	7,4
SMS/PMPA	6	5,0
SMS Canela	1	0,8
SMS Júlio de Castilhos	1	0,8
Total	121	100

FONTE: CEP

No ano de 2012 a CONEP modificou a forma de recebimento e distribuição dos projetos de pesquisa no território brasileiro com a implementação da Plataforma Brasil, um sistema *on-line* para a inserção e acompanhamento de projetos de pesquisa com seres humanos em nível nacional.

Neste contexto, houve a reestruturação dos fluxos e da forma de trabalho dos CEP, sendo que, a partir de 2013, a inserção e acompanhamento de projetos se faz exclusivamente através da referida Plataforma.

Outras Atividades Desenvolvidas

- ✓ Reuniões ordinárias do CEP: em 2012 foram realizadas 22 reuniões ordinárias para apreciação de projetos e encaminhamentos das atividades do comitê.
- ✓ Participação dos membros do comitê: semanalmente atuam em um turno em atividades internas de organização e preparo dos pareceres, conforme autorização do Secretário de Saúde.
- ✓ Representação na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP): participação nas reuniões ordinárias e extraordinárias na CONEP, em Brasília, pela representante eleita para mandato de quatro anos, Maria Mercedes Bendati, membro deste CEP.
- ✓ Participação em eventos:
 - Encontro Nacional de Comitês de Ética em Pesquisa, realizado em São Paulo, 20 a 22 de setembro de 2012, com as representantes Lisiane Morelia Acosta e Maria Mercedes Bendati.
 - Realização de palestra de apresentação do CEP aos alunos da Escola de Saúde Pública da SES/RS em 26 de outubro de 2012.
 - Apresentação de pôster eletrônico no Congresso da ABRASCO, realizado em Porto Alegre: “Pesquisas com seres humanos na rede do SUS: Atuação do Comitê de Ética”.

Humanização

Por Humanização, compreende-se a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão e a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), com o estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão e da atenção, prevendo aumento do grau de responsabilização na produção de saúde e de sujeitos.

A partir de 2010, houve a retomada da Política Municipal de Humanização na SMS. Houve, então a aproximação de representantes efetivos de todas as Gerências Distritais, Hospitais, Pronto Atendimentos, CGVS, GSSM, GRSS, Urgência e Emergência para compor o Comitê Municipal de Humanização (CMH). Essa equipe passa, também, a atuar como multiplicadores²⁸ da Política Nacional de Humanização (PNH) em Porto Alegre.

Sob a coordenação da ASSEPLA até 2011, no mesmo ano a Política de Humanização cria identidade própria, tendo em vista a sua dimensão em todas as esferas de cuidado e também na gestão. Cria-se, então, o Núcleo de Humanização da SMS, que atua junto ao CMH e mantém interface estratégica com as áreas técnicas e setores da SMS, com a Secretaria Estadual de Saúde e com o Ministério da Saúde. Junto a essa reestruturação dos últimos anos, destaca-se as ações a seguir, desencadeadas de forma direta pelos GTH e também pelas próprias coordenações e respectivas equipes:

- ✓ Implantação efetiva do Comitê de Humanização e dos Grupos de Trabalho de Humanização, conforme previsto na PAS 2012;
- ✓ Estímulo e apoio à participação em eventos de Humanização, que subsidiaram a implantação e implementação da Política de Humanização;
- ✓ Estímulo à co-gestão, através de espaços de troca, com identificação e qualificação das reuniões de equipe e dos Conselhos Locais de Saúde;
- ✓ Qualificação do trabalho e do trabalhador, através de valorização de ações ampliadas envolvendo as equipes de saúde, e espaços de análise reflexiva do trabalho em equipe.
- ✓ Espaços de Educação Permanente em Saúde sobre Humanização no CMH e nos GTH, com metodologia de reuniões temáticas;
- ✓ Articulação e apoio a setores da SMS, como a CGAPSES, a CGADSS, a ASSEPLA e a CMU, no intuito de fortalecer a transversalidade e a qualificação do trabalho, integrando em ações como o grupo de integração e de acolhimento dos trabalhadores ingressantes, junto ao CGADSS, e os projetos Aconchego Mãe-Bebê e Acolhimento com Identificação de Necessidades, ambos sob a CGAPSES.

²⁸ A proposta de atuação por meio de multiplicadores é levar o conhecimento sobre a PNH aos trabalhadores da SMS e tornar a humanização uma prioridade nos serviços, com implantação de Grupos de Trabalho de Humanização (GTHs) em todos os serviços. Estes são apoiadores e multiplicadores da PNH, através de ações de sensibilização dos gerentes, coordenações, assessores, chefias, entre outras com o mesmo caráter.

Estas ações apontaram, em 2012, para uma atuação com ações de humanização em 57,9% dos serviços próprios e conveniados da SMS, bem como para a constituição e a atuação ativa de 13 dos 14 GTH propostos pelo CMH, o que significa Planos Regionais de Humanização e diretrizes de humanização em atividade por GTH. Entre as ações de humanização acompanhadas nos Relatórios de Gestão, estão:

- ✓ no eixo da gestão - conselhos locais de saúde constituídos e reuniões de equipe;
- ✓ no eixo da atenção – Acolhimento, ambiência e clínica ampliada.

Apesar das ações com enfoque humanizado que vem sendo realizadas na rede de serviços, neste processo ainda são apontados desafios. Dentre tais, tem-se:

- ✓ a consolidação do Núcleo de Humanização, do Comitê de Humanização e dos GTHs na estrutura da SMS;
- ✓ o alinhamento, a priorização e a apropriação da proposta da política como estratégica para a consolidação do SUS em toda a SMS, incluindo o acolhimento, a valorização do trabalho em saúde e a educação permanente, o vínculo, dentre outros e;
- ✓ a qualificação dos espaços constituídos de co-gestão.

Para a gestão estratégica da humanização da saúde em Porto Alegre, destaca-se a necessidade de qualificar as ações já mapeadas nos relatórios de gestão, de monitorar as ações de humanização também na gestão centralizada, de ampliar e qualificar o acolhimento em todas as portas de entrada (APS, urgências, CAPS Ad) e de reforçar as ações dos GTH nos territórios e em parceria às Gerências Distritais.

Ouvidoria

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

Este canal de comunicação pode ser acessado pelo telefone 156 – Fala Porto Alegre, pela internet (www2.portoalegre.rs.gov.br/sms), por carta ou pelo

atendimento presencial. Em qualquer das opções os usuários têm suas demandas encaminhadas diretamente por uma assistente social, por estagiárias de Psicologia e Serviço Social orientadas para o trabalho. Em todos os atendimentos, o cidadão recebe um número de protocolo para acompanhamento do processo e garantia da resolução da demanda.

Considerando todas as formas de acesso, foram recebidas 18.999 demandas em 2012, ou seja, 7.400 a mais em comparação a 2011, que teve total de 11.599 demandas. Entre todas as formas de acesso dos usuários à Ouvidoria, destaca-se o atendimento pelo 156, o atendimento presencial e os acessos ao Ouvidor SUS (136), do Ministério da Saúde.

Para aperfeiçoar a comunicação, foram realizadas capacitações para todos os servidores da rede municipal que recebem e respondem a demandas da Ouvidoria. O objetivo foi sensibilizar os profissionais para a importância da solução das demandas em tempo hábil com linguagem clara e acessível. Em 2012, foi realizado um evento de capacitação e sensibilização que reuniu profissionais das recepções de várias Unidades Básicas de Saúde. O objetivo é estender as capacitações para os demais serviços e qualificar o atendimento.

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

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

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

Comunicação

De acordo com Dewey (1859-1952, apud Rosemberg, 2012), “comunicação é o processo de repartir a experiência para que ela se torne *patrimônio comum* e que modifica a disposição mental das partes interessadas”. Esta definição remete à afirmação de que o uso de tecnologias em comunicação é estratégico para a formação da identidade e credibilidade em torno da marca “SUS” e, em Porto Alegre, essa compreensão vem tomando espaço na atuação da SMS e suas coordenações, apoiadas pela Assessoria de Comunicação (ASSECOM).

A ASSECOM desenvolve um trabalho de planejamento de comunicação efetivo em relação às metas pactuadas na Programação Anual de Saúde. Com isso, oferece aos setores da SMS acompanhamento e assessoramento, também atuando em vários momentos como executora das ações propostas.

Nas notícias publicadas na mídia, percebe-se que as pautas positivas vêm ganhando espaço gradativamente maior e mais frequente. Pode-se dizer que isso se deve ao trabalho desenvolvido pelo gestor para implantação de melhorias e, conseqüentemente, à credibilidade conquistada pela ASSECOM junto aos veículos de comunicação.

Dentre os avanços apontados até o momento, destaca-se:

- ✓ Consolidação de uma identidade visual – “Porto Alegre Mais Saudável” - para identificação da SMS nos materiais de divulgação elaborados pela ASSECOM;
- ✓ Padronização e qualificação dos materiais impressos e eletrônicos produzidos;
- ✓ Melhor sistematização da atuação da ASSECOM para atender aos setores da SMS;
- ✓ Priorização de necessidades de comunicação em saúde, conforme diagnóstico compartilhado entre a ASSECOM e os demais setores;
- ✓ Realização de licitação para todos os eventos planejados e como suporte à execução de materiais gráficos, o que vem garantindo maior agilidade e qualidade no desenvolvimento das ações programadas;
- ✓ Maior aproximação da SMS com a população, por meio de eventos que possibilitam o contato direto com os usuários dos serviços prestados. Exemplo disso foi o evento Saúde na Rua, que levou para o Centro de

Porto Alegre informação e serviços, que tiveram expressiva procura. Ações como estas contribuem decisivamente para estimular a prevenção em saúde.

Ainda há ações importantes a serem implementadas no que se refere à comunicação interna. A implantação do projeto do canal de TV interna nas unidades de saúde e o processo de planejamento estratégico da comunicação, que inclui o estabelecimento do processo de comunicação interna na SMS (objetivo estratégico), permitirão atingir um padrão de excelência na qualidade da comunicação com os servidores.

Com as atividades desenvolvidas no período, há o diagnóstico da necessidade de qualificação do site como ferramenta de comunicação interna e externa da SMS. Como desafio, a democratização do uso do *site* pelas coordenações será um dos focos para o próximo quadriênio. Com o exposto, entre os principais desafios para o quadriênio 2014-2017, destaca-se:

- ✓ Avançar ainda mais na inclusão da marca da SMS (Porto Alegre mais saudável) e do SUS nos materiais produzidos pelos parceiros institucionais.
- ✓ Promover campanha permanente de valorização do SUS em Porto Alegre.
- ✓ Incluir, em pesquisa de satisfação dos usuários, pergunta sobre a identificação da SMS nos serviços de saúde/SUS utilizados.
- ✓ Realizar levantamento das necessidades de identificação visual (sinalização) conforme o perfil de cada serviço da SMS.
- ✓ Ampliar e qualificar os mecanismos de comunicação interna, o que terá importante avanço a partir da implantação gradativa do canal interno de TV nas unidades de saúde.
- ✓ Intensificar a utilização das redes sociais para divulgação das ações realizadas pela SMS e de informações educativas, como meios de prevenção em saúde.
- ✓ Qualificar a atualização de conteúdos nos espaços ocupados no *site* da SMS pelas áreas técnicas;
- ✓ Definição da estratégia de comunicação da SMS e a relação da ASSECOM com as demais áreas da Secretaria, incluindo o planejamento estratégico anual da SMS.

- ✓ Estimular a utilização dos instrumentos de comunicação já consolidados e institucionalizados pela SMS, potencializando-os (p. ex. Boletim Epidemiológico).

Infraestrutura de Apoio e Logística

Por infraestrutura e logística compreende-se os componentes estratégicos para o suporte material e administrativo a toda a forma de trabalho em saúde, desde a assistência, vigilância, até o planejamento, a gestão, possibilitando que uma combinação de medidas de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação sejam realizadas (BRASIL, 2012). Abrange os ambientes de apoio, o apoio logístico e, também, o suporte à organização de projetos de investimento em infraestrutura da saúde (novas unidades, serviços e reformas), bem como aqueles provenientes da qualificação dos processos de trabalho (p. ex. acolhimento e informatização).

De acordo com o SomaSUS (BRASIL, 2012), os *ambientes de apoio* são compreendidos como o conjunto de ambientes que dão suporte às atividades-fim da unidade de saúde (banheiro, sanitário, vestiário, depósito de material de limpeza, sala administrativa, sala de utilidades, entre outros). De forma complementar, o *apoio logístico* se refere às tarefas de suporte operacional, indiretamente ligadas às atividades-fim do estabelecimento assistencial de saúde, incluindo o conjunto de ambientes destinados à prestação destas tarefas (atividades de processamento de roupa, administração de materiais e equipamentos, manutenção, velório e manipulação de cadáveres, conforto e higiene, limpeza e zeladoria, segurança e vigilância, infraestrutura predial e transporte) (BRASIL, 2012). Por fim, por *projetos de investimento em infraestrutura da saúde* compreende-se aqueles com o objetivo de qualificar a prestação de serviços em saúde e que, para isso, exigem mudanças estruturais na rede e/ ou nos serviços existentes.

Para a coordenação da infraestrutura de apoio e logística na SMS, a Coordenadoria-Geral de Apoio Técnico e Administrativo (CGATA) apresenta resultados ancorados nos últimos Relatórios de Gestão. Estes avanços estão atrelados, principalmente, à estrutura de *apoio logístico* (incluindo apoio em licitações e contratos, em manutenção de estruturas) e aos *projetos de investimento*

em infraestrutura da saúde (assessoria em obras e reformas e tecnologia da informação).

O alinhamento ao planejamento das demais coordenações da SMS para a ampliação da rede de serviços, bem como a modernização dos processos de trabalho e das estruturas existentes são fundamentais para direcionar a atuação do setor. Desta forma, a CGATA atua como área meio, com a responsabilidade de prestar apoio técnico e administrativo em infraestrutura de apoio e logística, em consonância com as necessidades apontadas pelas áreas de atenção, vigilância e gestão em saúde.

A atuação da coordenação de apoio em infraestrutura e logística envolve ainda a padronização das compras e outras necessidades apontadas pelos setores da SMS, sendo que essa medida envolve a co-responsabilidade entre todos os setores com a CGATA. Exemplo de problemas identificados nesta questão é a distribuição de materiais de consumo, onde a CGATA iniciou em 2012 um processo de padronização e readequação dos fluxos com a participação das áreas técnicas. De outra forma, um exemplo positivo de padronização de materiais é a atuação da COMPAMATE (Comissão de Padronização de Materiais Hospitalares).

Pelo seu caráter estratégico, a área de infraestrutura de apoio e logística ainda apresenta desafios. Entre estes, destaca-se a necessidade de ampliação da estrutura física da sede, para comportar equipes de gestão (incluindo dos setores, do Conselho Municipal de Saúde e das áreas técnicas), ampliação da infraestrutura de apoio logístico (materiais e medicamentos), das gerências distritais e das unidades da APS (para comportar novas atribuições das Gerências, das unidades de APS e os conselhos distritais e locais), ampliação da disponibilidade de transporte para a locomoção (de profissionais, gestores e núcleo do CMS), bem como a qualificação da infraestrutura e a manutenção de unidades e serviços em funcionamento, atuando a partir da manutenção preditiva/ preventiva. Importante destacar que as Gerências Distritais Restinga/ Extremo Sul e Sul/ Centro Sul não têm sede em prédio próprio, bem como a nova Gerência Distrital prevista Lomba do Pinheiro também não está contemplada com prédio próprio da SMS.

Para a qualificação no atendimento das demandas de manutenção para toda a rede de serviços, a organização centralizada da EMP (Equipe de Manutenção Predial) está em processo de revisão. Este novo formato fará com que se tenha maior fiscalização, agilidade e qualidade nos serviços prestados.

Há de se considerar que o aumento da oferta de serviços, bem como o reconhecimento da necessidade de fortalecimento dos espaços para a gestão, foi expressivo nos últimos quatro (04) anos, o que resultou em necessidade de ampliação e de otimização do quadro de profissionais e de infraestrutura como um todo. O que se pode verificar, no entanto, é que a infraestrutura de apoio e logística não acompanhou esse aumento na mesma proporção, mesmo com incremento na estrutura do setor – qualificação da manutenção, ampliação do número de engenheiros, arquitetos e de mão de obra em geral para a Equipe de Manutenção Predial.

Além disso, há diferentes conduções no apoio técnico administrativo para as diferentes coordenações de Atenção, de Vigilância e Hospitais, bem como não há uma padronização da hierarquia de apoio técnico e administrativo. Neste ponto, destaca-se que:

- ✓ todos os processos de serviços terceirizados que envolvem mão de obra são administrados pela CGATA, com exceção da higienização, da alimentação e da lavanderia dos hospitais (HPS e HMIPV);
- ✓ o gerenciamento de licitações e contratos não está alinhada com a descentralização da execução financeira, sendo que a execução financeira que é indispensável para a ordem de início e a continuidade dos serviços contratados;
- ✓ a manutenção de equipamentos e predial dos hospitais próprios (HPS e HMIPV) está sob a responsabilidade dos mesmos; a manutenção de equipamentos e predial dos pronto atendimentos está compartilhada com a CGATA e a das unidades da CGAPSES está sob a responsabilidade da CGATA;
- ✓ a realização de obras e reformas da rede de serviços, com a exceção dos hospitais (HPS e HMIPV), está sob a responsabilidade da CGATA.

Destaca-se, então, que a Coordenadoria Geral é responsável por abarcar um nível de governabilidade macro estratégico para todos os setores e equipamentos da SMS, ainda que delegando e descentralizando atividades na rede de serviços e setores, exigindo constante qualificação dos seus processos.

Além desta necessidade de revisão das atribuições da CGATA e de realinhamento e articulação entre os setores envolvidos, a modernização das estruturas meio auxiliarão na otimização dos serviços e setores da SMS. Para

atender a essas necessidades, específicas do setor e de toda a rede de serviços, a qualificação da infraestrutura de apoio e logística exige a modernização dos seus sistemas de controle (de estoques e almoxarifado, de custos e de contratações de serviços). Esta necessidade já foi apontada no Plano Municipal de Saúde 2010-2013 e ainda está vigente, justificando-se pelas etapas da informatização, que prevêem a informatização das áreas meio, mas com a priorização de áreas como a regulação e a rede de atenção em saúde.

Tecnologia da Informação

Para coordenar a Tecnologia de Informação (TI) da SMS, no quadriênio 2010-2013 foi constituída uma equipe de projeto com a missão de conduzir a Modernização e Informatização da Rede de Saúde de Porto Alegre. A equipe do projeto tem a responsabilidade de planejar, executar, controlar e avaliar as etapas e processos de implantação do Projeto de Modernização da Gestão de Saúde, através da Portaria 1220 de 15/12/2011, e está ligada diretamente ao Gabinete do Secretário, que acompanha sistematicamente o Projeto denominado INFOREDE.

Para atender a importante missão definida pelo GS, dividiu-se o projeto em 5 sub-projetos: 1) Infraestrutura de dados, 2) Infraestrutura de equipamentos, 3) Infraestrutura de Conectividade (wireless), 4) Sistema de Informações e 5) Capacitações.

A situação atual é o importante avanço da implantação do Sistema de Informações na Central de Regulação de Leitos, onde 70% dos hospitais estão com seus leitos regulados de forma informatizada. São eles os Hospitais Santa Casa, Vila Nova, Beneficência Portuguesa, Parque Belém, Espírita, PUC, Cardiologia, Independência, Banco de Olhos, Pronto Socorro, Presidente Vargas e Unidade São Rafael. Já na Central de Regulação de Consultas Especializadas, 100% das consultas iniciais estão reguladas de forma informatizada em toda a rede prestadora de serviços (próprios e conveniados), integrada à central de regulação da SES. Os resultados vão desde a redução do tempo de espera para consultas em especialidades historicamente de difícil acesso até a obtenção de maior oferta de consultas iniciais junto à rede conveniada, visando à melhoria do acesso pelo cidadão.

Outras atividades do projeto como a implantação do Sistema de Informações

para a regulação de exames, autorizações de procedimentos ambulatoriais de alto custo (APAC) e o faturamento estão em implantação. Para este caso, desde outubro de 2012 as ecografias obstétricas da rede conveniada já estão incluídas no SI da SMS. Os demais exames, que ainda estão regulados no SISREG (MS), estão em fase de alimentação de tabelas auxiliares no SI da SMS.

As dificuldades ainda residem em soluções de infraestrutura por parte da PROCEMPA, relacionadas à:

- ✓ finalização da instalação dos servidores adquiridos em julho de 2011;
- ✓ criação de estruturas para interoperabilidade entre sistemas, que permitem a integração entre os diferentes sistemas da rede dos prestadores de saúde com o Sistema Informatizado da SMS;
- ✓ gerenciamento e realização de atividades relativas à administração do Banco de Dados;
- ✓ readequação da infraestrutura de *call center* para suporte mais ágil às demandas que a informatização neste escopo traz e;
- ✓ os registros das requisições das demandas do *call center* são desconhecidos pela coordenação do projeto, não são fornecidos relatórios dos serviços executados e não evidenciou-se análise dos problemas e/ou de gestão de configuração.

Para além do Projeto de Modernização da Gestão em Saúde, a equipe também está responsável por prestar serviços tecnológicos de gerenciamento de infraestrutura de TI, telecomunicações e de desenvolvimento, suporte e acompanhamento de sistemas para toda a SMS. Para atender ao apresentado, é composta por dois núcleos: Infraestrutura de TI e Gestão de Sistemas e Informações (SI).

Neste ponto, as dificuldades são oriundas de uma estrutura informal da Tecnologia de Informação, onde a necessidade de estruturação formal de uma Coordenadoria Geral para a TI foi evidenciada junto ao Mapa Estratégico da SMS. O objetivo é que a Coordenadoria Geral de TI possa dar continuidade à permanente necessidade de inovar e simplificar os processos de saúde, com alternativas tecnológicas que agreguem valor na atenção aos cidadãos e na maior eficiência do uso dos recursos públicos. Deve incluir, ainda, o devido gerenciamento centralizado dos contratos de aquisição e manutenção do parque tecnológico, voltado para as diretrizes do escopo da informatização prevista.

Participação e Controle Social

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, previstos na Legislação Federal, Estadual e Municipal, que cumprem a função de representação da sociedade no controle da política pública de Saúde. É instância deliberativa no âmbito do planejamento em saúde, bem como tem papel estratégico no controle e fiscalização da gestão e da prestação das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, deve ter assegurada a estrutura e capacidade operacional adequadas ao cumprimento dessas funções, bem como ter seu papel reconhecido e respeitado pela gestão do SUS nas três esferas de governo.

Mesmo com a ampliação da rede descentralizada de Controle Social em Porto Alegre, como acompanhado nos Relatórios de Gestão, destaca-se que ainda não há: 1) Conselhos Locais de Saúde constituídos em todos os serviços da rede de APS; 2) Conselhos Locais de Saúde constituídos nos serviços especializados e substitutivos (esclarece-se que a previsão regimental é de que se constitua um Conselho local em cada prédio, mesmo que ele agregue diferentes tipos de serviços); 3) CLS constituídos em todos os serviços de urgência (apenas o PALP tem CLS); 4) Câmaras técnicas ou Conselhos Gestores constituídos em todos os hospitais que atendem o SUS.

Como desafios para o quadriênio, além da ampliação da rede de controle social no município, também há necessidades de melhorias em estrutura física já apontadas no item 'Infraestrutura de apoio e logística', onde destaca-se que:

o local das reuniões (auditório) que é insuficiente e desconfortável e falta de espaço para atividades simultâneas (reuniões das Comissões e do Núcleo de Coordenação, que não tem uma sala com exclusividade).

há ausência de estrutura disponível para os CDS Norte, Eixo Baltazar, Humaitá/Navegantes/Ilhas, Nordeste, Lomba do Pinheiro, Restinga, Extremo Sul e Sul/Centro Sul. Isso implica em que os documentos, arquivos, materiais de uso cotidiano dos CDS tenham que ser armazenados, transportados e assegurados pelos próprios membros conselheiros, situação que propicia extravios, como já tem acontecido. Há necessidade de uma sala exclusiva, com acesso a telefone e internet, além de local para as reuniões, que pode ser fora dessa sede administrativa.

Os CLS também não tem espaços destinados para seu funcionamento nos serviços de saúde. Nesse caso, pode ser espaço compartilhado, uma vez que a maior parte dos serviços não dispõem de espaços específicos, o que pode ser previsto nas novas plantas.

Sobre a estrutura de apoio técnico-administrativo para as instâncias de controle social, esta ainda apresenta dificuldades na estrutura de apoio administrativo e de assessorias técnicas (jurídica, contábil e de comunicação) para o Núcleo do CMS, bem como apresenta dificuldades na disponibilidade de profissionais de apoio para o funcionamento dos conselhos distritais e locais.

Os CDS tem a necessidade de apoio para as suas atividades no que envolve: registro das atas, elaboração de documentos, arquivo e controle de presenças, etc. Assim, há necessidade de 1 profissional de apoio em cada CDS, que não precisa ser exclusiva do CDS e que, inclusive, pode ser um estagiário com supervisão técnica da Gerência Distrital ou do CMS. Nos CLS, por sua vez, há necessidade de ser designado servidor do serviço de saúde com disponibilidade de parte da carga horária para o apoio administrativo aos conselheiros locais.

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



2 OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS*

1º OBJETIVO: Promover a saúde e prevenir as doenças, outros agravos e riscos à população.

1ª Diretriz – Vigilância, prevenção e fortalecimento da promoção da saúde.

1. Investigar 100% dos casos de doenças e ou agravos transmissíveis de notificação compulsória que necessitam investigação epidemiológica segundo Portaria Ministerial 104, 25 de Janeiro de 2011.
2. Implementar o plano de controle das doenças crônicas e dos agravos não transmissíveis** com recorte raça/cor/etnia/sexo, em 100% dos serviços de saúde.
3. Realizar avaliação antropométrica em 80% dos alunos das escolas pactuadas no Programa Saúde na Escola.
4. Realizar triagem da acuidade visual em 95% dos alunos do 1º e 5º ano do ensino fundamental das escolas públicas.
5. Acompanhar 100% das mulheres com lesões intraepiteliais de alto grau do colo de útero diagnosticadas nas unidades de saúde.
6. Reduzir de 4,3% para índices iguais ou menores que 1% a transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo.
7. Reduzir a taxa de incidência da sífilis congênita de 14,95/1.000 NV para 11,97/1.000 NV com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo.
8. Reduzir os casos de AIDS em maiores de 13 anos com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo de 95,67/100.000 para 90/100.000 hab.
9. Reduzir a mortalidade por AIDS de 31,92/100.000 para 28,7/100.000 habitantes com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo/faixa etária.
10. Diagnosticar 80% dos casos novos estimados de tuberculose.
11. Ampliar a taxa de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera de 58% para 85%, com equidade raça/cor/etnia/sexo.
12. Reduzir a mortalidade proporcional de coinfectedados por TB e HIV, de 24,23% para 20%, com equidade raça/cor/etnia/sexo.
13. Reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis** de 376,23/100.000 para 366,92/100.000, com o recorte raça/cor/etnia/sexo.
14. Implantar a linha de cuidado a pessoas em situação de violência no município, priorizando as áreas de vulnerabilidade e considerando medidas intersetoriais em 100% das Gerências Distritais.
15. Reduzir o coeficiente de mortalidade por causas externas.
16. Reduzir o número de internações hospitalares de pessoas com mais de 60 anos por fratura de fêmur com recorte raça/sexo/cor/etnia de 25 para 20/10.000 hab.

17. Ampliar o acesso de usuários aos Centros de Atenção Psicossocial em 30%.
18. Implantar a vigilância em saúde mental em todas as Gerências Distritais.
19. Realizar atividades educativas em saúde bucal em 80% dos alunos das escolas e Instituição de Educação Infantil pactuadas no Programa Saúde na Escola.
20. Reduzir o coeficiente de mortalidade materna de 56,05/100.000 NV para 44/100.000 NV com equidade segundo raça/cor/etnia/faixa etária.
21. Aumentar a cobertura da vacina contra a poliomielite (3ª dose) e pentavalente (DTP/Hib/HepB) para 95%, em crianças menores de um ano, com recorte raça/cor/etnia.
22. Aumentar a taxa de Aleitamento Materno Exclusivo em crianças aos 4 meses de vida de 74,9% para 85%.
23. Manter o coeficiente de Mortalidade Infantil em menos de 9,2/1.000 nascidos vivos.
24. Realizar vigilância e controle vetorial em 100% dos casos confirmados de dengue, de acordo com o Plano de Contingência da Dengue.
25. Realizar implementação de ação de vigilância da Raiva em 100% dos casos positivos.
26. Desenvolver e implementar a ferramenta de cadastramento *on line* para licenciamento de 80% dos segmentos alvo da Vigilância Sanitária.
27. Implantar o ranqueamento de risco na avaliação de 80% dos estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde;
28. Investigar 100% das Doenças Transmitidas por Alimentos (Surtos) notificadas.
29. Realizar atividades de comunicação em 100% das ações prioritárias e dos projetos estratégicos da Secretaria Municipal de Saúde.
30. Realizar matriciamento em atenção e vigilância à Saúde do Trabalhador adulto e infante juvenil em 100% dos serviços da Atenção Primária em Saúde.

2º OBJETIVO: Qualificar o acesso integral a ações e serviços no Sistema Único de Saúde/SUS.

2ª Diretriz - Fortalecimento e ampliação da atenção primária em Saúde.

31. Ampliar de 46% para 70% a cobertura da Estratégia de Saúde da Família.
32. Ampliar a cobertura de 1ª consulta odontológica programática de 5% para 6,5%.
33. Aumentar o percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré natal de 70% para 80%.
34. Aumentar de 22,1% para 50% a taxa de primeira consulta do acompanhamento de recém-nascido em até sete dias de vida.
35. Aumentar a razão entre exames de rastreamento do colo uterino na faixa etária de 25 a 64 anos em relação à população alvo, de 0,38 para 0,45.

36. Aumentar a razão de mamografias realizadas de 0,14 para 0,22 em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos.

37. Realizar atendimento à saúde para 100% dos ingressantes no Presídio Central e na Penitenciária Feminina Madre Pelletier.

3ª Diretriz - Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da Assistência Ambulatorial Especializada, das Urgências e Hospitalar

38. Remodelar os cinco Centros de Especialidades de acordo com os critérios estabelecidos neste Plano e necessidades locais.

39. Implantar o plano de ação da Rede de Atenção Regional à Saúde da Pessoa com Deficiência no município de Porto Alegre.

40. Implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em 100% dos serviços de saúde até 2014.

41. Implementar em 100% a Política Municipal de Práticas Integrativas em Saúde (PIS) no município de Porto Alegre - RS.

42. Reduzir em 8% as subespecialidades com lista de espera igual ou maior que 30 dias no agendamento de consultas.

43. Reduzir os chamados necessários e sem meios de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em 25%.

44. Reduzir o tempo médio de espera dos usuários classificados "VERDES" para até 3 horas.

45. Reduzir até 24 horas o tempo de observação nas emergências hospitalares.

46. Monitorar indicadores hospitalares de qualidade em 100% dos hospitais vinculados ao SUS.

47. Ampliar atenção domiciliar no município, passando de 6 equipes do Programa de Atenção Domiciliar (PAD) para 14 equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (EMAD) e 5 equipes multidisciplinares de apoio (EMAP).

48. Ampliar o percentual da população coberta por procedimentos periodontais de 8,29% para 9,25%.

49. Realizar consulta urológica preventiva em 20% dos homens acima de 50 anos.

50. Implementar a Assistência Farmacêutica em 100% dos serviços de saúde da rede, considerando as especificidades locais.

51. Diminuir a diferença entre a demanda e oferta por Transporte de Baixa Complexidade em 10%.

3º OBJETIVO: Qualificar a gestão para potencializar os resultados da promoção, da prevenção e da atenção em saúde.

4ª Diretriz - Regulação e Suficiência na Contratação para a Rede de Serviços do SUS.

52. Contratualizar 100% dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares no município.

53 Avaliar a adequação de 100% dos serviços de hemodiálise e hemoterapia à legislação sanitária vigente.

5ª Diretriz - Adequação da capacidade instalada e fortalecimento dos processos de trabalho.

54. Implementar a Política de Educação Permanente em 100% dos serviços da SMS.

55. Realizar dimensionamento de pessoal em 100% das áreas estratégicas da SMS.

56. Implantação da mesa municipal de negociações permanente do SUS.

57. Utilizar 20% dos recursos municipais em ações e serviços públicos de saúde.

58. Adequação do Fundo Municipal de Saúde à legislação vigente.

59. Atualizar mensalmente em 100% a base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos e profissionais de saúde – CNES.

60. Cumprir 75% da Pactuação Anual de Obras (construções, reformas, ampliações e manutenções) da Secretaria Municipal de Saúde.

61. Informatizar 100% dos processos da Rede de Saúde.

62. Qualificar 100% dos sistemas de informações com dados raça/cor/etnia/sexo.

63. Constituir Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Gestores e Câmaras Técnicas em 80% dos serviços de saúde.

64. Ampliar as ações de acolhimento para 100% das unidades da rede de saúde, conforme a Política Nacional de Humanização.



REFERÊNCIAS

ÁLCOOL e drogas sem distorção. C2000. Disponível em: < www.eistein.br/alcooledrogas>. Acesso em: 2 nov. 2000. apresenta textos sobre drogas, onde encontrar ajuda, bibliografia, cursos, notícias, atualização científica, chipping, FAQ. Disponível em: <www.einstein.br/alcooledrogas> Acesso em: 2 nov. 2000.

ÁLCOOL e drogas sem distorção. Iniciativa: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein. Patrocínio: Banco Cidade. Apoio: Len Design Comunicação. Produção One2One. C2000.

Almeida-Filho N, Mari J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*. 1997; 171: 524-9.

Almeida-Filho, et al. Migração, inserção produtiva e saúde mental na modernidade tardia: novas evidências do estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas metropolitanas brasileiras.

ANS. Plano Diretor de Tecnologia de Informação 2012 – 2015. Gerência Geral de Informações e Sistemas. Rio de Janeiro, 2012.

Arrais PSD, et al. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(1):71-7.

As infecções respiratórias agudas na infância como problema de saúde pública. Yehuda Benguigui. *Bol. Pneumol. Sanit*. v.10 n.1 Rio de Janeiro jun. 2002

Assistência farmacêutica para gerentes municipais: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Assistencia_Farmacutica_para_Gerentes_Municipais.pdf.

Benguigui Y. Magnitud y control de las IRA en función de las metas de la cumbre mundial de la infancia. In: Benguigui Y, Antuñano FJL, Schmunis G, Yunis J, editores. *Infecciones respiratorias en niños*. Washington (DC): OPS; 1997. p. 25-43. (OPS - Serie HCT/AIEPI, 1).

Benicio MHD'A, Cardoso MRAB, Gouveia NC, Monteiro CA. Tendência secular da doença respiratória na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública* 2000; 34(6 Supl):91-101.

Boas Práticas para Estocagem de Medicamentos: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_05.pdf.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre: Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/boletim_epidemiologico_setembro_2011.pdf Acesso em 27 de outubro de 2011.

BRASIL -Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL -Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que organiza o componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008 - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF - Publicada no D.O.U. nº 43, de 04/03/2008, Seção 1, fls. 38 a 42.

BRASIL. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 de set. de 1990. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1996_20_08_2007.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011. Site da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul: <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp>

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno 1 PlanejaSUS, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA: VIGESCOLA. Vigilância de tabagismo em escolares. 2004

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 132 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Glossário Temático: Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SomaSUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Diretoria de Pesquisas – Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2009.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação – Modelo de Referência de Plano Diretor de Tecnologia da Informação. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília: 2008.

BRASIL; Política Nacional de Medicamentos 1998 CNS Resolução 338 Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

DETRAN, Departamento Estadual de Trânsito do Rio Grande do Sul, Frota por município ao ano. Disponível em <http://www.detran.rs.gov.br/index.php?action=estatistica&codItem=99>

DMLU: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/dmlu/>

Diagnóstico Completo da Saúde do Homem – Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33353. Acesso em 15/03/2013.

Farmácias Distritais e CCMED: http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/default.php?p_secao=701

Farmácias Distritais: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=818

Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP Factors associated to hospitalization of children under five years of age, Brazil Jozana do Rosário de Moura Caetanoa, Isabel Altenfelder Santos Bordinb, Rosana Fiorini Puccinic e Clóvis de Araújo Peresd Rev Saúde Pública 2002;36(3):285-91

FEE, Fundação de Economia e estatística, Disponível em <http://WWW.fee.com.br/sitefee/pt/content/capa/index.php>

FISCHER, M.I. et al. CIM-RS: o desafio de qualificar a informação/ Centro de Informações sobre Medicamentos do RS. Porto Alegre: Ed Universidade/UFRGS, 2007.

Gonçalves DM, Kapczinski F Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(7):1641-1650, jul, 2008.

HORTA, R. L. et al. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(11):2263-2270, nov, 2011.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf

<http://www.capses.com.br/servicos-especializados/centros-de-especialidades>

IBGE. Censo Demográfico 2000 - Resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

IBGE. Censo Demográfico 2010 - Resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

Jeliffe D. Pediatrics. In: King M, editor. Medical care in developing countries. Cap. 13. Nairobi, Oxford: University Press; 1966.

Listas de medicamentos do Estado do RS: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/115/Medicamentos>

Mari JJ, Iacopini E, Williams P, Simões O, Silva JBT. Detection of Psychiatric Morbidity in the Primary Medical Care Settings in Brazil. Rev Saúde Pública 1987; 21: 501-7. Mari JJ. Morbilidad psiquiatrica en centros de atencion primaria. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1988;104:171-81.

Maurício Monken e Christovam Barcellos. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.

MAYER, Rose Teresinha da Rocha; SIQUIERA, Domiciano. Conceito sistematizado na Oficina de Redução de Danos ocorrida no Congresso de Crack, em Porto Alegre, julho 2010.

Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL. Porto Alegre: Artmed; 2007. 207 pp. ISBN: 85-363-0754-4.

Mendes EV. Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

MILLAR, J.D. 1990. Mental Health and the Workplace. *Am. Psychologist*, 10(45): 1165-66.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE. Censo 2000/2010. Disponível em: <<http://WWW.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo200/2010/default.shtm>>.

Mota, Lizia Maria Meirelles. Internações Hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre e determinantes de sua distribuição espacial. Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de pós graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, 2009.

OBSERVAPOA, Observatório da cidade de Porto Alegre, RS, Disponível em <http://WWW.observapoa.palegre.com.br/>.

Observatório do Trabalho de Porto Alegre: Banco de Dados: <http://geo.dieese.org.br/poa/tabelas.php> e Pesquisa de Emprego e Desemprego: <http://www.dieese.org.br/analiseped/ped.html>.

Organização Mundial da Saúde, Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. A importância da Farmacovigilância. Brasília: OPAS; 2002. 48 p.

Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. OMS; 2001.

Organización Panamericana de la Salud. Niños sanos: la meta de 2002. Meta regional para el año 2002: reducción de 100.000 muertes de niños menores de 5 años. Fundamento y justificación. 2000. (Serie/HCP/HCT/AIEPI/001).

Organización Panamericana de la Salud. Niños sanos: la meta de 2002. Meta regional para el año 2002: reducción de 100.000 muertes de niños menores de 5 años. Fundamento y justificación. 2000. (Serie/HCP/HCT/AIEPI/001).

Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte, *Rev Saúde Pública*, 2006; 40 (N Esp): 73-8.

PORTO ALEGRE. Câmara Municipal. Comissão /Especial de Revisão e Compilações Legislação Municipal. Coletânea de legislação municipal relativa aos Direitos da Pessoa com Deficiência. Porto Alegre: Câmara Municipal, 2012. Disponível em: <http://www.camarapoa.rs.gov.br/biblioteca/livros/ColetaneaPCDs.pdf>

Porto Alegre. Prefeitura Municipal. Departamento Municipal de Água e Esgotos. Dados Gerais, Edição 2012.

Porto Alegre. Prefeitura Municipal. Departamento Municipal de Habitação. Plano Municipal de Habitação de Interesse Social – 2008.

Porto Alegre. Prefeitura Municipal. Empresa Pública de Transporte e Circulação. Transporte em Números – Indicadores Anuais do Transporte Público. Ano 5. 2012.

Porto Alegre. Prefeitura Municipal. Gabinete do Prefeito. Anuário Estatístico - 2010. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre/ Gabinete de Programação Orçamentária/ Gerência de Estatística, 2012

Porto Alegre. Prefeitura Municipal. Gabinete do Prefeito. Anuário Estatístico - 2011. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre/ Gabinete de Programação Orçamentária/ Gerência de Estatística, 2012.

Porto Alegre. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Geral de Vigilância Sanitária. Mortalidade por Causas Externas em Porto Alegre, 2007.

Porto Alegre. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2º Quadrimestre, 2012.

Porto Alegre. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal do Trabalho e Emprego.

Porto Alegre. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância Sanitária. Perfil Epidemiológico de mortalidade por Causas Externas. 2007.

Porto Alegre; Relatório Anual de Gestão 2011 disponível no Site <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/documentos>.

Qualisus – Sumário de dados das Regiões Metropolitanas. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RIDE%20DF%20e%20Entorno.pdf>. Acesso em 15/03/2013.

Relatório Final da 6ª Conferência Municipal de Saúde – 2011.

Relatórios de gestão: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=895

Revista de Psiquiatria Clínica. Edição Internet. Vol. 26, n.º 5, set/out 1999. ISSN 0101-6083

Rosemberg B. Comunicação e Participação em Saúde. In: Tratado de Saúde Coletiva. Campos GWS, Bomfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (org.). 2ª ed. Ver. Aum. – São Paulo: Hucitec, 2012. p. 795-8.

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_seção=240, acessado em: 2012.

Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. Cad Saúde Pública [periódico on line] 1999; 15(4). Disponível em <http://www.scielosp.org>

Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. Cad Saúde Pública [periódico on line] 1999; 15(4). Disponível em <http://www.scielosp.org>

Fundação de Economia e Estatística, Detran/RS, EPTC, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Observatório do Trabalho, DMLU e DMAE, Sistema de Informações sobre Focos de Trabalho Infantil.

VENTURA, S.C.; RODRIGUES, J.R.; GOMEZ, C.F.; AIMANZAR, V.N. & SALCEDO, D.G. 1989. Síndrome del niño maltratado. A proposito de trabajadores infantiles en la industria azucarera. Acta Medica Dominicana, 2(11): 47-51.

Vigiância Sanitária: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p_secao=313

WHO, disponível em http://www.who.int/topics/respiratory_tract_diseases/en/ pesquisa em 26/12/12

World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001. (World Health Report).

World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. Psychol Med 1985;15:651-9.



ANEXOS

ANEXO 1 – Endereços dos serviços que atuam com medicamentos

FARMÁCIAS DISTRITAIS:

1) Farmácia Unidade Básica de Saúde Sarandi

Avenida Francisco Pinto da Fontoura, 341- Bairro Sarandi. Telefone: 3368-6662

2) Farmácia Unidade Básica de Saúde Camaquã

Rua Doutor João Pitta Pinheiro Filho, 176 - Bairro Camaquã. Telefone: 3249-2799

3) Farmácia Restinga

Avenida Macedônia, 750 – Bairro Restinga. Telefone: 3289-5503

4) Farmácia Centro de Saúde Vila dos Comerciantes

Rua Professor Manoel Lobato, 151 - Bairro Santa Tereza. Telefone: 3289-5503

5) Farmácia Centro de Saúde Bom Jesus

Rua Bom Jesus, 410 - Bairro Bom Jesus. Telefone: 3338-4292

6) Farmácia Centro de Saúde IAPI

Rua Três de Abril, 90 - Bairro Passo d'Areia. Telefone: 3289-3427

7) Farmácia Centro de Saúde Navegantes

Avenida Presidente Roosevelt, 5 - Bairro São Geraldo. Telefone: 3289-5518

8) Farmácia Santa Marta

Rua Capitão Montanha, 27 – Centro. Telefone: 3224-1527

9) Farmácia Centro de Saúde Modelo

Rua Jerônimo de Ornelas, 55 – Centro. Telefone: 3289-2560

10) Farmácia Centro de Saúde Murialdo

Avenida Coronel Aparício Borges, 2.494 – Bairro Teresópolis. Telefone: 3354-5096

FARMÁCIA HOMEOPATIA

CS Modelo

Rua Jerônimo de Ornelas, 55 – Centro. Telefone: 3289-2560

UNIDADES DISPENSADORAS DE MEDICAMENTOS (UDM)

1. CSVC - Rua Professor Manoel Lobato 151 Bairro Santa Tereza
2. Centro de Saúde IAPI -
3. HCPA Farmácia de Programas Especiais /Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Ramiro Barcelos, 2350 Bairro Santana.
4. Hospital Fêmeina - Rua Mostardeiro, nº 17 Bairro Moinhos de Vento
5. Farmácia de Medicamentos Especiais do Hospital Nª Sª da Conceição - Rua Francisco Trein, 596 Bairro Cristo Redentor
6. SAT – PARTENON - Avenida Bento Gonçalves, 3722 Bairro Partenon
7. Ambulatório de Dermatologia Sanitária - Avenida João Pessoa 1327 Bairro Azenha

PRONTO ATENDIMENTOS

Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul

Avenida Manoel Lobato, 151 - Santa Tereza

Telefone: (51) 3289-4016

Pronto Atendimento Bom Jesus

Rua Bom Jesus, 410 (esquina Rua São Felipe) - Bom Jesus

Telefone: (51) 3338-5388 / 3381-5849 / 3338-4292

Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro

Endereço: Estrada João de Oliveira Remião, 5.120, parada 12, Lomba do Pinheiro

Pronto Atendimento da Restinga

Rua Álvaro Difini, s/n.º

Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar

Rua Jerônimo Velmonovitz esquina com Av. Assis Brasil

ANEXO 2 - Proposta de referência para retaguarda na Rede Hospitalar, por tipologia de atendimento, para os serviços de Pronto Atendimento e seus territórios de abrangência.

UPA / PA	DISTRITOS DE SAÚDE	Bases do SAMU	Referências Hospitalares*
ZONA NORTE Porte III	Passo das Pedras, Rubem Berta, Cristo Redentor, Jardim Itú, Jardim Lindóia, São Sebastião, Vila Ipiranga, Jardim Floresta, Sarandi	Centro Vida Cristo Redentor	1) H. N. S. da Conceição (HNSC); 2) H. da Criança Conceição (HCC) 3) H. Cristo Redentor (HCR) 4) H. N. S. da Conceição (HNSC); 5) PASM IAPI
NAVEGANTES Porte III (em projeto) Referências atuais: UPA ZONA NORTE PACS PABJ	Auxiliadora, Bela Vista, Centro, Floresta, Independência, Moinhos de Vento, Mont'Serrat, Anchieta, Arquipélago, Navegantes, São Geraldo, Humaitá, Farrapos, Santa Maria Goretti, Boa Vista, Higienópolis, Passo D'Areia, Jardim São Pedro, São João	Navegantes HPS	1) H. Santa Casa (HSC) e H. N. S. da Conceição (HNSC); 2) H. da Criança Santo Antônio (HCSA) e H. da Criança Conceição (HCC) 3) H. de Pronto Socorro (HPS) e H. Cristo Redentor (HCR) 4) HMIPV (para os distritos Humaitá Navegantes e Ilhas) (HSC); e H. N. S. da Conceição (HNSC – para o distrito Noroeste); 5) PASM IAPI
AZENHA Porte III (em projeto) Referências Atuais: PACS,PABJ, PALP	Azenha, Bom Fim, Cidade Baixa, Farroupilha, Menino Deus, Rio Branco, Santa Cecília, Santana, Praia de Belas, Cel. Aparício Borges, Partenon, Santo Antônio, São José, V. João Pessoa	Partenon HPS	1) H. de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) 2) H. de Pronto Socorro (HPS) 4) HCPA e H. Sta. Casa (para distrito Centro); H. São Lucas PUCRS (para distrito Partenon); 5) PESM PACS
ZONA SUL Porte III (em projeto) Referências atuais: Restinga PACS	Campo Novo, Vila Nova, Cavalhada, Belém Novo, Chapéu do Sol, Lami, Ponta Grossa, Lageado, Espírito Santo, Guarujá, Ipanema, Pedra Redonda, Serraria, Vila Conceição, Hípica	Serraria Cavalhada Belém Novo	1) H. Santa Casa (HSC) e H. Vila Nova (HVN) 2) H. da Criança Santo Antônio (HCSA) 3) H. de Pronto Socorro (HPS) 4) HMIPV e H. Fêmeina 5) PESM PACS
CRUZEIRO DO SUL (PACS) Porte III (projeto de reforma)	Camaquã, Nonoai, Teresópolis, Cristal, Medianeira, Santa Tereza, Belém Velho, Cascata, Glória, Tristeza, Vila Assunção	PACS	1) H. de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) 2) H. Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) 3) H. de Pronto Socorro (HPS) 4) HCPA e H. Fêmeina; 5) PESM PACS

BOM JESUS Porte II (projeto de reforma)	Jardim Botânico, Petrópolis, Jardim Sabará, Morro Santana, Chácara das Pedras, Três Figueiras, Vila Jardim, Bom Jesus, Jardim do Salso, Jardim Carvalho, Mário Quintana	Bom Jesus	1) H. São Lucas / PUCRS 2) H. Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) 3) H. Cristo Redentor (HCR) 4) H. N. S. da Conceição (HNSC – para distrito Nordeste) e H. São Lucas PUCRS (HSL – para distrito Leste) 5) PASM IAPI
LOMBA DO PINHEIRO Porte III (projeto de reforma)	Agronomia, Lomba do Pinheiro	Lomba do Pinheiro	1) H. São Lucas / PUCRS 2) H. São Lucas / PUCRS 3) H. Cristo Redentor (HCR) 4) H. São Lucas / PUCRS 5) PESM PACS
RESTINGA Porte II	Restinga	Restinga	1) H. Santa Casa (HSC) 2) H. da Criança Santo Antônio (HCSA) 3) H. de Pronto Socorro (HPS) 4) H. Santa Casa (HSC) e H. Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) 5) PESM PACS

Referência para U/E Clínicas e Cirúrgicas do Adulto
Referência para U/E Clínicas e Cirúrgicas da Criança
Referência para U/E do Trauma
Referência para U/E Obstétricas
Referência para U/E em Saúde Mental

ANEXO 3 - Leitos por especialidade

Código	Descrição	Existente	SUS	Não SUS
CIRÚRGICO				
1	<u>Buco Maxilo Facial</u>	15	15	0
2	<u>Cardiologia</u>	352	183	169
3	<u>Cirurgia Geral</u>	790	324	466
4	<u>Endocrinologia</u>	13	12	1
5	<u>Gastroenterologia</u>	52	43	9
6	<u>Ginecologia</u>	122	108	14
8	<u>Nefrologiaurologia</u>	95	79	16
9	<u>Neurocirurgia</u>	239	125	114
11	<u>Oftalmologia</u>	35	25	10
12	<u>Oncologia</u>	204	107	97
13	<u>Ortopediatraumatologia</u>	317	217	100
14	<u>Otorrinolaringologia</u>	48	24	24
15	<u>Plastica</u>	75	60	15
16	<u>Toraxica</u>	54	43	11
67	<u>Transplante</u>	87	67	20
Total		2498	1432	1066
CLÍNICO				
31	<u>AIDS</u>	109	107	2
32	<u>Cardiologia</u>	265	144	121
33	<u>Clinica Geral</u>	1347	835	512
35	<u>Dermatologia</u>	7	5	2
36	<u>Geriatria</u>	16	8	8
38	<u>Hematologia</u>	71	56	15
40	<u>Nefrourologia</u>	78	59	19
41	<u>Neonatologia</u>	89	79	10
42	<u>Neurologia</u>	107	70	37
44	<u>Oncologia</u>	138	50	88
46	<u>Pneumologia</u>	96	71	25
Total		2323	1484	839
COMPLEMENTAR				
64	<u>Unidade Intermidiária</u>	66	38	28
65	<u>Unidade Intermediária Neonatal</u>	73	59	14
66	<u>Unidade Isolamento</u>	46	36	10
74	<u>UTI Adulto - Tipo I</u>	138	65	73
75	<u>UTI Adulto - Tipo II</u>	118	57	61
76	<u>UTI Adulto - Tipo III</u>	307	237	70
77	<u>UTI Pediátrica - Tipo I</u>	11	0	11
78	<u>UTI Pediátrica - Tipo II</u>	35	35	0
79	<u>UTI Pediátrica - Tipo III</u>	77	64	13
80	<u>UTI Neonatal - Tipo I</u>	23	0	36
81	<u>UTI Neonatal - Tipo II</u>	60	54	6
82	<u>UTI Neonatal - Tipo III</u>	103	98	5
83	<u>UTI de Queimados</u>	4	4	0
Total		1074	747	327

OBSTÉTRICO				
10	<u>Obstetria Cirurgica</u>	252	184	68
43	<u>Obstetria Clinica</u>	216	145	71
Total		468	329	139
PEDIATRICO				
45	<u>Pediatria Clinica</u>	467	406	61
68	<u>Pediatria Cirurgica</u>	133	69	64
Total		600	475	125
OUTRAS ESPECIALIDADES				
34	<u>Cronicos</u>	64	64	0
47	<u>Psiquiatria</u>	1107	496	611
49	<u>Pneumologia Sanitaria</u>	89	89	0
Total		1260	649	611
HOSPITAL DIA				
7	<u>cirurgico/Diagnostico/Terapeutico</u>	117	77	40
69	<u>AIDS</u>	78	78	0
71	<u>Intercorrencia Pos-Transplante</u>	28	28	0
72	<u>Geriatria</u>	3	3	0
73	<u>Saude Mental</u>	31	31	0
Total		257	217	40
Sumário				
Total Clínico/Cirúrgico		4821	2916	1905
Total Geral Menos Complementar		7406	4586	2820

FONTE: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

ANEXO 4 – Índice de Carência em Saúde

ÍNDICE DE CARÊNCIA EM SAÚDE DA POPULAÇÃO POR REGIÕES DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO											
CLASSIFICAÇÃO	FONTE	IBGE/ Vitais CGVS	IBGE	SINAN	SINAN	SINAN	SIM	IBGE	IBGE	IBGE	SIM
	Unidade de medida	n.º	%	Casos Novos/100.000 habitantes	Casos/1.000 nascidos vivos	Casos Novos/100.000 habitantes	n.º de mortes/100.000 habitantes	%	%	%	Mortes Maternas/100.000 nascidos vivos
	Regiões	População 2010	Distribuição da população	Incidência de Tuberculose (2010)	Incidência Sífilis Congênita (2011)	Incidência de AIDS (2011)	Morte por causas externas (2010)	Domicílios Indigentes (2010) ²	Domicílios Pobres (2010) ³	Lixo acumulado (2010)	Mortalidade Materna (2011)
1º	Região Ilhas	8.330	0,59%	60,02	27,78	144,06	120,0	11,76	33,16	45,78	694,44
2º	Região Nordeste	38.847	2,76%	61,78	25,55	74,65	87,5	9,6	32,36	12,07	0,00
3º	Região Lomba do Pinheiro	57.849	4,10%	55,32	26,6	124,46	121,0	5,23	22,56	4,98	0,00
4º	Região Humaitá / Navegantes	53.047	3,76%	67,86	23,55	107,19	90,5	2,53	9,96	12,72	181,16
5º	Região Cruzeiro	86.330	6,13%	68,34	28,2	170,75	89,2	4,52	18,1	8,19	0,00
6º	Região Extremo Sul	37.099	2,63%	43,13	6,36	73,93	67,4	4,07	17,63	7,38	0,00
7º	Região Restinga	57.310	4,07%	64,56	16,83	133,68	116,9	6,26	23,66	4,94	0,00
8º	Região Glória	56.385	4,00%	46,11	12,1	104,64	65,6	3,26	16,32	18,2	0,00
9º	Região Leste	112.448	7,98%	58,69	21,26	103,16	88,9	2,83	12,09	7,87	132,89
10º	Região Partenon	115.857	8,22%	157,95	17,55	133,79	98,4	3,15	13,31	11,38	0,00
11º	Região Eixo Baltazar	93.623	6,64%	65,15	16,63	79,13	64,1	2,11	10,02	8,58	195,69
12º	Região Norte	95.554	6,78%	53,37	11,97	69,04	70,1	3,25	15,08	15,09	0,00
13º	Região Cristal	6.063	0,43%	148,44	42,11	13,46	49,5	2	8,64	5,64	0,00
14º	Região Centro Sul	108.026	7,66%	49,99	9,74	63,87	75,9	1,92	9,37	3,03	0,00
15º	Região Sul	83.632	5,93%	26,31	10,34	69,35	50,2	1,81	7,93	3,49	0,00
16º	Região Centro	276.508	19,62%	30,38	7,65	74,50	35,8	0,35	1,64	0,33	0,00
17º	Região Noroeste	122.443	8,69%	27,77	7,66	54,29	41,7	0,8	3,29	2,07	0,00
PADRONIZAÇÃO DOS DADOS				63,83	18,35	93,76	78,40	3,85	15,01	10,10	31,86
				36,27	9,69	39,08	26,51	3,00	8,95	10,37	69,54
				0 até 27,56	0 até 8,65	0 até 54,68	0 até 51,9	0 até 0,85	0 até 6,06	Até - 0,27	Até - 103,40
				27,56 até 63,83	8,65 até 18,35	54,68 até 93,76	51,9 até 78,4	0,85 até 3,85	6,06 até 15,01	-0,27 até 10,1	-103,40 até 70,83
				63,83 até 100,1	18,35 até 28,04	93,76 até 132,84	78,4 até 104,91	3,85 até 6,85	15,01 até 23,95	10,1 até 20,47	70,83 até 245,07
				acima de 100,1	acima de 28,04	acima de 132,84	acima de 104,91	acima de 6,85	acima de 23,95	acima de 20,47	acima de 245,07

² – Domicílios indigentes: até ¼ de salário mínimo per capta

³ – Domicílios pobres: até ½ de salário mínimo per capta

⁴ – Critério de desempate: Maior mortalidade infantil

ÍNDICE DE CARÊNCIA EM SAÚDE DA POPULAÇÃO POR REGIÕES DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO											
FONTE	IBGE	IBGE	IBGE	SINASC	IBGE	SINASC	IBGE	IBGE	IBGE		
Unidade de medida	%	%	%	% nascidos vivos com mães < ou = 19 anos	%	Nº mortos > 1 ano/ 1.000	%	%	%	(Soma Notas Padronizadas/ 17 variáveis) *100	Classificação OP
Regiões	Falta de Rede de Água (2010)	Esgoto Inadequado (2010)	Esgoto a céu aberto (2010)	Gestação na adolescência (2010)	Analfabetismo (2010)	Mortalidade Infantil (2011)	Domicílios em área de moradia precária (2010)	Falta de Iluminação Pública (2010)	Domicílios sem energia elétrica (2010)	Índice de carência	NOTA
Região Ilhas	2,37	41,27	28,82	21,01	7,71	6,94	35,87	13,22	5,91	89,71%	4
Região Nordeste	0,57	18,67	16,85	21,88	5,8	13,58	44,03	20,43	1,96	76,47%	4
Região Lomba do Pinheiro	1,97	23,79	13,18	19,33	4,03	12,75	6,16	17,67	3,53	72,06%	3
Região Humaitá / Navegantes	0,75	3,71	6,15	16,45	2,56	5,38	17,8	10,67	1,12	64,71%	3
Região Cruzeiro	0,37	2,70	3,12	20,4	4,13	5,58	37,54	10,47	1,39	63,24%	3
Região Extremo Sul	8,73	23,09	34,05	18,72	4,79	2,4	3,2	15,87	3	63,24%	3
Região Restinga	1,32	9,41	4,24	20,03	4,03	7,79	10,79	7,92	2,12	61,76%	3
Região Glória	1,20	12,48	10,7	16,3	3,29	10,85	23,81	14,81	0,98	60,29%	3
Região Leste	0,91	5,03	6,47	17,29	2,62	9,91	19,66	8,72	1,82	60,29%	3
Região Partenon	0,56	7,04	8,36	17,51	2,9	10,87	23,27	6,74	0,55	58,82%	3
Região Eixo Baltazar	0,17	3,84	9,4	14,41	1,92	8,36	9,05	7,89	0,61	54,41%	3
Região Norte	0,42	7,21	5,58	15,02	3,43	5,97	13,96	6,52	0,6	52,94%	3
Região Cristal	0,85	9,74	8,27	14,17	2,28	19,8	17,75	2,95	0,39	51,47%	3
Região Centro Sul	0,45	6,56	3,12	13,03	2,08	12,22	7,94	4,77	0,69	50,00%	2
Região Sul	0,53	5,15	2,26	11,13	1,99	8,38	8,4	2,85	0,38	44,12%	2
Região Centro	0,22	0,40	0,17	4,95	0,51	8	0,1	1,09	0,16	35,29%	2
Região Noroeste	0,08	1,95	0,95	6,76	0,86	4,05	3,16	1,11	0,15	33,82%	2
MÉDIA	1,26	10,71	9,51	15,79	3,23	8,99	16,62	9,04	1,49	Classificação PMPA	
DESVIO PADRÃO	2,02	10,54	9,37	4,77	1,78	4,18	12,87	5,81	1,50	% de Carência	Nota
0,25	Até -0,75	0 até 0,17	0 até 0,14	0 até 11,02	0 até 1,45	0 até 4,81	0 até 3,74	0 até 3,23	0 até 0,1	De 0,01% a 14,99%	1
0,5	0 até 1,26	0,17 até 10,71	0,14 até 9,51	11,02 até 15,79	1,45 até 3,23	4,81 até 8,99	3,74 até 16,62	3,23 até 9,04	0,1 até 1,49	De 15% a 50,99	2
0,75	1,26 até 3,28	10,71 até 21,25	9,51 até 18,88	15,79 até 20,56	3,23 até 5,01	8,99 até 13,17	16,62 até 29,49	9,04 até 14,85	1,49 até 3	De 51% a 75,99%	3
1	acima de 3,28	acima de 21,25	acima de 18,88	acima de 20,56	acima de 5,01	acima de 13,17	acima de 29,49	acima de 14,85	acima de 3	De 76% em diante	4

ANEXO 5 – Método de cálculo das metas

Meta	Método de Cálculo	Indicador	Fonte
1- Investigar 100% dos casos de doenças e ou agravos transmissíveis de notificação compulsória que necessitam investigação epidemiológica segundo Portaria Ministerial 104, 25 de Janeiro de 2011.	Nº de casos de doenças e ou agravos transmissíveis de notificação compulsória investigados / Nº de casos de doenças e ou agravos transmissíveis de notificação compulsória X 100	Percentual de casos de doenças de notificação compulsória investigados.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN
2- Implementar o plano de controle das doenças crônicas e dos agravos não transmissíveis*, com recorte raça/cor/etnia/sexo, em 100% dos serviços de saúde.	Nº de serviços de saúde com a Política de Controle de Doenças e Agravos Não Transmissíveis implementada / Nº total de serviços de saúde X 100	Percentual de serviços de saúde com a Política de Controle de Doenças e Agravos Não Transmissíveis implementadas.	CGVS
3- Realizar avaliação antropométrica em 80% dos alunos das escolas pactuadas no Programa Saúde da Família.	Nº de alunos das escolas pactuadas no Programa Saúde na Escola que realizaram avaliação antropométrica / Nº total de alunos matriculados nas escolas pactuadas no Programa Saúde na Escola X 100	Percentual de alunos das escolas pactuadas no Programa Saúde na Escola que realizaram avaliação antropométrica.	CGAPSES/SMED
4- Realizar triagem da acuidade visual em 95% dos alunos do 1º e 5º ano do ensino fundamental das escolas públicas.	Nº de alunos do 1º e 5º ano do ensino fundamental de escolas públicas que realizaram triagem da acuidade visual / Nº total de alunos matriculados da 1º e 5º ano do ensino fundamental de escolas públicas X 100	Percentual de alunos do 1º e 5º ano do ensino fundamental de escolas públicas que realizaram triagem da acuidade visual.	CGAPSES
5- Acompanhar 100% das mulheres com lesões intraepiteliais de alto grau do colo de útero diagnosticadas nas unidades de saúde.	Nº de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau colo de útero acompanhadas / Nº total de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero X 100	Percentual de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero acompanhadas.	Sistema de Informações do Câncer de Colo do Útero - SISCOLO
6- Reduzir de 4,3% para índices iguais ou menores que 1% a transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo.	Nº de crianças HIV confirmadas / Nº total de crianças expostas X 100 por raça/cor/etnia/sexo	Índice de transmissão vertical do HIV segundo raça/cor/etnia/sexo.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN NET
7- Reduzir a taxa de incidência da sífilis congênita de 14,95 para	Nº de casos notificados de nascidos vivos com sífilis congênita / Nº	Taxa de incidência de sífilis congênita segundo	Sistema de Informação de Agravos de

11,97 casos por 1.000 nascidos vivos, com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo.	total de nascidos vivos X 1.000 nascidos vivos por raça/cor/etnia/sexo	raça/cor/etnia/sexo.	Notificação - SINAN NET e Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC
8- Reduzir os casos de AIDS em maiores de 13 anos com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo de 95,67 para 90 casos por 100.000 habitantes.	Nº de casos de AIDS em maiores de 13 anos / População total de maiores de 13 anos X 100.000 por raça/cor/etnia/sexo	Percentual de casos de AIDS em maiores de 13 anos segundo raça/cor/etnia/sexo.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN NET
9- Reduzir a mortalidade por AIDS de 31,92 para 28,7 por 100.000 habitantes com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo/faixa etária.	Nº de óbitos por AIDS / População total X 100.000 por raça/cor/etnia/sexo/faixa etária.	Nº de óbitos por AIDS por 100.000 habitantes segundo raça/cor/etnia/sexo/faixa etária.	CGVS
10- Diagnosticar 80% dos casos novos estimados de tuberculose.	Nº de casos novos de tuberculose diagnosticados / Nº total de casos novos estimados de tuberculose X 100	Percentual de casos novos diagnosticados entre os casos novos de tuberculose estimados na população.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN NET
11- Ampliar a taxa de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera de 58% para 85%, com equidade raça/cor/etnia/sexo.	Nº de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados / Nº total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados X 100	Percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN NET
12- Reduzir a mortalidade proporcional de coinfectados por TB e HIV, de 24,23% para 20%, com equidade raça/cor/etnia/sexo.	Nº de casos de óbitos por tuberculose em coinfectados por HIV / Nº total de coinfectados por TB e HIV X 100	Percentual de óbitos em coinfectados por TB e HIV.	SINAN NET
13- Reduzir a taxa de mortalidade prematura de idosos (60 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) de 12,5 para 12,2 por 1.000 habitantes, com o recorte raça/cor/etnia/sexo.	Nº de óbitos prematuro em idosos de 60 a 69 anos por doenças crônicas não transmissíveis / Nº total óbitos em idosos de 60 a 69 anos X 1.000	Taxa de mortalidade prematura de idosos de 60 a 69 anos por doenças crônicas não transmissíveis.	Sistema de Informações de Mortalidade - SIM
14 Implantar a linha de cuidado a pessoas em situação de violência no município, priorizando as áreas de vulnerabilidade e considerando medidas intersetoriais em 100% das Gerências Distritais.	Nº de Gerências Distritais com linha de cuidado a pessoas em situação de violência no município implantada / Nº total de Gerências Distritais X 100	Percentual das Gerências Distritais com linhas de cuidado a pessoas em situação de violência no município implantada.	CGAPSES

15- Reduzir o coeficiente de mortalidade por causas externas de 69/100.000 para 65/100.000.	Nº de óbitos por traumatismo cranioencefálico / Nº total de óbitos X 100	Coeficiente de mortalidade por causas externas.	Sistema de Informações de Mortalidade - SIM
16- Reduzir o número de internações hospitalares de pessoas com mais de 60 anos por fratura de fêmur com recorte raça/cor/etnia/sexo de 25 para 20 por 10.000 habitantes.	Nº de internações hospitalares por fratura do fêmur em pessoas com 60 anos ou mais / Total da população com 60 anos ou mais X 10.000	Razão de internação hospitalar por fratura de fêmur em pessoas com mais de 60 anos.	Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS
17- Ampliar o acesso de usuários aos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS em 30%.	Nº de usuários atendidos no CAPS / Nº de usuários atendidos no CAPS no período anterior X 100	Ampliação percentual no acesso de usuários aos CAPS.	CGAPSES
18- Implantar a vigilância em saúde mental em todas as Gerências Distritais.	Nº de Gerência Distrital com vigilância em saúde mental implantada	Nº de GD com vigilância em saúde mental implantada	CGAPSES
19- Realizar atividades educativas em saúde bucal em 80% dos alunos das escolas e Instituição de Educação Infantil pactuadas no Programa Saúde na Escola.	Nº de alunos das escolas e instituições de educação pactuadas no Programa Saúde na Escola que realizaram atividades educativas em saúde bucal / Nº total de alunos das escolas e instituições de educação infantil pactuadas no Programa Saúde na Escola X 100	Percentual de alunos das escolas e instituições de educação infantil pactuadas no Programa Saúde na Escola com atividades educativas em saúde bucal realizadas.	CGAPSES/SMED
20- Reduzir o coeficiente de mortalidade materna de 56,05/100.000 NV para 44/100.000 NV com equidade segundo raça/cor/etnia/faixa etária.	Nº de óbitos maternos / Nº de nascidos vivos X 100.000	Coeficiente de Mortalidade Materna.	Sistema de Informações de Mortalidade - SIM e Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC
21- Aumentar a cobertura da vacina contra a poliomielite (3ª dose) e pentavalente (DTP/Hib/HepB) para 95%, em crianças menores de um ano, com recorte raça/cor/etnia.	Nº de crianças menores de um ano vacinadas com a 3ª dose da vacina contra poliomielite e pentavalente / População menor de um ano X 100	Percentual de crianças menores de um ano com 3ª dose da vacina contra a poliomielite e pentavalente aplicada.	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização - SI-PNI e Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC
22- Aumentar a taxa de Aleitamento Materno Exclusivo em crianças aos 4 meses de vida de 74,9% para 85%.	Nº de crianças em aleitamento materno exclusivo aos quatro meses de vida / Nº total de crianças com 4 meses de vida X 100	Taxa de aleitamento materno exclusivo nas crianças com 4 meses de vida.	PRÁ-NENÊ e CGAPSES
23- Manter o coeficiente de Mortalidade Infantil em menos de 9,2 por 1.000 nascidos vivos.	Nº de óbitos de residentes menores de 1 ano de idade / Nº de nascidos vivos de mães	Coeficiente de mortalidade infantil.	Sistema de Informações de Mortalidade - SIM e Sistema de

	residentes X 1.000		Informações de Nascidos Vivos - SINASC
24- Realizar vigilância e controle vetorial em 100% dos casos confirmados de dengue, de acordo com o Plano de Contingência da Dengue.	Nº de bloqueios realizados / Nº de casos de dengue confirmados X 100	Percentual de casos confirmados de dengue com vigilância e controle vetorial realizados.	CGVS
25- Realizar implementação de ação de vigilância da Raiva em 100% dos casos positivos.	Nº de bloqueios realizados / Nº de casos positivos de raiva X 100	Percentual de bloqueios de casos positivos para raiva realizados.	CGVS
26- Desenvolver e implementar a ferramenta de cadastramento on line, para licenciamento de 80% dos segmentos alvo da Vigilância Sanitária.	Nº de alvarás com autenticação digital / Nº total de alvarás emitidos X 100	Percentual de segmento alvo com cadastramento online regulado pela Vigilância Sanitária.	CGVS
27- Implantar o ranqueamento de risco na avaliação de 80% dos estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde.	Nº de estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde com ranqueamentos de riscos implantados / Nº total de estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde X 100	Percentual de estabelecimentos de saúde com avaliação pelo ranqueamento de risco.	CGVS
28- Investigar 100% das doenças transmitidas por alimentos (Surtos) notificados.	Nº de Surtos alimentares investigados / Nº de Surtos alimentares X 100	Percentual de surtos alimentares investigados no período.	CGVS
29- Realizar atividades de comunicação em 100% das ações prioritárias e dos projetos estratégicos da Secretaria Municipal de Saúde.	Nº total de atividades de comunicação realizadas de ações prioritárias e de projetos estratégicos / Nº total de ações prioritárias e de projetos estratégicos	Percentual de ações prioritárias e dos projetos estratégicos da Secretaria Municipal de Saúde com atividades de comunicação.	ASSECOM
30- Realizar matriciamento em atenção e vigilância à Saúde do Trabalhador adulto e infante juvenil em 100% dos serviços da Atenção Primária em Saúde.	Nº de serviços da APS com matriciamento em Saúde do Trabalhador adulto e infante juvenil / Nº de serviços da APS X 100	Número de serviços da APS com matriciamento em Saúde do Trabalhador adulto e infante juvenil	CGAPSES
31- Ampliar de 46% para 70% a cobertura da Estratégia de Saúde da Família.	Nº total de população coberta pela ESF/ População de Porto Alegre X 100	Percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família.	CGAPSES
32- Ampliar a cobertura de 1ª consulta odontológica programática de 5%	Nº de cobertura de 1ª consulta odontológica programática / Nº total de consultas	Percentual de população coberta pela 1ª consulta odontológica	CGAPSES

para 6,5%.	odontológicas X 100	programática.	
33- Aumentar o percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal de 70% para 80%.	Nº de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal no município / Total de recém nascidos X 100	Percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré natal.	CGAPSES
34- Aumentar de 22,1% para 50% a taxa de primeira consulta do acompanhamento de recém-nascido em até sete dias de vida.	Nº de recém-nascidos que realizaram a primeira consulta de acompanhamento até sete dias de vida / Nº total de RN acompanhados X 100	Taxa de recém nascidos com primeira consulta de acompanhamento realizada em até 7 dias de vida.	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS
35- Aumentar a razão entre exames de rastreamento do colo uterino na faixa etária de 25 a 64 anos em relação à população alvo, de 0,38 para 0,45.	Nº de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos / População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.	Sistema de Informações do Câncer de Colo do Útero - SISCOLO
36- Aumentar a razão de mamografias realizadas de 0,16 para 0,22 em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos.	Nº de mamografias realizadas em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos / População feminina na faixa etária de 40 a 69 anos	Razão de exames de mamografias realizadas em mulheres de 40 a 69 anos.	CGAPSES
37- Realizar atendimento integral de atenção à saúde para 100% dos ingressantes no Presídio Central e na Penitenciária Feminina Madre Pelletier.	Nº de pessoas ingressadas no Presídio Central e na Penitenciária Feminina Madre Pelletier atendidas / Total de pessoas ingressadas no Presídio Central e na Penitenciária Feminina Madre Pelletier	Percentual de ingressantes do PC e da PFMP com atendimento integral de atenção à saúde realizado.	CGAPSES
38- Remodelar os cinco Centros de Especialidades de acordo com os critérios estabelecidos neste Plano e necessidades locais.	Número de Centros de Especialidades remodelados.	Número de Centros de Especialidades remodelados.	CGAPSES
39- Implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em 25% dos serviços de saúde até 2014.	Nº de Gerências Distritais com o Plano de ação da Rede de Atenção regional à Saúde da Pessoa com Deficiência implantada / Nº total de Gerências Distritais X 100	Percentual do Plano de ação da Rede de Atenção Regional à Saúde da Pessoa com Deficiência implantado.	CGAPSES
40- Implantar o plano de ação da Rede de Atenção Regional à Saúde da Pessoa com Deficiência no município de Porto Alegre.	Nº de serviços da SMS com Política Nacional de Saúde Integral da População Negra implementada / Nº de serviços da SMS X 100	Percentual da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos serviços de saúde implementadas.	CGAPSES
41- Implementar em 100% a Política	Ações concluídas para a implementação da	Percentual da Política Municipal de Práticas	CGAPSES

Municipal de Práticas Integrativas em Saúde (PMPI) no município de Porto Alegre-RS.	PMPI / Ações projetadas para a implementação da PMPI X 100	integrativas implementada no município de Porto Alegre.	
42- Reduzir em 8% as subespecialidades com lista de espera igual ou maior que 30 dias no agendamento de consultas.	Nº de subespecialidades com mais de 30 dias de espera / Nº total de subespecialidades X 100	Percentual de redução de subespecialidade que excedem mais de 30 dias para o agendamento.	GRSS
43- Reduzir os chamados necessários e sem meios de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em 25%.	Nº de chamados necessários e sem meios / Total de chamados necessários realizados para o SAMU X100	Percentual de redução dos chamados necessários e sem meios.	CMU/SAMU
44- Reduzir o tempo médio de espera dos usuários classificados "VERDES" para até 3 horas.	Soma dos tempos de espera dos usuários com classificação de risco Verde / Nº total de usuários com classificação de risco Verde nos Pronto Atendimentos	Tempo médio de espera dos usuários com classificação de risco Verde nos Pronto Atendimentos.	CMU
45- Reduzir para até 24 horas o tempo de observação nas emergências hospitalares.	Somatório dos tempos de permanência de pacientes em sala de observação nas emergências hospitalares / Nº de pacientes em sala de observação nas emergências hospitalares	Tempo médio de permanência de pacientes em sala de observação nas emergências hospitalares.	GRSS e CMU
46- Monitorar indicadores hospitalares de qualidade em 100% dos hospitais vinculados ao SUS.	Nº de hospitais vinculados ao SUS com indicadores de qualidade / Total de hospitais vinculados ao SUS X 100	Percentual de hospitais vinculados ao SUS com indicadores de qualidade monitorados.	GRSS
47. Ampliar atenção domiciliar no município, passando de 6 equipes do Programa de Atenção Domiciliar (PAD) para 14 equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (EMAD) e 5 equipes multidisciplinares de apoio (EMAP).	Número de EMAD implantadas	Número de EMAD ampliadas.	CMU
48- Ampliar o percentual da população coberta por procedimentos periodontais de 8,29% para 9,25%	Nº de usuários cobertos por procedimentos odontológicos periodontais / Nº total da população residente X 100	Percentual de população coberta por procedimentos odontológicos periodontais.	CGAPSES
49- Realizar consulta urológica em 20% dos	Nº de consultas urológicas realizadas	Percentual de homens acima de 50 anos com	CGAPSES

homens acima de 50 anos.	em homens acima dos 50 anos / N° total de consultas urológicas realizadas em homens X 100	consultas urológicas realizadas.	
50- Implementar a Assistência Farmacêutica em 100% de serviços de saúde da rede, considerando as especificidades locais.	N° de serviços de saúde com assistência farmacêutica implantada / N° de serviços de saúde X 100	Percentual de serviços com assistência farmacêutica implementada .	CGAPSES
51- Diminuir a diferença entre a demanda e oferta por Transporte de Baixa Complexidade em 10%.	N° de pacientes atendidos pelo transporte de baixa complexidade / N° de pacientes na lista de espera X 100	Percentual de redução da demanda reprimida por transporte de baixa complexidade.	CGAPSES
52- Contratualizar 100% dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares no município.	N° de prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares contratualizados / N° total de prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares X 100	Percentual dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares contratualizados.	GRSS
53- Avaliar a adequação de 100% dos serviços de hemodiálise e hemoterapia à legislação sanitária vigente	Serviços de hemodiálise e hemoterapia adequados à legislação sanitária vigente / N° total de serviços de hemodiálise e hemoterapia X 100	Percentual de serviços de hemodiálise e hemoterapia adequados.	CGVS
54- Implementar a política de educação permanente em 100% dos serviços da SMS.	N° de serviços da SMS com política de educação permanente para implementada / N° de serviços da SMS X 100	Percentual de serviços com política de educação permanente implementada.	CGADSS
55- Realizar dimensionamento de pessoal em 100% das áreas estratégicas da SMS.	N° de áreas estratégicas da SMS dimensionadas / N° total de áreas estratégicas da SMS X 100	Percentual de áreas estratégicas com dimensionamento de pessoal realizado.	CGADSS
56- Implantação da mesa municipal de negociações permanente do SUS em porto alegre.	Proposta de instalação da Mesa de Negociações apresentada ao CMS.	Proposta de instalação da Mesa de Negociações apresentada ao CMS.	CGADSS
57- Utilizar 20% dos recursos municipais em ações e serviços públicos de saúde.	Despesas próprias com ações e serviços públicos de saúde / Receita de impostos líquida e transferências constitucionais e legais X 100	Percentual de recursos municipais utilizados em ações e serviços públicos de saúde.	CGAFO
58- Atualizar mensalmente em 100% a base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos e	N° de estabelecimentos e profissionais cadastrados atualizados / N° total de estabelecimentos e	Percentual da base de dados do CNES com estabelecimentos e profissionais atualizados	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e GRSS

profissionais de saúde – CNES.	profissionais cadastrados X 100	mensalmente.	
59- Cumprir 75% da pactuação anual de obras (construções, reformas, ampliações e manutenções) da Secretaria Municipal de Saúde.	Nº de demandas da planilha de obras executadas / Nº total de demandas da planilha de obras da Secretaria Municipal de Saúde X 100	Percentual de cumprimento da pactuação anual de obras da SMS.	CGATA
60- Informatizar 100% dos processos da Rede de Saúde.	Nº de processos da Rede de Saúde informatizados / Nº total de processos da rede de saúde X 100	Percentual de processos da Rede de Saúde informatizados.	INFOREDE
61- Qualificar 100% dos sistemas de informações com dados raça/cor/etnia/sexo.	Nº de sistemas de informação com coleta de dados qualificada no enfoque raça,cor e etnia / Total de sistemas de informação X 100	Percentual do sistema de informação no módulo cadastro de usuário com registro do quesito raça/cor e etnia qualificado.	GTI/AGHOS
62- Constituir Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Gestores e Câmaras Técnicas em 80% dos serviços de saúde.	Nº de Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Gestores e Câmaras Técnicas constituídos / Total dos serviços de saúde X 100	Percentual de Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Gestores e Câmaras Técnicas constituídos.	CMS
63- Ampliar as ações de acolhimento para 100% das unidades da rede de saúde, conforme a Política Nacional de Humanização.	Nº de unidades da rede de saúde com acolhimento padronizadas conforme PNH / Nº total de unidades da rede de saúde X 100	Percentual de unidades da rede de saúde com acolhimento de forma humanizada padronizada.	Núcleo de Humanização